

bvkJ.

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

Heft 11/15 · 46. (64.) Jahr · A 4834 E

KINDER-UND JUGENDARZT



Forum:

Das neue Präsidium
tritt an

Fortbildung:

Chronisch kranke
Kinder: Tun wir genug?

Berufsfragen:

Neue Beiträge
für guten Service

Magazin:

Und wo bleibe ich?

www.kinder-undjugendarzt.de



HANSISCHES VERLAGSKONTOR GmbH · LÜBECK

KINDER-UND JUGENDARZT **bvkJ.**



Foto: © Jenko Ataman - Fotolia.com



Und wo bleibe ich?

S. 706

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, Dr. Christoph Kupferschmid, Ulm, Regine Hauch, Düsseldorf

Inhalt 11 | 15

Forum

- 639 **Die Schlagkraft weiter entwickeln**
Thomas Fischbach
- 640 **Neuer BVKJ Vorstand gewählt**
Christoph Kupferschmid
- 642 **Dank an Christoph Kupferschmid**
Wolfram Hartmann
- 644 **Teenagermütter**
- 647 **Lesestart**
- 648 **Kinderchirurgen fordern die Behandlung von Kindern in Fachzentren**
- 652 **Psychosomatische Grundversorgung und Spezielle Sozialpädiatrie**
- 653 **Verbrannt – verbrüht, was tun?**
- 654 **Versorgung von Kindern und Jugendlichen aus Flüchtlingsfamilien**
Christoph Kupferschmid
- 658 **Leser-Forum**
- 662 **Kinder- und Jugendrehabilitation**
Edith Waldeck

Fortbildung

- 667 **Gesundheitliche Versorgung und sozioökonomische Situation von Familien mit chronisch erkrankten und behinderten Kindern**
Christopher Kofahl, Daniel Lüdecke
- 677 **Highlights aus Bad Orb: Unkomplizierte Atemwegsinfektionen**
Johannes Forster
- 680 **Review aus englischsprachigen Zeitschriften**
- 682 **Consilium: „Passive“ Umgebungsinhalation bei der CF-Inhalationstherapie**
Tobias Welte
- 684 **Welche Diagnose wird gestellt?**
Anne Teichler
- 687 **Impressum**

Berufsfragen

- 688 **Notwendige Beitragserhöhung für die Mitglieder des BVKJ**
Tilman Kaethner
- 692 **Impfung von minderjährigen Flüchtlingen**
Christoph Kupferschmid
- 694 **Zertifizierung der pädiatrischen Praxis**
Gottfried Huss
- 697 **Das Präventionsgesetz**
Juliane Netzer-Nawrocki
- 700 **Wahlergebnis / Wahlaufufe**
- 702 **Frühe Hilfen: Synergie freisetzen**
Lutz Müller

Magazin

- 706 **Und wo bleibe ich?**
Irene von Drigalski
- 708 **Ehrungen in Bad Orb**
Christoph Kupferschmid
- 710 **Fortbildungstermine des BVKJ**
- 711 **Höchste Ehren für Dr. Wolfram Hartmann**
Christoph Kupferschmid
- 712 **Buchtipps**
- 713 **Personalien**
- 714 **Nachrichten der Industrie**
- 721 **Wichtige Adressen des BVKJ**

Beilagenhinweis:

Dieser Ausgabe sind Beilagen der Pari GmbH sowie Informationen zum Tag des brandverletzten Kindes beigelegt. Wir bitten um freundliche Beachtung.

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

Seit zwei Wochen hat der BVKJ eine neue Führungsspitze: das von der Delegiertenversammlung im Oktober 2014 neu gewählte Präsidium und den in diesem Herbst in Bad Orb gewählten Bundesvorstand. Die neue Führungsspitze des BVKJ versteht sich als Team und stellt sich daher in Zukunft allen anfallenden Aufgaben des Verbandes gemeinsam. Und Aufgaben gibt es für unseren Verband in der Tat mehr als genug, versteht sich der BVKJ doch einerseits als Lobbyist für Kinder, Jugendliche und ihre Familien, andererseits in gleichem Maße als Interessenswahrer für die beruflichen Anliegen der Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte in Klinik, Praxis und Öffentlichem Gesundheitsdienst. Dieses berufspolitische Engagement für zwei Seiten ist nicht immer leicht, denn die Interessen und Wünsche unserer Patienten und unsere eigenen laufen nicht immer unbedingt in dieselbe Richtung. Hier gilt es abzuwägen, Augenmaß ist gefragt.

Eine der größten Aufgaben, die wir in der nächsten Zeit lösen müssen, ist die Gesundheitsversorgung der Kinder und Jugendlichen, die als Flüchtlinge zu uns kommen. Kinder und Jugendliche haben laut UN-Kinderrechtskonvention ein Recht auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit. Die UN-Kinderrechtskonvention unterscheidet nicht zwischen Kindern, die Heimat haben und Kindern auf der Flucht. Und ich denke, auch wir Pädiaterinnen und Pädiater tun dies nicht, sondern engagieren uns in unseren Praxen, in Kliniken und Gesundheitsämtern dafür, dass alle Kinder und Jugendliche bei akuten und bei chronischen Erkrankungen bestmöglich medizinisch versorgt werden. In den vergangenen Wochen und Monaten habe ich mit vielen Kolleginnen und Kollegen gesprochen, die hier Außerordentliches leisten. Ihnen möchte ich an dieser Stelle auch im Namen des ganzen BVKJ meinen allerherzlichsten Dank aussprechen.

Als BVKJ setzen wir uns nicht nur dafür ein, dass die medizinische Versorgung der uns anvertrauten Patienten weiter optimiert wird, sondern dass auch die Bedingungen, in denen Kinder und Jugendliche in unserem Land aufwachsen, gesundheitsförderlich sind. Hier hat der BVKJ eine wichtige Wächterfunktion und nutzt seine politischen Kontakte, um gesellschaftliche Fehlentwicklungen, die zu den so genannten neuen Morbiditäten führen, frühzeitig zu benennen und in den entsprechenden Gremien mit zu helfen, ihnen entgegenzuwirken.

Wesentliche berufspolitische Aufgaben betreffen daher die Zukunft der pädiatrischen Versorgung in Deutschland mit all ihren Facetten wie Veränderung des Behandlungsspektrums, sektoren-übergreifende Versorgung, Weiterbildung, Bedarfsplanung und nicht zuletzt auch die Zusammenarbeit mit anderen ärztlichen und nichtärztlichen Gesundheitsberufen. Hier halte ich eine Verbesserung der ärztlichen Zusammenarbeit gerade im hausärztlichen Versorgungsbereich

für unabdingbar und trete für einen Dialog mit den übrigen hausärztlichen Berufsverbänden ein.

Im neuen Präsidium haben die drei Vizepräsidenten Dr. Sigrid Peter, Prof. Dr. Ronald Schmid und Dr. Roland Ulmer mit mir bereits eine Aufgabenteilung abgestimmt. Sigrid Peter wird neben mir schwerpunktmäßig für den Verband Termine in Berlin wahrnehmen und unseren Bundespressesprecher Dr. Hermann Josef Kahl bei der Pressearbeit unterstützen. Ronald Schmid ist als Vizepräsident zugleich Vorstandmitglied der DAKJ, zusätzlich nimmt er dort das Amt des Sprechers der Kommission für Jugendmedizin ein. Für den BVKJ wird er sich weiterhin um die Belange der Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin sowie der dort tätigen Mitarbeiter kümmern. Wie bisher wird er insbesondere den Weiterbildungsbereich betreuen und den Assistentenkongress sowie die Chefarzttagungen organisieren. Zudem hat er, wie auch Josef Kahl, ein Mandat im Gemeinsamen Bundesausschuss inne. Roland Ulmer übernimmt insbesondere die Vertretung des BVKJ bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, hier vornehmlich in Fragen EBM, Honorar und Bedarfsplanung. Zudem wird er federführend für das Präsidium die BVKJ Service GmbH in ihren Aufgaben unterstützen. Ich selbst vertrete den BVKJ satzungsgemäß geschäftlich nach innen wie außen mit einem persönlichen Schwerpunkt Political Affairs. Sicherlich werden wir vier uns in diese Aufgabenverteilung zunächst einmal einfinden müssen und hier ist auch nichts in Stein gemeißelt. Unser gemeinsames Ziel ist es, bei wachsenden und sehr variablen Verbandsaufgaben die Schlagkraft des BVKJ weiterzuentwickeln, damit wir auch zukünftig allen Anforderungen entsprechen können. Unterstützen wird uns hierbei der übrige Bundesvorstand mit den Kolleginnen/Kollegen Dr. Tilman Kaethner, Schatzmeister, Dr. Hermann Josef Kahl, Bundespressesprecher, den Vorständen Dehtleff Banthien, Dr. Uwe Büsching, Karin Geitmann, Dr. Klaus Rodens und neu und erstmals gewählt Dr. Christoph Bornhöft sowie die kooptierten Mitglieder, die sich ebenfalls mit Schwerpunktthemen befassen werden. Ich bin zuversichtlich, dass wir den von meinem Amtsvorgänger Dr. Wolfram Hartmann sehr erfolgreich eingeschlagenen berufspolitischen Weg auch mit neuen Akzenten weiterführen werden. Bitte unterstützen Sie uns dabei, denn ohne Sie alle können wir nicht erfolgreich sein! Bringen Sie sich im BVKJ im Rahmen Ihrer Möglichkeiten und Fähigkeiten ein, denn der Verband ist viel mehr als sein Vorstand!

Dr. Thomas Fischbach



Präsident BVKJ



Dr. Thomas
Fischbach



Der neue Vorstand v.l.n.r.: Vizepräsident Prof. Dr. Ronald Schmid, Vizepräsidentin Dr. Sigrid Peter, Vizepräsident Dr. Roland Ulmer, Präsident Dr. Thomas Fischbach, Schatzmeister Dr. Tilman Kaethner, Dr. Uwe Büsching, Karin Geitmann, Dr. Christoph Bornhöft, Dehtleff Banthien, Dr. Klaus Rodens

Neuer BVKJ-Vorstand und neue Ausschussmitglieder gewählt

Bei der Delegiertenversammlung am 10. und 11. Oktober 2015 ist der neue Vorstand unsres Verbandes gewählt worden. Präsident Dr. Thomas Fischbach, Solingen und die drei Vizepräsidenten Dr. med. Sigrid Peter, Berlin, Prof. Dr. med. Ronald G. Schmid, Altötting, und Dr. med. Roland Ulmer, Lauf wurden schon vor einem Jahr gewählt. Sie treten ihre Ämter am 1. November 2015 an.

Aus dem ehemaligen Vorstand wurden Dr. Uwe Büsching, Bielefeld, Karin Geitmann, Hagen und Dr. Klaus Rodens, Langenau, wieder gewählt. Neu im Vorstand sind Dr. Christoph Bornhöft, Bensheim und Dehtleff Banthien, Bad Oldesloe. Dr. Tilman Kaethner, Nordenham, wurde als Schatzmeister für weitere vier Jahre bestätigt. Bundespressesprecher wird Dr. med. Hermann Josef Kahl, Düsseldorf.

Folgende Mitglieder wurden für die Ausschüsse gewählt: Fortbildungsausschuss: Prof. Dr. med. Klaus-Michael Keller, Wiesbaden, Dr. med. Herbert Schade, Mecher-

nich, Christiane Thiele, Viersen. Honorarausschuss: Dr. med. Reinhard Bartezyk, Berlin, Dr. med. Marcus Heidemann, Bielefeld, Dr. med. Jörg Hornivius, Mönchengladbach, Dr. med. Wolfgang Landendörfer, Nürnberg. Ausschuss Jugendmedizin: Michael Achenbach, Plettenberg, Dr. med. Uwe Büsching, Bielefeld, Dr. med. Burkhard Ruppert, Berlin. Ausschuss Kind, Schule und öffentlicher Gesundheitsdienst: Dr. med. Matthias Brockstedt, Berlin, Dr. med. Gunnar Hiesgen, Berlin, Dr. med. Gabriele Trost-Brinkhues, Aachen. Ausschuss Prävention und Frühtherapie: Dr. med. Wolfgang Karmrodt, Mühlhausen, Dr. med. Thomas

Kauth, Ludwigsburg, Dr. med. Burkhard Lawrenz, Arnsberg. Ausschuss für Psychosomatik und Psychotherapie: Alfons Fleer, Kassel, Dr. med. Alfred Freund, Berlin, Dr. med. Dipl. Psych. Harald Tegtmeier-Metzdorf, Lindau. Ausschuss Qualitätsmanagement: Dr. med. Christoph Bornhöft, Bensheim, Dominik A. Ewald, Frankfurt, Dr. med. Ralf Moebus, Bad Homburg.

Wir wünschen dem neuen Vorstand und den Ausschüssen Kraft und einen guten gemeinsamen Geist, um unserem Verband und den Interessen der Kinder eine erfolgreiche Zukunft zu geben.

Kup

Dank an Christoph Kupferschmid für sein großes berufspolitisches Engagement

Mit dem Ausscheiden von Christoph Kupferschmid aus der Redaktion unserer Verbandszeitschrift „Kinder- und Jugendarzt“ geht eine Ära zu Ende.



Von Heft 1/2002 bis Heft 3/2007 und von Heft 5/2012 bis zu dieser Ausgabe hat

er insgesamt sieben Jahre und aufgrund der Unterbrechung aus gesundheitlichen Gründen von 4/2007 bis 4/2012 weitere 22 Monate als Redakteur für den berufspolitischen Teil dieser Zeitschrift Verantwortung getragen und das Erscheinungsbild und die Inhalte ganz wesentlich geprägt.

Wir alle kennen Christoph Kupferschmid als wissenschaftlich orientierten kritischen Geist, der Vieles hinterfragt und sich als verantwortlicher Redakteur mit sehr großem Engagement mit zahlreichen Fragen in der Praxis auseinandergesetzt und sich für das Grundrecht auch von minderjährigen, nicht einwilligungsfähigen Jungen egal welcher Herkunft und welcher Reli-

gion auf körperliche Unversehrtheit engagiert hat. Dafür ist er mehrfach heftig angegriffen worden, aber er hat sich in seinem großen Einsatz nicht beirren lassen.

Uns allen sind seine zahlreichen Berichte von den großen Kongressen des BVKJ in guter Erinnerung. Er konnte prägnant das Wesentliche zusammenfassen und so auch denen, die die Kongresse des BVKJ aus unterschiedlichen Gründen nicht besuchen konnten, Wichtiges aus dem Kongressgeschehen vermitteln.

Der BVKJ schuldet Christoph Kupferschmid, der sich nie in den Vordergrund gedrängt, aber die Arbeit des BVKJ auf verschiedenen Ebenen, ganz besonders aber auch im Vorstand, mit seinem großen Wissen und seinem analytischen Denken wesentlich beeinflusst und bereichert hat, großen Dank. Christoph Kupferschmid wurde für seinen großartigen Einsatz bereits mehrfach von uns geehrt.

Als langjähriger Wegbegleiter wünsche ich Dir, lieber Christoph, alles Gute für die Zukunft und die Projekte, die Du Dir für die kommenden Jahre noch vorgenommen hast.

Ich hoffe, dass ich als Dein Nachfolger in der Redaktion des „Kinder- und Jugendarzt“, wenn auch mit neuen Akzenten, Deine erfolgreiche Arbeit fortsetzen kann.

Herzlichst
Wolfram Hartmann
Ehrenpräsident des BVKJ



Teenagermütter:

Nicht die Babys, sondern Armut und Perspektivlosigkeit sind das Problem



Foto: © Maria Shytova - Fotolia.com

Teenagermütter sind in Deutschland im Durchschnitt ärmer als später gebärende Mütter. Die frühe Schwangerschaft und das frühe Muttersein sind aber nicht die Ursache sondern nur das Symptom eines zugrunde liegenden Problems. Das hat das

Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Institut (WSI) der gewerkschaftsnahen Hans-Böckler-Stiftung in einer großangelegten Untersuchung herausgefunden. Der WSI-Forscher Eric Seils hat dafür eine Reihe internationaler Studien ausgewertet, vor allem aus den USA und Kanada. Nach Seils liefert die Literatur deutliche Hinweise darauf, dass von der frühen Mutterschaft selbst allenfalls geringe negative Effekte auf die Erwerbschancen der Mutter und die Gesundheit ihrer Kinder ausgehen. Analysen auf der Basis regionaler Daten für die Bundesrepublik zeigen sich erhebliche Unterschiede zwischen den Kreisen hinsichtlich der Verbreitung von Teenagermütterschaften. So ist die Quote der Teenagermütterschaften in Ostdeutschland am höchsten, in Süddeutschland am geringsten. An der Spitze steht Brandenburg an der Havel mit fast 27 Geburten auf 1000 Mädchen und Frauen zwischen 15 und 19 Jahren, danach kommen Pirmasens in Rheinland-Pfalz (24,8), der Salzlandkreis (21,6), Cottbus (20,9), Wilhelmshaven (20,4) und Schwerin (19,7).

Je größer der Anteil der jungen Frauen, die auf Leistungen nach dem SGB II („Hartz IV“) angewiesen sind, desto höher fällt die Geburtenquote im Teenageralter durchschnittlich in einem Kreis aus. Dieser Zusammenhang bleibt auch nach statistischer Kontrolle anderer Einflussfaktoren (Familie, Religion, Herkunft, Bevölkerungsdichte) stabil. Das Problem sind daher nicht die Kinder, sondern die Armut und die wirtschaftliche Perspektivlosigkeit der jungen Frauen. Die Ergebnisse des Papiers legen daher auch keine politischen Handlungsempfehlungen nahe, die auf eine Vermeidung von Teenagerschwangerschaften abzielen.

Es empfiehlt vielmehr, die Ausbildung und die Arbeitsmarktintegration von Jugendlichen zu fördern. In Westdeutschland sei außerdem der weitere Ausbau der öffentlichen Kinderbetreuung erforderlich, um jungen Eltern die Verknüpfung von Ausbildung, Erwerbsarbeit und Kindererziehung zu erleichtern.

Info: www.wsi.de

Red.: ReH

Rund 5.600 Mädchen in NRW von Genital-Verstümmelung betroffen

In Nordrhein-Westfalen leben mindestens 5.600 Mädchen, die von weiblicher Genitalverstümmelung betroffen oder bedroht sind. Dies geht aus einem am 02.09.2015 veröffentlichten Schreiben des „Runden Tisches NRW gegen Beschneidung von Mädchen“ an die 237 Abgeordneten im Düsseldorfer

Landtag hervor. Die Initiatoren des Runden Tisches appellieren darin, insbesondere in den Schulen eine breite Aufklärungskampagne zu starten. Dies sei gerade in Zeiten steigender Flüchtlingszahlen notwendig. Viele Eltern aus Afrika führten ihre „Tradition“ in Deutschland fort - mit gravierenden Folgen

für Betroffene. Nach Angaben eines Sprechers der Organisation lassen die Eltern dazu aus ihren Heimatländern Beschneiderinnen einfliegen, lassen ihre Töchter während des Heimaturlaubs oder in London beschneiden.

ReH



Begleitmaterial zur zweiten Programmphase von „Lesestart – Drei Meilensteine für das Lesen“

Ab Ende September erhielten viele Kinder- und Jugendarztpraxen, die schon die erste Phase des Leseförderprogramms „Lesestart – Drei Meilensteine für das Lesen“ unterstützt haben, flankierendes Material zur zweiten Programmphase für dreijährige Kinder und ihre Eltern. Die Stiftung Lesen, die das vom Bundesministerium für Bildung und Forschung finanzierte Programm durchführt, stattet alle Praxen mit Pixi-Büchern für Familien und einer Ringbuch-Ausgabe des aktuellen Lesestart-Ratgebers für das Wartezimmer aus.

Das Pixi-Buch „Ein Tag voller Abenteuer“ wurde in Zusammenarbeit mit dem Carlsen-Verlag als Lesestart-Sonderedition konzipiert und eignet sich zur Weitergabe an Eltern mit dreijährigen Kindern im Rahmen der U7a-Vorsorgeuntersuchung. Im Gespräch über den aktuellen Entwicklungsstand des Kindes können Kinder- und Jugendärzte die Eltern gezielt darauf aufmerksam machen, dass sie gemeinsam mit ihrem Kind die Bibliothek vor Ort besuchen, um dort ein neues Lesestart-Set zu erhalten. Zusätzlich steht den Kinder- und Jugendarztpraxen eine Ringbuch-Ausgabe des aktuellen Lesestart-Ratgebers für Eltern mit dreijährigen Kindern zur Verfügung, die sie im Wartezimmer auslegen können. So können sich Familien über das Lesestart-Programm und den aktuellen zweiten Meilenstein informieren. Das Pixi-Buch steht zudem als Vorlese-App zur Verfügung und regt mit zahlreichen Animationen und Geräuschen zum Vor- und Selberlesen an, Mitmachelemente und Spiele ergänzen die Geschichte. Die App ist erhältlich für iPad, iPhone (auch für iPhone 6), optimiert für iOS-Versionen ab 8.0, sowie für Smartphones mit Android-Betriebssystem.

Dass die Kinder- und Jugendärzte als Programmpartner eine große Bedeutung haben, belegt auch die wissenschaftliche Begleituntersuchung des Lesestart-Programms: Im Rahmen der U6-Vorsorgeuntersuchung haben über 5.000 Kinder- und Jugendärzte in ganz Deutschland das erste Lesestart-Set an Eltern mit einjährigen Kindern überreicht und sie auf die Bedeutung der frühkindlichen Leseförderung aufmerksam gemacht. Über 90 Prozent der Eltern nehmen den Termin für die U6 wahr und fast alle Eltern, die die Lesestart-Sets erhalten, beschäftigen sich mit den Materialien. Zwei Drittel dieser Eltern tun das sehr intensiv. 62 Prozent der Eltern greifen Tipps auf und erhöhen beispielsweise ihr Vorlesepensum im Alltag, und ein Viertel der Eltern bemerkt positive Veränderungen in ihren Einstellungen zum Thema und in ihrem Vorleseverhalten. Die ersten beiden Programmphasen von Lesestart werden von der InterVal GmbH, Berlin, in Kooperation mit Prof. Dr. Christine Garbe von der Universität zu Köln und Dr. Claus Barkmann vom Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf wissenschaftlich begleitet.

Sabine Bonewitz, Leiterin des Programmbereichs Familie bei der Stiftung Lesen, freut sich über das

neue Angebot für die Kinder- und Jugendarztpraxen: „In der ersten Phase des Lesestart-Programms haben sich die Kinder- und Jugendarztpraxen als zuverlässige und engagierte Partner erwiesen. Wir hoffen, dass sie die Eltern mit der Weitergabe der Pixi-Bücher erneut motivieren können, dem Lesen und Erzählen im Familienalltag Raum zu geben und sie gleichzeitig zu einem Bibliotheksbesuch ermuntern können.“

Red.: ReH

Für die erste Lesestart-Programmphase, die sich an Eltern mit einjährigen Kindern richtet, sind von November 2011 bis Ende 2013 rund 5.000 Kinder- und Jugendärzte mit Lesestart-Sets zur Weitergabe im Rahmen der U6-Vorsorgeuntersuchung ausgestattet worden. Seit November 2013 bekommen Eltern mit dreijährigen Kindern das zweite Lesestart-Set mit einem altersgerechten Kinderbuch sowie Informationsmaterial zum Thema Vorlesen und Erzählen in der Bibliothek. Die dritte Lesestart-Phase richtet sich ab dem Schuljahr 2016/17 an alle Erstklässlerinnen und Erstklässler und ihre Eltern. Die Set-Übergabe an den Grundschulen (ebenso Förder- und Privat-Grundschulen) ist für zwei weitere Jahrgänge vorgesehen. Insgesamt werden auf diese Weise bis 2018 rund 4,5 Millionen Lesestart-Sets an Eltern und ihre Kinder verteilt.

Mehr Informationen:

<http://www.lesestart.de>

<https://www.facebook.com/Lesestart>

Eigene Krankheitsbilder, andere Risiken – Kinderchirurgen fordern die Behandlung von Kindern in Fachzentren

Fast ein Viertel aller Säuglinge und etwa ein Drittel der Kleinkinder werden hierzulande von Erwachsenenchirurgen operiert. Doch Kinder dieser Altersgruppen sollten nur von Kinderchirurgen, Kindermedizern und speziell für diese Altersgruppe geschultem Fachpersonal behandelt werden, erklärte die Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH) anlässlich ihrer Herbsttagung am 4. September in München. Denn durch die Zusammenarbeit von Kinderanästhesisten, Kinderintensivmedizinern und Kinderkrankenpflegekräften ließen sich die besten Behandlungsergebnisse und höchstmögliche Patientensicherheit erzielen.

Im Jahr 2013 fanden hierzulande knapp 50 000 vollstationäre Operationen an Kindern bis zu ihrem fünften Lebensjahr statt. Etwa 20 000 der kleinen Patienten wurden dabei nicht von Kinderchirurgen, sondern von Erwachsenenmedizinern behandelt. Dies geht aus Zahlen des Statistischen Bundesamts hervor. Herz- und neurochirurgische Eingriffe, sowie Operationen durch Augen- und Hals-Nasen-Ohrenärzte sind dabei nicht erfasst, da sie nicht generell ins Spektrum der Kinderchirurgie fallen.

Professor Dr. med. Bernd Tillig, Präsident der DGKCH, kritisierte die Behandlung von Säuglingen und Kleinkindern in der Erwachsenenchirurgie: „Die meisten Krankheitsbilder unterscheiden sich deutlich von denen Erwachsener“, sagt er. So stünden im ersten Lebensjahr

die Behandlung von angeborenen Erkrankungen – wie etwa Fehlbildungen, Magenpfortnerkrampf, Störung der Blasen- und Darmentleerung – im Vordergrund. Diese zögen in den Folgejahren eine intensive Betreuung und oft weitere Operationen nach sich. „Sie sind zum einen zu selten, als dass jeder Chirurg ausreichend Übung darin erlangen könnte. Zum anderen sind diese Eingriffe aufgrund der filigranen und teilweise noch unreifen Gewebestrukturen eine operative Herausforderung – und setzen viel Spezialwissen, Erfahrung und Fingerfertigkeit voraus“, so Tillig, der Chefarzt der Kinderchirurgie am Klinikum Vivantes in Berlin ist.

Unverzichtbar für eine optimale chirurgische Versorgung sei auch die Kooperation mit erfahrenen, besonders ausgebildeten Teams, etwa Kinderanästhesisten, Kinderinten-

sivmedizinern, Kinderradiologen, Kinderkardiologen. Hier komme es nicht nur auf den Einsatz miniaturisierter Instrumente an. Es gehe auch um schonende kindgerechte Narkosetechniken sowie eine alterssprechende Risikobeurteilung und intensive Überwachung und Betreuung nach der Operation. „Kinder haben im Vergleich zu Erwachsenen andere und oftmals erhöhte Risiken“, führt Professor Dr. med. Stuart Hosie, Kongresspräsident der DGKCH 2016 aus München aus. „So besteht bei Kleinkindern etwa bis zu sechs Wochen nach einem Atemwegsinfekt ein erhöhtes Risiko, bei einer Operation einen Herzstillstand zu erleiden.“ Angesichts der sechs bis acht Infekte der Luftwege, an denen kleine Kinder jährlich erkranken, sei das durchaus ein Thema.

Red.: ReH

Prävention beginnt im Mutterleib!

Das „Bündnis Frühkindliche Prävention“ setzt sich für den Ausbau von präventiven Beratungen in den Vorsorgeuntersuchungen während Schwangerschaft und erstem Lebensjahr ein.

Gemeinsam mit den Berufsverbänden der Frauenärzte und der Kinder- und Jugendärzte haben sich die Projekte „Gesund ins Leben - Netzwerk Junge Familie“ und „9+12 Gemeinsam

gesund in Schwangerschaft und erstem Lebensjahr“ zum **Bündnis Frühkindliche Prävention - gemeinsam vorsorgen** zusammengeschlossen. Beide Projekte werden im Rahmen des Nationalen

Aktionsplans IN FORM durch das Bundesernährungsministerium gefördert. Die Bündnispartner setzen sich dafür ein, das Bewusstsein für die Bedeutung der frühkindlichen Prävention in der Fachöffentlichkeit

zu steigern und wichtige Vertreter des Gesundheitswesens für die Nutzung dieses wichtigen Präventionspotenzials zu gewinnen. Ziel ist es, die gesetzlich verankerten Vorsorgeuntersuchungen in Schwangerschaft und erstem Lebensjahr um präventive Beratungsleistungen zu den Themen Ernährung und Bewegung zu erweitern.

Hintergrund sind wissenschaftliche Erkenntnisse zur perinatalen Prägung, die darauf hinweisen, dass der Lebensstil während der Schwangerschaft und der ersten Lebensjahre des Kindes entscheidenden Einfluss auf die gesundheitliche Entwicklung des Kindes hat. Äußere Einflüsse wie Ernährung und Bewegung können den Stoffwechsel eines Kindes frühzeitig prägen und damit das lebens-

lange Risiko für die Entwicklung von Übergewicht, Adipositas und Zivilisationskrankheiten wie z. B. Diabetes mellitus Typ 2 maßgeblich beeinflussen.

Einer frühen Beratung von Eltern zu den Themen Ernährung und Bewegung kommt daher eine besondere Bedeutung zu - mit der Aussicht auf langfristige Erfolge. Bisher wird dieses Potenzial jedoch in den gesetzlichen Vorsorgeuntersuchungen noch nicht angemessen berücksichtigt. Das Präventionsgesetz bietet nun eine gute Grundlage, Leistungen der Gesundheitsförderung und Primärprävention zu etablieren.

Dass die gesetzlichen Vorsorgeuntersuchungen einen idealen Zugang zu den jungen Familien bieten, belegen die aktuellen Zah-

len des Faktenblatts des Robert-Koch-Instituts: Mit 95,9 Prozent der Mädchen und 97,5 Prozent der Jungen im Alter von 0 bis 2 Jahren waren nahezu alle Kinder im Säuglingsalter mindestens einmal pro Jahr in einer kinder- und jugendärztlichen Praxis. „Mit der festen Verankerung der Beratungen in den gesetzlichen Vorsorgeuntersuchungen würden wir nahezu alle werdenden und jungen Familien ansprechen. Durch den niederschweligen Zugang dieser Präventionsleistung könnten wir vor allem auch Risikogruppen erreichen und nicht nur Eltern, die ohnehin schon informiert und interessiert sind“, so Dr. med. Wolfram Hartmann als Vertreter des BVKJ.

Red: ReH

Inklusion praktisch:

Mädchenkalender Kalendrina 2016 unter dem Motto „Voll dabei“

Seit mittlerweile 13 Jahren gestalten Mädchen mit und ohne Behinderung im Alter zwischen 11 und 19 Jahren den Mädchenkalender „Kalendrina“. Unter dem diesjährigen Motto „Voll dabei“ haben sieben Redakteurinnen vielfältige Themen kreativ umgesetzt. „Mit dem Konzept ‚von und für Mädchen‘ trifft die Kalendrina immer wieder passgenau die Interessenlage der jungen Leserinnen. Die Beiträge zeigen, dass die Redakteurinnen mitten im Leben stehen und sich sehr bewusst mit ihrer Lebenswelt auseinandersetzen“, so Emanziationsministerin Barbara Steffens bei der Vorstellung von Kalendrina.

„Berühmte Frau mit Behinderung“

Beiträge wie „Dumme Fragen“, „Typisch Mädchen“, „Berühmte Frau mit Behinderung“ sowie

Rezepte oder nützliche Tipps für Spiele und Freizeit machen die Kalendrina vielfältig und nicht nur für Mädchen interessant.

Seit einem Jahr gibt es Kalendrina unter www.kalendrina.de auch online. In dieser Version bietet der Kalender neben inhaltlichen Ergänzungen zum gedruckten Kalender auch wochenaktuelle Termine sowie die Möglichkeit zum Dialog.

Ebenso vielfältig wie die Themen ist auch die Zusammensetzung der Redaktion: Mädchen mit und ohne Behinderung, die sich bei der gemeinsamen Redaktionsarbeit näher kennenlernen und Einblicke in die Lebenswelten der jeweils anderen erhalten.

Träger des Projektes Kalendrina sind die Sportjugend im Landessportbund Nordrhein-Westfalen e.V. und der Behinderten- und Rehabilitationssportverband Nordrhein-Westfalen e.V. (BRSNW).

Gefördert wird das Projekt vom Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen.

Info:

Der Kalender kann ab sofort schriftlich bestellt werden (bitte einen mit 1,45 Euro frankierten Rückumschlag beilegen) bei:

Sportshop des Landessportbundes NRW e.V.

Friedrich-Alfred-Straße 25
47055 Duisburg

oder

Behinderten- und Rehabilitationssportverband NRW e.V.

Friedrich-Alfred-Straße 10
47055 Duisburg

Bei Fragen können sich Interessierte an Axel Görgens, BRSNW Bereich Kifu, 0203-7174-161, goergens@brsnw.de wenden.

Red.: ReH

Neu!!!

„Psychosomatische Grundversorgung und Spezielle Sozialpädiatrie“

In Westfalen Lippe wurde erreicht, dass eine Kombination von Psychosomatischer Grundversorgung und Spezieller Sozialpädiatrie nun auch für Kolleginnen und Kollegen aus anderen Bundesländern möglich ist. Diese Kombination sieht vor, dass Teilnehmer/Innen, die bereits einen Kurs „Psycho-

somatische Grundversorgung“ beim BVKJ absolviert haben, lediglich 10 statt 30 Stunden Theorie nachweisen müssen, um auch die Spezielle Sozialpädiatrie abrechnen zu können (dies senkt die Kosten und den Zeitaufwand natürlich sehr!).

Die 10 Stunden praktische Tätigkeit bleiben weiterhin Pflicht.

Der BVKJ bietet für das Frühjahr 2016 gemeinsam mit der ÄKWL einen solchen Kombinationskurs für Kolleginnen und Kollegen an, die die Übergangsbestimmungen bis Ende Juni 2016 zur Voraussetzung für die Abrechnung GNR 04356 erfüllen wollen.

Bitte senden Sie bei Interesse das ausgefüllte Formular an:

Fax: 0221 68909-78 oder per Mail an bvkj.kongress@uminfo.de

- ich melde mich verbindlich an für den Kurs Psychosomatische Grundversorgung des BVKJ in Bonn (29.-31. Jan. 2016 und 19.-21. Feb.2016) Kosten für BVKJ Mitglieder 985,-€
- *ich möchte an dem Kurs „Spezielle Sozialpädiatrie“ der ÄKWL (voraussichtlich im Mai 2016) teilnehmen und bitte um Vormerkung und Information.
- ich bitte um Vormerkung für das Modul „Patientenzentrierte Selbsterfahrung“ (30 Stunden an 3 Wochenenden in NRW - vorrangig für die Teilnehmer/Innen des Kurses in Bonn – Gruppengröße 15 Teilnehmer)
- ich bitte um Vormerkung für das Modul „10 Stunden praktische Sozialpädiatrie“ an einem Freitag und Samstag in NRW (Kosten 200,-€)

* nur möglich, wenn Sie bereits einen Kurs Psychosomatische Grundversorgung **des BVKJ** absolviert haben (Teilnehmer des Kurses in Bonn werden bevorzugt). Der BVKJ leitet Ihre Anfrage an die ÄKWL, Herrn Süllwold, claudio.suellwold@aekwl.de weiter. Von dort erhalten Sie dann alle weiteren Informationen.

Titel:

(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Name:

Tel:

Vorname:

Mail:

Straße:

Datum/Unterschrift:

PLZ: Ort:

.....

Paulinchen – Initiative für brandverletzte Kinder e.V. ruft zum 6. bundesweiten „Tag des brandverletzten Kindes“ auf:

Verbrannt – verbrüht, was tun?

Am diesjährigen „Tag des brandverletzten Kindes“ am 7. Dezember, mit dem Motto „Verbrannt -verbrüht, was tun?“, werden Aktionspartner wie Feuerwehren, Kliniken, Apotheken, Kitas, Arztpraxen zeigen, was zu tun ist, wenn ein Verbrennungs- oder Verbrühungsunfall passiert.

Jährlich werden mehr als 30.000 Kinder in Deutschland wegen Verbrennungen und Verbrühungen ärztlich behandelt. Die häufigste Unfallursache bei thermischen Verletzungen im Kindesalter sind Verbrühungen. Mehr als 70 Prozent der Kinder sind zum Unfallzeitpunkt jünger als fünf Jahre. Experten schätzen, dass circa 60 Prozent aller Unfälle mit entsprechenden Sicherheitsmaßnahmen, angepasst an den sich ständig vergrößernden Radius eines heranwachsenden Kindes, vermieden werden könnten.

Und wenn es doch passiert?

Ein Unfall mit thermischen Verletzungen setzt eine Rettungskette mit mehreren Beteiligten wie Feuerwehren, Hilfsorganisationen und Kliniken in Gang. In Deutschland gibt es 19 Zentren mit Spezialeinheiten für schwer brandverletzte

Kinder mit insgesamt 46 Betten. Wann eine Indikation für eine Vorstellung oder Verlegung in ein Zentrum oder eine spezialisierte Klinik besteht, beschreibt die S2k-AWMF-Leitlinie zur Behandlung thermischer Verletzungen im Kindesalter (Verbrennung, Verbrühung), die in diesem Jahr überarbeitet und aktualisiert wurde. „Brandverletzte Kinder sollten in Kliniken behandelt werden, die auf die Behandlung von thermischen Verletzungen spezialisiert sind“, fordert Adelheid Gottwald, die Vorsitzende von Paulinchen – Initiative für brandverletzte Kinder e.V.

Der Verein berät und begleitet Familien mit brandverletzten Kindern in jeder Phase nach dem Unfall. Ein großes Kompetenznetzwerk steht zur Verfügung, so dass keine Frage rund um die thermische Verletzung im Kindesalter offen bleibt. Ziel ist es, für jedes brandverletzte Kind individuell die bestmögliche Versorgung zu erreichen.



Foto: Gabriela Acklin – Paulinchen e.V.

Links:

www.paulinchen.de
www.tag-des-brandverletzten-kindes.de
Facebook

Red: ReH

Versorgung von Kindern und Jugendlichen aus Flüchtlingsfamilien

Unter den Massen von Asylsuchenden sind auch viele Kinder und Jugendliche, teils ohne Begleitung. Der BVKJ Pressesprecher, Dr. Uli Fegeler, hat eine Stellungnahme und einen Forderungskatalog zur Versorgung dieser besonderen Gruppe durch Kinder- und Jugendärztinnen und -Ärzte verfasst. Sie steht auf der Basis der UN-Kinderrechtskonvention von 1989. Danach erkennen die Vertragsstaaten das Recht des Kindes auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit an.



Foto: © Lydia Geisler – Fotolia.com

massenhaften Auftretens von Leistungssuchenden die Versorgungskapazitäten (Einrichtungen, medizinisches Personal – Ärzte, MFA - und nicht-medizinisches Personal) überfordert sind. Dann erfolgt für den Zeitraum bis zur Entspannung der Situation die Versorgung nach Triage-Gesichtspunkten.

Grundhaltung

Die Grundhaltung des BVKJ ist, dass bei allen gesundheitlichen und sozialen Belangen von Flüchtlingskindern und -Jugendlichen das Kindeswohl Vorrang hat. Der BVKJ definiert dabei das Kindesalter bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres. Eine Mitwirkung bei der Altersbestimmung steht hierbei nicht im Vordergrund. Spezielle Röntgenuntersuchungen hierzu lehnt der BVKJ ab.

Das neue Asylbewerberleistungsgesetz legt fest, dass Asyl suchende Kinder und Jugendliche das Recht auf eine Akut- und Schmerzbehandlung und weiterer Leistungen zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung von Krankheiten und Krankheitsfolgen haben. Zusätzlich haben sie das Recht auf Vorsorgeuntersuchungen und auf Impfungen. Die Behandlung von Kindern mit chronischen Erkrankungen ist im Gesetz nicht ausdrücklich erwähnt. §6 sieht hierzu ein Antragsverfahren vor. Das kann zu erheblichen Verzögerungen bei notwendigen Therapien oder bei der Versorgung mit Hilfsmitteln führen.

Flüchtlinge unterliegen erst nach ihrer registrierten Aufnahme

und dem damit verbundenen Antrag auf Asyl den Bestimmungen des Asylbewerberleistungsgesetzes.

Bisherige Erfahrungen und Probleme in der pädiatrischen Versorgung

Die pädiatrische Versorgung von minderjährigen Flüchtlingen ist in den einzelnen Bundesländern sehr unterschiedlich geregelt. Selbst in den großen Stadtstaaten variiert sie von Bezirk zu Bezirk. Der BVKJ bittet die Obleute, mit den regionalen Gesundheitsämtern Kontakt aufzunehmen, um die Organisation der Versorgung der Flüchtlingskinder vor Ort abzustimmen. In den meisten Regionen und Städten haben sich niedergelassene Kinder- und Jugendärzte zur Verfügung gestellt, außerhalb ihrer Praxisdienstzeiten Impfungen in Erstaufnahmeunterkünften und Asylbewerberheimen durchzuführen, teilweise unter chaotischen Bedingungen.

Neben den anfangs vordringlichen Impfungen (s. Masernwelle in Berlin), ist die Behandlung von Akuterkrankungen, aber auch die Versorgung chronisch kranker Kinder und Jugendlicher dringend notwendig. Hierfür bieten Unterbringungen häufig keine adäquaten Möglichkeiten, so dass die akute und kontinuierliche ärztliche Betreuung von Flüchtlingskindern teilweise in den Praxen stattfinden muss.

Das bringt verschiedene Probleme mit sich:

1. Sprachliche Verständigung: Flüchtlinge beherrschen oft

Es darf keinerlei Einschränkung in der medizinischen Versorgung von minderjährigen Flüchtlingen geben. Dies gilt für akute und chronische Erkrankungen ebenso wie für alle Maßnahmen der medizinischen Prävention. Temporäre Einschränkungen können sich allenfalls dann ergeben, wenn aufgrund eines plötzlichen

nur ihre Muttersprache. Vorstellungsanlässe können nicht adäquat erörtert, therapeutische Hinweise nicht erläutert werden.

2. **Versicherungsschein.** Er wird nach der Erfassung der Patienten ausgestellt. Nicht immer gilt er das ganze Quartal. Wechselt ein Kind nach einer Behandlung die Unterkunft, bekommt der zweite Arzt keinen Schein mehr. Kopien werden von der KV nicht akzeptiert.
3. **Patienten ohne Schein.** Ohne Registrierung erhalten Flüchtlinge keinen Schein und sind unversichert. Selbst wenn wir sie unentgeltlich behandeln müssen sie für Medikamente bezahlen. In manchen Regionen stellen Apotheken Medikamente kostenlos zur Verfügung, wenn wir sie darum bitten oder die Kosten der Privatrezepte werden erstattet.
4. **Chronische Erkrankungen.** Chronisch kranke Kinder und Jugendliche haben keinen gesetzlichen Anspruch auf die Behandlung ihrer Grunderkrankung mit Ausnahme akuter Verschlechterungen. Nur über einen gesonderten Antrag sind Behandlungen oder die notwendigen Heil- u/o Hilfsmittelverordnungen möglich. Die Bearbeitung dieser Anträge dauert oft sehr lange.
5. **Traumatisierte Kinder.** Gerade Kinder haben sehr häufig schwere psychische Traumatisierungen durch Krieg, Gewalt- und Fluchterfahrungen erlitten. Zur Zeit bestehen fast keine Behandlungsmöglichkeiten, da die Behandlungseinrichtungen durch den gegenwärtigen Flüchtlingsansturm überlastet sind.
6. **Schulpflicht.** In allen Bundesländern existiert die Schulpflicht für alle Kinder und Jugendlichen, die sich dort aufhalten. Untersuchung vor Schulaufnahme mit Klärung der bisherigen Krankengeschichte, insbesondere bei Kindern mit chronischer Grunderkrankung, und der bisherigen Schullauf-

bahn sind notwendig. Ebenso eine orientierende sprachfreie Entwicklungsbeurteilung zur Beurteilung eines Förderbedarfes, der über die Sprachförderung hinausgeht.

Der BVKJ fordert:

1. **Patientenchipkarte.** Sie sollte bei der Erfassung der Familien gleich ausgestellt werden. Die Flüchtlingsfamilien sind dabei durch ein gesondertes Budget versichert, das hälftig aus öffentlichen Mitteln und von den Krankenkassen gespeist wird. Dieses Budget berührt nicht die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung.
2. **Dolmetscherdienste:** Sie könnten in den Unterbringungseinrichtungen organisiert werden. Wesentliche Teile der Anamnese werden schon zu Beginn festgehalten oder ergänzt und verbleiben beim Patienten, um Ressourcen zu sparen.
3. **Adäquate medizinische Versorgung auch für chronische Erkrankungen** der Schutzsuchenden Kinder und Jugendlichen **einschließlich Heil- und Hilfsmittelversorgung** ohne bürokratische Hürden.
4. **Schulärztliche Betreuung** durch Ausbau oder Schaffung entsprechender Ressourcen im KJGD als dritte Säule des Gesundheitssystems.
5. **Untersuchung aller Kinder vor dem Besuch einer Gemeinschaftseinrichtung,** insbesondere vor Schulbesuch.

Bund und Länder reagieren

Mit verschiedenen Maßnahmen wollen Bund und Länder die Versorgung von Flüchtlingen verbessern. Die entsprechenden Beschlüsse sind Bestandteil des am 24. Oktober 2015 in Kraft getretenen Asylverfahrensbeschleunigungsgesetzes und einer begleitenden Verordnung. Die Beschlüsse zielen auch auf den Gesundheitsbereich ab und betreffen konkret vier Punkte.

Elektronische Gesundheitskarte:

Der Bund schafft die rechtlichen Voraussetzungen, um den Bundesländern die Einführung der Gesundheitskarte für Flüchtlinge mit geringem Verwaltungsaufwand zu erleichtern. Der Leistungsumfang und die Finanzierung der medizinischen Versorgung erfolgt im Rahmen des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG).

Impfschutz:

Für die Versorgung von Flüchtlingen mit Schutzimpfungen wird ein bundesweit einheitlicher Standard geregelt. Das unterstützt die zuständigen Behörden vor Ort dabei, sicherzustellen, dass Asylbewerber frühzeitig die notwendigen Schutzimpfungen angeboten werden. So wird gewährleistet, dass die Gruppe der Asylbewerber frühzeitig einen mit der Allgemeinbevölkerung vergleichbaren Impfschutz aufweist.

Psychotherapeutische Behandlung:

Die Menschen, die zu uns kommen, haben in ihrem Herkunftsland häufig schlimmste physische und psychische Gewalt erlebt. Oftmals sind sie traumatisiert. Wichtig ist, diese Flüchtlinge gut zu versorgen. Ärzte, Psychotherapeuten und psychosoziale Einrichtungen sollen deshalb zur kontinuierlichen Behandlung traumatisierter Flüchtlinge ermächtigt werden.

Medizinische Erstversorgung:

Schon aufgrund ihrer Sprachkenntnisse können Flüchtlinge mit medizinischen Kompetenzen bei der Versorgung in Erstaufnahmeeinrichtungen eine sehr wichtige Hilfe sein. Deshalb soll es medizinischen Helfern ermöglicht werden, gemeinsam mit deutschen Ärzten in den Aufnahmeeinrichtungen zu unterstützen.

Quellen: PädInform, BVKJ-Aktuell; <http://www.bmg.bund.de/ministerium/meldungen/2015/bundlaender-vereinbarungen.html>

Kup

Das Leser-Forum

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



Schuleingangsuntersuchung 2014 in Niedersachsen, KiJuA 2015, Heft 9, S. 491

Sehr geehrte Kollegen!

Ich habe mich über die Bewertung des niedersächsischen Landesgesundheitsamtes gewundert. Ich kann nämlich nicht nachvollziehen, dass letztlich uns Kinderärzten ein schlechtes Zeugnis bei der Feststellung von Hörstörungen ausgestellt wird. Feststellen konnte man durch die Auswertung doch offenbar nur, dass zwei Drittel der Kinder mit auffälligem Hörtest bei der Schuleingangsuntersuchung bisher keine Audiologische Behandlung erhiel-

ten. D.h. doch aber noch nicht, dass zwei Drittel der Kinder mit Hörstörung keine Behandlung erhalten. Denn meiner Erfahrung nach haben die meisten Kinder, die zur Hörtestkontrolle nach dieser Untersuchung kommen (auch beim HNO-Arzt) einen unauffälligen Kontrolltest.

Mit freundlichen Grüßen
Dr. med. Alexander Wagner
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin Notfallmedizin, Asthma-trainer, Neugeborenennotarzt
Steigerwaldstr. 3, 97318 Kitzingen
E-mail: info@kinderarztpraxis-wagner.de
Internet: www.kinderarztpraxis-wagner.de

Red.: ReH



Wer sucht, der findet nicht! Die Suchfunktionen für Artikel aus dem Kinder- und Jugendarzt sind mangelhaft. Von Dr. Gottfried Huss, KiJuA 2015, Heft 10, S. 564

Antwort der gemeinnützigen Kinderumwelt GmbH auf die Anmerkungen zur Suchfunktion in PädInform®:

Sehr geehrter Herr Huss, liebe NutzerInnen von PädInform®, es ist korrekt, dass die Suchfunktionen in unserem kinderärztlichen Intranet weniger komfortabel sind als jene, die von den großen Suchmaschinenbetreibern wie GOOGLE oder BING angeboten werden. Google und Co. haben hier Maßstäbe gesetzt, die mit unserem Budget, das um viele Größenord-

nungen geringer ist, nicht zu erreichen sind.

Dennoch lassen sich mit den in PädInform® integrierten Suchfunktionen ganz passable Ergebnisse erzielen. Voraussetzung ist allerdings, dass die Hinweise der Kinderumwelt gGmbH zur Suche auch wirklich beachtet werden. Diese findensich z.B. im Artikel „Recherche in PädInform®“ im Heft 11 von 2010.

Die wichtigsten Empfehlungen seien hier noch einmal kurz zusammengefasst:

1. Schnellsuche in einem Forum

Tippen Sie Ihren Suchbegriff in das (hier rot eingerahmte) Suchfenster und drücken Sie die ENTER-Taste (Abb. 1).

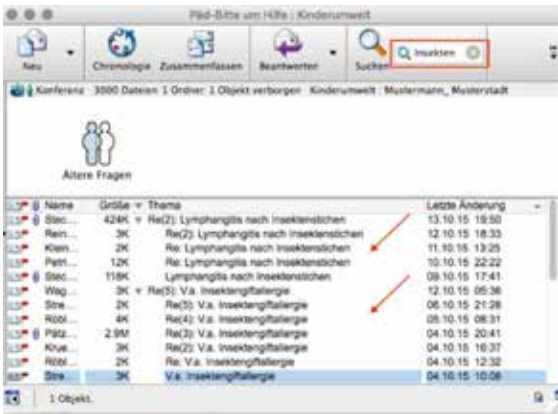


Abb. 1

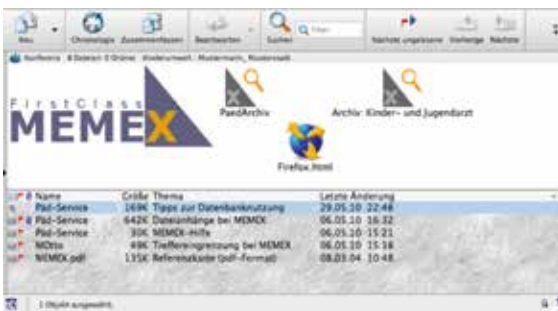


Abb. 2



Abb. 3

Hier werden alle Beiträge gefunden, die das Suchwort im **Beitrag** oder ggfls. auch im **Absender/Empfänger** enthalten.

Beiträge, die das Suchwort nur im Textteil einer Forennachricht enthalten, werden über die Schnellsuche nicht angezeigt. Hierfür ist eine **Volltextsuche** sinnvoll.

2. Volltextsuche in einem Forum oder in allen Foren

Für eine Suche in allen PädInform®-Foren klicken Sie auf **Suche** (großes Lupensymbol, links neben dem Schnellsuche-Fenster) und wählen Sie **Weitere Optionen**.

In dem sich öffnenden Fenster können Sie neben dem Suchwort (bzw. den Suchwörtern) auch einen Suchzeitraum definieren, nach Dateianhängen suchen und die Unterforen in die Suche einbeziehen.

Falls zuviele Treffer gelistet werden, schränken Sie die Suchstrategie mit weiteren Suchworten ein (logische AND-Suche).

3. Archivsuche

Während sich Schnellsuche und Volltextsuche auf aktuell vorgehaltene PädInform®-Inhalte beziehen, können Sie mit der Archivsuche („Memex“) auch in archivierten

Beiträgen ausgewählter Fachforen und im Archiv der Zeitschrift „Kinder- und Jugendarzt“ stöbern (Abb. 2).

Auch hier sollten die Empfehlungen zur Datenbanknutzung beachtet werden. Insbesondere sei auf die **Erweiterte Suche** und die Option **Exakte Phrase** hingewiesen.

Letztere Optionen sind z. B. bei einer Zitatsuche nützlich. Bei Testläufen konnte die Kinderumwelt einen einzelnen beliebigen Satz innerhalb von 1 Minute in der betreffenden Ausgabe des KJA lokalisieren und den Artikel als PDF herunterladen.

Wer sich mittels Webbrowser via www.paedinform.de bzw. www.uminfo.de einwählt, kann die recht komfortable Suche über ein Webformular nutzen (Abb. 3).

Schließlich steht im Einzelfall bei schwierigen Suchanforderungen die Kinderumwelt gGmbH mit ihrem Wissen zur Verfügung.

Wer **richtig** sucht, der findet meistens **doch!**

Dr. Matthias Otto
Kinderumwelt gemeinnützige GmbH
Westerbreite 7
49084 Osnabrück

Red.: ReH

Heirat statt Schule, alle zwei Sekunden

Care fordert Ende der Kinderehe bis 2030

In 26 Ländern dieser Welt ist eine Zwangsehe für Mädchen unter 18 Jahren wahrscheinlicher, als eine weiterführende Schule zu besuchen. Dies zeigt eine aktuelle von der Hilfsorganisation CARE veröffentlichte Studie „VowsofPoverty“.

Es sollten nicht mehr Mädchen vor den Altar treten, als Mädchen den Klassenraum einer weiterführenden Schule von innen sehen“, so CARE-Generalsekretär Karl-Otto Zentel. „Es muss wachrütteln, dass diese Praxis in vielen Ländern Alltag ist. Jedes Mal,

wenn ein Mädchen unter 18 Jahren zur Ehe gezwungen und davon abgehalten wird, die Schule zu besuchen, ist das eine vertane Chance: für das Leben dieses Mädchens, aber auch für die Bekämpfung der Wurzeln der Armut.“ Laut der CARE-Studie werden jeden Tag 39.000 Mädchen

zur Ehe gezwungen – das heißt, dass alle zwei Sekunden eine neue Kinderehe geschlossen wird. Gleichzeitig gehen 62 Millionen Mädchen nicht zur Schule. „Der Traum meines Schulbesuchs ist vor langer Zeit gestorben“, berichtet etwa Jobeda Begum aus Bangladesch in dem Be-

richt. Sie wurde mit 15 Jahren zur Ehe gezwungen und musste daraufhin die Schule beenden.

Vor allem die geringe Anzahl der Einschreibungen an weiterführenden Schulen von Mädchen ist laut des Berichts kritisch. „In vielen Ländern besuchen Mädchen mittlerweile die Grundschule – häufig ist das im nationalen Gesetz auch so verankert. Aber sobald Mädchen in die Pubertät kommen, sind sie Risiken wie Zwangsehe, Gewalt, Schwangerschaft und sexuellen Übergriffen ausgesetzt. Auch ihre Schulausbildung endet dann“, so Zentel. Der Bericht zeigt einige Lösungsansätze für die Abschaffung der Kinderehe, die sich in Ländern wie Bangladesch, Nepal, Äthiopien oder Malawi bereits bewährt haben. Dazu zählt etwa eine CARE-Initiative in Äthiopien, bei dem die Gesundheit von über 5.000 Mädchen durch Unterstützergruppen verbessert und ihnen eine Ausbildung gewährt werden konnte.

CARE fordert ein Ende der Kinderehe bis 2030 und dass Staaten den bei der UN-Generalversammlung beschlossenen Nachhaltigkeitszielen jetzt auch Taten folgen lassen und Lücken in der Gleichstellung der Geschlechter schließen.

Weitere wichtige Ergebnisse der Studie:

- Hauptursachen für Kinderehen sind vor allem soziale, junge Mädchen abwertende Normen, Mädchenhandel, Abhängigkeiten von Mitgift sowie Bürgerkriege wie in Afghanistan oder Mali;
- Im Niger heiraten 76 Prozent der Mädchen unter 18 Jahre und damit so viele wie nirgendwo sonst auf der Welt. Nur 10 Prozent sind in einer weiterführenden Schule eingeschrieben;
- Im Tschad, der Zentralafrikanischen Republik, im Südsudan und in Somalia übersteigt die Zahl der Mädchen, die vor ih-

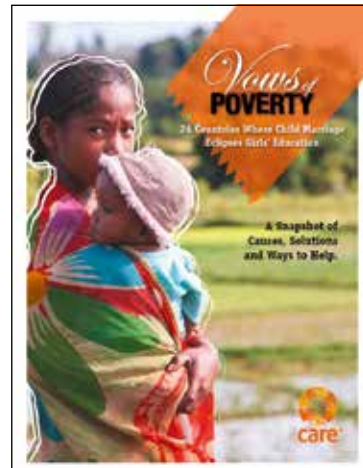


Foto: © CARE/Jake Lyell

„Es sollten nicht mehr Mädchen vor den Altar treten, als Mädchen den Klassenraum einer weiterführenden Schule von innen sehen“

rem 18. Geburtstag verheiratet werden, die Zahl derjenigen, die eine weiterführende Schule besuchen, um jeweils 40 Prozent.

Red.: ReH

Schreckgespenst Neurodermitis

Eltern in Deutschland fürchten offenbar am meisten, dass ihr Kind an Neurodermitis erkrankt. Das zeigt eine aktuelle DAK-Elternstudie zur Kindergesundheit. Bei einer Befragung gaben 27 Prozent der Mütter und Väter an, Angst davor zu haben, dass beim Kind Neurodermitis diagnostiziert wird. Dagegen hat die Diagnose ADHS ihren Schrecken verloren: Nur noch 20 Prozent der Eltern gaben in der Befragung an, Angst davor zu haben. 2008 waren es noch 44 Prozent gewesen. Auch bei Asthma und Diabetes gingen die Befürchtungen zurück. Insgesamt schätzen die Eltern derzeit die Gesundheit ihrer Kinder besser ein als 2008. Für die repräsentative DAK-Studie „Kindergesundheit 2015“ befragte das Forsa-Institut 1004 Eltern mit mindestens einem Kind bis sechs Jahre.

Gesundheit der meisten Kinder „gut“ oder „sehr gut“

95 Prozent der Mütter und Väter schätzen die Gesundheit ihres Kindes als „sehr gut“ oder „gut“ ein. Nur sehr wenige Eltern (drei Prozent) geben an, dass die gesundheitlichen Probleme ihrer Kinder den Alltag sehr beeinträchtigen. Jeder fünfte Befragte sieht den Alltag „etwas erschwert“.

Diese Krankheiten fürchten Eltern 2015 bei ihren Kindern am meisten:

- | | |
|--|---|
| 1. Neurodermitis
(27 Prozent - 2008: 26 Prozent) | 6. Zahnprobleme
(15 Prozent - 11 Prozent) |
| 2. Asthma
(25 Prozent - 2008: 32 Prozent) | 7. Vegetative psychosomatische Störungen
(14 Prozent - 2008: 15 Prozent) |
| 3. Diabetes
(23 Prozent - 2008: 28 Prozent) | 8. Rheuma
(13 Prozent - 2008: 16 Prozent) |
| 4. ADHS und Adipositas
(jeweils 20 Prozent - 2008: ADHS 44 Prozent, Übergewicht 23 Prozent) | 9. Untergewicht
(7 Prozent - 2008: 14 Prozent) |
| 5. Heuschnupfen
(16 Prozent - 2008: 14 Prozent) | |

Red: ReH

Kinder- und Jugendrehabilitation ergänzt ambulante Pädiatrie

Chronische Krankheiten im Kindes- und Jugendalter, insbesondere bei zusätzlichen Risikofaktoren und Komorbiditäten, können bei unzureichender Behandlung die Entwicklung eines Kindes beeinträchtigen und sich nicht nur auf die aktuelle Lebensqualität, sondern auch auf die Leistungsfähigkeit in Schule und Ausbildung auswirken. Um dies zu verhindern, gilt es rechtzeitig zu intervenieren. Die Kinder- und Jugendrehabilitation unterstützt hierbei die ambulante Versorgung. Eine Kinder- und Jugendrehabilitation wirkt den Folgen chronischer Krankheiten bzw. gesundheitlicher Einschränkungen entgegen, um die besten Voraussetzungen für einen Schul- bzw. Ausbildungsabschluss zu schaffen und damit die spätere Erwerbsfähigkeit zu sichern. Dies erklärt, warum die Deutsche Rentenversicherung einer der wichtigsten Kostenträger der Reha-Maßnahmen für die Altersgruppe der 0- bis 18-Jährigen ist.

Indikationen für eine Kinder- & Jugendrehabilitation

- Krankheiten der Atemwege,
- allergische Krankheiten,
- Hautkrankheiten,
- Adipositas (BMI oberhalb der 97. Perzentile),
- Übergewicht in Verbindung mit weiteren Risikofaktoren und anderen Krankheiten,
- psychosomatische Störungen, Verhaltensstörungen,
- Stoffwechselkrankheiten (spez. Diabetes mellitus),
- Krankheiten des Bewegungsapparates,
- Krankheiten der Verdauungsorgane,
- Nieren- und Harnwegskrankheiten,
- Herz- und Kreislaufkrankheiten,
- neurologische Krankheiten,
- onkologische Krankheiten

Schritte zur Beantragung einer Kinder- und Jugendrehabilitation:

Neben dem von den Eltern auszufüllenden Antragsformular (G200) sind durch den Arzt

- der Befundbericht (G612) und
- die Honorarabrechnung (G600)

auszufüllen.

(Hinweis: Den Befundbericht darf jeder(!) Arzt für die Dt. Rentenversicherung erstellen. Der Nachweis einer besonderen sozialmedizinischen Qualifikation ist nicht erforderlich.)

Befundbericht und Antrag sind an die Rentenversicherungsträger zu senden. Von diesem erhalten die Eltern einen schriftlichen Bescheid über den Antrag.

Sinkende Antragszahlen trotz wachsender Zahl chronisch kranker Kinder

Jährlich werden im Auftrag der Rentenversicherung über 30.000 Kinder und Jugendliche bundesweit in spezialisierten Rehabilitationseinrichtungen behandelt, mit sinkenden Zahlen. Seit 2008 ist bei der Rentenversicherung ein stetiger Rückgang der gestellten Anträge auf Kinder- und Jugendrehabilitation zu verzeichnen. Dabei sollte in Anbetracht der Zunahme von chronischen Krankheiten, psychischen Auffälligkeiten und Multimorbidität sowie der demographischen Entwicklung die Kinder- und Jugendrehabilitation eigentlich häufiger von den behandelnden Ärzten in Betracht gezogen werden. Gerade Kindern und Jugendlichen aus Familien mit niedrigem Sozialstatus und/oder Migrationshintergrund sollte der Zugang erleichtert werden. Die behandelnden Kinder- und Jugendärzte sind dafür die zentralen Ansprechpartner.

Zusammenarbeit ausbauen

Die Kinder- und Jugendreha ist in Deutschland ein wichtiger Baustein der medizinischen Versorgung unserer Kinder und Jugendlichen, der vor allem im Verbund mit

einer langfristig angelegten ambulanten Weiterbetreuung erfolgreich sein wird. Der durch die vorangegangene Rehabilitationsleistung eingetretene Erfolg ist durch die weitere zeitnahe Beratung und Behandlung durch den behandelnden Arzt zu verbessern bzw. zu sichern. Hier gilt es die Zusammenarbeit auszubauen!

Fallbeispiel:

Ein 15-jähriges Mädchen leidet an Adipositas (BMI oberhalb der 97. Perzentile), die mit Gelenk- und Muskelschmerzen, Kurzatmigkeit, rascher Ermüdbarkeit sowie erhöhter Verletzungsgefahr bedingt durch Trainingsmangel einhergeht. Tyrannisiert und ausgegrenzt von ihren Mitschülern klagt sie über Schlafprobleme, Bauchschmerzen, Übelkeit und verweigert die Schule. Der Erwerb des mittleren Schulabschlusses ist gefährdet. Das unerwünschte Aussehen und das veränderte Körperbild beeinträchtigen ihr Selbstbewusstsein und führen zu sozialem Rückzug in eine idealisierte virtuelle Welt mit gesteigertem Medienkonsum. Ambulante Ernährungsberatungen waren bislang nicht zielführend.

Bei dem adipösen Mädchen konnte eine Gewichtsreduktion sowie eine Veränderung des Ess- und Bewegungsverhaltens erreicht werden. Durch die gesteigerte Ausdauer

er und die verbesserte Koordination hat sie kaum noch Gelenk- bzw. Muskelschmerzen und geht regelmäßig zum Schwimmtraining im Verein. Gestärkt im Selbstwert und emotional stabilisiert freut sie sich auf den während der Rehabilitation vorbereiteten Schulwechsel.

Informationen zur Kinder- und Jugendrehabilitation gibt es auf der Homepage www.kinder-und-jugend-reha-im-netz.de. Hier gibt es die Anträge zur Verordnung, Informationen zu den Kliniken, Antworten auf die wichtigsten Fragen sowie in Kürze Infomaterialien für Ihre Patienten.

Dr. med. Edith Waldeck
Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, Neuropädiatrie, Allergologie und Psychotherapie.
Chefärztin der Edelsteinklinik, Fachklinik für Kinder- und Jugendrehabilitation
Bruchweiler bei Idar-Oberstein

Red.: Kup

Der Verband kinderreicher Familien Deutschland e.V. (KRFD) fordert:

Eigenständige Familienpolitik für kinderreiche Familien



Foto: ©Tatyana Gladskih - Fotolia.com

KRFD, würdigte das Bekenntnis der beteiligten Fraktionen zur Notwendigkeit, die Situation kinderreicher Familien auf Bundes- und Länderebene entscheidend zu verbessern. Die Situation kinderreicher Familien müsse sich verbessern: „Die konkret enthaltenen Initiativen in den Bereichen familienpolitische Leistungen, Wohnraum für Kinderreiche und Erleichterung gesellschaftlicher Teilhabe sind Schritte in die richtige Richtung.“ „Besonders freut uns“, so Dr. Müller weiter, „dass der Ansatz, kinderreiche Familien als eigenständige Zielgruppe familienpolitischer Maßnahmen verstärkt in Blick zu nehmen, bereits dazu beiträgt, die von uns geforderte gesellschaftliche Sensibilisierung für Kinderreiche weiter voranzubringen.“

Wichtige Anstöße für die gesellschaftspolitische Diskussion

Das gemeinsame Positionspapier der CDU Landtagsfraktionen von Baden-Württemberg, Hessen und Rheinland-Pfalz definiert kinderreiche Familien wie auch der KRFD

als Familien mit drei und oder mehr Kindern und empfiehlt, kinderreiche Familien in die Referats- und Abteilungszuständigkeiten des Bundesfamilienministeriums (BMFS-FJ) gesondert aufzunehmen und die Anliegen kinderreicher Familien bei familienpolitischen Gesetzesvorhaben stärker zu berücksichtigen. Als Initiativen auf Bundesebene wird unter anderem eine erheblich stärkere Berücksichtigung der Kinderzahl bei der Staffelung familienpolitischer Leistungen sowie im Rahmen der Sozialversicherungssysteme festgehalten. Für die landespolitische Ebene enthält das Positionspapier Empfehlungen bezüglich einer besonderen Berücksichtigung kinderreicher Familien beim staatlich geförderten Wohnungsbau, dem Angebot von Familieneintrittskarten für Freizeit- und Kulturangebote in Trägerschaft der Länder, die die Zahl der Kinder einer Familie nicht begrenzen, sowie die Ermutigung der Kommunen, bspw. Gebühren für Kindertagesstätten nach der Kinderzahl der Familie zu staffeln.

Red.: ReH

Betriebswirtschaftliche Beratung für Mitglieder des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte

An jedem 1. Donnerstag im Monat von 17.00 bis 21.00 Uhr stehen Ihnen Herr Jürgen Stephan und seine Mitarbeiter von der SKP Unternehmensberatung unter der Servicrufnummer **0800 1011 495** zur Verfügung.



Gesundheitliche Versorgung und sozioökonomische Situation von Familien mit chronisch erkrankten und behinderten Kindern

In einer Studie mit dem Kindernetzwerk e.V. befragten wir 2013 1.567 Eltern (87 % Mütter) von chronisch kranken und behinderten Kindern zu ihren Erfahrungen mit Information, Beratung und Unterstützung, Belastung und Lebensqualität (QoL) sowie Erwerbssituation und Bildung. Parallel hierzu wurde eine bundesweit repräsentative Kontrollgruppe von 439 Eltern gesunder Kinder untersucht. Die betroffenen Kinder sind durchschnittlich zehn Jahre alt. 55 % aller Kinder haben mehr als eine Diagnose, 79 % einen Schwerbehindertenstatus, 60 % eine Pflegestufe. Die Hälfte der Eltern bewertet die SGB XI-Leistungen als ausreichend, - untere Einkommensgruppen signifikant seltener als die oberen. Nur jedes zweite Elternteil empfand sich frühzeitig informiert, und nur jedes dritte Elternteil bewertete die erhaltenen Informationen als ausreichend. Als größte Hilfe werden Selbsthilfegruppen erlebt. Erwerbsquote und Äquivalenzeinkommen sind bei Eltern von behinderten Kindern deutlich niedriger als bei Eltern gesunder Kinder. Die Eltern fordern Beratung und Leistungsbewilligung aus einer Hand. Dieses setzt eine frühzeitige aktive Information und Aufklärung voraus, welche am sinnvollsten bei den Pädiatern und Hausärzten in Verzahnung mit den betroffenen Familien und den jeweils relevanten therapeutischen und sozialen Diensten zu verorten wäre.



Dr. phil.
Christopher Kofahl



Dr. phil.
Daniel Lüdecke

Hintergrund

Im Ergebnis der Kinder- und Jugendlichen-Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts bescheinigen 94 % der befragten Eltern ihren Kindern eine gute bis sehr gute Gesundheit, obgleich 16 % der 0-17-Jährigen ein chronisches Gesundheitsproblem aufweisen [1]. Allerdings ist nur jedes fünfte dieser Kinder im Vergleich mit Gleichaltrigen eingeschränkt. Auf der anderen Seite des Gesundheitsspektrums steht eine Gruppe von Kindern und Jugendlichen, die mit schweren gesundheitlichen und funktionellen Problemen konfrontiert sind. Ein bis zwei von hundert Kindern sind hier betroffen. Am 31.12.2014 waren 103.462 Kinder und Jugendliche pflegebedürftig im Sinne des SGB XI [2], weitere Kinder aus dem PKV-Bereich kommen hinzu. Die Schwerbehindertenquote betrug 2013 bei den 0-4-Jährigen 0,5 %, bei den 4-6-Jährigen bereits 1 %, bei den 6-15-Jährigen 1,5 % und bei den 15-18-Jährigen 1,7 % [3].

Familien, die mit Kindern mit chronischen Erkrankungen, Behinderungen, Pflegebedürftigkeit oder einfach nur dem „Anderssein“ leben, bewegen sich in dem sozialstaatlichen Spannungsfeld zwischen *Subsidiarität* und *Solidarität*. Während das überwiegend in den Sozialgesetzbüchern verankerte Solidaritätsprinzip diejenigen schützt, die sich nicht selbst helfen können oder durch soziale Risiken, Krankheit oder Behinderung benachteiligt sind, verlangt das Subsidiaritätsprinzip von

jedem Einzelnen, zunächst sich selbst und im Weiteren seinen Angehörigen zu helfen. Vor diesem Hintergrund müssen auch Eltern chronisch kranker und behinderter Kinder erhebliche Eigenleistungen erbringen.

Aus sozialpsychologischer Perspektive befinden sich die betroffenen Familien somit auch zwischen den Polen *Autonomie* (Selbstbestimmung, Selbstverantwortung, aber auch Eigenbeteiligung an den krankheitsbedingten Kosten im Sinne der Subsidiarität) und *Abhängigkeit* (Fürsorge, Inanspruchnahme sozialer und gesundheitlicher Leistungen der Solidargemeinschaft im Sinne der Solidarität). Die Autonomie zu erreichen, zu erhalten und auch zu empfinden, ohne sich Gefühlen der Abhängigkeit und Ohnmacht hingeben zu müssen, ist unter der Überschrift „Teilhabe“ eines der zentralen Themen von Menschen und Familien mit besonderen Bedarfen [vgl. 4].

Die Betreuungs- und Pflegebereitschaft der Bevölkerung ist hoch. Die Mehrheit der Hilfs- und Pflegebedürftigen aller Generationen wird von ihren Angehörigen unterstützt, betreut, gepflegt und versorgt [5, 6]. Allerdings sind die aus chronischer Erkrankung und/oder Behinderung resultierenden Belastungen für die Betroffenen und Angehörigen erheblich [7, 8, 9, 10]. Für Eltern von Kindern mit besonderen Bedarfen kommt der Umstand hinzu, dass diese sich weit überwiegend in der Phase der Erwerbstätigkeit, Karriereentwicklung und beruflicher Konsolidierung befinden. Diese Lebensphase hat erheblichen Einfluss auf die private wirt-

Die Bereitschaft, hilfsbedürftige Angehörige zu betreuen und zu pflegen, ist in Deutschland sehr hoch.

schaftliche Sicherung, Vermögensbildung und Altersvorsorge [11, 12, 13]. Somit verschärfen Krankheit und Behinderung der Kinder die soziale Ungleichheit, die aus dem Vorhandensein von Kindern erwächst, insbesondere bei den Einkommensschwachen. Umso mehr sind Eltern in dieser Situation auf soziale Unterstützung, familienfreundliche Erwerbsbedingungen und Teilhabe angewiesen, um gegenüber der Durchschnittsbevölkerung keine Nachteile zu erleiden.

Die vorliegende Studie zur Lebens- und Versorgungssituation von Familien mit chronisch kranken und behinderten Kindern in Deutschland geht deshalb der Frage nach, welche Unterstützung den betroffenen Familien angeboten wird, welche sie in Anspruch nehmen und als wie hilfreich sie diese erachten. Des Weiteren untersucht die Studie ob und wie weit die besonderen Bedarfe der betroffenen Kinder mit Belastungen, Lebensqualität und beruflichen Konsequenzen assoziiert sind. Ermöglicht wurde die Untersuchung durch eine Förderung des AOK Bundesverbands von Juli 2012 bis Dezember 2014.

Methodik

Zusätzlich zu den 1.567 Eltern betroffener Kinder wurde auch eine bundesweit repräsentative Vergleichsgruppe von 439 Eltern gesunder Kinder befragt.

Die Studie wurde in Kooperation mit dem Arbeitskreis „pflegerische und psychosoziale Versorgung“ im Kindernetzwerk e. V. sowie Fachleuten aus der pädiatrischen Pflege und Frühförderung als standardisierte Online-Erhebung konzipiert. Die Mitglieder der dem Kindernetzwerk angeschlossenen Elterninitiativen und Selbsthilfegruppen sind zu über 99 % online. Im ersten Schritt wurden Verbände der Eltern-, Kinder- und Familienselbsthilfe kontaktiert und um Kooperation gebeten.

Im zweiten Schritt leiteten die Geschäftsstellen, Vorstände oder Sprecher/innen der jeweiligen Vereine die Informationen zur Studie und den Zugang zur Online-Umfrage an ihre Mitglieder und weitere in Frage kommende Personen weiter. Die Eltern beteiligten sich anonym, indem sie über einen übermittelten Internetlink Zugriff auf die Online-Umfrage erhielten und die Umfrage am PC beantworteten. Der Fragebogen umfasste die folgenden Dimensionen:

- Angaben zu den Eltern, dem/den betroffenen Kind/ern und den Geschwistern
- Pflege- und Betreuungsbedarf
- Information und Beratung über die Erkrankung/Behinderung des betroffenen Kindes
- Versorgung und Unterstützung
- Gesundheit und Lebensqualität der Eltern (SF-12 [14, 15])
- Familiäre Belastung (FaBel-Fragebogen [16, 17, 18])
- Soziodemografische Angaben der Eltern
- Sozioökonomische Situation

Parallel zur Kindernetzwerkstudie wurde in unserem Auftrag eine bundesweit repräsentative Vergleichsgruppe von 439 Eltern gesundheitlich unbeeinträchtigter Kinder rekrutiert und mit gleicher Methodik zu Lebensqualität, familiären Belastungen Soziodemografie und Sozioökonomie befragt [19].

Ergebnisse

Merkmale der Hauptbezugspersonen

Insgesamt haben 1.567 Personen die Umfrage vollständig abgeschlossen. In 97,2 % der Fälle handelt es sich bei den Befragten um die leiblichen Eltern. 89 % von ihnen sind Frauen. Knapp 12 % der Teilnehmenden waren zum Zeitpunkt der Umfrage alleinerziehend bzw. ohne festen Partner. In drei Vierteln aller Fälle definierten sich die Befragten als die Hauptbezugsperson des betreffenden Kindes, in weiteren 17 % verstanden sie sich und ihre (Ehe-)Partner als gleichsame Bezugsperson. Die Teilnehmenden waren im Durchschnitt 42 Jahre alt. Gut 60 % sind Mitglieder in Selbsthilfegruppen bzw. Eltern-Initiativen, d. h. ein relativ großer Teil von 40 % wurde über Öffentlichkeitsarbeit und Mund-zu-Mund-Propaganda in den erweiterten Netzwerken der Selbsthilfegruppenmitglieder erreicht.

Merkmale der betroffenen Kinder

Die betroffenen Kinder sind im Durchschnitt knapp zehn Jahre alt, gut ein Zehntel von ihnen bereits 18 Jahre und älter. 56 % sind Jungen. Eine Diagnose liegt in 96 % aller Fälle vor. Das Spektrum reicht von Lern- und Verhaltensbesonderheiten (z. B. ADHS) über Stoffwechselerkrankungen (z. B. Diabetes) und Erkrankungen der Organsysteme (z. B. Herzinsuffizienz) bis hin zu Mehrfachbehinderungen geistiger und körperlicher Art. Die häufigsten Einzel- und Hauptdiagnosen sind Down-Syndrom (ca. 11 %), Morbus Perthes (ca. 7 %), Diabetes mellitus I (ca. 5 %), Rett-Syndrom (ca. 4 %) sowie Autismus und/oder Asperger-Syndrom (mindestens ca. 5 %). Mindestens 55 % aller Kinder haben mehr als eine Diagnose, häufig weitere autistische Störungen, Epilepsien, ADHS, muskulo-skeletale Syndrome oder Herzerkrankungen. Über 70 % haben eine Diagnose aus dem Bereich der seltenen Erkrankungen (Prävalenz < 5/10.000, altersangepasst).

Zur Einschätzung der funktionellen Beeinträchtigung und der daraus resultierenden Betreuungs- und Pflegebedarfe wurden die Eltern gefragt, wie stark ihr Kind in verschiedenen Bereichen des täglichen Lebens im Vergleich mit gleichaltrigen Kindern eingeschränkt ist (Abbildung 1).

Mit Hilfe von Cluster-Analysen konnten vier voneinander abgrenzbare „Profile“ identifiziert werden, anhand derer die spezifischen Bedarfe und Belastungen von Eltern und ihren Kindern diagnoseunabhängig über einzelne Indikationen und Behinderungsbereiche hinaus identifiziert werden können:

1. Kinder mit primär Stoffwechselerkrankungen, anderen chronisch körperlichen Erkrankungen oder Verletzungsfolgen, die geistig und in ihrer körperlichen Selbstständigkeit gar nicht oder nur gering eingeschränkt sind (n=438, 28 %);

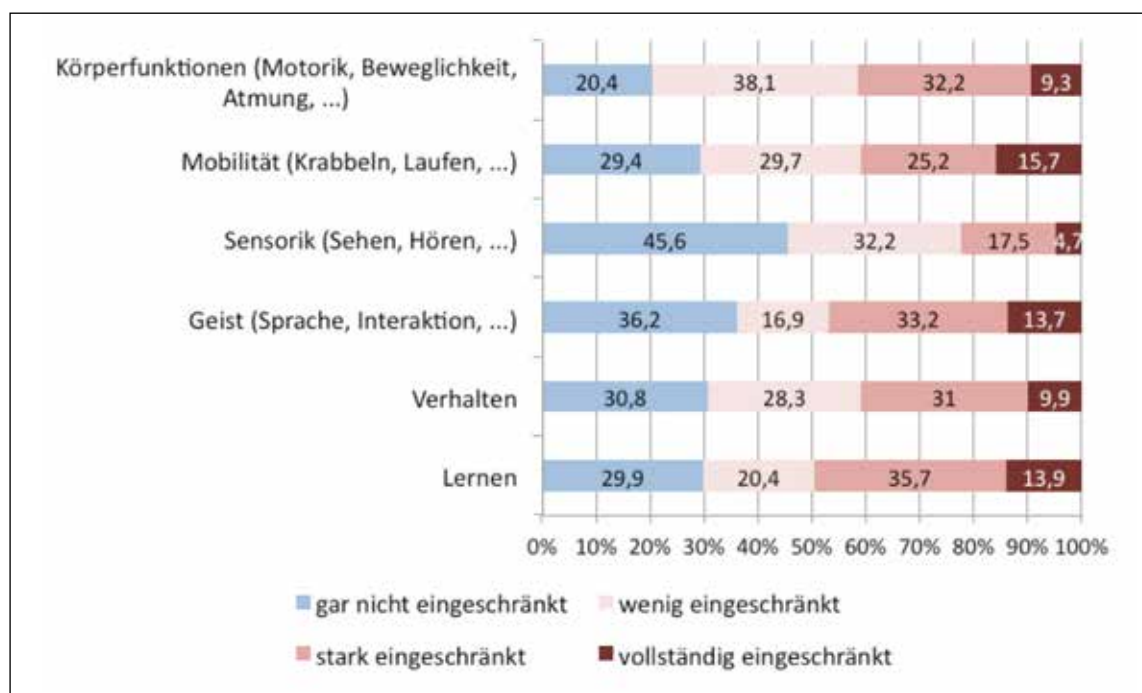


Abb. 1: Einschränkungen in verschiedenen Bereichen des täglichen Lebens im Vergleich mit Gleichaltrigen (Elternangaben in Prozent)

2. Kinder mit primär geistigen Einschränkungen/Behinderungen ohne körperliche Behinderungen (n=504; 32 %);
3. Kinder mit primär körperlichen Einschränkungen/Behinderungen ohne geistige Behinderungen (n=238; 16 %) sowie
4. Kinder mit Mehrfachbehinderungen (sowohl geistige als auch körperliche Einschränkungen) (n=375; 24 %).

Der Beaufsichtigungsaufwand für die Kinder in dieser Stichprobe ist außerordentlich hoch. Über 40 % der Befragten gaben an, dass ihr Kind *niemals* unbeaufsichtigt sein kann. Nur 30% aller Kinder können *länger als eine Stunde* ohne Aufsicht sein. Klammert man alle Kinder unter sechs Jahren aus (n = 448), sind es immer noch 33 %, die niemals unbeaufsichtigt sein können, was sich dann auch bei den älteren Kindern kaum noch ändert, denn selbst unter den mindestens Zwölfjährigen (n = 578) benötigen 27 % permanente Aufsicht.

Pflegeversicherungsleistungen

Knapp 60 % der betroffenen Kinder haben eine Pflegestufe (PS), davon 35 % PS I, 34 % PS II und 31 % PS III bzw. III+. Sofern die betroffenen Kinder SGB XI-leistungsberechtigt sind, werden in 90 % Geldleistungen bezogen. Nur 3 % nutzen ausschließlich Sachleistungen, 7 % eine Kombination aus beidem. Drei Viertel der Leistungsbezieher beurteilen die Berücksichtigung der Situation des Kindes bei der MDK-Pflegebegutachtung als angemessen oder zumindest eher angemessen. Dies ist eine deutliche Verbesserung gegenüber den Ergebnissen einer bereits 2004 durchgeführten Kindernetzwerkumfrage, - damals hatte nur knapp

die Hälfte der Eltern das Begutachtungsergebnis als angemessen bewertet [20, 21].

Die SGB XI-Leistungen als solche empfindet nur die Hälfte aller Eltern als (eher) ausreichend. Diese Bewertungen stehen in einem deutlichen Zusammenhang mit der wirtschaftlichen Situation der jeweiligen Familien, insbesondere bei den Eltern, die die Arbeit wegen der Krankheit des Kindes reduzieren mussten. Besonders auffällig ist der Zusammenhang zwischen Pflegestufe und der FaBel-Skala „finanzielle Belastung“ ($\eta = 0,342$ $p < 0,001$) (Tabelle 1). In der Gruppe der Familien mit Mehrfachbehinderung stellt sich die Situation am prekärsten dar, - nur 44,7 % der Eltern betrachten das Pflegegeld als (eher) ausreichend. Der Pflegebedarf korreliert zudem auch deutlich mit reduzierter Lebensqualität und den sozialen Belastungen der Familien sowie dem Bedarf nach Haushaltshilfe, wobei die familiären Belastungen als solche hiervon unberührt bleiben.

Vertiefende Analysen haben jedoch gezeigt, dass die reduzierte Lebensqualität nicht mit dem Pflegebedarf als solchem im Zusammenhang steht, sondern überwiegend durch die sozialen und wirtschaftlichen Begleiterscheinungen sowie durch die Herausforderungen an die Lebensführung verursacht wird [22].

Information und Beratung

Information und Beratung sind für die Eltern von hoher Bedeutung. Jedoch fühlte sich nur etwa die Hälfte aller Befragten *früh genug* über die Erkrankung des Kindes und deren Konsequenzen informiert (Tabelle 2), wobei wir natürlich nicht beurteilen können, ob dies auch aus fachlicher Sicht immer möglich war. Dies hat sich gegenüber der Kindernetzwerkumfrage 2004 nicht geändert. Doch unabhängig davon, ob Informationen früher oder

Die MDK-Begutachtungspraxis hat sich aus Sicht der Eltern in den letzten zehn Jahren deutlich verbessert.

Für die Mehrheit der Eltern sind die SGB XI-Leistungen nicht ausreichend.

Pflegestufe	Soziale Belastungen	Familiäre Belastungen	Finanzielle Belastungen	Mehr Hilfe im Haushalt benötigt
Keine Pflegestufe	2,05 (s = 0,67)	1,89 (s = 0,76)	1,80 (s = 0,77)	1,88 (s = 0,92)
PS I	2,44 (s = 0,68)	1,91 (s = 0,84)	2,26 (s = 0,87)	2,52 (s = 0,98)
PS II	2,61 (s = 0,64)	2,02 (s = 0,80)	2,40 (s = 0,85)	2,74 (s = 0,99)
PS III/III+	2,80 (s = 0,62)	1,87 (s = 0,74)	2,56 (s = 0,84)	2,83 (s = 0,97)
Eta	0,408***	0,073	0,342***	0,385***

s = Standardabweichung

Tab. 1: Durchschnittliche Belastungen von Familien und Unterstützungsbedarf im Haushalt nach Pflegestufen (jeweilige Skala von 1-4 Punkte, 1 = niedrigste, 4 = höchste Belastung)

	Keine oder geringe Einschränkungen	Primär geistige Einschränkungen	Primär körperliche Einschränkungen	Geistige und körperliche Einschränkungen
Frühzeitige Information über Erkrankung des Kindes und deren Konsequenzen („ja“ und „eher ja“ von n=1.500)	65,6 %	47,0 %	51,9 %	50,4 %
Waren diese Informationen ausreichend? („ja“ und „eher ja“ von n=1.489)	53,3 %	28,1 %	34,2 %	29,2 %

Tab. 2: Information und Beratung unterschieden nach Versorgungsbedarfsprofilen

später verfügbar waren, empfanden zwei Drittel diese als (eher) *nicht* ausreichend, - auch dies war schon 2004 mit knapp 70 % so. Zudem wurde nach Angaben der Eltern nur ein Viertel über die Möglichkeit *psychologischer* Unterstützung informiert. Selbst auf *allgemeine* Hilfen oder Hilfsangebote zur Versorgung des Kindes wurde laut Aussagen der Eltern nur bei jedem Dritten hingewiesen.

In Bezug auf allgemeine Information und Beratung wurden vor allem Klinikärzte (47 %), Selbsthilfgruppen (34 %), niedergelassene Ärzte und Therapeuten (je 28 %) oder Familie und Freunde (21 %) als hilfreich genannt (Mehrfachnennung). Ämter bzw. Behörden oder Kranken- und Pflegekassen wurden nur von knapp 4 % angegeben, vermutlich wurden diese auch am seltensten für Information und Beratung kontaktiert. Insgesamt zeigten sich 35 % eher bis sehr zufrieden mit der bisherigen Information und Beratung, 37 % gaben teils/teils an, während 28 % sich eher bis sehr unzufrieden zeigten.

Auf die Frage, welche Personen oder Einrichtungen am *meisten* bzgl. Information und Beratung geholfen haben, ergibt sich eine ähnliche Reihenfolge (hier war nur *eine* Nennung möglich): Selbsthilfgruppen (25 %), Klinikärzte (20 %), Therapeuten (12 %), Freund und Familie (11 %) sowie niedergelassene Ärzte (8 %). Berücksichtigt man aber die tatsächliche Inanspruchnahme von z. B. Beratung durch Ärzte, Therapeuten oder Familie, dann verschiebt sich das Bild sehr stark

zugunsten der Selbsthilfgruppen, Klinikärzte, Familie und (sozial-) therapeutischen Dienste (Abbildung 2).

Zur zweithilfreichsten Kategorie „Sonstige“ ist anzumerken, dass auch hier ein großes Spektrum insbesondere therapeutischer Hilfen und Selbsthilfgruppen genannt wird, aber noch häufiger „das Internet“ und/oder „wir selbst“.

Organisation von Unterstützungsleistungen

Im Rahmen der Beantragung von Unterstützungsleistungen empfanden 83 % die Anträge, Begutachtungen und Kontakte zu Versicherungen und Ämtern als zeitlich sehr belastend. Besonders bedeutsam ist dabei, dass vor diesem Hintergrund 37 % gänzlich auf Antragsstellungen für Leistungen verzichtet haben. Dies sind sogar 5 % mehr als in der ersten Kindernetzwerkumfrage von 2004. Dementsprechend deutlich fällt – nach wie vor – der Wunsch auf, bürokratische Vorgänge abzubauen bzw. die Bearbeitung dieser Vorgänge zu zentralisieren. In exakt gleicher Größenordnung wie bereits in der Umfrage vor zehn Jahren empfinden es auch heute 91 % als wichtig, dass alle Leistungen bei ein- und derselben Stelle beantragt und vermittelt werden.

De facto existieren solche Anlaufstellen in Form der Reha-Servicestellen mit der Aufgabe, alle Anträge auf Leistungen für den jeweils richtigen Leistungsträger zu bearbeiten. Doch sind diese nur 27 % der befragten

Die Beantragung von Unterstützungsleistungen ist so belastend, dass mehr als jede dritte Familie auf Leistungsansprüche „verzichtet“.

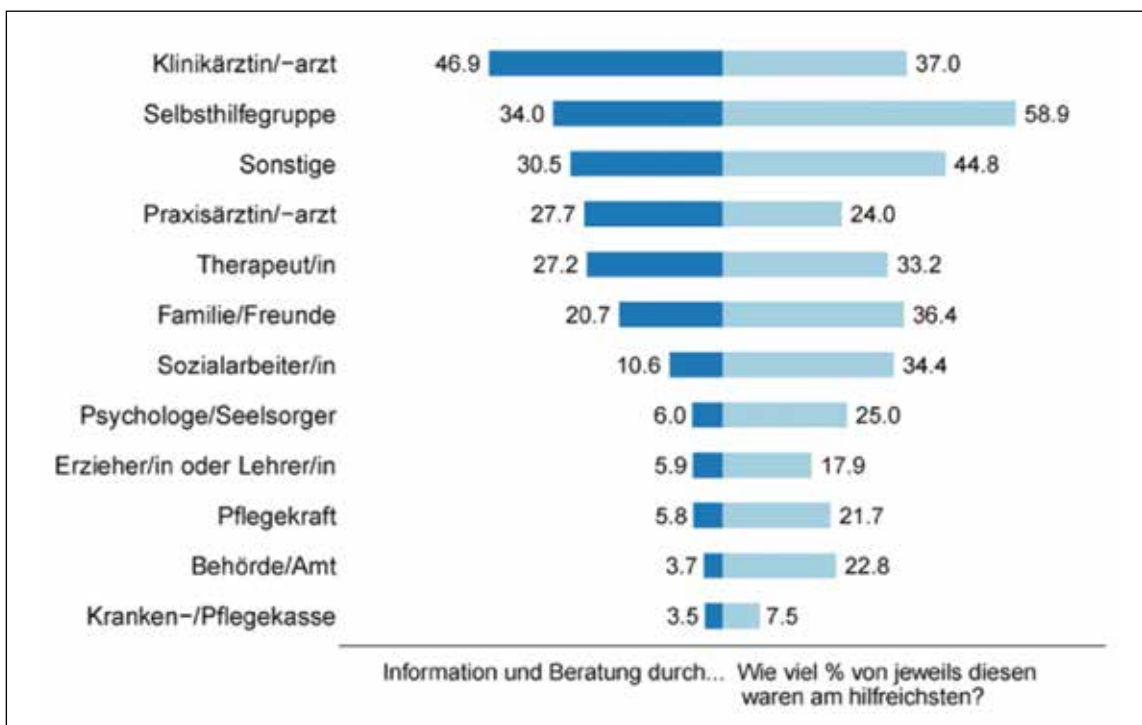


Abb. 2: Wer hat bzgl. der Erkrankung Ihres Kindes mit Informationen und Beratung geholfen (links), und wie viele von jeweils diesen waren am hilfreichsten (rechts)? (in Prozent)

Information und Beratung in Selbsthilfegruppen wird als besonders hilfreich erlebt.

Eltern bekannt, und auch bei den Eltern, deren Kind eine Pflegestufe und/oder einen Schwerbehindertenstatus hat, sind es mit 29 % kaum mehr. Von diesen haben 61 % die Servicestellen auch genutzt, und mehr als die Hälfte war mit den Beratungsleistungen eher bis sehr zufrieden. Immerhin – im Jahr 2004 waren die Servicestellen nur 4 % der damals befragten Eltern bekannt.

Sozioökonomische Konsequenzen

Wie einleitend beschrieben liegt es auf der Hand, dass die erhöhten Bedarfe der betroffenen Kinder sich auch auf die wirtschaftliche Situation der Familien auswirken. Die Gegenüberstellung dieser Familien mit einer repräsentativen Vergleichsgruppe von Eltern gesunder Kinder zeigt deutlich die Auswirkungen auf Beruf und Karriere bei den Müttern – bei den Vätern in der Relation zwar ähnlich, insgesamt aber nur in geringem Maße (Abbildung 3).

Daraus resultieren unter anderem auch die gravierenden Unterschiede im Äquivalenzeinkommen der beiden Gruppen, die ansonsten in ihren weiteren demografischen Merkmalen wie Alter der Eltern und der Kinder, Anzahl der Kinder und Haushaltsgröße ohne Unterschied sind, allein der Bildungsstatus ist in der Vergleichsgruppe geringfügig höher. Während das Äquivalenzeinkommen bei den Familien mit betroffenen Kindern bei durchschnittlich 1.469 € liegt, sind es bei den Familien der Vergleichsgruppe 1.977 € ($p < 0,001$, t-Test).

Da in der Logik der hier zugrunde liegenden Berechnung des Haushaltsnettoeinkommens die Sozialversicherungsleistungen bereits eingerechnet sind, fällt der Unterschied in der Lebenswirklichkeit der Familien

noch größer aus, denn die für Pflege und Betreuung zweckgebundenen Mittel können nicht für andere Aktivitäten wie Urlaub oder Konsumgüter bzw. gar Kapitalbildung genutzt werden.

Diskussion

Von den 1.567 beteiligten Eltern und anderen Erziehungsberechtigten bildeten die Mütter mit 87 % die weitaus größte Gruppe. Sie sind auch zum überwiegenden Teil die Hauptbezugspersonen der Kinder. Wenig überraschend wird hier wieder einmal überdeutlich, dass Frauen die familiären Angelegenheiten schultern und auch diejenigen sind, die wegen der besonderen Betreuungsbedarfe die Arbeit reduzieren oder aufgeben.

Die große Mehrheit der an der Umfrage Teilnehmenden hat überaus hohe Belastungen zu bewältigen. Viele Familien kommen mit den Herausforderungen auf bewundernswerte Weise zurecht, doch lebt ein relativ großer Teil der Betroffenen am Limit und an den Grenzen seiner Kräfte. So liegen sowohl die allgemeine Gesundheit als auch die Lebensqualität im Durchschnitt deutlich unter der Lebensqualität der Gesamtbevölkerung; bei den Eltern von Kindern mit Behinderungen sind Gesundheit und Lebensqualität nochmal deutlich reduzierter als bei den Eltern von chronisch kranken, aber nicht-behinderten Kindern [22] (im Ergebnisteil nicht dargestellt).

Der sozioökonomische Status der Familien ist nicht nur für die Bewertung der Lebensqualität, sondern auch für die Beurteilung der Sozialversicherungsleistungen bedeutsam. So ist die Zufriedenheit mit den SGB XI-Leistungen beispielsweise hochgradig vom Haushaltsnettoeinkommen abhängig oder von der Frage, ob die

Die wirtschaftliche Situation der betroffenen Familien ist signifikant schlechter als die der Familien mit gesunden Kindern.

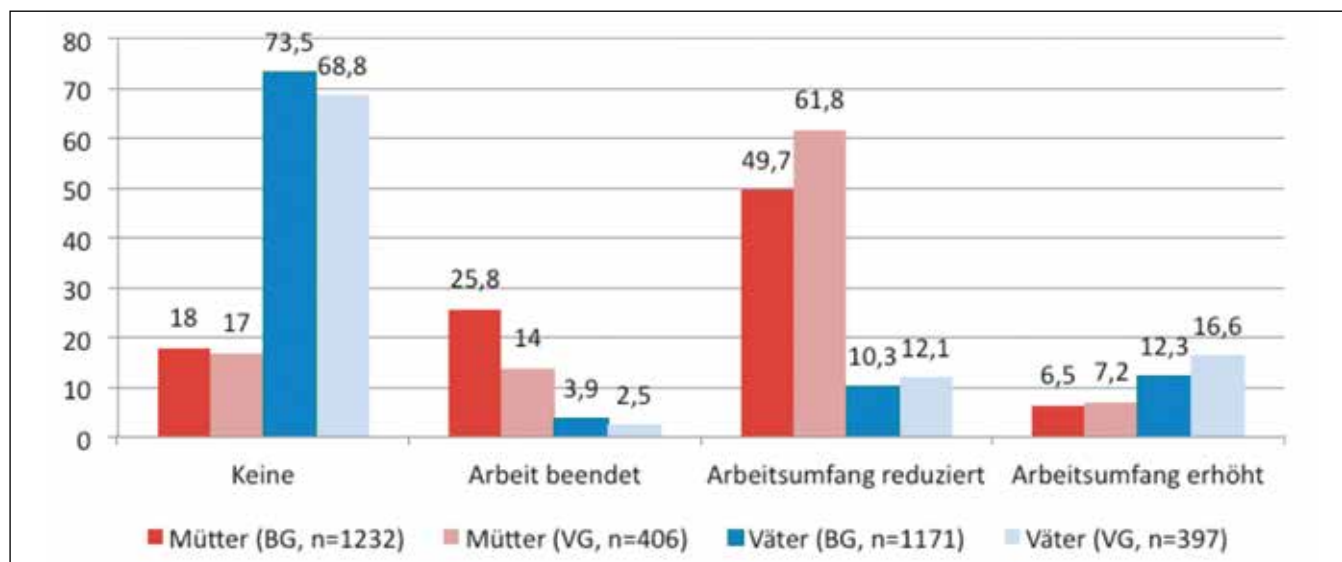


Abb. 3: Berufliche Veränderungen bei Vätern und Müttern, Betroffenengruppe (BG) und Vergleichsgruppe (VG) nach Geburt des Kindes (ohne zuvor Erwerbslose, in Prozent)

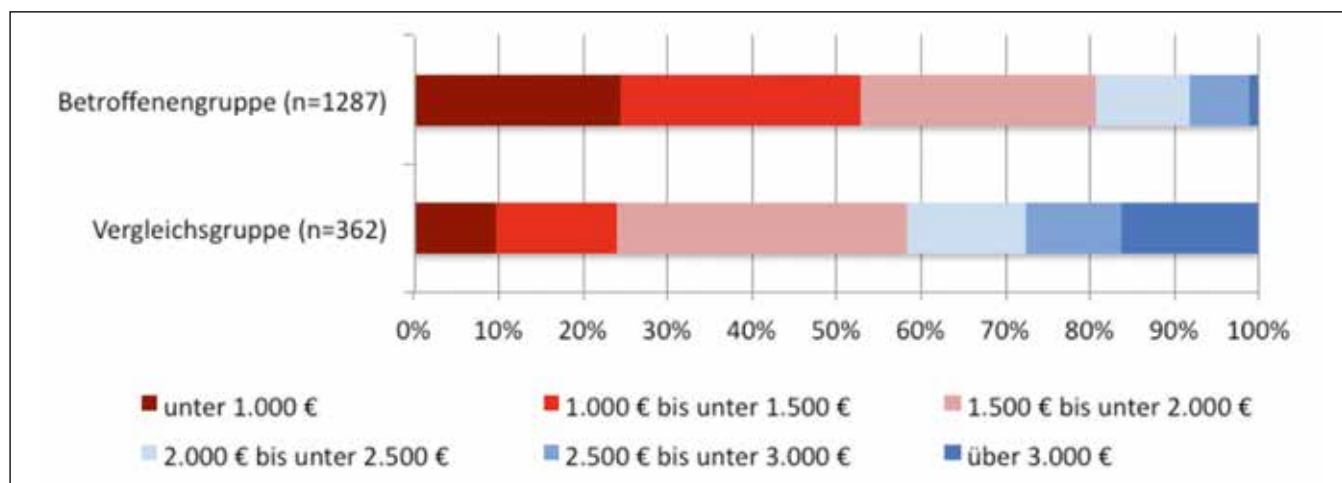


Abb. 4: Äquivalenzeinkommen*: betroffene Familien und Vergleichsgruppe

Erkrankung/Behinderung des Kindes die Familie vor finanzielle Probleme stellt. Die Familien in guter wirtschaftlicher Lage sind im Großen und Ganzen recht zufrieden mit den SGB XI-Leistungen, die insgesamt zu 90 % reine Geldleistungen sind. Den schlechter situierten Familien reichen diese jedoch nicht. Immerhin haben sich die Pflegebedürftigkeitsbegutachtungen bzgl. des beidseitigen Einverständnisses zwischen Eltern und MDK/Pflegekassen um 27 Prozentpunkte verbessert. Dies deckt sich mit den Sichtweisen von Vertreterinnen und Vertretern der Selbsthilfe und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Pflegekassen und der Medizinischen Dienste in unseren gemeinsamen Erörterungen dieser Ergebnisse. Letztere haben in der Tat in den letzten zehn Jahren große Anstrengungen unternommen, um aus der für die Eltern unbefriedigenden Praxis der als nicht kind- und familiengerechte empfundenen Begutachtung herauszukommen.

In Bezug auf Information und Beratung zeigen sich auch heute noch Verbesserungspotenziale, vor allem in Erstkontakten mit Ärztinnen und Ärzten, aber ins-

besondere bei den Kranken- und Pflegekassen, die als potenzielle Ratgeber nur sehr selten in Anspruch genommen werden. Offen bleibt dabei die Frage, wieweit bei den Kranken- und Pflegekassen die Funktionen „Kostenträger“ und „Berater“ aus Sicht der Versicherten vereinbar sind, zumal das Verhandlungsgeschehen um Pflege- und Krankenkassenleistungen nicht immer konfliktfrei ist. Hierzu finden sich viele Beispiele in den Freitextkommentaren insbesondere im Bereich der privaten Kranken- und Pflegeversicherungen.

Die Gegenseitigkeitshilfe unter den betroffenen Eltern in Form von Selbsthilfegruppen und Eltern-Initiativen sticht auffallend positiv hervor. Ebenfalls positiv werden auch die lebens- und alltagsnahen Unterstützungsangebote durch Therapeuten und Mitarbeiter/in-

* Das Äquivalenzeinkommen ist das Einkommen, das jedem Mitglied eines Haushalts, wenn es erwachsen wäre und alleine leben würde, den gleichen (äquivalenten) Lebensstandard ermöglichen würde, wie es ihn innerhalb der Haushaltsgemeinschaft hat. Dabei kommt es zur Gewichtung der Mitglieder, z.B. 1. Erwachsener 1,0, 2. Erwachsener 0,5, alle Kinder je 0,3. Dann wird das Gesamteinkommen durch die Summe der Gewichtungen geteilt und mit dem Einkommen eines 1-Personen-Haushaltes verglichen.

Was könnten Sie als Ärztin oder Arzt tun?	Potenzielle Vorteile	Potenzielle Nachteile
Grenzen des medizinischen Wissens mit den Eltern teilen	Eltern erleben Ärztin/Arzt als authentisch und partnerschaftlich, werden nicht durch unrealistische Erwartungen enttäuscht	Ärztin/Arzt könnte als inkompetent oder desinteressiert erlebt werden
Eltern aktiv in die Beobachtung, Erklärungssuche und Informationsrecherche einbinden	Eltern werden handlungsfähig, befreien sich aus Ohnmacht und erlangen Gesundheitskompetenz und Kontrollgewinn	Eltern könnten sich allein gelassen und/oder überfordert fühlen
Eltern auf die Möglichkeiten der gemeinschaftlichen Selbsthilfe hinweisen	Eltern erfahren Rat, Hilfe und Unterstützung durch Gleichbetroffene	Eltern könnten sich durch die Erfahrungen und Erlebnisse der anderen belastet fühlen und durch zu viele unterschiedliche Sichtweisen verwirrt werden
Die Versorgung der Kinder und Unterstützung der Eltern als Teamaufgabe (mit Therapeuten, Sozial- und Pflegediensten, Gleichbetroffenen etc.) verstehen	Erweiterung der Kompetenzen und Handlungsoptionen, bedarfsgerechtes Reagieren auf komplexe Herausforderungen	Eltern könnten sich von Einem zum Anderen „abgeschoben“ fühlen

Tab. 3: Mögliche Handlungsoptionen für Ärztinnen und Ärzte zur aktiven Beteiligung von Eltern chronisch kranker und behinderter Kinder

Partnerschaftliche Begegnung, Behandlung und Versorgung in interdisziplinären Teams, Förderung der Gesundheitskompetenz sowie Integration der gemeinschaftlichen Selbsthilfe bzw. Eltern-Initiativen erhöhen die Chance auf eine befriedigende Versorgung und höhere Lebensqualität.

nen der sozialen Dienste sowie der Klinikärztinnen und -ärzte beurteilt. Insgesamt zeigen diese Ergebnisse aber auch, dass die Versorgungsgestaltung eine gemeinschaftliche Aufgabe der verschiedenen Akteure unter aktiver Einbeziehung der Eltern selbst ist. Der hohe Anteil der seltenen Erkrankungen sowie die aus Behinderungen erwachsene Versorgungskomplexität mögen eine Ursache für die erlebten Grenzen der Handlungsfähigkeit oder gar geteilter Ohnmacht und Hilflosigkeit sein. Verkürzt und plakativ dargestellt könnten die folgenden vier Handlungsoptionen für Ärztinnen und Ärzte und die betroffenen Eltern hilfreich sein (Tabelle 3).

Die Ergebnisse der Kindernetzwerkstudie berühren ganz unmittelbar mehrere aktuelle gesellschafts- und gesundheitspolitische Diskurse. Diese müssen unseres Erachtens der Vollständigkeit halber erwähnt werden, ohne hier diskutiert werden zu können:

- a) Die Umsetzung der auch von Deutschland 2008 ratifizierten UN-Behindertenrechtskonvention [23], insbesondere Artikel 3; damit verbunden die
- b) Umsetzung der Inklusion und Teilhabe [24];
- c) die Verbesserung der sozialen und gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit seltenen Erkrankungen auf Basis der Empfehlungen des Europäischen Rats vom 8. Juni 2009 [25] und in Deutschland maßgeblich verortet im NAMSE-Prozess [26];
- d) die stärkere Patienten- und Bürgerbeteiligung insbesondere durch Kooperation mit der Selbsthilfe [27, 28, 29] sowie
- e) die von der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DAKJ) und anderen geforderte Einsetzung eines Kinder- und Jugendbeauftragten im Deutschen Bundestag [30].

Diese Themenpalette verdeutlicht, wie sehr die betroffenen Familien im Herzen der sozialen und gesundheitlichen Ausrichtung unserer Gesellschaft stehen und wie bedeutsam eine gelingende Daseinsbewältigung im Kontext von öffentlicher Daseinsvor- und -fürsorge als Indikator für das Entwicklungsniveau unserer Sozialstaatlichkeit steht.

Danksagung

Standardisierte Umfragen haben zuweilen den Charme des Technokratischen – hier war es das absolute Gegenteil. Selten ging uns eine Umfrage so nah. Die Eltern haben uns großes Vertrauen entgegengebracht und mit ihrer Kritik, ihren vielen Beispielen und Vorschlägen in den Freitextkommentaren unschätzbare Einblicke in ihre Sorgen und Nöte, aber auch gelungene Lösungen und bereichernde Erkenntnisse gewährt. Wir danken ihnen für ihre Offenheit und vor allem auch für den „Klartext“, den wir gerne an Politik und Versorgungsinstitutionen weiteradressieren.

Interessenkonflikt: Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

*Dr. phil. Christopher Kofahl
Dr. phil. Daniel Lüdecke
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Institut für Medizinische Soziologie
Martinistr. 52, 20246 Hamburg
Tel.: 040/7410 54266
E-Mail: kofahl@uke.de*

Red.: Huppertz

Highlights aus Bad Orb ● ● ●

Unkomplizierte Atemwegsinfektionen inkl. Bronchitis und RSV

Luftwegserkrankungen sind die häufigsten Infektionskrankheiten bei Kindern, überwiegend viral ausgelöst und primär ohne Antibiotika zu behandeln. Hochwertige Studien zur Wirksamkeit von Phytopharmaka und Schleimlösern fehlen – daher sollten auch diese in der Regel nicht verordnet werden.

Ein protrahierter Krupp kann durch *Moraxella catarrhalis* verursacht sein (Behandlungsversuch mit Amoxicillin). Eitriger Schnupfen soll nur bei weiteren Hinweisen auf eine Rhinosinusitis antibiotisch behandelt werden. Die Akuttherapie der obstruktiven Bronchitis/späten Bronchiolitis und Frühintervention (Notfall-Plan und Training) durch die Eltern startet mit Salbutamol/Prednisolon, ein Behandlungsversuch mit Inhalation von 3% NaCl-Lösung sollte gemacht werden. Die Indikation zur RSV-Erkrankungs-Prophylaxe nach der Leitlinie geschieht interdisziplinär, Prophylaxe-Versager erhalten gleichwohl Palivizumab durch die Saison wie geplant.



Prof. Dr. med.
Johannes Forster

Lch berichte über die Erreger einfacher Luftwegsinfektionen sowie über kompliziertere Erkrankungen, die durch diese Erreger ausgelöst werden, insbesondere die Bronchitis/ obstruktive Bronchitis.

Krupp und tiefergehende Erkrankungen

Der diphtherische Krupp ist praktisch völlig verschwunden. Die Behandlung des Pseudokrups geschieht durch Feucht-/Frischlucht und einmalige systemische Kortison-Gabe. Inhalatives Adrenalin ist wirksam, wird aber aus Furcht vor Nebenwirkungen überwiegend stationär verabreicht und selten den Eltern rezeptiert. Der protrahierte Krupp kann weiter kruppös verlaufen. Falls dann am 2. oder 3. Tag noch Fieber dazu kommt, besteht der Verdacht auf eine lokale Superinfektion. *Moraxella catarrhalis* erscheint als häufigster Erreger (2) und von daher ist dann eine antibiotische Therapie mit Amoxiclav sinnvoll.

Er kann aber auch in eine bronchial-obstruktive Erkrankung übergehen. Erreger des Krups sind Parainfluenza-Viren. In ihrer Gesamtheit sind sie nach RSV (noch vor Influenza-Viren) die häufigsten Erreger von Bronchitis, obstruktiver Bronchitis und Pneumonie (9).

Schnupfen

Schnupfen wird überwiegend Rhino-Viren zugeordnet. Ab dem zweiten Lebensjahr sind Rhino- und Enteroviren darüber hinaus aber der häufigste Grund, mit Giemen hospitalisiert zu werden (11).

Nur wenn der Schnupfen in eine Rhinosinusitis übergeht, kann eine Antibiotika-Therapie (in der Regel Amoxicillin) gerechtfertigt sein. Hinweise hierauf können

Eiterstraßen an der Rachenhinterwand plus Schmerzen im Bereich der Nebenhöhlen sein, CRP-Erhöhung über 20 mg/dl plus Fieber sowie Verschlechterung statt Besserung ab dem 5. Krankheitstag oder Beschwerdepersistenz über 10 Tage (1).

Akute Bronchitis

Für die akute Bronchitis gibt es für das Kindesalter keine studienmäßig nachgewiesene effektive allopathische Behandlung. Bronchitis ohne Giemen bedarf daher lediglich der Überwachung, ob sich eine Lungentzündung entwickelt (Fieberanstieg, Tachypnoe, Schmerzen beim Atmen).

Bronchitis mit Giemen

Bei der Bronchitis mit Giemen (deutsch: obstruktive Bronchitis) sind zuletzt die Behandlungsversuche 2011 einmal zusammengefasst worden (3). Die statistisch signifikanten Unterschiede von Behandlungsmaßnahmen zeigt die Tabelle. Wichtig ist, ob der Unterschied eine klinische Relevanz hat. Bei einer über 1 Tag verkürzten Krankenhaus-Aufenthaltsdauer beispielsweise ist dies augenscheinlich (Vergleich 3 %ige gegen 0,9 %ige NaCl-Inhalations-Lösung). Bei den Score-Vergleichen muss man jeweils in den ursprünglichen Studien die Zusammensetzung der Scores nachlesen, um den Besserungs-Unterschied beurteilen zu können.

Luftwegserkrankungen sind die häufigsten Infektionskrankheiten bei Kindern und überwiegend viral ausgelöst. Die wichtigste Einstellung ihnen gegenüber ist, keine Antibiotika zu verwenden.

Für die Indikation Schnupfen und Bronchitis fehlen hochwertige Studien zur Wirksamkeit von Phytopharmaka und Schleimlösern – daher sollten auch diese in der Regel nicht verordnet werden.

In Metaanalysen nachgewiesene Wirksamkeits-Unterschiede bei der Behandlung von Bronchitis mit Giemen bei Kindern bis 2 Jahre (Bialy et al. 2011 [3])

a. ambulante Versorgung

Endpunkt	Vergleich	Effekt
Aufnahme am 1. Tag	Epinephrin ./.. Placebo	RR* 0.63
Aufnahme bis Tag 7	Epinephrin + Kortison ./.. Placebo	RR 0.65
Score 60 min	Epinephrin ./.. Placebo	SMD** -0.45
	Epinephrin + Kortison ./.. Placebo	SMD -0.34
	Epinephrin ./.. Kortison	SMD -0.31
Score 120 min	Epinephrin ./.. Placebo	SMD -0.83

b. stationäre Versorgung

Endpunkt	Vergleich	Effekt
Aufenthaltsdauer (Tage)	Epinephrin ./.. β-mimetikum	MD*** -0.28
	NaCl 3% ./.. 0.9%	MD -1.16
Score 60 min	Epinephrin ./.. β-mimetikum	SMD -0.79
Score 120 min	Epinephrin ./.. β-mimetikum	SMD -0.52
Score 1-3 Tage	NaCl 3% ./.. 0.9%	SMD -0.84

* Relatives Risiko,

** standardized mean difference: Dimensionslose Zahl, die den Abstand der Gruppen-Mittelwerte in Standard-Abweichungen angibt. Allgemein gilt: >0.2 = geringer, >0.5 = mittlerer, >0.8 = großer Unterschied. Die Bedeutung des Unterschiedes kann nur anhand des speziellen Scores in den Originalarbeit beurteilt werden.

*** Differenz der Mittelwerte (hier in Tagen)

Die Anwendung der 3 %igen NaCl-Lösung ist seit dieser Zusammenstellung noch in zwei weiteren Studien, einmal mit und einmal ohne Erfolg untersucht worden (8, 17). Die Anwendung ist auch bei der Jahrestagung der Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie 2015 einmal mehr kritisch diskutiert worden. Vor dem Hintergrund fehlender Nebenwirkungen wurde zumindest Konsens für eine probeweise Anwendung bei den betroffenen Kindern gefunden.

Bei der Akuttherapie der obstruktiven Bronchitis/späten Bronchiolitis ist die Literaturlage aus deutscher Sicht unbefriedigend. Die angelsächsischen Studien untersuchen in der Regel hier unübliche Medikamente (Epinephrin/Dexamethason statt Salbutamol/Prednisolon). Trotzdem ist das Behandlungsprinzip der Kombination aus diesen beiden Substanzen sicher richtig. Erstaunlicherweise benützen entgegen der Studienlage (14) kanadische Pädiater genau gleich

häufig Salbutamol und Epinephrin als Notfallinhalat (13). Das Hauptargument für Salbutamol ist offensichtlich die Verschreibbarkeit für die Anwendung zu Hause. Prednisolon wiederum erwies sich bei Kindern mit rhinoviralem Giemen als wirksam (12). Auch hier fehlen belastbare Studien zur Wirksamkeit von Phytopharmaka und Schleimlöser. Einzelne Kinder sind bei der Inhalation der bronchienerweiternden Mittel so wehrig, dass der Wirkstoff sicher nicht die tiefen Atemwege erreicht. In diesen seltenen Fälle kann der Einsatz oraler Betamimetika gerechtfertigt sein. Nur der nachweisliche Erfolg (Abnahme der Atemfrequenz, Lösung des Schleimes) erlaubt die Inkaufnahme der höheren Nebenwirkungsrate im Vergleich zur inhalativen Therapie.

Die den Eltern gegebene Instruktion für die Frühintervention bei sich anbahnender obstruktiver Bronchitis muss verstanden und die Inhalationstechnik überprüft werden. Kein schlechtes Medium scheinen Video-Instruktionen zu sein (5).

Für die „Rekonvaleszenz“ des virusinduzierten Giemens können inhalative Kortikoide von Vorteil sein. Durch neuere Studien ist abgesichert, dass eine Dauertherapie keine prophylaktische Wirkung hat (7, 18).

Die Eckpunkte der Behandlung von giemenden Säuglingen und Kleinkindern sind also (6): Der Notfallplan (Salbutamol/Prednisolon), dabei

Einüben des Inhalierens mit Spacer, so früh wie möglich mit Mundstück.

Eine Dauertherapie kann allenfalls probatorisch sein, bei Kindern mit rein viral ausgelöstem Giemen mit Montelukast, bei Kindern mit mehreren Triggerfaktoren inhalatives Kortison. Bei Erfolg empfiehlt die European Respiratory Society konsequente vierteljährliche Evaluation und Therapie-Anpassung (6).

Die Leitlinie zur Prophylaxe von **schweren Erkrankungen durch RSV bei Risikokindern** (15) ist derzeit hinreichend für die Betreuung der meisten infrage kommenden Kinder. Die Mehrzahl der Betroffenen hat ja eine sogenannte Kann-Indikation. Hier hat es sich bewährt, dass mit dem primär behandelnden Neonatologen, Kardiologen, Pneumologen oder Neurologen das Risiko des Kindes besprochen und die Indikation gemeinsam mit dem Allgemeinpädiater gestellt wird.

In den letzten Jahren ist die Diskussion um die pulmonale Empfindlichkeit der „late preterms“ nochmals intensiviert worden. Nicht unerwartet haben diese Kinder ja mehr respiratorische Probleme als ganz reife Kinder (16). Eine Palivizumab-Prophylaxe bei niederländischen Kindern, die nach 33 bis 35 Schwangerschaftswochen geboren waren, zeigte einen spezifischen Effekt, vornehmlich auf die Tage mit Giemen. Daneben auch einen Effekt auf das Nicht-RSV-Giemen (4). Die Leitlinie aber ist unverändert (Gültigkeitsdauer bis 2016) und damit in guter Gesellschaft anderer internationaler Leitlinien.

Zur RSV-Prophylaxe noch Antwort auf zwei häufig gestellte Fragen

Wann beginnen?

Fragen Sie in Ihrem eigenen Labor nach, falls es tatsächlich dort steht, wo sie auch Kinder behandeln. Ansonsten ist die Faustregel aus der Leitlinie: bei einer Kinderklinik mittlerer Größe erkennt man den RSV-Saisonbeginn an der Aufnahme von zwei und mehr RSV-erkrankten Kindern in einer Woche.

Wie verfahren mit Prophylaxe-Versagern?

Prophylaxe-Versager treten am häufigsten im ersten und zweiten Behandlungsmonat auf, wenn die Antikörper-Spiegel noch nicht zum optimalen Spiegel aufgebaut sind. Da die Kinder auch nach einer natürlichen Infektion im ersten Lebensjahr noch immer keine protektiven Antikörper entwickeln können, muss die Prophylaxe wie geplant durch die Saison fortgesetzt werden.

Literatur beim Verfasser

Interessenkonflikt:

Der Autor erklärt, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Professor

Dr. med. Johannes Forster

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin St. Hedwig im St. Josefskrankenhaus

Sautierstr. 1, 79104 Freiburg

E-Mail: johannes.forster@rkk-klinikum.de

Red.: Keller

Psychomotorische Entwicklung des Säuglings (Wandtafel)

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

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

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



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



Review aus englischsprachigen Zeitschriften

Die „Small-Fiber-Neuropathy“ bei unklaren Schmerzsyndromen im Kindes- und Jugendalter

Evidence of Small-Fiber Polyneuropathy in Unexplained, Juvenil-Onset, Widespread Pain Syndromes

Oaklander AL, Klein M. *Pediatrics* 2013

Allgemeine und ungeklärte Schmerzsyndrome (chronicwidespreadpain - CWP) treten bereits im Kindes- und Jugendalter auf. CWP-Syndrome belasten die betroffenen Kinder und Jugendlichen und ihre Familien. Sie unterbrechen Entwicklung und Ausbildung. Mehr als die Hälfte der Betroffenen klagt über nicht erklärable Beschwerden wie Schwindel, Müdigkeit, Kopfschmerzen, Bauchschmerzen und eine posturale Orthostase. Eine Polyneuropathie der dünnen unmyelinisierten Schmerzfasern (SFN-smallfiberneuropathy) wird als ein plausibles biologisches Substrat angesehen. Die Schädigung der dünnen, nicht myelinisierten C-Axone und/oder der gering myelinisierten A-delta-Axone, die den Organismus vor schädigenden Kontakten über den ausgelösten Schmerzreiz schützen, führt zu einer Vielfalt unterschiedlicher Schmerzsymptome. Die SFN beginnt meist in den längsten distalen Fasern, kann aber auch proximal bei Entzündungen durch Schädigung der neuronalen Zellkörper auftreten. Da die dünnen Nervenfasern auch den Tonus der kleinen Gefäße regeln, kann es zu Ödemen und Verfärbungen in den betroffenen Arealen kommen.

Die Autoren haben jetzt die Hypothese getestet, inwieweit die SFN bei Kindern chronisch auftretende Schmerzsyndrome erklärt.

Dazu haben sie die Akten von 41 Patienten unter 21 Jahren im Hinblick auf objektivierbare Kriterien zur SFN (Hautbiopsie, Nervenbiopsie, autonome Funktionsteste) und klinische Zeichen retrospektiv analysiert. Gesunde freiwillige Probanden dienten als Kontrolle für die SFN-Tests.

Das Alter der Erstmanifestation betrug im Mittel 12,3 ± 5,7 Jahre, 73 % der Patienten waren weiblich, 68 % waren chronisch krank, und 68 % waren deshalb bereits schon einmal stationär behandelt worden. Bei 59 % der Betroffenen konnte eine

SFN gesichert werden, bei 17 % war sie wahrscheinlich und bei 22 % möglich. Nur ein Patient der 41 untersuchten Patienten hatte keinen krankhaften SFN-Biopsie-Befund. Bei 98 % der Patienten bestanden noch weitere somatische Beschwerden im Zusammenhang mit ihrer SFN, bei 90 % kardio-vaskuläre Symptome, bei 82 % gastrointestinale und bei 34 % urologische Symptome. Über chronische Müdigkeit berichteten 83 %, über chronische Kopfschmerzen 63 % der Patienten. Bei der neurologischen Untersuchung konnte eine verminderte Sensibilität bei 68 % und vasomotorische Auffälligkeiten bei 55 % der Patienten nachgewiesen werden. Auf der ausgedehnten Suche nach der Ursache der SFN konnte auf Grund der Vorgeschichte eine auto-immunologische Erkrankung bei nur 33 % der Patienten nachgewiesen werden. Serologische Marker für eine Auto-Immunität fanden sich bei 89 % der Patienten. Von der Behandlung mit Corticosteroiden und/oder intravenösen Immunglobulinen profitierten 80 % (12/15) der Patienten.

Kommentar

Es gehört mit zu den schwierigsten Aufgaben in Klinik und Praxis, die Ursache chronischer regionaler und allgemeiner Schmerzsyndrome abzuklären. Neben genetischen, immunologischen und endokrinologischen Untersuchungen werden auch elektrophysiologische Untersuchungen (EEG, EMG, Nervenleitgeschwindigkeit) durchgeführt. Leider werden mit den neurographischen Untersuchungen nicht die Veränderungen der Typ C und der Typ A-delta Nervenfasern erfasst, die den chronischen Schmerz und die Missempfindungen verursachen. Die traditionellen Untersuchungen bescheinigen Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen meist nur, dass sie somatisch gesund sind.

Veränderungen in der Funktion des peripheren autonomen Nervensystems gehören zu frühesten Manifestationen einer SFN. Bei einem allgemeinen Schmerzsyndrom, wie zum Beispiel einer Fibromyalgie, kann mit autonomen Funktionstesten und einer Hautbiopsie bei vielen Betroffenen der klinische Verdacht einer SFN-Neuropathie und damit eine somatische Ursache gesichert werden.

Gestörtes Schwitzen als Hinweis auf eine gestörte Thermoregulation, ist eines der Zeichen für eine Typ C- und Typ A-delta-Fasern-Dysfunktion. Ein auffälliger thermoregulatorischer Schweißtest kann als Surrogat-Marker den Weg zur Diagnose eines unklaren autonomen Schmerzsyndroms weisen.

Die SFN ist in den meisten Fällen eine objektivierbare, wenn auch heute oft noch verkannte klinische Realität.

(Jürgen Hower, Mülheim/Ruhr)

Unterschiede zwischen Diagnose- und Klassifikationskriterien?

Distinction between Diagnostic and Classification Criteria?

Aggarwal R et al., *Arthritis Care & Research*; 67: 891-97, Juli 2015

Wenn Sie Patienten mit einem systemischen Lupus erythematoses (SLE) oder auch einem Kawasaki Syndrom betreuen, ist Ihnen die im folgenden Artikel ge-

schilderte Problematik bekannt: Sie haben nur 3 von 4 Kriterien, die für einen SLE in den Klassifikationskriterien gefordert werden und „müssen“ trotzdem diese Diagnose stellen. Oder ein Patient erfüllt nicht alle Kriterien für ein Kawasaki Syndrom, aber Sie müssen rasch eine Therapie einleiten.

In der Rheumatologie haben wir es häufig mit einem breiten Symptomenspektrum zu tun, das ätiologisch vielen Krankheiten zugeordnet werden kann, für die es in der Regel keinen Goldstandard gibt. Dem versuchte man durch die Etablierung von Diagnosekriterien abzuhelfen. Dies sind Kriterien, die dazu beitragen sollen, bei einem einzelnen Patienten mit möglichst großer Genauigkeit eine Diagnose stellen zu können. Dabei werden möglichst viele mit der Krankheit assoziierte Symptome und klinische Zeichen erfasst mit dem Ziel die heterogene Ausprägungen der Erkrankung abbilden zu können. Leider existieren in der Rheumatologie nur wenige validierte Diagnosekriterien. Im Gegensatz hierzu wurden Klassifikationskriterien zu Studienzwecken entwickelt. Diese sollen nicht das ganze Spektrum der Symptomatik repräsentieren, sondern nur relativ wenig typische Schlüsselsymptome und -zeichen. Der Grund hierfür ist, dass gut definierte relativ homogene vergleichbare Patientenkohorten abgebildet werden sollen. Deshalb weisen die Klassifikationskriterien in der Regel eine hohe Spezifität bei geringerer Sensitivität auf und sind somit für den klinischen Routinegebrauch ungeeignet, da hier möglichst alle Patienten mit jeweiligen Erkrankung diagnostiziert werden sollten.

In dem dargestellten Artikel stellen Experten des American College of Rheumatology (ACR) das Ergebnis einer umfangreichen Literaturrecherche dar, in der sich zeigte, dass die Verwendung von Klassifikationskriterien für eine Diagnose eine schlechte „performance“ aufweist. So wurde für die Gruppe der Vaskulitiden nur eine Sensitivität von 30 % ermittelt, wenn die Diagnose anhand der Klassifikationskriterien gestellt wurde. (Als Goldstandard diente hierbei die klinische Diagnose durch den Rheumatologen.) Dieser diskrepante Effekt zeigte sich auch ausgeprägt über verschiedene geografischen Regionen und Ethnien hinweg; so erfüllten nur 17 % asiatische Patienten mit Purpura Schönlein-Henoch die Klassifikationskriterien. Summarisch wurde festgehalten, dass es sehr schwierig sein kann, geografie- und ethnienüberschreitende Diagnosekriterien mit einer hohen Sensitivität und Spezifität zu ermitteln, zumal in der Regel ein Goldstandard fehlt.

Aufgrund der Schwierigkeiten konsistente Diagnosekriterien für rheumatische Erkrankungen zu ermitteln sowie deren rechtlichen und finanziellen Implikationen kommt die Expertenkommission des ACR zum Schluss künftig nur noch Studien zu Klassifikationskriterien zu unterstützen. Im Hinblick auf das diagnostische Vorgehen wird festgehalten: „Der Prozess der Diagnose, insbesondere für komplizierte Multisystemerkrankungen, ist ein hochkomplexer kognitiver Vorgang, der eine Synthese vieler Daten benötigt, jenseits eines einfachen algorithmenbasierten Kriteriensets.“

Kommentar

Das beschriebene Dilemma betrifft auch Kinder und Jugendliche mit rheumatischen Erkrankungen, da auch für die juvenile idiopathische Arthritis bekannt ist, dass die etablierten Klassifikationskriterien nicht für die klinische Diagnosestellung ausreichen.

Diese vom Expertenkommittee getroffene Entscheidung ist im Zeitalter knapper Ressourcen und zunehmender medico legaler Probleme verständlich zumal es schwierig ist ohne das Vorhandensein eines Goldstandards Diagnosekriterien zu ermitteln. Aus

Forschungszwecken und zur Weiterentwicklung besserer Therapien ist die Fokussierung auf Klassifikationskriterien unerlässlich. Kritisch bleibt jedoch anzumerken, dass mit der rasanten Entwicklung in der molekulargenetischen Ätiologieforschung – insbesondere im Bereich der autoinflammatorischen Erkrankungen – zunehmend Goldstandards geschaffen werden, die einen Ausbau von Diagnosekriterien erleichtern würden und für unsere Patienten mehr diagnostische und therapeutische Sicherheit mit sich bringen könnten.

(Anton Hospach, Stuttgart)

„Passive“ Umgebungsinhalation bei der CF-Inhalationstherapie

CONSILIUM

Prof. Dr.
Tobias Welte

Frage

Zu den bei Mukoviszidose (CF) vernebelten Arzneimitteln zählen u. a. Wirkstoffe, denen auch potentiell toxische Eigenschaften zugeschrieben werden (Aminoglykoside, Colistin). Hinzu kommt, dass eine Inhalationstherapie bei CF zumeist chronisch über mehrere Jahre erfolgt.

Nun ist es so, dass die Mehrheit der im Markt befindlichen Feuchtvernebler das Aerosol kontinuierlich, d. h. auch während der Expiration des Patienten, generiert. Ein Großteil des erzeugten Aerosols gelangt somit in die Umgebungsluft (je nach Atemmanöver zum Teil deutlich mehr als 50 %).

Angestoßen durch die besorgte Anfrage einer Schwangeren, deren 2-jähriges CF-Kind Tobramycin inhaliert, stellen sich mir vor diesem Hintergrund nun die folgenden Fragen:

1. Wie wahrscheinlich ist es, dass durch „passives Inhalieren“ signifikante Wirkstoffmengen beim „passiv Inhalierenden“ pulmonal deponiert werden?
2. Ist im konkreten Fall (auf dem Schoß der Mutter sitzendes Kind, das Tobramycin inhaliert) von einem teratogenen Risiko für die schwangere Mutter auszugehen?
3. Falls ja, welche Maßnahmen sollten eingeleitet werden?
4. Gibt es allgemeine Empfehlungen zum Schutz Dritter (Pflegepersonal, Angehörige)?
5. Gibt es Langzeituntersuchungen über das potentielle Gefährdungsrisiko besonders exponierter Personengruppen (Pflege, Familie)?

Antwort

Zu 1.:

Grundsätzlich werden beim Inhalieren von Antibiotika, aber auch von allen anderen Substanzen mit üblicherweise verordneten Inhalationsgeräten nachweisbare Konzentrationen der inhalierten Substanz freigesetzt. Bei für ihre Toxizität bekannten Substanzen wie Pentamidin und Ribavirin ist eine Gefährdung von Personen in der Umgebung der inhalierenden Person bekannt und es sind entsprechende Vorsichtsmaßnahmen vorgeschrieben. Für die in der Therapie der Mukoviszidose einge-

setzten Antibiotika ist ebenfalls bekannt, dass Antibiotikakonzentrationen in der unmittelbaren Umgebung nachgewiesen werden konnten, über den Einfluss auf die Resistenzentwicklung von Erregern im Krankenhaus wird spekuliert. Daten zum Nachweis dieser Substanzen in den Atemwegen von Personen, die sich in der Nähe des Inhalierenden aufhalten, habe ich nicht gefunden. Es besteht ein – vermutlich sehr kleines – Risiko, das nicht exakt beziffert werden kann.

Zu 2.:

Schwangere werden von den Überwachungsbehörden, zum Beispiel dem CDC in den USA davor gewarnt, sich in der Nähe von inhalierenden Personen aufzuhalten. Daten zum Ausmaß der Kontamination und zu einer möglichen teratogenen Wirkung habe ich nicht gefunden.

Zu 3.:

Inhalationssysteme können mit Expirationsfiltern ausgerüstet werden, um die Partikelexhalation zu minimieren. Die Benutzung sogenannter Ventfree Inhalationssysteme, bei denen der Inhalator nur während der Inspiration geöffnet wird, reduzieren die Kontamination ebenfalls. Allerdings muss die Kostenübernahme vom Arzt bei der Kasse beantragt werden.

Zu 4.:

Zu den allgemeinen Maßnahmen zur Reduktion der Kontamination gehören Maßnahmen wie: Tragen eines Mundschutzes der Begleitperson während der Inhalation des Patienten, Tragen eines Schutzkittels, Hände und Umgebungsreinigung nach der Inhalation.

Zu 5.:

Langzeituntersuchungen sind mir nicht bekannt.

Da die Datenlage sehr mager ist, bleibt dem Arzt nur, die Mutter genau darüber aufzuklären und ihr die letztendliche Entscheidung für die weitere Vorgehensweise zu überlassen.

Prof. Dr. med. Tobias Welte
Medizinische Hochschule Hannover
Abteilung Pneumologie
30623 Hannover

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

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

Welche Diagnose wird gestellt?

Anne Teichler



Knöchern-derbe, ovaläre Schwellung von etwa 1x1.5 cm Durchmesser im Bereich des Gaumendaches

Anamnese

Ein 12 Monate alter, weiblicher Säugling wird mit einer Schwellung in der Mitte des harten Gaumens vorgestellt, die im Alter von 7 Monaten erstmals aufgefallen sei. Die Schwellung verursache vermutlich keine Beschwerden und zeige kein Größenwachstum. Das Ess- und Trinkverhalten sei unauffällig. Das Kind wurde in der 40. SSW mit einem Geburtsgewicht von 2740g spontan geboren, habe zunächst keine Auffälligkeiten gezeigt und sich altersgerecht entwickelt.

Untersuchungsbefund

Eutropher, 12 Monate alter, weiblicher Säugling in gutem Allgemein- und Ernährungszustand. In der Mitte des harten Gaumens findet sich ein submuköser, nicht verschieblicher, knöchern-derber, ovalärer, ca. 15x10mm großer Tumor.

Eine Lymphknotenvergrößerung besteht nicht. Rosiges Hautkolorit. Altersentsprechender neurologischer Entwicklungsstand. Die Herzaktion ist regelmäßig, die Herztöne rein. Der übrige Befund ist ebenfalls unauffällig.

Welche Diagnose wird gestellt?

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.



Diagnose:

Torus palatinus

Der Torus palatinus ist eine harmlose, wulstartige Exostose von variabler Größe im Bereich der Mittellinie des harten Gaumens, die einer anatomischen Variante entspricht (1,2) und meist keine subjektiven Beschwerden verursacht. Die mit einer Inzidenz von 20-30%(1,3) relativ häufigen Tori entwickeln sich im Laufe der Kindheit oder bis zum mittleren Erwachsenenalter und zeigen in der Regel kein oder nur ein geringes Größenwachstum. Die Schleimhaut über dem Torus ist dünn und nur gering vaskularisiert, aber intakt. Manchmal tritt der Torus palatinus in Kombination mit einem Torus mandibularis auf. Hierbei handelt es sich um eine ebenfalls gutartige Exostose an der linguale Oberfläche des Unterkiefers in Höhe der Prämolaren.

Die Ursachen für solche Exostosen sind unbekannt, eine genetische Disposition gilt jedoch als gesichert. Der Torus palatinus tritt bei Mädchen häufiger auf als bei Jungen.

Diagnostik

Die Diagnose eines Torus palatinus wird klinisch gestellt. Oft werden die gutartigen Exostosen aufgrund ihrer geringen Ausprägung nur zufällig entdeckt. Eine röntgenologische Diagnosesicherung ist möglich, in der Regel jedoch aufgrund des eindeutigen klinischen Befundes nicht erforderlich.

Differenzialdiagnosen

Differenzialdiagnostisch muss an andere gutartige oder maligne Knochentumoren, wie Osteo- oder Chondrosarkome, Osteofibrome und Osteome im Rahmen eines Gardner-Syndroms gedacht werden.

Therapie

Eine Therapie ist in der Regel nicht erforderlich. Lediglich im Falle einer späteren kieferorthopädischen Behandlung aus anderen Gründen (z. B. Anpassung von Gaumensspangen oder Totalprothesen) kann es zu Problem kommen und in seltenen Fällen eine operative Entfernung sinnvoll sein.

Literaturangaben

1. Yildiz E, Deniz M, Ceyhan O. Prevalence of torus palatinus in Turkish schoolchildren. *Surg Radiol Anat.* 2005;27:368-71
2. Scully C. The oral cavity. In: Champion RH, Burton JL, Burns DA, Breathnach SM (Hrsg.) *Rook's Textbook of Dermatology*, (Oxford: Blackwell Science. 6. Aufl. 1998, Seite 3110
3. Gorsky M, Raviv M, Kfir E, Moskona D. Prevalence of torus palatinus in a population of young and adult Israelis. *Arch Oral Biol.* 1996;41:623-5.
4. Bork K. Erkrankungen der Lippen und der Mundhöhle. In: Braun-Falco O, Plewig G, Wolff HH (Hrsg.), *Dermatologie und Venerologie*. Heidelberg: Springer, 5. Auflage 2005, Seite 989
5. Garcia-Garcia AS et al. Current status of the torus palatinus and torus mandibularis. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2010;15:e353-60.

Dr. Anne Teichler

Abt. Pädiatrische Dermatologie und Allergologie

Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift

Liliencronstraße 130, 22149 Hamburg

Red.: Höger

IMPRESSUM

KINDER-UND JUGENDARZT

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

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

ISSN 1436-9559

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

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

Verantw. Redakteure für „Fortbildung“: Prof. Dr. Hans-Iko Huppertz, Prof.-Hess-Kinderklinik, St.-Jürgen-Str. 1, 28177 Bremen, Tel.: (0421) 497-5411, E-Mail: hans-iko.huppertz@klinikum-bremen-mitte.de (Federführend); Prof. Dr. Florian Heinen, Dr. v. Haunersches Kinderspital, Lindwurmstr. 4, 80337 München, Tel.: (089) 5160-7850, E-Mail: florian.heinen@med.uni-muenchen.de; Prof. Dr. Peter H. Höger, Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift, Liliencronstr. 130, 22149 Hamburg, Tel.: (040) 67377-202, E-Mail: p.hoeger@kkh-wilhelmstift.de; Prof. Dr. Klaus-Michael Keller, DKD HELIOS Klinik Wiesbaden, Aukammallee 33, 65191 Wiesbaden,

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

Verantw. Redakteure für „Forum“, „Magazin“ und „Berufsfragen“: Regine Hauch, Salierstr. 9, 40545 Düsseldorf, Tel.: (0211) 5560838, E-Mail: regine.hauch@arcor.de; Dr. Wolfram Hartmann, Im Wenigen Bruch 5, 57223 Kreuztal, Tel.: (02732) 762900, E-Mail: dr.w.hartmann-kreuztal@t-online.de, Dr. Christoph Kupferschmid, Olgastr. 87, 89073 Ulm, Tel.: (0731) 23044, E-Mail: Ch.Kupferschmid@t-online.de

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

Druckauflage 13.033

lt. IVW III/2015

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen



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

Verlag: Hansisches Verlagskontor GmbH, Mengstr. 16, 23552 Lübeck, Tel.: (04 51) 70 31-01 – **Anzeigen:** Hansisches Verlagskontor GmbH, 23547 Lübeck, Christiane Kermel (V.i.S.d.P.), Fax: (0451) 7031-280, E-Mail: ckermel@schmidt-roemhild.com – **Redaktionsassistent:** Christiane Daub-Gaskow, Tel.: (0201) 8130-104, Fax: (02 01) 8130-105, E-Mail: daubgaskowkija@beleke.de – **Layout:** Grafikstudio Schmidt-Römhild, Marc Schulz, E-Mail: grafik@schmidt-roemhild.com – **Druck:** 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. 49 vom 1. Oktober 2015

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

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

Für unverlangt eingesandte Manuskripte oder Unterlagen lehnt der Verlag die Haftung ab. Hinweise zum Urheberrecht: Siehe www.kinder-undjugendarzt.de/Autorenhinweise

© 2015. 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.

Notwendige Beitragserhöhung für die Mitglieder des BVKJ



Dr. Tilman Kaethner

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
nach der Delegiertenversammlung in diesem Monat in Bad Orb, wende ich mich an Sie, um ihnen die Gründe und Notwendigkeit der beschlossenen Neugestaltung der Beitragsstruktur und die damit verbundene Beitragserhöhung zu erklären.

Es ist uns gelungen, die Beiträge seit fünf Jahren stabil zu halten, obwohl das Angebot der Berufsverbandes und die Leistungen für unsere Mitglieder in dieser Zeit deutlich ausgeweitet werden konnten.

Gründe

Kaum ein anderer Berufsverband hat eine so große Palette an lokalen, regionalen und überregionalen Angeboten für seine Mitglieder. Die Angebote der 100% Tochter des Vereins, der BVKJ-Service-GmbH, stellen inzwischen einen bedeutenden Anteil am Einkommen der im Rahmen der GKV niedergelassenen oder in der ambulanten Pädiatrie tätigen Kinder- und Jugendärzte /innen dar.

Die Zunahme der Aufgaben des BVKJ zieht eine Steigerung der personellen und finanziellen Aufwendungen nach sich. Diesem trägt der BVKJ durch eine personelle und organisatorische Verdichtung der Geschäftsstelle und einer neuen professionellen Struktur der Vereinsspitze Rechnung.

Bei einem Finanzvolumen des BVKJ von inzwischen mehr als 3 Mill. € benötigt der Verein Finanzreserven für ca. 3-6 Monate.

Die Finanzierung des BVKJ ruht auf drei Säulen:

- Die Beiträge der Mitglieder,
- Sponsoring seitens der Industrie und
- Gewinnausschüttungen der BVKJ-Service-GmbH.

Die letzte Säule ist mit 50.000 € mit hoffentlich steigender Tendenz noch überschaubar. In den letzten Jahren ist der Anteil der Beitragseinnahmen von über 60% auf knapp 50% gesunken. M. E darf der Anteil der Beitragseinnahmen längerfristig nicht unter 60% sinken, da sonst eine gefährliche Abhängigkeit vom Sponsoring der Industrie eintritt. Sponsoring wird durch zunehmende Fusionen und strenge Codices der Pharmafirmen immer schwieriger und unsicherer. Die Organisatoren unserer Fortbildungsveranstaltungen kennen die zunehmenden Probleme beim Sponsoring, um Teilnahmegebühren für unsere Mitglieder möglichst gering halten zu können.

Deutsche Rentenversicherung

Unsere finanziellen Rückstellungen sind gefährdet: Seit einigen Jahren versuchen Staat und Sozialversicherung Zugriff auf Aufwandsentschädigungen für

Funktionäre in Vereinen und Verbänden zu erhalten. Nachdem wir das Problem der Umsatzsteuer auf Aufwandsentschädigungen, die unsere Mitglieder für ihre Mitarbeit im Verein erhalten, ohne Belastung für unsere Funktionäre gelöst haben, hat uns jetzt die Dtsch. Rentenversicherung (DRV) im Visier. Die Sozialrechtssprechung geht zunehmend davon aus, dass Tätigkeit im Verein „grundsätzlich“ arbeitnehmerähnlich und damit sozialversicherungspflichtig ist. Dieses gilt v.a. für die Tätigkeiten des Vereinsvorstandes und die vorstandsnahen Funktionen. Jetzt fordert die DRV sogar Sozialversicherungsabgaben für unsere Landesverbandsvorsitzenden! Hier stehen wir im Widerspruch und ggf. vor einem Sozialgerichtsverfahren.

Aufgrund dieser Situation werden auf den Verband in Zukunft höhere Kosten zukommen. Viel belastender ist aber, dass die DRV im günstigen Fall für die vergangenen Jahre Ansprüche von mehr als 300.000 € an den Verein stellt. Im Regelfall haben Funktionäre davon keinen großen persönlichen Vorteil.

Hinzu kommt noch, dass seit dem Urteil des BSG aus 2012 für sozialversicherungspflichtige Tätigkeit die Befreiung von der DRV zugunsten der Ärzteversorgung nur noch zögerlich, nicht mehr lebenslang und v.a. nicht mehr rückwirkend erteilt wird. Sie muss bei jeder neuen oder veränderten (!) Tätigkeit erneut beantragt werden. Es ist fraglich, ob Tätigkeit in einem Berufsverband einer ärztlichen Tätigkeit (= Tätigkeit am Patienten) gleichgestellt werden wird, was zwingend für die für den Verein kostenneutrale Befreiung von Zahlung an die DRV notwendig ist.

Neue Struktur

Die dargestellten Fakten begründen die Notwendigkeit einer Erhöhung der Beiträge zu diesem Zeitpunkt. Gleichzeitig wird die Transparenz der Struktur der Beiträge erhöht und auch der Nutzen der Mitglieder der einzelnen Beitragsgruppen differenziert gewichtet.

(A) Der Beitrag setzt sich zukünftig zusammen aus dem anhand der vorliegenden Ausgaben berechneten Anteil für die Finanzierung der Struktur des Verbandes („**Strukturpauschale**“) und dem Anteil für den je nach Beitragsgruppe differenzierten „**Nutzen**“ („Mehrwert“) durch den Verein. (Tabelle 1)

Für einige Beitragsgruppen wird die Strukturpauschale bewusst subventioniert.

(B) Bei der Differenzierung der Mitgliedereigenschaften werden drei **Hauptgruppen** gebildet.

1. Hauptgruppe: Ambulant (in der GKV) tätige Ärzte, unabhängig von der Rechtsform der Einzel-

Kategorie	Gruppe	Bezeichnung	% Anteil SP	Strukturpauschale	Mehrwert	Betrag
Ärzte im ambulanten Bereich (EP, BAG, MVZ)/ Leitende (Chef-)Ärzte	1.1	Ärzte mit eigener KV-Vollzeitzulassung > 20 WoStd. /rein privatärztlich tätige Ärzte	100	220	240	460,00 €
	1.2	Ärzte mit eigener KV-Teilzulassung/ Angestellte Ärzte und Ärzte mit job-sharing-Zulassung oder -Anstellung) <=20WoStd.	50	110	200	310,00 €
	1.2.1	Ärzte gemäß 1.1. im 1. Jahr der Tätigkeit	50	110	200	310,00 €
	1.3	Leitende (Chef-)Ärzte	100	220	200	420,00 €
angestellte Ärzte außerhalb des ambulanten Bereichs	2.1	Angestellte Ärzte im Krankenhaus / Institut in Vollzeit	60	140	55	195,00 €
	2.1.1	Angestellte Ärzte im Kr. / Institut in Teilzeit <= 20 WoStd.	50	110	40	150,00 €
	2.2	Ärzte im ÖGD in Vollzeit	50	110	40	150,00 €
	2.2.1	Ärzte im ÖGD in Teilzeit <=20WoStd.	34	75	25	100,00 €
Andere Beitragsgruppen (nicht 1, 2)	3.1	Grundbeitrag (für Rentner und Ä. ohne Beruf. Ausübung mit Transfer-einkommen)	44	95	0	95,00 €
	3.1.1	Ärzte ohne Einkommen/o.Berufsausübung (nur Harz IV oder Soz.h.) 40%	14	30	0	30,00 €
	3.2	Assistenten 1. Jahr d. Mitgliedschaft	0	0	0	- €
	3.2.1	Assistenten 2.-5. Jahr d. Mitgliedschaft	0	0	30	30,00 €

Tab. 1: Differenzierte Darstellung der Beiträge

praxis, BAG oder MVZ, privat tätige Ärzte und leitende Ärzte.

2. Hauptgruppe: Nicht ambulant, angestellte Ärzte, entweder im Krankenhaus oder im ÖGD tätig.

3. Hauptgruppe: Sonstige: Rentner und Assistenten in Weiterbildung.

(C) Höhe der Beiträge:

Ambulant tätige Ärzte (1.HG) zahlen die höchsten Beiträge, da Praxen von Leistungen des BVKJ (Vorsorgen, Verträge etc.) am meisten profitieren. Sie zahlen grundsätzlich die volle Strukturpauschale. Für teilzeitarbeitende Mitglieder gilt eine Verminderung der Beiträge.

Beiträge für die angestellten Ärzte im Krankenhaus und im ÖGD sind niedriger, da diese Mitglieder meist geringere Einkommen und auch kleineren finanziellen Nutzen durch Leistungen des Verbandes haben. Die Strukturpauschale wird für diese Beitragsgruppe teilweise ermäßigt. Der Beitrag für teilzeitarbeitende Mitglieder wird ebenfalls vermindert.

Beiträge für **Rentner** werden gering erhöht. Sie zahlen einen Minimalbeitrag klar unterhalb der Struk-

turpauschale. Dafür erhalten sie weiterhin die Verbandszeitschrift „Kinder- und Jugendarzt“ kostenfrei. Ebenso wird auch die Mitgliedschaft der **Assistenten in Weiterbildung**, egal ob in Praxis oder Krankenhaus tätig, weiterhin hoch subventioniert. Das erste Jahr der Mitgliedschaft bleibt weiterhin beitragsfrei. Für die folgenden Jahre zahlen Weiterbildungsassistenten bis zum Ende der Weiterbildung jetzt einen sehr kleinen Beitrag von 30 € jährlich. Sie erhalten weiterhin unsere Zeitschrift kostenfrei und auch eine deutliche Ermäßigung der Teilnahmegebühren für Assistenten wichtige Fortbildungsveranstaltungen, wie dem jährlichen Assistentenkongress.

Für Kollegen, die Tätigkeiten aus verschiedenen Beitragsgruppen ausüben, gilt die Tätigkeit mit dem größten Umfang als Grundlage für die Beitragszuordnung.

Geschlossene Haltung der Delegierten

Die neue Beitragsordnung wurde von der Delegiertenversammlung ohne Gegenstimmen (!) verabschiedet. Einzelheiten entnehmen Sie bitte der Tabelle (2). In

Gruppe	Bezeichnung	Betrag
	Ärzte im ambulanten Bereich (EP, BAG, MVZ) und Leitende (Chef-)Ärzte	
1.1	• Ärzte mit eigener KV-Vollzeitzulassung > 20 WoStd. • rein privatärztlich tätige Ärzte	460,00 €
1.2	• Ärzte mit eigener KV-Teilzulassung ≤ 20 WoStd. • Angestellte Ärzte und Ärzte mit job-sharing-Zulassung oder -Anstellung ≤ 20 WoStd.	310,00 €
1.2.1	Ärzte gemäß Gruppe 1.1 im 1. Jahr	310,00 €
1.3	Leitende (Chef-)Ärzte	420,00 €
	Nicht niedergelassene angestellte Ärzte und angestellte Ärzte außerhalb des ambulanten Bereichs	
2.1	Angestellte Ärzte im Krankenhaus / Institut in Vollzeit	195,00 €
2.1.1	Angestellte Ärzte im Krankenhaus / Institut in Teilzeit ≤ 20 WoStd.	150,00 €
2.2	Ärzte im ÖGD in Vollzeit	150,00 €
2.2.1	Ärzte im ÖGD in Teilzeit ≤ 20 WoStd.	100,00 €
	Andere Beitragsgruppen und Ermäßigungen	
3.1	Grundbeitrag für Rentner und Ärzte ohne Berufsausübung mit Transfereinkommen	95,00 €
3.1.1	Ärzte ohne Einkommen ohne Berufsausübung	30,00 €
3.2	Assistenten im 1. Jahr der Mitgliedschaft	0,00 €
3.2.1	Assistenten 2.-5. Jahr der Mitgliedschaft	30,00 €
	Beitragsfreie Mitglieder	
4.1	Ärzte ohne Einkommen auf Antrag und Nachweis	
4.2	Mitglieder im Ausland ohne Zeitschrift	
4.3	Ehrenmitglieder	
4.4	Mitglieder im hohen Alter ohne Beitrag	
	Außerordentliche	
5	Außerordentliche Mitglieder gemäß Satzung	650,00 €

Tab. 2: Neue Beitragstabelle

einer sehr tiefgehenden, langen und fairen Diskussion der Delegierten wurden Vor- und Nachteile abgewogen. Bereits durch die Durchführung von zwei „neuen“ Vorsorgen oder durch die Subvention von zwei Fortbildungsveranstaltungen des BVKJ werden die Mehrkosten der Beitragserhöhung weitestgehend aufgefangen. Außerdem sind die Beiträge zum BVKJ steuerlich als Werbungskosten absetzbar.

Die neuen Beiträge gelten ab dem 1.1.2016.

Als Schatzmeister des Bundesvorstandes hoffe ich, dass Sie den Verein für die anstehenden mannigfaltigen Aufgaben mit ihren neuen Beiträgen für die nächsten Jahre hinreichend ausstatten werden. Wir müssen in

den nächsten Jahren finanziell sehr aufwendige Anforderungen stemmen.

Ich hoffe, dass Sie dem Vorstand, dem Schatzmeister und der Geschäftsstelle Ihr Vertrauen geben. Ich bedanke mich auch für das Vertrauen, Wiederwahl und die Unterstützung der diesjährigen Delegiertenversammlung.

Dr. Tilman Kaethner

Bundesschatzmeister

26954 Nordenham

E-Mail: dr.tilman.kaethner@ewetel.net

Red.: Hartmann

Impfung von minderjährigen Flüchtlingen

Die STIKO hat im aktuellen epidemiologischen Bulletin Empfehlungen für die Impfung von Asylsuchenden in Erstaufnahmelagern veröffentlicht. Viele sind nicht geimpft oder sie haben keine Impfdokumente dabei. Beide Gruppen werden als ungeimpft betrachtet und die Impfungen sollten innerhalb der ersten Tage nach Aufnahme in eine Erstaufnahmeeinrichtung begonnen werden. Die Enge in den Flüchtlingsunterkünften und die oft schwierigen sanitären Verhältnisse sind ideale Voraussetzungen für die Ausbreitung von Infektionskrankheiten. Ungeimpfte Asylsuchende vergrößern die ohnehin erschreckenden Impflücken in Deutschland. Es könnte sich eine epidemiologisch relevante ungeschützte Bevölkerungsgruppe entwickeln.

Ungeimpfte Kinder und Jugendliche sollten zumindest eine Impfung gegen Diphtherie, Tetanus, Pertussis und Polio erhalten, in den ersten vier Lebensjahren zusätzlich HIB und Hepatitis B. Die Impfung gegen Masern, Mumps, Röteln und Varizellen ist ab 9 Monaten empfohlen.

Personen, bei denen eine Grundimmunisierung gegen Tetanus, Diphtherie, Pertussis und Polio dokumentiert ist, benötigen eine einmalige Auffrischimpfung, nach 5 Jahren (Kinder) oder nach 10 Jahren (Erwachsene), ab dem Alter von 5 Jahren mit TdacP-IPV. Eine dokumentierte einmalige Impfung gegen Masern und Röteln ist zunächst ausreichend. Bei Kindern sollte eine zweite Impfung (dann mit MMR bzw. MMR-V) im weiteren Verlauf durchgeführt werden.

Wegen der vielen Menschen auf engem Raum sollte eine Grippeimpfung für alle Flüchtlinge in Aufnahmeeinrichtungen erwogen werden. Kinder im Alter von 2-7 Jahren bevorzugt mit einem nasal applizierten Lebendimpfstoff. Dieser kann bis zum Alter von 17 Jahren anstelle eines Totimpfstoffes verabreicht werden. Kinder im Alter von 0,5 – 2 Jahren sowie Erwachsene (besonders Schwangere) dürfen nur mit einem Totimpfstoff geimpft werden.

Die STIKO erinnert daran, dass es keine zu langen Impfabstände gibt, jede Impfung zählt. Serologische Untersuchungen seien nicht nötig, eine „Überimpfung“ nicht möglich. Tot- und Lebendimpfungen können gleichzeitig gegeben werden. Wenn die Eltern oder der Impfling nur zwei Impfungen beim ersten Termin wünschen sollte vordringlich das Mindest- Impfangenot verabreicht werden.

Aufklärung und Dokumentation

Eine besondere Situation ergibt sich bei Kindern und Jugendlichen, die ohne Eltern bzw. Erziehungsberechtigte nach Deutschland kommen. Das Jugendamt muss minderjährige unbegleitete Asylsuchende in seine Obhut nehmen und für ihr Wohl sorgen, das schließt Impfungen ein. Unbegleitete Minderjährige können selbst

wirksam in eine Behandlung einwilligen, wenn sie die Bedeutung und Tragweite des Eingriffs ermessen können. Eine Einwilligung ist jedoch nur wirksam, wenn die Ärztin oder der Arzt vorher aufgeklärt haben. Im Internet stellt das RKI Informationen in den meisten relevanten Sprachen zur Verfügung (www.rki.de/impfen).

Alle Impfungen sollen dokumentiert werden. Falls kein Impfdokument vorliegt oder kein Impfbuch ausgestellt wird, empfiehlt die STIKO ein Ersatzdokument zum Download, das bei den Geimpften verbleibt. Wichtig ist auch die ausreichende Impfung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den Einrichtungen. Neben den Standardimpfungen empfiehlt die STIKO für diese eine Impfung gegen Hepatitis-A.

Impfstoffversorgung nationale Aufgabe

In einer Stellungnahme der DAKJ wird die Frage aufgeworfen, ob es genügend Impfstoff geben wird, um dem Bedarf gerecht zu werden. Durch den Ausfall einer Charge gibt es Engpässe beim nasalen Influenzaimpfstoff. Probleme kennen wir auch beim Schchsfachimpfstoff und bei MMR.

TdacP-IPV- Impfstoff ist bis zum Jahresende nicht verfügbar. Flüchtlinge bleiben daher gegen diese Erkrankungen ungeimpft. Es kann nicht sein, dass die Versorgung mit Impfstoffen dem Kalkül der Hersteller überlassen werden. Diese Versorgung muss die Bundesregierung zur nationalen Aufgabe erklären.

Wenn es in dieser Saison eine ausgedehnte Grippe welle geben sollte, würde dies zu ganz erheblichen Problemen führen. Dafür ist nach Meinung der DAKJ keine ausreichende Vorsorge getroffen worden. „Die Influenza-Impfstoffhersteller müssten für diese Saison wahrscheinlich mehrere Millionen Impfdosen nachproduzieren, damit die Flüchtlinge ... noch geimpft werden können.“

Quelle: *Epidemiologische Bulletin* Nr. 41

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

Zertifizierung der pädiatrischen Praxis

„Endlich mal ein Deckel auf dem Topf...“

Bei keinem anderen Thema als der Zertifizierung wird so heiß diskutiert. „Das bringt doch nichts und kostet nur Geld“, „Nur noch mehr Bürokratie...“, „Vorausseilender Gehorsam...“. Die unterschiedlichen Meinungen der Kinder- und Jugendärzte zu QM und Zertifizierung sind ein Spiegelbild der kontroversen Haltung der gesamten Ärzteschaft zum Qualitätsmanagement.

Da wundert es nicht, dass in Deutschland nur drei Prozent aller Arztpraxen sich zur Zertifizierung melden (early innovators). Es ist ja freiwillig. Ein Blick in die Schweiz: In gut organisierten Ärztenetzen in Zürich, Luzern und Bern sind die „Qualitätsarbeit“ und die Zertifizierung (z.B. nach EQUAM) alle drei Jahre verpflichtend und weitgehend akzeptiert.

Jede Praxis in Deutschland muss ein Qualitätsmanagementsystem eingeführt haben - welches, bleibt ihr überlassen. An der gesetzlichen Pflicht nach § 135 a und 136 SGB V und an den Vorgaben des Patientenrechtegesetzes für mehr Patientensicherheit kommen wir nicht vorbei. Doch keiner schaut in die Praxen hinein. Die meisten Praxen haben nach Umfragen des BVKJ QM irgendwie umgesetzt. Zahlreiche Kollegen haben an Fortbildungen teilgenommen und wissen dann aber doch nicht, wie es weitergeht. Wie viel QM ist in der Praxis eingeführt? Wann sind wir genug fortgebildet? Woher wissen wir, wie gut wir sind? Woher wissen wir, ob wir es richtig machen? Wer misst das? Wer beurteilt das?

Als **Zertifizierung** (lat. „certe“ = bestimmt, gewiss, sicher und „facere“ = machen, schaffen, verfertigen) bezeichnet man ein Verfahren, mit dessen Hilfe die Einhaltung bestimmter Standards für Dienstleistungen und Infrastruktur nachgewiesen werden kann. Dies wird durch Bestimmung des Erfüllungsgrades von definierten Indikatoren vor Ort konkret überprüft. Einer Praxis wird dann durch ein zeitlich begrenztes Zeugnis/ Zertifikat bestätigt, dass sie über ein Qualitätsmanagement-System **und** einen guten Leistungsstandard verfügt.

Der Blick von außen

Bei einer Klärung dieser Fragen kann nur der Blick von außen weiterhelfen. Zur externen Evaluierung wird normalerweise ein Visitor zum Ziel der Zertifizierung eingeladen. Es gehört aber Mut dazu, seine Praxis für ein Audit oder eine Visitation zu öffnen. Keiner lässt sich gerne in die Karten schauen. Es gibt jedoch kaum eine andere Möglichkeit zur Darlegung und zur kollegialen Beratung, die Transparenz und Vergleichbarkeit schaffen kann. Qualität ist keine blaue Wolke. Sie sollte nachweisbar sein, damit sie nicht zufällig entsteht und wieder verschwindet. Standardisierte Abläufe müssen durch ein sinnvolles Selbst-Kontrollsystem in der Praxis gesichert werden. Was nicht gemessen und beurteilt wird, kann auch nicht verbessert werden.

Sind wir zum Perspektivenwechsel bereit? Aufsichtsorgane, die Selbstverwaltung oder auch Patienten machen sich Sorgen über Fehler, nicht leitliniengerechtes Verhalten, Hygienemängel in den Kinderarztpraxen. Und wir Pädiater? Wir denken oft: Gibt es nicht! Kommt bei uns doch nicht vor!

In Holland wurde mit dem Modell „visitatie“ nachgewiesen, dass Ärzte zu Verbesserungen motiviert werden können, wenn sie die Gelegenheit bekommen, sich anonym und „graphisch“ durch ein Benchmarking mit ihresgleichen zu vergleichen und Kollegen zur „visitatie“ einzuladen. Auch für Deutschland ist die Effektivität der Zertifizierung belegt. Alle EPA-Praxen (Europäisches Praxis Assessment) schneiden bei der Re-Zertifizierung mit besseren Indikatoren ab (siehe Lit.)

Nutzen und Vergleich der Zertifizierungsangebote

Um die Angebote zu vergleichen, sollten folgende Gesichtspunkte betrachtet werden: Ist der Auftrag zeitlich begrenzt? Ist das Zertifizierungsangebot mit seinen Indikatoren Praxis- und Pädiatrie- bezogen? Bei der Auswahl in der Übersicht wurden nur solche Angebote



Teambesprechung – wo stehen wir im Vergleich?

	EPA	QEP	ISO 9001
Bedeutung der Abkürzung	Europäisches Praxis Assessment	Qualität und Entwicklung in den Praxen	Internationale Standard-Organisation
Welche Institutionen sind beteiligt?	AQUA Institut Göttingen Stiftung Praxissiegel	Kassenärztliche Bundesvereinigung	TÜV-Süd TÜV-Nord
Zertifikat wird durch unabhängige zweite Institution erteilt	ja	nein	nein
Wurden bei Entwicklung der Indikatoren Ärzte beteiligt? (Konsensverfahren)	ja	ja	nein
Bestehende Anpassung der Indikatoren für die pädiatrische Praxis	ja	nein	nein
Benchmarking System funktioniert, ist bei der Visitation und danach online verfügbar	ja	nein	nein
Zeitlich abgeschlossenes Verfahren Re- Zertifizierung nach drei Jahren	ja	ja	nein
Mitarbeiterbefragung als Bestandteil	ja	nein	ja
Ergebnis der Patientenbefragung geht quantitativ in die Gesamtbeurteilung ein	ja	nein	nein
Anzahl der überprüften Indikatoren	225	228	Nicht vergleichbar
Kosten überschaubar und vorhersehbar	ja	ja	nein
Höhe der Kosten (aktuelle Kosten müssen bei der Institution erfragt werden)	etwa 2500 € nach Abzügen durch EU Förderung 1000-1500 €	etwa 2200 €	etwa 6000 € unterschiedliche Angaben Matrixzertifizierung günstiger/kontinuierliche Besuche der Auditoren verursachen Mehrkosten
Unterstützt die Institution bei EU-Förderung ?	ja	nein	nein
Webseite	www.epa-qm.de www.aqua-institut.de , www.praxissiegel.de	www.kbv.de/qep	www.tuev-nord.de , www.tuev-sued.de

Vergleich ausgewählter Eigenschaften der Zertifizierungsangebote für die Praxis

berücksichtigt, die bundesweit für Arztpraxen zur Verfügung stehen und verbreitet sind. Zertifizierungen, die vorwiegend im stationären Bereich eingesetzt werden, sind nicht berücksichtigt.

Ähnlich praxis- und pädiatriebezogen sind bei den Angeboten die Bereiche und Themen, die überprüft werden:

Ablauf der Patientenversorgung, Praxisausstattung, Umgang mit Fehlern, Beschwerden, Notfällen, Umgang mit Medikamenten und andere Sicherheitsfragen, Verantwortlichkeiten, Patientenbefragungen, Prozessbeschreibungen.

Die Zertifizierung enthält eine Messung des Erfüllungsgrades von vorgegebenen Indikatoren/Kriterien, die Überprüfung von Dokumenten, eine Visitation/Audit vor Ort, deren Auswertung und die Empfehlung zur Zertifizierung bei einer unabhängigen Organisation. Von EAP und QEP sind die Anzahl der teilnehmenden Praxen jeweils aktuell online verfügbar. Das ist für ISO Praxen nicht möglich.

Erhebliche Unterschiede bei den Zertifizierungsangeboten bestehen beim Aufwand und bei den Kosten. Wie hoch wird der Korb gehängt? Die Unterschiede werden in der Tabelle hervorgehoben.

Nr. Dimension	Zielerreichung in % der maximalen Punktzahl		Details		
	Ihre Praxis	Durchschnitt	Grafik	To-Do	Indikatoren
▲▼▲▼	▲▼	▲▼			
1 Qualitätsentwicklung, Qualitätspolitik	76%	49%			9
2 Aufspüren von Qualitäts- oder Sicherheitsproblemen /-mängeln	60%	81%			5
3 Beschwerdemanagement	83%	45%			6
4 Fehlermanagement	67%	76%			6
5 Hygiene, Verletzungsschutz und Infektionsschutz	64%	82%			17
6 Labor	86%	58%			7
7 Qualitätssicherung der medizinischen Prozesse	75%	77%			7
8 Notfallmanagement	13%	77%			3
Gesamt	70%	70%			60

Beispiel für das EPA online-Benchmarking- anonymer Vergleich mit anderen Praxen

Wie beurteilen Pädiater-Kollegen, die eine Zertifizierung durchlaufen haben, den Nutzen?

- Dreijährige schweißtreibende verzweifelte Vorbereitung... 16-stündige Prüfung ...nochmals 13-stündige Prüfung... noch nie in meinem Leben wurde ich derartig lange geprüft... 300-seitiges Handbuch geschrieben...dass das Vorhaben der TÜV Plakette derartig anstrengend wurde, ahnte ich nicht...auch muss der Weg zur Medizin zurückgefunden werden (geistig und materiell)...(ISO)
- Das Praxisteam bekam durch die Rückkoppelung und den Blick von außen eine wichtige Beurteilung und Beratung... Jetzt ist endlich mal ein Deckel auf dem Topf, nachdem wir uns jahrelang nach verschiedenen Systemen fortgebildet und diskutiert haben ... (EPA)
- QM und Zertifizierung hilft dabei, bei der Arbeit nicht schlampig zu sein....
- Gut ist die Anerkennung von außen, die unserer Praxis hilft, zu wissen, was sie gutmacht...
- Ich dachte immer, alles wäre bei uns geregelt und war überrascht, was noch alles gut organisiert werden konnte....(EPA)
- Ich will meine Praxis nicht neu erfinden, sondern genau dort Verbesserungen durchführen, wo es sinnvoll und notwendig ist. Dies ist nun endlich möglich...(EPA)
- Diese Arbeit hat die Qualität bei uns wirklich gesteigert und auch das Team sehr gefestigt...(EPA)

Meinungen von Pädiatern, die eine Zertifizierung durchlaufen haben

Literatur

Prof. Max Geraedts UWH : Zertifizierung von Arztpraxen im internationalen Vergleich 2009 Stiftung Praxissiegel
Katja Götz, Joachim Szecsenyi, Björn Broge, Sara Willms: Welche Wirkung hat Qualitätsmanagement in Arztpraxen?Ergebnisse aus Entwicklung und Evaluation des Europäischen Praxisassessments (EPA)AQUA-Materialien Bd. 10

Dr. Gottfried Huss MPH
Sonnenweg 7
79618 Rheinfelden
E-Mail: grhuss@t-online.de

Red.: ReH

Relevante Neuerungen für die Kinder- und Jugendärzte

Das Präventionsgesetz

Nach mehreren gescheiterten Anläufen hat der Deutsche Bundestag am 18. Juni 2015 das „Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz)“ verabschiedet. Das Gesetz ist am 25. Juli 2015 in Kraft getreten.

I. Allgemeines – Die Ziele des Gesetzes

Zielsetzung des Gesetzes ist es, die Risikofaktoren für das Auftreten chronischer und psychischer Krankheiten dadurch zu senken, dass Gesundheitsförderung und Prävention bereits so früh wie möglich im Lebensverlauf ansetzen und sich kontinuierlich über die verschiedenen Lebensphasen erstrecken. Es sei deshalb besonders wichtig, auch die Familien in ihrer Gesundheitskompetenz zu stärken, um ein gesundes Aufwachsen schon in der frühen Kindheit aktiv zu fördern und über die verschiedenen Lebensphasen hinweg zu unterstützen. Dabei werde die Prävention in den verschiedenen Lebenswelten der Menschen – nämlich beispielsweise den Kindertageseinrichtungen, der Schule und dem Betrieb oder den Pflegeeinrichtungen – gestärkt.

Schwerpunkte bilden hierbei

- die Verbesserung der Kooperation der Träger von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und der Koordination von Gesundheitsförderung und Prävention in den Lebenswelten;
- die zielgerichtete Neustrukturierung der Finanzierung von Leistungen zur primären Prävention der Krankenkassen;
- der Ausbau der Prävention bei Kindern und Jugendlichen;
- die primärpräventionsorientierte Fortentwicklung der Gesundheitsuntersuchung;
- die qualitätsgesicherten Präventionsangebote der Krankenkassen – Bonifizierungen;
- die Erleichterung der Inanspruchnahme von Primärpräventions- und Vorsorgeleistungen für Versicherte mit besonderen beruflichen oder familiären Belastungssituationen;
- die Verbesserung der Rahmenbedingungen für betriebliche Gesundheitsförderung;
- die Förderung des Impfwesens.

Dies soll die strukturellen Voraussetzungen dafür schaffen, dass Gesundheitsförderung und Prävention in jedem Lebensalter und in allen Lebensbereichen als gemeinsame Aufgabe auch der Sozialversicherungsträger

unter Beteiligung der privaten Krankenversicherung angesehen und unterstützt werden.

II. Was ändert sich für den Kinder- und Jugendarzt?

Für die tägliche Praxis des Kinder- und Jugendarztes sind vor allem die Änderungen im Bereich der Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche und im Bereich des Impfwesens relevant. Das Präventionsgesetz sieht folgende Neuerungen vor:

1. Änderungen des SGB V – Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche

Wesentliches Anliegen der Überarbeitung der Früherkennungsuntersuchungen ist der Ausbau der primären und sekundären Prävention bei Kindern und Jugendlichen. Den Früherkennungsuntersuchungen im Sinne des §26 SGB V wird hierbei ein hoher Stellenwert zugemessen. Der Ausbau erfolgt in der Weise, dass die bisherige Altersgrenze für die Gesundheitsuntersuchungen im Kindes- und Jugendalter auf die Vollendung des 18. Lebensjahres angehoben wird. Die Anhebung der Altersgrenze soll dem – aus verschiedenen Studien abgeleiteten – Umstand Rechnung tragen, dass während der Pubertät besondere gesundheitliche Belastungen und Risiken auftreten.

Die Untersuchungen sollen verstärkt auf die Erfassung von gesundheitlichen Belastungen und Risikofaktoren (z. B. Adipositas, unausgewogene Ernährung, Bewegungsmangel) ausgerichtet werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat das Nähere über Art und Umfang der Untersuchungen in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 3 SGB V zu bestimmen sowie die Altersgrenzen und die Häufigkeit der Untersuchungen festzulegen. Dabei soll erreicht werden, dass die Früherkennungsuntersuchungen und deren Ausgestaltung dem aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen.

Zudem werden primärpräventive Beratungselemente zum verbindlichen Inhalt der Kinderfrüherkennungsuntersuchungen. Dies beinhaltet eine Erfassung und Bewertung gesundheitlicher allgemeiner wie indi-



Dr. iur. Juliane
Netzer-Nawrocki

vidueller Risiken einschließlich einer Überprüfung des Impfstatus sowie eine darauf abgestimmte präventionsorientierte Beratung, mit dem Ziel, auf Möglichkeiten zur Förderung der Gesundheit und der Entwicklung des Kindes hinzuweisen. Wirklich neu wird dies für die Kinder- und Jugendärzte nicht sein. Gleichwohl schafft die Regelung verbindlichere Vorgaben, die durch die Kinder-Richtlinien des G-BA noch näher umgesetzt werden müssen.

Ferner umfassen die Untersuchungen nun – sofern medizinisch angezeigt – eine sogenannte Präventionsempfehlung für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Abs. 5 SGB V, die sich alterssprechend an das Kind, den Jugendlichen oder die Eltern bzw. andere Sorgeberechtigte richtet. Die Klarstellung, dass sich die Präventionsempfehlung auch an die Eltern richten kann, verfolgt das gesetzgeberische Ziel der Steigerung der gesundheitlichen Elternkompetenz. Die Informationsinhalte der Präventionsempfehlung sollen ebenfalls durch den G-BA festgelegt werden. Die Präventionsempfehlung soll in der Form einer ärztlichen Bescheinigung erteilt werden.

Auswirkungen auf die tägliche Praxis?

Es ist davon auszugehen, dass der G-BA zur Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben zusätzliche Früherkennungsuntersuchungen einführen wird. Daher ist eine vermehrte Inanspruchnahme der Kinder- und Jugendärzte zu erwarten, deren Umfang noch nicht quantifizierbar ist. Ob die Kinder- und Jugendärzte durch weitere Maßnahmen zeitlich beeinträchtigt werden, wird sich zeigen. Die Gesetzesbegründung geht jedenfalls davon aus, dass durch das Ausstellen der Präventionsempfehlung nach § 26 Abs. 1 Satz 3, 4 SGB V den Ärzten kein zusätzlicher Erfüllungsaufwand entstehen soll. Denn bereits nach den Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien des G-BA sei ein Arzt verpflichtet, einen Versicherten im Rahmen eines Beratungsgesprächs ggf. auf Gesundheitsförderungsangebote der Krankenkassen hinzuweisen. Die Präventionsempfehlung gehe über den Inhalt des Beratungsgesprächs nicht hinaus, sondern beschränke sich auf eine kurze, schematische Zusammenfassung. Ob dies tatsächlich so ist, bleibt abzuwarten.

2. Änderungen des Infektionsschutzgesetzes – Stärkung der Impfberatung

Seit Jahren werden Änderungen im Bereich des Infektionsschutzgesetzes – bis hin zu einer Impfpflicht – diskutiert. Das Präventionsgesetz setzt nun auf eine Stärkung der Impfberatung. Eine Impfpflicht wird nicht normiert. Die Stärkung der Impfberatung verfolgt das Ziel, dass die Kinder nicht mehr zu spät, sondern möglichst in dem von der STIKO empfohlenen Zeitraum (bis zur Vollendung des zweiten Lebensjahres) geimpft werden. Zudem sollen bestehende Impfungen geschlossen werden und die Durchimpfungsraten weiter gesteigert werden.

Zur Sicherstellung der Impfberatung sollen die Eltern nach § 34 Abs. 10a Infektionsschutzgesetz bei der Erstaufnahme ihres Kindes in eine Kindertageseinrichtung den Nachweis darüber erbringen, dass zeitnah vor der Aufnahme eine ärztliche Beratung in Bezug auf einen vollständigen, altersgemäßen, nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission ausreichenden Impfschutz des Kindes erfolgt ist. Wird dieser Nachweis nicht erbracht, kann das Gesundheitsamt die Eltern zu einer Beratung laden.

Die Regelung trägt dem Umstand Rechnung, dass die Kinder- und Jugendärzte sowie die Hausärzte den wichtigsten Beitrag für die Gewährleistung eines alterssprechenden, nach den Empfehlungen der STIKO ausreichenden Impfschutzes bei Kleinkindern leisten. Insbesondere im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen finden regelmäßige Patientenkontakte statt, die jeweils zur Vervollständigung des Impfschutzes bzw. zur Aufklärung genutzt werden können. Der Gesetzgeber geht davon aus, dass die vorgeschriebene ärztliche Vorstellung geeignet ist, den verfolgten Zweck, nämlich die Schließung bestehender Impfücken, zu erreichen. Die tatsächliche Durchführung der Schutzimpfungen bleibt aber weiterhin freiwillig und wurde auch nicht zur Voraussetzung für die Aufnahme in die Kindertageseinrichtung gemacht. Jedoch können nicht geimpfte Kinder nach § 28 Abs. 2 i. V. m. § 34 Abs. 1 Infektionsschutzgesetz vom Kindertagesstätten- oder Schulbesuch ausgeschlossen werden, wenn eine Person in der Gemeinschaftseinrichtung an Masern erkrankt ist und die Kinder nicht über einen ausreichenden Impfschutz gegen Masern verfügen oder die Immunität gegen Masern durch ärztliche Bescheinigung nachgewiesen wird.

III. Fazit

Was lange währt, wird endlich gut? Ob dies auf das Präventionsgesetz zutrifft, bleibt abzuwarten. Jedenfalls hat der Gesetzgeber durch die Erweiterung des Vorsorgeprogramms für Kinder und Jugendliche einen Schritt in die richtige Richtung unternommen. Nun ist der G-BA gefragt, diese Vorgaben innerhalb der Kinder-Richtlinien sinnvoll umzusetzen.

Hinsichtlich der viel geforderten Impfpflicht war nicht wirklich zu erwarten, dass der Gesetzgeber diesen Weg einschlagen wird. Es ist aber zu begrüßen, dass die große Verantwortung der Kinder- und Jugendärzte vom Gesetzgeber erkannt wurde und er der Beratung durch die Kinder- und Jugendärzte einen hohen Stellenwert auf dem Weg zu höheren Durchimpfungsraten beimisst.

*Dr. iur. Juliane Netzer-Nawrocki
Möller & Partner – Kanzlei für Medizinrecht
(www.m-u-p.info)*

Die Anwälte der Kanzlei sind als Justiziarer des BVKJ e. V. tätig.

Red.: Hartmann



bvkj.

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

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

Landesverbandsvorsitzende und 1. Delegierte:	Christiane Thiele, Viersen-Dülken
1. Stellv. Landesverbandsvorsitzende und 2. Delegierte:	Dr. Petra Zieriacks, Bergisch Gladbach
2. Stellv. Landesverbandsvorsitzende und 3. Delegierte:	Dr. Ursula Kleine-Diepenbruck, Köln
3. Stellv. Landesverbandsvorsitzender und 4. Delegierter:	Dr. Herbert Schade, Mechernich
5. Degierter:	Dr. Hermann Josef Kahl, Düsseldorf
6. Delegierter:	Dr. Jörg Hornivius, Mönchengladbach
7. Delegierte:	Dr. Gabriele Trost-Brinkhues, Aachen
8. Delegierter:	Dr. Holger van der Gaag, Mülheim
Ersatzdelegierte:	Dr. Michael Weis, Siegburg Dr. Hubert Radinger, Bonn Dr. Jürgen Funck, Neuss Dr. Christa Langen, Oberhausen Dr. Rainer Scheibling, Düsseldorf Dietrich Wittenhagen, Aachen Dr. Markus Schäfer, Duisburg Guido Klughardt, Jülich
Schatzmeister:	Khaled J. Abou Lebdi, Heinsberg



bvkj.

Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

**WAHLAUFRUF
FÜR DEN LANDESVERBAND HAMBURG**

Gemäß der Wahlordnung des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e. V. findet im **Dezember 2015** die Wahl des Landesverbandsvorsitzenden, seiner Stellvertreter und Ersatz-Delegierten statt.

Die Wahl wird durchgeführt am **Montag, 14. Dezember 2015 in der Zeit von 20.00 – 22.00 Uhr im Casino der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg, Heidenkampsweg 99, 20097 Hamburg** auf der Jahreshauptversammlung des Landesverbandes Hamburg, zu der zu gegebener Zeit schriftlich eingeladen wird.

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

Dr. med. Stefan Renz, Hamburg
Landesverbandsvorsitzender



WAHLAUFRUF FÜR DEN LANDESVERBAND SAARLAND

Termingerecht findet vom 16.11. - 7.12.2015 die Wahl des Landesverbandsvorsitzenden, seiner Stellvertreter und des Schatzmeisters statt.

Die Geschäftsstelle organisiert die Briefwahl, die bis zum 7.12.2015 abgeschlossen sein muss (Eingang in der Geschäftsstelle).

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

Karl Stiller, Homburg
Landesverbandsvorsitzender



WAHLAUFRUF FÜR DEN LANDESVERBAND BREMEN

Gemäß der Wahlordnung des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V. findet in der Zeit vom 19.01.-09.02.2016 die Wahl des Landesverbandsvorsitzenden und seiner Stellvertreter statt.

Die Geschäftsstelle organisiert die Briefwahl, die bis zum 09.02.2016 abgeschlossen sein muss (Eingang in der Geschäftsstelle).

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

Dr. Stefan Trapp, Bremen
Landesverbandsvorsitzender

Über die Schwierigkeit, zwei Konzerne zu verschmelzen

Frühe Hilfen: Synergie freisetzen

Die Bundesinitiative Frühe Hilfen (FH) ist ein wichtiger Bestandteil des Bundeskinderschutzgesetzes und basiert auf §3 des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG). Frühe Hilfen bewegen sich im Spannungsfeld zwischen früher Unterstützung und Gesundheitsförderung für alle Familien in der Phase des Übergangs zu Elternschaft einerseits (universelle/primäre Prävention) und gezielten Hilfen für Familien mit deutlichen psychosozialen Belastungen zur Vermeidung von Entwicklungsproblemen, Erziehungsschwierigkeiten bis hin zur Kindeswohlgefährdung (selektive/sekundäre Prävention) andererseits. Gelingen kann die Initiative nur dann sein, wenn es gelingt, alle beteiligten Gruppen zu einer wirksamen Zusammenarbeit zu vereinen.

Als Familienministerin hat Ursula v. d. Leyen 2007 Frühe Hilfen durch das Kinderschutzgesetz (Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz KKG) initiiert. Fortgeführt, mit finanzieller Ausstattung versehen und dann auch als „Frühe Hilfen“ definiert, wurde dieses Projekt von Ministerin Kristina Schröder. Ministerin Manuela Schwesig hat es engagiert weitergeführt und ausgebaut. Sie sorgte, dass die Bemühungen, lebensbedrohliche Situationen für Säuglinge und Kindern zu verhindern, eine gesetzliche Grundlage erhielten.

Vorausgegangen waren öffentlich medial aufbereitete Berichte von misshandelten und zu Tode gekommenen Kindern. Grauerregend ist, dass diese Handlungen von Menschen aus der unmittelbaren Umgebung der Kinder ausgehen, von Müttern und Vätern oder anderen vertrauten Bekannten. In einer Gesellschaft, die vorgibt, Kinder zu fördern, ja das Wohlergehen der Kinder stets an vorderster Stelle staatlicher Aufgaben zu stellen, sollte Gewalt gegen Kinder nicht vorkommen.

Das Bemühen, Kinder zu schützen, zeigte viele Facetten. Babyklappen sind Zeugnis der Hilflosigkeit sozialer Einrichtungen, aber auch der Medizin, gegenüber der Gewalt an den hilfsbedürftigsten Menschen. Geschichte und Nutzungsstatistik der derzeit noch vorhandenen Einrichtungen kann jeder u.a. in Wikipedia nachlesen.

Um endlich Hilfe zu leisten wurde 2007 das Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) vom Bundesfamilienministerium (BMFSFJ) installiert. Es wurde zunächst von zwei Gremien, Personen aus der Wissenschaft und Vertreter von Institutionen, beraten. 2011 wurden diese zu einem Beirat mit 40 Mitgliedern zusammengelegt. Leiterin ist Dr. Ute Thyen, Lübeck, den bvkJ vertritt Dr. Nikolaus Weissenrieder, München. Auch ein Mitglied des BV der Frauenärzte wurde in den Beirat berufen.

Von 2011-2015 wurde den Ländern 177 Mio. € aus dem Bundeshaushalt zweckgebunden zur Verfügung gestellt, die damit auf der Ebene der Städte und Gemeinden Hilfsprojekte anbieten und bestehende Ange-

bote ausbauen sollten: Koordinierung der Netzwerkarbeit. Mehr oder weniger schnell sind nun in jedem Land Koordinatorinnen dabei, in den diversen Verwaltungseinheiten lokale Beauftragte für Frühe Hilfen zu unterstützen, damit entsprechende Familien mit Hilfebedarf nicht unentdeckt bleiben. Ab 2016 stellt der Bund jährlich 51 Mio. € für die Netzwerkarbeit zur Verfügung.

Sprachverwirrung

Die Initiative FH entwickelt sich gut aber vielerorts gelingt Interdisziplinarität nur schwer oder bleibt Worthülse. Die Kooperation mit der Medizin, in erster Linie der Pädiatrie, ist noch nicht gut genug. Eine Ursache liegt auf politischer Ebene. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) war von Anfang an nicht mit im Boot, es gab nur als Zaungast wohlmeinende Kommentare. Dass die Pädiatrie schon Konzepte zu sozialen Ursachen von Krankheiten hatte und sich Vorsorgeuntersuchungen nicht nur auf die Feststellung von Größe, Gewicht und Kopfumfang beschränken, schien den Protagonisten der Gesundheitspolitik nicht bekannt oder sie wollten es nicht sehen. Die Ärztekammern und KVen haben andererseits das Projekt FH unter den Ärzten nur sehr zögerlich bekannt gemacht.

Die Arbeitsansätze von Medizin und Sozialarbeit differieren so sehr, dass ein Miteinander-Reden kaum möglich scheint. Die Strukturen sind in den einzelnen Sozialgesetzbüchern auch getrennt geregelt. Lange gehegte Vorstellungen von den Tätigkeiten des Anderen haben vielerorts Phantasien und Vorurteile geschaffen, die auf einem anderen interdisziplinären Arbeitsfeld, der Frühförderung zwischenzeitlich langsam in den Hintergrund treten.

„Kernstück der Bundesinitiative sind die Familienhebammen – die es ohne das große Engagement klassischer Hebammen nicht gäbe“ (Kristina Schröder). Für ihre Qualifizierung wurde viel Mühe und Geld investiert. Die Fortbildung steht inzwischen auch den Pflegeberufen mit Schwerpunkt Kinderkrankenpflege offen.

Zwischenfazit – die Halbzeitkonferenz

Am 3.11.2014 veranstaltete das BMSFSJ eine „Halbzeitkonferenz“ zum Projekt FH. In Berlin konnten alle Länder ihre Projekte vorstellen. Die Broschüre dazu umfasst 140 Seiten. Eine bemerkenswerte, medial aufwändige Zusammenfassung finden Sie im Internet unter dem Stichwort: Halbzeitkonferenz NZFH. Fazit: die Initiativen zu FH sind ein Erfolg, so Manuela Schwesig und weiter: „Frühe Hilfen werden immer gebraucht, nicht nur zu bestimmten Zeiten.“ Und sie meint damit die Fortführung des vom Bund initiierten Projektes durch die Länder.

Ausgezeichnet für Vernetzung

In Baden Württemberg wurden auf der Ebene praktischer Arbeit, zwischen pädiatrischen Vertragsärzten und Jugendamtsmitarbeitern Konferenzen gestaltet, die für Vertrauen und Verständnis der gegenseitigen Arbeitsweise sorgen. Die Qualitätszirkeln bzw. Balintgruppen ähnlichen Treffen werden wechselnd von einem Teilnehmer der jeweils anderen Profession geleitet. Diese „Tandem“-Konstellation brachte zunehmende interdisziplinäre Erkenntnisgewinne. Diese Arbeit war allerdings nur möglich durch eine Zusammenarbeit von Vielen: KVBW, BKK LV Süd, Berufsverbände der Pädiater, Gynäkologie&Geburtshilfe, Hebammen, Städte- und Gemeindetag, Wohlfahrtspflege u.v.a.m. Das Modellprojekt der KV Baden-Württemberg „Vernetzung vertragsärztlicher Qualitätszirkel mit Frühen Hilfen“ wurde beim Großen Präventionspreis 2015 des Landes Baden-Württemberg ausgezeichnet.

Anfang 2015 wurden alle KVen der Länder aufgerufen, in ihren Bereichen für die Umsetzung dieser interprofessionellen Praxis zu sorgen. Ausdrücklich wird erwähnt, dass diese QZ auch Gynäkologen&Geburtshelfern, Hausärzten und Psychotherapeuten offenstehen.

In jedem KV-Bezirk werden zwei ärztliche Tutoren ausgebildet, die im „train-the-trainer“ Konzept für die landesweite Installation der Tandems und der Moderatoren sorgen sollen. Ebenso werden Jugendamtsmitarbeiter benannt, die zusammen mit den Ärzten die Fallkonferenzen landesweit verbreiten sollen.

Lokale Schwierigkeiten mit verkrusteten Strukturen auf beiden Seiten stehen dem Konzept FH entgegen. Es spricht aber nicht nur das im Präventionsgesetz formulierte Gebot des vorbeugenden Handelns für ein Engagement der niedergelassenen Pädiater, auch die vom bvkj. in seinen Paed-check Heft entwickelten Fragestellungen sind eigentlich kongruent mit den Zielen der FH: Frühzeitiges Erkennen von Problemlagen der uns vertrauenden Familien. Wir müssen aber wissen, welche Hilfen zur Verfügung stehen und das ist ein weites Feld.

Erklimmen wir ein uns lange vor Augen stehendes Ziel: Prävention durch Zusammenführen der vorhandenen Kräfte aus sozialen und medizinische Quellen. Was also hält uns noch?

Fragen? Neugier geweckt? Mitmachen oder flüchten – keine Frage?

Dr. med. Lutz Müller

E-Mail: dr_lutzmueller@kinderaerzteimnetz.de

Red.: Kup

Das NZFH bietet eine Fülle eigener Publikationen rund um die Frühen Hilfen an, die direkt auf diesen Seiten bestellt oder heruntergeladen werden können. Darüber hinaus werden in diesem Bereich einschlägige Veröffentlichungen von Fachverlagen sowie der BZgA und des Bundesfamilienministeriums vorgestellt.



Die Brüder Grimm zeigen, wie in einer Gesellschaft, die Familien in Not keine Hilfen zur Verfügung stellt, mit Kindern umgegangen wird: Hansel und Gretel werden im Wald ausgesetzt. Letzten Endes nur durch weitere Gewalt gegenüber einer alten Frau - oder war es ein Raubmord - entkommen sie

dem sicheren Tod. Internet nutzend werden Sie vor allem Interpretationen und Bilder finden, die sich mit den Vorgängen im „Hexenhaus/Lebkuchenhaus“ auseinandersetzen. Die Gewalt der Eltern gegenüber ihren Kindern bleibt fast unbeachtet. Sie dient ja und das soll die Untat entschuldigen der Vermeidung des Hungertods der gesamten Familie. Am Ende des Märchens freuen sich die Eltern über die Rückkehr der Kinder nach dem erfolgreichen Beutezug.



Und wo bleibe ich?

Wo finden die Familien Hilfe? Gesunde Geschwister von chronisch erkrankten oder behinderten Kindern haben ein erhöhtes Risiko, Verhaltensauffälligkeiten zu entwickeln.

Geschwisterkinder sind in der Regel körperlich gesund und können unter Umständen sogar besondere soziale Kompetenzen entwickeln. Und doch sind viele von ihnen erheblichen psychosozialen Belastungen ausgesetzt. Sie funktionieren im Alltag und man merkt ihnen die Belastung oft erst sehr spät an. In Deutschland leben rund zwei Millionen Geschwisterkinder. 60 Prozent der Studien, die sich mit Geschwistern chronisch kranker und behinderter Kinder beschäftigen, zeigen, dass diese Kinder ein erhöhtes Risiko haben, aufgrund der erlebten Belastungen Probleme zu entwickeln. Dazu zählen die eingeschränkte Teilhabe an Familie, Schule und Freizeit, Depressionen, Ängste, auffälliges Verhalten und Isolation.

Kinder- und Jugendärzte: wichtige Lotsen bei der Suche nach der richtigen Unterstützung

Kinder- und Jugendärzte wissen aus ihrer Praxis, wie wichtig es ist, auch den gesunden Geschwisterkindern rechtzeitig Aufmerksamkeit zu schenken. Bei einer Umfrage im Jahr 2010 der Novartis Stiftung FamilienBande stimmten 91 Prozent der befragten Pädiater zu, dass eine systematische Prävention nötig ist, um Geschwistern und ihren Familien frühzeitig zu helfen.

Hilfe und die Kosten

Inzwischen gibt es bundesweit eine breite Palette an Angeboten für Geschwisterkinder chronisch kranker und behinderter Kinder, die über

Dienstag	
7 ⁰⁰	Max füttern + Tabletten
8 ⁰⁰	Max duschen
8 ¹⁵ -12 ¹⁵	Max Krankengymnastik <u>APOTHEKE</u>
13 ⁰⁰	Max füttern + Tabletten
13 ³⁰	Tim von der Schule abholen
14 ⁰⁰	Max ankommen EINKAUFEN + WÄSCHE WASCHEN
19 ⁰⁰	Max füttern + Tabletten
21 ⁰⁰	Wo ist Tim?

„Wo ist Tim“ – eine wahre To-do-Liste – aufgeschrieben und gestaltet von Martin Dörr im Rahmen eines Wettbewerbs zum Thema Geschwisterkinder.

Foto: © www.stiftung-familienbande.de



GeschwisterTREFF „Jetzt bin ICH mal dran“, ein Praxishandbuch zur psychosozialen Begleitung von Geschwisterkindern.

die Online-Suchmaschine der Stiftung FamilienBande leicht zu finden sind: Sie reicht von Informationsveranstaltungen über Freizeitangebote bis hin zu Gruppenangeboten, für die bereits einige Kassen die Kosten für ihre Mitglieder übernehmen.

„Geschwisterkinder erfahren oft verminderte Aufmerksamkeit von den Eltern. Gleichzeitig übernehmen sie vielfach Aufgaben und Verantwortung, die andere in ihrem Alter nicht haben. Loyalitätskonflikte und emotionale Probleme durch Fragen wie ‚Darf ich wütend sein?‘ sind vorprogrammiert“, beschreibt Adib Jacob, Vorstandsvorsitzender der Stiftung FamilienBande die Situation: „Oft hilft es schon, sich mit anderen Geschwistern auszutauschen und dabei festzustellen, dass sie mit ihrer heimlichen Wut oder dem Gefühls-Wirrwarr aus Loyalität und eigenem Bedürfnis nicht alleine sind.“

Die Stiftung arbeitet mit Experten im Gesundheits- und Bildungswesen, mit Wissenschaftlern, Ärzten und Patientenorganisationen zusammen und setzt auf den nied-

rigschwelligem Zugang zu Informationen. Immer wichtiger werden Angebote, die nach überprüften Standards arbeiten wie den vom Institut für Sozialmedizin in der Pädiatrie Augsburg (ISPA) und dem Verbund für Geschwister chronisch kranker und behinderter Kinder entwickelten GeschwisterTREFF „Jetzt bin ICH mal dran!“, der im Rahmen des GeschwisterCLUBS als präventives Gruppenangebot bundesweit ausgerollt werden soll.

Bei der Frage, welches die passende bedarfsgerechte Maßnahme ist, kann der FamilienBande Frühdiagnose-Fragebogen LARES Geschwisterkinder wichtige Hinweise geben. Er zeigt dem Pädiater die individuelle Belastungssituation des Geschwisterkindes – und wie die Eltern diese sehen. Anhand der Befragungsergebnisse können sie eine unmittelbare und gezielte Beratung sowie weitergehende Hilfen anbieten (vgl. Kasten „Konkrete Maßnahmen“). Das Diagnosetool ist zu bestellen über info@Stiftung-FamilienBande.de. Es kann auch direkt online auf der Website der Stiftung aufgerufen und ausgefüllt werden.

Stiftung FamilienBande (www.stiftung-familienbande.de): Online-

Suchmaschine mit über 260 Angeboten bundesweit; kostenfreie Infoline für Ärzte und Betroffene (07762 81 99 000). Unterlagen LARES und Ärztefolder bestellbar bei info@stiftung-familienbande.de

ISPA (www.ispa-bunterkreis.de): übertragbares Versorgungskonzept GeschwisterCLUB inkl. Präventionskurs „SuSi“ (SupportingSiblings = erstes von Kassen erstattetes Gruppenangebot für Geschwisterkinder); bietet Fortbildung zur Fachkraft für Geschwister an.

Das Praxishandbuch GeschwisterTREFF kann bezogen werden unter: Geschäftsstelle Bundesverband Bunter Kreis e.V., Tel.: 0821/400-4841

Verbund für Geschwister (www.verbund-fuer-geschwister.jimdo.com): Mitherausgeber GeschwisterTREFF; Leitfaden für Geschwister krebskranker Kinder zwischen sieben und zwölf Jahren.

Literatur bei der Verfasserin

Irene von Drigalski
Die Autorin ist Geschäftsführerin der Stiftung FamilienBande
79664 Wehr
E-Mail: irene.vondrigalski@stiftung-familienbande.de

Red.: ReH

Konkrete Maßnahmen

- Direkt nach dem Befinden des Geschwisterkindes fragen
- Die Eltern für die Situation und die Belange des Geschwisterkindes sensibilisieren.
- Den Früherkennungsfragebogen LARES Geschwisterkinder nutzen, um das Belastungs- und Leidenserleben des Geschwisterkindes einzuschätzen. Zum Fragebogen gehört ein Leitfaden für ein Beratungsgespräch und Hinweise für
- Versorgungs- und Vernetzungsmöglichkeiten.
- In der Online-Suchmaschine der Stiftung FamilienBande nach passendem Angebot für das Geschwisterkind und die Familie in der Region recherchieren.
- Bei weiteren Fragen rund um das Thema Geschwisterkinder die Infoline der Stiftung FamilienBande für weitere Informationen oder Antworten auf konkrete Fragen nutzen.

KINDER- UND JUGENDARZT im Internet

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

www.kinder-undjugendarzt.de



Dort steht Ihnen ein kostenloser Download zur Verfügung.

Ehrungen bei der Delegiertenversammlung 2015 in Bad-Orb



Dr. Ulrich Fegeler ausgezeichnet mit der Ehrennadel in Gold



Verleihung der Ehrenmitgliedschaft an Dr. Elke Jäger-Roman



Dr. Werner Deigendesch erhielt den Preis Pädiater für Kinder in Krisenregionen

Dr. Ulrich Fegeler, Berlin, war als Bundespressesprecher 10 Jahre lang das Sprachrohr des BVKJ. Davor war er stellvertretender Landesvorsitzender des Landesverbandes Berlin. Als gefragter Gesprächspartner aller Mediensparten nahm er zu vielen aktuellen Fragen der Kinder- und Jugendmedizin Stellung. Er prägte den Begriff „Advocacy“ für Kinder. Die Entwicklungschancen von armen und sozial benachteiligten Kindern und von Kindern aus prekären Verhältnissen liegen ihm ganz besonders am Herzen. Fegeler führte die Professionalisierung der Landespressesprecher im BVKJ erfolgreich fort. Der Medienpreis des BVKJ, der in diesem Jahr zum siebten Mal an Journalisten von Printmedien, Hörfunk und Fernsehen für ihre Berichterstattung für benachteiligte Kinder verliehen wurde, war seine Idee und ist heute in der Medienlandschaft viel beachtet. Auch das jährlich in Berlin stattfindende Politforum des BVKJ und die inhaltliche Gestaltung der Jahresschwerpunktthemen des BVKJ hat er ganz wesentlich bereichert und mitorganisiert. Der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte hat ihn für seinen außergewöhnlichen Einsatz mit der **Ehrennadel in Gold** ausgezeichnet.

Dr. Elke Jäger-Roman, Berlin, ist als langjährige niedergelassene pädiatrische Rheumatologin Subspezialistin. Dennoch gilt ihr Hauptinteresse der ambulanten allgemeinen Pädiatrie. So vertrat sie konsequenter Weise viele Jahre den BVKJ als sowohl in der pädiatrischen Sektion der Union Européenne des Médecins Spécialistes als in der European Confederation of Primary Care Pediatricians, die sie mitgegründet hat und deren langjährige Vorsitzende sie war. Sie war von 2000 bis 2008 Vorsitzende des Landesverbandes Berlin und gehörte von 1999 bis 2007 dem Bundesvorstand an. Seit drei Jahren vertritt sie den BVKJ als stellvertretende Generalsekretärin im Vorstand der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin. Die Delegiertenversammlung des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte würdigt die eindrucksvolle Arbeit von Frau Dr. med. Elke Jäger-Roman mit der **Verleihung der Ehrenmitgliedschaft**.

Bei einem eher zufälligen Besuch in Israel und der West-Bank hat **Dr. Werner Deigendesch**, erfahren, dass es dort zahlreiche unzureichend versorgte Kinder und Jugendliche mit angeborenen und erworbenen kinder- neurologischen Erkrankungen gibt. Seit 2010 engagiert er sich nach langjähriger Praxistätigkeit in Metzingen für das Caritas Baby Hospital in Bethlehem. Er hat die Neuropädiatrie dort verankert und nachhaltig verbessert. Anfangs war er 1½ Jahre in Palästina, bis zum heutigen Tage reist er noch mehrfach im Jahr für mehrere Monate dort hin. Er konnte zahlreiche Kollegen zur fachärztlichen Unterstützung und Fortbildung der palästinensischen Pädiater gewinnen und erreichte, dass ein palästinensischer Kollege eine mehrmonatige Hospitation in Tübingen durchführen konnte. Für

sein nachhaltiges Engagement für Kinder in der West-Bank verlieh im der BVKJ den **Preis Pädiater für Kinder in Krisenregionen**.

Nach einem Arbeitsleben bei Krankenkassen und als Geschäftsführer der KV Bayern beriet **Klaus Lüft** als Rentner den BVKJ zunächst beim Abschluss von Strukturverträgen. Seit vielen Jahren ist er nun schon als Geschäftsführer für die BVKJ-Service GmbH sehr erfolgreich tätig. Der Erfolg dieser Tochter des BVKJ ist ganz wesentlich sein Verdienst. Er hat die BVKJ-Service GmbH professionell

geführt, strukturiert und in vielen, teils sehr zähen Verhandlungen mit Kassen, KVen und Dienstleistern zahlreiche Verträge geschlossen, die einerseits die Gesundheitsversorgung, insbesondere im Bereich der erweiterten Prävention, andererseits aber auch die wirtschaftliche Situation der Kinder- und Jugendarztpraxen deutlich verbessert haben. Der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte ehrt Klaus Lüft für die geleistete Arbeit mit der **Verleihung der Ehrenurkunde**.



Kup

Klaus Lüft erhielt die Ehrenurkunde des BVKJ

Fortbildungstermine

bvkj.

 Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

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

November 2015

25. November 2015
„Immer etwas Neues“ 2015 in Nürtingen
Update für das gesamte Praxisteam
Auskunft: ⑤

Dezember 2015

2. Dezember 2015
„Immer etwas Neues“ 2015 in Münster
Update für das gesamte Praxisteam
Auskunft: ⑤

März 2016

5. März 2016
25. Pädiatrie zum Anfassen
des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V.
LV Mecklenburg-Vorpommern
in Rostock, Auskunft: ①

11.-13. März 2016
22. Kongress für Jugendmedizin in Weimar
des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V., Auskunft: ⑤

12. März 2016
Seminar für MFA in Dresden
des LV Sachsen
Auskunft: ①

April 2016

9. April 2016
28. Pädiatrie zum Anfassen
des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V.
LV Rheinland-Pfalz und Saarland
in Worms, Auskunft: ①

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

16. April 2016
39. Pädiatrtreff 2015
des BVKJ, LV Nordrhein an der
Universität zu Köln

16. April 2016
8. Kongress PRAXISfieber-regio für MFA in Kinder- und Jugendarztpraxen
Leitung: Christiane Thiele, Viersen,
Dr. Herbert Schade, Mechernich
Auskunft: ④

29.-30. April 2016
14. Pädiatrie à la carte des BVKJ
LV Westfalen-Lippe, Universität Witten
Leitung: Dr. Marcus Heidemann, Bielefeld,
Dr. Burkhard Lawrenz, Arnsberg
Auskunft: ④

Mai 2016

20.-21. Mai 2016
26. Pädiatrie zum Anfassen
des BVKJ, LV Thüringen, in Erfurt
Leitung: Dr. Anette Kriechling, Erfurt
Auskunft: ①

Juni 2016

17.-19. Juni 2016
46. Kinder- und Jugendärztetag
Jahrestagung des BVKJ in Berlin
Leitung: Prof. Dr. Klaus-Michael Keller,
Wiesbaden, Auskunft: ⑤

17. – 19. Juni 2016
11. PRAXISfieber-live Kongress für MFA
Leitung: Dr. Michael Mühlischlegel,
Lauffen, Auskunft: ⑤

Juli 2016

9. Juli 2016
Pädiatrie zum Anfassen
des LV Baden-Württemberg in Heilbronn
Auskunft: ③

August 2016

27. August 2016
Jahrestagung des LV Sachsen
des BVKJ in Dresden, Sächsische LÄK
Leitung: Dipl.-Med. Stefan Mertens,
Radebeul
Auskunft: ①

Oktober 2016

8. – 12. Oktober 2016
44. Herbst-Seminar-Kongress
des BVKJ in Bad Orb
Leitung: Prof. Dr. Klaus-Michael Keller,
Wiesbaden, Auskunft: ⑤

November 2016

5. November 2016
7. Pädiatrie zum Anfassen in Berlin
Leitung: Prof. Dr. V. Stephan, Berlin/
Dr. B. Ruppert, Berlin
Auskunft: ①

5. November 2016
bvkj Landesverbandstagung Niedersachsen
im Hotel Niedersachsenhof, Verden/Aller
Leitung: Dr. Tilman Kaethner, Nordenham /
Dr. Ulrike Gitmans, Rhaderfenn
Auskunft: ③

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

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

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

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

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

Höchste Ehren für Dr. Wolfram Hartmann



Erst einmal in der Geschichte des BVKJ wurde der Titel eines Ehrenpräsidenten zuvor vergeben. Mit seinem Ausscheiden

nach 12-jähriger Präsidentschaft wurde Dr. Wolfram Hartmann jetzt diese Auszeichnung zuteil. Hinter dieser Ehrung steckt, so der Laudator, Dr. Klaus Rodens, ein Lebenswerk. "Verlässlichkeit und schier unbeugsame Geradlinigkeit" seien die herausstechenden Eigenschaften einer Ära gewesen, in denen der BVKJ unter Hartmann zu jenem ärztlichen Berufsverband wurde, der in der Öffentlichkeit und bei politischen Entscheidungsträgern am stärksten wahrgenommen wurde. Rodens war sich mit der Festrednerin, der ehemaligen Bundestags- und Europaabgeordneten Marlene Rupperecht, darin einig, dass Hartmann eine schwergewichtige politische Instanz war. Er beeindruckte die Politikerin, weil er nicht mit den üblichen Klagen der ständischen

Vertretungen nach Berlin kam. Er präsentierte sich immer als höchst seriöser Berater in vielen die Kindergesundheit betreffenden Fragen, fast schon als moralische Instanz. Kinderrechte und Chancengleichheit waren die beherrschenden Themen der von ihm vertretenen politischen Kindermedizin.

Der erste Ehrenpräsident des BVKJ, Dr. Werner Schmidt, Regensburg, blickte noch einmal auf die Wende vor 25 Jahren zurück. Er würdigte den großen Anteil, den Wolfram Hartmann, damals Vorsitzender des Honorarausschuss, am Aufbau des BVKJ in den neuen Bundesländern hatte und an der Schulung von Kolleginnen und Kollegen, die dort ihre Praxen aufgebaut haben.

Kup

Buchtipp

Vaupel, Schaible, Mutschler
**Anatomie Physiologie, Patho-
 physiologie des Menschen**

Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Stuttgart

7. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage 2015, 1.047 S., 613 farb. Abb., 158 s/w Tab., € 69,80
 ISBN: 978-3-8047-2979-7



Das seit 35 Jahren bestehende Standardwerk „Anatomie, Physiologie, Pathophysiologie des Menschen“ besteht in der komplett überarbeiteten

7. Auflage schon auf den ersten Blick durch sein sehr lesefreundliches Layout. Trotz großer Informationsdichte lesen sich die Erklärungen flüssig und die einheitlich gehaltenen Diagramme, Tabellen und Abbildungen ergänzen diese aufs Sinnvollste. Insbesondere die Abbildungen und Diagramme sind nach der Überarbeitung angenehm klar strukturiert – farblich wie zeichnerisch – ohne größere Abstriche in der Detaildichte. Ausführliche Erläuterungen zu diesen ergänzen die gute Verständlichkeit.

Gegliedert sind die einzelnen Kapitel jeweils beginnend mit der Anatomie, gefolgt von Physiologie und Pathophysiologie. Nach einem kurzen Inhaltsverzeichnis der Unterkapitel folgen diese schlüssig gegliedert und aufeinander aufbauend, um jeweils mit einer kurzen Zusammenfassung zu schließen. Teilweise ergänzen weiterführende Zusatzinformationen den Text.

Wurde im Bereich Anatomie auf detaillierte Bebilderung verzichtet, genügen auch hier die Erläuterungen vollends, um Aufbau und Struktur der beschriebenen Organe zu vermitteln. Der hier gesetzte Schwerpunkt auf funktionell

bedeutsame Anatomie kommt der Leserfreundlichkeit entgegen. Für ein Nachschlagen kleinerer anatomischer Details und Präparatbilder reichen die Informationen zwar nicht, für den Gebrauch als klinisches Nachschlagewerk sind sie aber völlig ausreichend. Umso besser sind jedoch die Informationen aus dem Bereich Physiologie und Pathophysiologie, die zusammen mit den eingangs erwähnten Abbildungen ein kompaktes, gut verständliches und weitgehend vollständiges Wissen dieser Fachbereiche abbilden.

Insgesamt ist die siebte Auflage dieses Lehrbuchs sehr gut gelungen. Durch die klare Struktur, das detaillierte Wissen und die Vernetzung der einzelnen Fachbereiche eignet sie sich besonders gut als Lehrbuch für angehende Mediziner, ebenso aber als übersichtliches Nachschlagewerk für Ärzte und zur Auffrischung und Aktualisierung bestehenden Fachwissens.

Richard Hauch

Der Autor ist Medizinstudent in München

Red.: ReH



Geburtstage im Dezember 2015

65. Geburtstag

Frau Dr. med. Christiane *Jaecker*,
Bad Sassendorf, am 01.12.
Frau Dipl.-Med. Christiane *Szdzuy*,
Berlin, am 02.12.
Herr Dr. med. Hartmut *Scheele*,
Niedernhausen, am 06.12.
Herr Hermann *Berthold*,
Schiffdorf, am 07.12.
Frau Dr. med. Elisabeth *Riegger-Walker*,
Waiblingen, am 08.12.
Frau Dr. med. Gabriele *Looke*,
Suhl, am 11.12.
Herr Dr. med. Wolfgang von *Gloeden*,
Erlangen, am 11.12.
Herr Dr. med. Helmut *Körngen*,
Berlin, am 12.12.
Frau Dr. med. Aloysia *Engelke*,
Würzburg, am 12.12.
Frau Dr. med. Annegret *Biebl*,
Barsbüttel, am 15.12.
Frau Dr. med. Christa *Rüdiger*,
Coswig, am 24.12.
Frau Ursula *Janoschka*,
Bad Breisig, am 28.12.
Frau Dr. med. Annemarie *Franz*,
Berlin, am 30.12.

70. Geburtstag

Herr Dr. med. Albert *Heindl*,
Amberg, am 09.12.
Herr Dr. med. Peter-Andoko *Soemantri*,
Kleve, am 11.12.
Frau Dr. med. Barbara *Fischer*,
Karlsruhe, am 14.12.
Herr Dr. med. Klaus *Knaup*,
Lüdinghausen, am 30.12.

75. Geburtstag

Herr Dr. med. Rüdiger *Schalkhäuser*,
Ochsenfurt, am 06.12.
Frau Maria *Johna*,
Solingen, am 08.12.
Herr Dr. med. Frieder *Kötz*,
Siegen, am 09.12.
Herr Dr. med. Lothar *Höpfner*,
Laatzen, am 11.12.
Herr Dr. med. Eckhart *Walther*,
Bad Zwischenahn, am 14.12.
Herr Dr. med. Winfried *Modlich*,
Sereetz, am 16.12.

Herr Dr. med. Klaus *Giese*,
Lübeck, am 18.12.

Herr Dr. med. Günter *Bartsch*,
Neukirchen, am 25.12.

Herr Dr. med. Bruno *Stumpf*,
Idar-Oberstein, am 29.12.

Herr Dr. med. Horst *Wagner*,
Bremen, am 31.12.

Herr Dr. med. Frank *Aehnelt*,
Neugersdorf, am 31.12.

80. Geburtstag

Herr Dr. med. Hans Jörg *Baumann*,
Göttingen, am 02.12.

Frau Dr. med. Elfriede *Philipp*,
Fürth, am 09.12.

Herr Dr. med. Rolf *Hille*,
Niederwartha, am 11.12.

Herr Dr. med. Winfried *Rath*,
Forchheim, am 12.12.

Frau Dr. med. Helga *Carstensen*,
Lübeck, am 16.12.

Frau Dr. med. Anna-Maria *Brumberg*,
Bielefeld, am 19.12.

Herr Hans-Jürgen *Hildebrandt*,
Dessau, am 24.12.

Herr Dr. med. Günter *Voigt*,
Lutherstadt Eisleben, am 30.12.

81. Geburtstag

Frau Dr. med. Wilma *Krümmel*,
Saarbrücken, am 06.12.

Frau Dr. med. Sheila *Desai*,
Mülheim, am 07.12.

Herr Dr. med. Marwan *Hafez*,
Berlin, am 15.12.

Herr Dr. med. Horst *Hoffmann*,
Kiel, am 18.12.

Herr Prof. Dr. med. Lothar *Pelz*,
Rostock, am 30.12.

82. Geburtstag

Herr Dr. med. Günter *Mann*,
Dietzenbach, am 14.12.

83. Geburtstag

Herr Dr. med. Harald *Hauser*,
Stockdorf, am 17.12.

Herr Dr. med. Mohammad *Tahbasian Saleh*,
Hannover, am 24.12.

Frau Dr. med. Helga *Claußen*,
Magdeburg, am 28.12.

Herr PD Dr. med. Conrad *Sander*,
Baden-Baden, am 31.12.

84. Geburtstag

Frau Dr. med. Renate *Ewert*,
Meschede, am 09.12.

Herr MR Dr. med. Fredy *Pathenheimer*,
Rostock, am 12.12.

85. Geburtstag

Frau Dr. med. Marianne *Wende*,
Kaufbeuren, am 16.12.

Herr Dr. med. Harro *Schirmer*,
Friedrichsdorf, am 20.12.

Herr MR Dr. med. Udo *Steiniger*,
Zahna-Elster, am 26.12.

86. Geburtstag

Frau Dr. med. Lilli *Meurer*,
Monschau, am 29.12.

87. Geburtstag

Frau Marlene *Zacharias*,
Berlin, am 17.12.

90. Geburtstag

Frau Dr. med. Isis *Elbern*,
München, am 10.12.

91. Geburtstag

Herr Dr. med. Hans Johann *Hager*,
Köln, am 08.12.

Frau Dr. med. Edeltraut *Fritz*,
Reinbek, am 11.12.

92. Geburtstag

Frau Dr. med. Inge *Baader*,
Köln, am 01.12.

Frau Dr. med. Angela *Bahr*,
Münster, am 12.12.

Frau Dr. med. Renate *Stefan*,
Ingolstadt, am 22.12.

Frau Dr. med. Marianne *Kremer*,
Essen, am 22.12.

93. Geburtstag

Frau Dr. med. Ursula *Eulner*,
Göttingen, am 11.12.

Frau Dr. med. Hildegard *Geiger*,
Offenburg, am 20.12.

94. Geburtstag

Herr Dr. med. Andreas *Löffler*,
Gifhorn, am 30.12.

95. Geburtstag

Frau Dr. med. Lore *Kunkel*,
Krefeld, am 05.12.

Herr Dr. med. Ferdinand *Müller*,
Graflin, am 27.12.

96. Geburtstag

Herr Dr. med. Otto *Meuser*,
Hannover, am 21.12.

Wir trauern um:

Herrn Dr. Wolf *Schenck*, Freiburg

Im Monat September durften wir 17 neue Mitglieder begrüßen.

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



Bayern

Herrn Dr. med.
Thomas *Eltermann*
Frau Dr. med. Christiane *Kiefer*
Herrn Tobias *Reinhardt*



Hessen

Frau Dr. med. Katharina *Kohler*



Westfalen-Lippe

Frau Katharina *Luczak*
Frau Dr. med. Kathrin *Ohm*



Nordrhein

Frau Catharina von *Lowtzow*



Berlin

Frau Dr. med.
Nadja *Thierfelder*



Schleswig-Holstein

Frau Sylvia *Reinhold*



Hamburg

Herrn Prof. Dr. med.
Frank-Michael *Müller*



Thüringen

Frau Dr. med.
Claudia *Fuhlrott*

Suchen Sie als niedergelassener Pädiater für Ihre Praxis:

eine Vertretung

einen Weiterbildungsassistenten

einen Nachfolger

einen Praxispartner

oder suchen Sie als angehender bzw. ausgebildeter Pädiater:

eine Vertretungsmöglichkeit

eine Weiterbildungsstelle

eine Praxis/Gemeinschaftspraxis
bzw. ein Jobsharingangebot

www.paediatricboerse.de

DIE kostenlose Stellenbörse ausschließlich für Pädiater

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

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

Zentraler Vertreternachweis

In dieser Datenbank führt die Geschäftsstelle kontinuierlich:

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

Formulare zur Erstellung einer Anzeige auf www.paediatricboerse.de oder Aufnahme in den Zentralen Vertreternachweis erhalten Sie bei der

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

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

E-Mail: bvkj.buero@uminfo.de

Vorname	Nachname
Straße	PLZ / Ort
E-Mail	Tel. / mobil
Datum	Unterschrift
	Stempel

Ameisensäure versus Verrucae vulgares

Warzen bei Kindern einfach und schmerzfrei behandeln – Neuer PEN trocknet Warzen aus

Vulgäre Warzen bei Kindern sind vielleicht kein „Tagesgeschäft“ für den Padiäter – und doch kennt so mancher Kinderarzt folgende Frage besorgter Eltern: „Können Sie mir etwas zur Entfernung der Warze bei meinem Kind empfehlen, das leicht aufzutragen ist und vor allem meinem Kind keine Schmerzen bereitet?“ Ab sofort können Pädiater diesen Eltern neben der bewährten EndWarts® Lösung mit dem EndWarts® PEN ein neues OTC-Medizinprodukt empfehlen, das zur einfachen und schmerzfreien* Eigenbehandlung unkomplizierter Verrucae vulgares an Hand, Fuß und Körper eingesetzt werden kann.

Der neue PEN enthält eine Lösung mit dem Wirkstoff Ameisensäure, die dem Körper hilft die Warze auszutrocknen und abzustößen. Der Stift ermöglicht eine schnelle, einfache und präzise Applikation der Ameisensäure: Diese muss nur 1x wöchentlich für 1-2 Sekunden auf die Warze an Hand oder Fuß aufgetragen werden. Die Applikatortippspitze sorgt automatisch für eine korrekte Dosierung.

Nach durchschnittlich fünf dieser Kurzbehandlungen ist die Warze von innen ausgetrocknet und verschwunden (bei sehr großen bzw. tiefen Warzen kann die Therapie 10-15 Wochen dauern).



Umfrage: 93,6 % der Mütter empfehlen EndWarts®

Die einfache Anwendung und gute Verträglichkeit der Ameisensäure besonders zur Behandlung von Warzen bei Kindern konnte in einer Befragung von Apothekenkunden gezeigt werden¹: etwa 94 % der Mütter, die für ihre Kinder das schon länger verfügbare, wirkstoffgleiche Pro-



dukt EndWarts® (Lösung zum Auftupfen per Wattestäbchen) kauften, würden das Mittel weiterempfehlen.

Doppelblindstudie belegt Wirksamkeit von Ameisensäure

Ameisensäure hat sich als Verrucae-Therapeutikum nicht nur in der Praxis bewährt, sondern auch in Studien: So konnte eine randomisierte, plazebokontrollierte, klinische Doppelblindstudie an 34 Patienten mit vulgären Warzen zeigen, dass die Applikation 85 %-iger Ameisensäurelösung der Behandlung mit Plazebo (destilliertem Wasser) signifikant überlegen war. Beim Körper-Halbseiten-Vergleich kam es auf der Seite mit Ameisensäurebehandlung bei 91 % der Patienten zur vollständigen Abheilung der Warzen, auf der Plazeboseite nur in 10 %².

Aktuelle Untersuchung zeigt deutliche Besserung

Die Effektivität des Wirkstoffes belegt eine weitere aktuelle Untersuchung³ mit der fertigen Lösung zum Auftupfen (EndWarts®): Nach acht Wochen Behandlung konnte bei 80 % der Anwender eine sehr gute bzw. deutliche Besserung festgestellt werden. Bereits nach vier Wochen war dies bei 51 % aller Teilnehmer der Fall. Zudem bewerteten die behandelnden Ärzte bei 81 % der Probanden die Ameisensäure-Therapie insgesamt als gut bis sehr gut.

- 1 Befragung von 32 Apothekenkunden, data on file
- 2 Faghihi G et al. A double-blind, randomized trial of local formic acid puncture technique in the treatment of common warts. *Skinmed* 2010; 8: 70-71 (e-pub S.70)
- 3 Praxistraining mit 230 Patienten (data on file) - An der Untersuchung nahmen 230 Patienten aus Deutschland und Österreich teil, deren Erfolg der Selbstbehandlung von Dermatologen beurteilt wurde

* bei sachgerechter Anwendung

Service für Ärzte, Eltern und Kinder auf www.endwarts.de

Auf der gleichnamigen EndWarts-Produktwebsite bietet MEDA Pharma sowohl Ärzten als auch Eltern und Kindern hilfreiche Informationen und umfangreiche Services. Neben detaillierten Anwendungshinweisen in Wort und (Bewegt)Bild können sich Patienten z. B. eine Broschüre oder ein Kinder-Zahlen-spiel herunterladen. Für Ärzte stehen im Fachbereich (MEDAconnects) aktuelle Studien, Fortbildungen, Veranstaltungshinweise und weitere Services zur Verfügung. Bitte beachten Sie in Sachen Services auch das heraustrennbare Fax auf der diesem Beitrag folgenden Heftseite 716.



Neuer „Warzenstift“ mit Ameisensäure trocknet Warzen aus



BITTE AUSFÜLLEN & FAXEN AN: 089/60804490

MEDA Pharma GmbH & Co. KG, 61352 Bad Homburg

Neuer EndWarts® PEN trocknet Warzen aus

Hiermit bestelle ich kostenlos folgende Artikel*:

- Patientenbroschüre „EndWarts® – Weg mit Warzen“** (25 Exemplare)
- Musterpackung**
 - EndWartsPEN
 - EndWarts

Es würde uns freuen, wenn Sie noch drei kurze Fragen zum Thema Warzen beantworten:

Wie schätzen Sie die Relevanz des Pädiaters als Ratgeber für besorgte Eltern ein, die die Warze ihres Kindes selbst zu Hause behandeln möchten? Der Kinderarzt übernimmt ...

- eine **wichtige** Rolle bei Beratung zur Warzen-Eigenbehandlung
- eine **untergeordnete** Rolle, da sich die Eltern meist in der Apotheke beraten lassen
- keine** Rolle

Wie oft besprechen Sie das Thema „Warzenbehandlung bei Kindern“ in der Woche?

In etwa _____ Fällen / Woche

Welchen OTC-Wirkstoff empfehlen Sie für die Warzenbehandlung bei Kindern bis dato bevorzugt?

- Salicylsäure
- Chloressigsäure (Tri/Mono)
- Ameisensäure

Telefon-Nummer

Datum/Arztstempel/Unterschrift

*solange der Vorrat reicht

Interview mit Ulrich Kuhn, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Kirchheim unter Teck

CRP-Messung in der pädiatrischen Praxis: Basis für eine rationale Antibiotika-Therapie bei Kindern

Wenn der Kinderarzt ein Antibiotikum verschreibt, löst das bei vielen Eltern unterschiedliche Reaktionen aus. Die einen fürchten Nebenwirkungen und haben Sorge vor einer zunehmenden Antibiotika-Resistenz. Die anderen sind froh über die Verordnung, in der Hoffnung, dass ihr Kind möglichst schnell wieder gesund ist. Etwa ein Drittel der Kinder und Jugendlichen nimmt ein Mal im Jahr ein Antibiotikum ein. Bei den Drei- bis Sechsjährigen ist es sogar jedes zweite Kind, so der Faktencheck Gesundheit der Bertelsmann Stiftung. Um überflüssige Antibiotikagaben zu vermeiden, hilft deshalb ein zuverlässiger Schnelltest auf das C-reaktive Protein (CRP) direkt in der Praxis.

Wir sprachen dazu mit dem niedergelassenen Kinder- und Jugendarzt Ulrich Kuhn, der in Kirchheim unter Teck, Baden-Württemberg, eine Praxis mit eigenem Akutlabor betreibt.

Herr Kuhn, skizzieren Sie bitte kurz die Struktur Ihrer Arztpraxis.

In unserer Praxis sind wir zurzeit zwei Kinder- und Jugendärzte. Außerdem ist eine Weiterbildungsassistentin zur Kinder- und Jugendärztin halbtags bei uns tätig. Durchschnittlich betreuen wir im Quartal zwischen 2.000 und 2.200 Patienten. Diese sind zum größten Teil Neugeborene und Kleinkinder bis ca. 6 Jahre. In unserem Akutlabor werden alle Tätigkeiten – von der kapillaren Blutentnahme bis hin zur Verarbeitung – von unseren medizinischen Fachangestellten durchgeführt.

Im Jahr führen wir etwa 800 – 1.000 CRP-Messungen durch, da es uns sehr wichtig ist, dass die Diagnose auf einer objektiven Basis beruht und nicht nur über Anamnese und Beobachtung ermittelt wurde.

Warum ist die Bestimmung des CRP-Wertes so wichtig in Ihrer täglichen Arbeit und mit welcher Methode bestimmen Sie den Wert?

Gerade in einem Akutlabor ist es wichtig, den CRP-Wert messen zu können, um schnell zwischen einer bakteriellen und einer viralen Infektion unterscheiden zu können. Wir haben uns für den Eurolyser CUBE entschieden, da er den CRP-Wert innerhalb weniger Minuten bestimmt. Da-

durch entfällt die Wartezeit für die Ergebnisse aus dem externen Labor – somit laufen Diagnostik und Therapie Hand in Hand.

Was gefällt Ihnen am Eurolyser CUBE am besten?

In unserer Praxis haben wir schon einige Systeme getestet und auch unsere medizinischen Fachangestellten haben schon diverse Erfahrungen mit verschiedenen Geräten gemacht. Nach der Einweisung der Mitarbeiter am Gerät zeigte sich schnell, dass der CUBE durch seine einfache Bedienung im Laborbetrieb bevorzugt verwendet wurde. Die benötigte Blutmenge ist mit 5 µl sehr gering, die Werte werden schnell und zuverlässig ermittelt und die komplette Handhabung ist sehr intuitiv.

Wie verlief die Einarbeitung Ihrer Mitarbeiter?

Die Betreuung seitens Hitado empfanden wir als sehr professionell und angenehm. Die Einweisung durch einen Produktspezialisten war ausführlich, die einzelnen Arbeitsschritte sind zudem sehr einfach. Darüber hinaus ist die Bedienungsanleitung jederzeit über den Tablet-PC abrufbar. Einfacher geht es wirklich nicht.

Hilft die Bestimmung des CRP-Wertes mit dem Eurolyser CUBE zur Entscheidung über eine Antibiotika-Gabe auch in der Kommunikation mit den Eltern?

Ja, das System ist uns hier eine sehr große Hilfe. Es gibt Eltern, für die Antibiotika eine Art Allheilmittel darstellen, das ihr Kind schnell wieder gesund macht. Auf der

anderen Seite gibt es auch Eltern, die eine Antibiotikum-Gabe sehr kritisch sehen und nach Möglichkeit vermeiden möchten.

Der CUBE stellt die Diagnostik auf eine objektive Basis und wir können mit großer Sicherheit die Art des Infekts bestimmen. Bei einem viralen Infekt ist ein Antibiotikum nutzlos. Im umgekehrten Fall, wenn den Eltern eine Verabreichung von Antibiotika nicht recht ist, können wir ihnen sagen, dass wir z. B. einen CRP-Wert von über 100 haben. Dies ist dann ganz eindeutig ein bakterieller Infekt, der sich ohne antibiotische Behandlung verschlechtern wird. Solche quantitativen Ergebnisse helfen enorm bei der Kommunikation mit den Eltern.

Wie ist Ihr Resümee?

Die Arbeit mit dem Eurolyser CUBE ist sehr einfach. Die Ergebnisse lassen sich reproduzieren und das Gerät ist eine große Hilfe bei der Entscheidung über eine Antibiotika-Gabe, denn gerade die Unterscheidung zwischen bakteriellem und viralem Infekt ist oft schwierig. Die Krankheitssymptome können auch einen erfahrenen Arzt durchaus in die Irre führen, häufig sind sie auch nicht eindeutig einem Krankheitsbild zuzuweisen. Ich zumindest kann nicht von mir behaupten, es zu 100 Prozent unterscheiden zu können. Mit dem Eurolyser CUBE erhalten wir verlässliche Messwerte und die Behandlung erfolgt auf einer soliden Grundlage.

Mit freundlicher Unterstützung von Hitado GmbH, Möhnesee

Die ersten 1000 Tage: Umfrage unter Schwangeren und Müttern

Richtige Ernährung für eine gesunde Zukunft

Die ersten 1000 Tage, angefangen vom Zeitpunkt der Befruchtung bis zum zweiten Geburtstag, prägen die Zukunft eines Menschen in besonderem Maße. Eiweiß spielt in der frühkindlichen Ernährung eine bedeutende Rolle. Eine aktuelle Umfrage des Innofact Marktforschungsinstituts im Auftrag von Nestlé¹ zeigt, was Schwangere und Mütter über eine gesunde Ernährung in den ersten 1000 Tagen ihres Kindes wissen.

Eiweiß ist ein wesentlicher Bestandteil des Körpers und bildet das Grundgerüst jeder lebenden Zelle. Nach Wasser ist es der Bestandteil, der im menschlichen Körper am meisten vorkommt. In den ersten 1000 Tagen im Leben eines Kindes ist Eiweiß für die Entwicklung und das Wachstum besonders wichtig. Jedoch darf die Eiweißzufuhr nicht zu hoch sein. Dennoch gehen 75 Prozent der Schwangeren davon aus, dass Babys eine große Menge an Eiweiß brauchen. Studien verdeutlichen allerdings, dass eine zu hohe Eiweißaufnahme ein möglicher Risikofaktor für die spätere Entwicklung von Übergewicht ist.^{2,3}

Eiweiß: Menge und Qualität

Muttermilch enthält eine perfekt auf die Bedürfnisse des Babys abgestimmte Menge und Qualität an Eiweiß, welches optimal verwertet werden kann. Wenn nicht gestillt werden kann, gewährleisten laut Studien Säuglingsnahrungen mit einem niedrigen Eiweißgehalt von 1,8 g / 100 kcal (1,2 g / 100 ml) und einer hohen Eiweißqualität das gesunde Wachstum von Babys – vergleichbar mit dem gestillter Kinder.^{2,3} Und auch die Umfrage zeigt: „Für den Fall, dass nicht gestillt werden kann...“, stimmen 90 Prozent der befragten Schwangeren überein „...ist eine Säuglingsmilch mit einer auf das Baby abgestimmten Menge an Eiweiß von hoher Qualität wichtig.“

Was bedeutet Eiweißqualität? Damit ist die Zusammensetzung des Eiweißmoleküls aus den unterschiedlichen Aminosäuren gemeint. Insgesamt gibt es 21 dieser Aminosäuren, die durch vielfältige Kombinationen die Basis für die unterschiedlichen Eiweißarten bilden. Neun dieser Aminosäuren sind essentiell, das heißt der menschliche Organismus kann sie nicht selbst produzieren und sie müssen mit der Nahrung aufgenommen werden. Ein hoher Gehalt an essentiellen Aminosäuren spricht daher

Die ersten 1000 Tage – Babys sind kleine Wunder

In den ersten 1000 Tagen wachsen Babys mehr als im gesamten Leben danach. Die Organe entstehen, das Gehirn wächst auf 75 Prozent seiner zukünftigen Größe heran und das Immunsystem entwickelt sich. Dieses „Goldene Intervall“

kann darüber entscheiden, ob vererbte Risikofaktoren aktiv werden oder stumm bleiben. Eine gesunde Ernährung kann die Entwicklung des Kindes nachhaltig positiv prägen, auch im Hinblick auf den Risikofaktor Übergewicht.

für eine gute Qualität des Eiweißes. Bei der Ernährung kommt es folglich nicht nur auf die Gesamtmenge des gelieferten Eiweißes an, sondern vielmehr auf das Verhältnis der essentiellen Aminosäuren. Für Säuglingsnahrung bedeutet dies: Nur wenn die Aminosäuren optimal zusammengesetzt sind, ist ein niedriger Eiweißgehalt möglich.

Muttermilch schützt vor Übergewicht

Um das Baby mit allen notwendigen Nährstoffen zu versorgen und so die Gesundheit des Kindes zu gewährleisten, ist Muttermilch die beste Ernährungsform – dies sehen gut 90 Prozent der befragten Frauen genauso. Und sie haben recht, denn gestillte Kinder haben ein bis zu 25 Prozent geringeres Risiko für Übergewicht und damit assoziierten Erkrankungen, wie Diabetes, als mit herkömmlicher Säuglingsnahrung ernährte Kinder.² Allerdings ist erst bei 58 Prozent der befragten Schwangeren bekannt, dass Muttermilch das Kind auch vor späterem Übergewicht schützen kann.

Genetische Vorherbestimmung?

Zwei Drittel der Schwangeren sind sich darüber bewusst, dass Kinder von Müttern mit Übergewicht ein doppelt so hohes Risiko haben, im späteren Leben selbst übergewichtig zu werden. Nach wie vor denkt allerdings jede dritte Frau, dass die Gene

ausschlaggebend für das Körpergewicht oder die Anfälligkeit gegenüber Krankheiten sind. Die DNA legt zwar den Bauplan eines Lebewesens fest, dessen Ausprägung kann jedoch durch äußere Faktoren, wie beispielsweise eine gesunde Ernährung, maßgeblich beeinflusst werden und darüber entscheiden, ob vererbte Risikofaktoren aktiv werden oder stumm bleiben.

Deswegen ist es gut zu sehen, dass sich Schwangere und Mütter ab dem Zeitpunkt der Schwangerschaft beziehungsweise Mutterschaft sensibler zeigen und sich bewusster ernähren, um die gesunde Entwicklung ihres Kindes zu fördern. Dementsprechend sagten auch durchschnittlich 84 Prozent der Befragten einstimmig: „In der Schwangerschaft sollte doppelt so gut, aber nicht doppelt so viel gegessen werden.“ In der Tat hat eine Schwangere lediglich einen Mehrbedarf von circa 250 kcal – dies entspricht ungefähr einer Scheibe Vollkornbrot mit Käse. Die Umfrage bestätigt also: Der alte Mythos in der Schwangerschaft doppelt so viel essen zu müssen, ist längst überholt.

Quellen

- 1 Innofact AG, Deutschland: „Erste 1000 Tage als Mutter“. Online-Befragung. N = 510. Schwangere ab SSW 17 und Mütter mit Kindern von 0 bis 24 Monaten. (Auftraggeber: Nestlé AG)
- 2 Koletzko B, von Kries R, Closa R, et al. Am J Clin Nutr. 2009;89:1502S-1508S.
- 3 Weber M, Grote V, Closa-Monasterolo R, et al. Am J Clin Nutr. 2014;99:1041-51.

*Nach Informationen von
Nestlé Nutrition GmbH,
Wissenschaftlicher Service*

Vitamin D Supplementation

Mit Vitamin D durch den Winter: potentielle Rolle als Immunstabilisator

Bei einem Presse-Workshop erläuterten Experten, wie Vitamin D als Steroidhormon vielfältige physiologische Prozesse beeinflusst und dabei als Immunstabilisator fungiert.¹ Der bei Kindern und Jugendlichen häufig beobachteten Unterversorgung kann man mit Supplementen entgegenwirken.

Aktuelle Forschungsergebnisse zeigen immer mehr, dass Vitamin D als ein Steroidhormon weit über die Rachitisprophylaxe hinaus eine Vielzahl von Stoffwechselwegen beeinflusst, wie Prof. Klaus Badenhop, Frankfurt, erläuterte: „Vitamin D wirkt über einen Steroidhormon-Rezeptor. Ein Vitamin-D-Mangel ist eigentlich ein Hormonmangel, der sich in verschiedenen Geweben bemerkbar machen kann. Wir gehen heute davon aus, dass fast alle zellulären Prozesse von der Vitamin-D-Wirkung co-reguliert werden.“

Vitamin-D-Mangel meist unerkant

In vielen Studien beobachtet man eine Unterversorgung mit Vitamin D. In der

Der Klassiker in der Pädiatrie

Zur Rachitisprophylaxe und zur Vorbeugung der immer häufiger auftretenden Vitamin-D-Mangelzustände sind VIGANTOLETTEN® 500/1000 I.E. Vitamin D bei Säuglingen, Kindern und Erwachsenen indiziert.⁶ 1.000 I.E. entsprechen 25 µg Colecalciferol. Die Tabletten werden in Arzneimittelqualität unter Verzicht auf potentiell allergene Hilfsstoffe wie Sojaöl, Gelatine, Laktose und Erdnussöl hergestellt. Daher ist der Klassiker unter den Vitamin-D-Tabletten – seit 1966 auf dem Markt – sehr gut verträglich und mit 500 I.E. in aufgelöster Form auch für Säuglinge geeignet.

Bei nachgewiesenem Vitamin-D-Mangel können die Kosten für therapeutischen bzw. präventiven Einsatz von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen werden. Für Säuglinge und Kleinkinder gilt die Erstattung allgemein bis zum 2. Lebensjahr.

KIGGS-Studie (Kinder- und Jugendgesundheitsurvey)² nahmen jenseits der Altersgruppe von zwei Jahren, bis zu der viele Kleinkinder Vitamin-D-Supplemente erhalten, die Spiegel deutlich ab – besonders bei Jugendlichen. Dabei wäre in dieser Altersgruppe die optimale Versorgung für die Stabilisierung des Knochenbaus wichtig: Die Knochendichte erreicht bis zum Ende der Pubertät ein Maximum, so dass man hier auf viel Bewegung und eine ausreichende Versorgung mit Vitamin D achten sollte.

Dass wir mit unseren Lebens- und Alltagsgewohnheiten in den Wintermonaten zu wenig Vitamin D bilden, zeigt eine Analyse aus Norddeutschland: Im jahreszeitlichen Verlauf wurden bei Jugendlichen besonders niedrigere Spiegel zwischen Oktober und April gemessen.³

Vitamin D als Immunstabilisator

„Es gibt zunehmende Hinweise, dass sich das Immunsystem auch mit den Jahreszeiten verändert und wahrscheinlich liegt das zu einem Teil mit an der unterschiedlichen Vitamin-D-Versorgung“, erläuterte Badenhop.

Die vielfältigen Effekte von Vitamin D auf das unspezifische und das spezifische Immunsystem sowie auf die Immuntoleranz beschrieb Prof. Ralf P. Brandes, Frankfurt: „Vitamin D ist ein aktives Hormon. Während ein Vitamin eigentlich für irgendwelche Zwischenreaktionen gebraucht wird, haben wir hier etwas, das wirklich instruierend auf die Zellen wirkt, wir haben eine klare Struktur-Wirkungsbeziehung, deshalb ist es auch so spannend.“

Vitamin-D-Status und Infektanfälligkeit

Die immunstabilisierende Funktion spiele auch bei Atemwegsinfekten eine

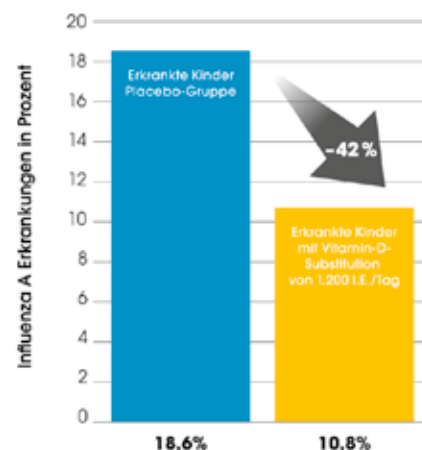


Abb.: Geringer Häufigkeit von Influenza-Erkrankungen bei Kindern unter Vitamin-D-Substitution.⁵

Rolle, erläuterte Badenhop: „Man kann davon ausgehen, dass Vitamin D wahrscheinlich auch bei oberen Atemwegsinfekten eine Wirkung haben kann. Vitamin D scheint die Barrierefunktion in den Atemwegen zu stabilisieren.“ Ein ausreichender Vitamin-D-Status korrelierte in einer Metaanalyse mit einer geringeren Infektanfälligkeit und einem niedrigeren Antibiotikaverbrauch.⁴

Auch bei Grippeerkrankungen hat Vitamin D ein präventives Potential: Bei Schulkindern führte die Vitamin-D-Supplementierung über die Wintermonate (Dezember bis März) zu einer deutlichen Verringerung der Influenza-A-Rate um 42 % (siehe Abb.).⁵

Quellen:

- 1 Journalisten Workshop „Vitamin D – Potenzial für mehr“ am 29. September 2015 in Neu-Isenburg, Veranstalter Merck Selbstmedikation GmbH.
- 2 Thierfelder W et al. Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 2007; 50:757-70.
- 3 Kramer J et al. Dtsch Med Wochenschr 2014;139:470-75.
- 4 Bergman P et al. Plus one 2013;8:6:e65835.
- 5 Urashima M et al. Am J Clin Nutr 2010;91(5):1255-60.
- 6 Fachinformation Vigantolett® 500 I.E./1000 I.E. Vitamin D3 Tablette, Stand November 2014, Merck.

Martina Freyer

Kinderhusten

Phytopräparate haben viele positive Nebeneffekte

Bei Erkältungen sind pflanzliche Arzneimittel eine sanfte Therapiemöglichkeit, die schnell wirkt und den Körper nicht unnötig belastet. Außerdem haben sie viele positive Nebeneffekte. Selbst ergänzend zu Antibiotika empfiehlt Dr. med. Wibke von Heimburg, Fachärztin für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde aus Frankfurt, Eucabal®-Hustensaft und Eucabal®-Balsam S: wegen ihrer sekretolytischen, broncholytischen, sekretomotorischen, adstringierenden und reizmindernden Eigenschaften.



Viele Ihrer Patienten kommen schon bei den ersten typischen Erkältungssymptomen in Ihre Praxis – andere haben länger anhaltenden Husten. Wann sollten Eltern mit erkälteten Kindern idealerweise einen Arzt aufsuchen?

Es ist nicht übertrieben, schon bei den ersten Anzeichen eines Infekts den Arzt aufzusuchen. Besonders bei erkrankten Kindern. Auch wenn es „nur eine Erkältung“ ist, braucht der kindliche, aber auch der erwachsene Körper Ruhe! Deshalb schreibe ich große Patienten krank und rate auch Eltern, ihre Kinder den Infekt zu Hause in Ruhe auskurieren zu lassen. Gleichzeitig empfehle und verschreibe ich frühzeitig entsprechende Phytopräparate. Bei einer beginnenden Sinusitis oder leichten Erkrankung der unteren Atemwege kann ich damit einer protrahierten bakteriellen Bronchitis oder gar Pneumonie vorbeugen.

Besonders im Anfangsstadium einer Erkrankung sind pflanzliche Arzneimittel eine gute Therapiemöglichkeit. Empfehlen Sie diese auch Patienten, deren Erkrankung schon weiter fortgeschritten ist?

Ja, immer. Auch zusätzlich zu einer Antibiose. Denn Phytopräparate haben so viele positive Nebeneffekte. Sie stärken das Immunsystem oder haben, wie die Eucabal®-Erkältungsprodukte, zusätzlich sekretolytische, broncholytische, sekretomotorische, adstringierende und reizmindernde Eigenschaften. Ein Antibiotikum tötet nur Bakterien ab – mehr nicht.

Welche Inhaltstoffe haben denn solche Eigenschaften?

Zum Beispiel enthält der Eucabal®-Hustensaft eine Kombination aus Spitzwegerich- und Thymianfluidextrakten. Diese wirken bronchiolytisch und sekretomotorisch. Die adstringierenden und barrierebildenden Schleimstoffe des Spitzwegerichs schützen die Schleimhaut und lindern damit den unproduktiven Hustenreiz. Gleichzeitig sorgen die hochkonzentrierten Thymianfluidextrakte (19,2 g) dafür, dass sich zäher Schleim verflüssigt und die Bronchialmuskulatur erweitert wird – und fördern damit wiederum das produktive Abhusten. Außerdem verfügen beide Pflanzenextrakte über antibakterielle Eigenschaften.

Die in Eucabal®-Balsam S enthaltenen Eucalyptus- und Kiefernadelöle zeigen ein breites Wirkungsspektrum. Auch sie haben sekretolytische, spasmolytische und reizlindernde Eigenschaften. Der Hauptbestandteil von Eucalyptusöl ist 1,8-Cineol. Dieses wirkt krampflösend, antibakteriell und schleimlösend: Durch einen direkten Effekt auf die sekretorischen Drüsen der

Bronchialschleimhaut ist 1,8-Cineol in der Lage, die bronchiale Clearance zu verbessern, indem es die Flimmerhärchen zum Schlag antreibt und den Bronchialschleim verdünnt. Außerdem werden Entzündungsreaktionen zurückgedrängt. Kiefernadelöl enthält α -Pinen, welches hyperämischierend wirkt und den Sauerstoffaustausch unterstützt. Die auf diese Weise vertiefte Atmung ermöglicht einen besseren Sauerstoffaustausch und sorgt dadurch ebenso für eine Stärkung des Immunsystems.

Hustensaft oder Erkältungsbalsam?

Bei einer typischen Erkältung – am Anfang, bei feststehendem Husten oder auch im Endstadium mit Reizhusten – ist grundsätzlich beides empfehlenswert. Vorteile der Eucabal®-Produkte sind, dass sie über eine jahrzehntelange Tradition und Praxiserfahrung verfügen sowie schon für Kinder und Babys zugelassen sind – der Hustensaft ab einem Jahr, der Balsam schon ab sechs Monate. Frühzeitig angewendet, kann sich ein aufkommender Husten gleich lösen. Außerdem wirken diese Phytotherapeutika durch ihre antibakteriellen Eigenschaften einer Ausbreitung der Erkältung auf die Atemwege entgegen. Bei Kindern hat der Balsam durch das Eincremen als solches zusätzlich noch einen Wohlfühleffekt: Die schnell einziehende Creme verströmt einen wohltuenden Duft, beruhigt die gereizten Atemwege und löst zähflüssigen Schleim in den Bronchien. Und schließlich brauchen besonders Kinder, wenn sie krank sind, noch mehr Streicheleinheiten und Zuwendung als sonst.

**Mit freundlicher Unterstützung
Aristo Pharma GmbH, Berlin**

Präsident des BVKJ e.V.

Dr. Thomas Fischbach

Tel.: 0221/68909-36

E-Mail: thomas.fischbach@uminfo.de

Vizepräsidenten des BVKJ e.V.

Dr. med. Sigrid Peter

E-Mail: sigrid.peter@uminfo.de

Prof. Dr. med. Ronald G. Schmid

E-Mail: praxis@schmid-altoetting.de

Dr. med. Roland Ulmer

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

Pressesprecher des BVKJ e.V.

Dr. med. Hermann Josef Kahl

Tel.: 0211/672222

E-Mail: praxis@freenet.de

Sprecher des Honorarausschusses des BVKJ e.V.

Dr. med. Reinhard Bartzky

E-Mail: dr@bartzky.de

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

Redakteure

„KINDER- UND JUGENDARZT“

Fortbildung:

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

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

Prof. Dr. med. Florian Heinen

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

Prof. Dr. med. Peter H. Höger

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

Prof. Dr. med. Klaus-Michael Keller

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

Forum, Berufsfragen, Magazin:

Dr. Wolfram Hartmann

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

Dr. med. Christoph Kupferschmid

E-Mail: Ch.Kupferschmid@t-online.de

Regine Hauch

E-Mail: regine.hauch@arcor.de

Geschäftsstelle des BVKJ e.V.

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

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

Wir sind für Sie erreichbar:

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

Geschäftsführerin:

Christel Schierbaum

Tel.: 0221/68909-11

christel.schierbaum@uminfo.de

Büroleiterinnen:

Doris Schomburg

Tel.: 0221/68909-12

doris.schomburg@uminfo.de

Martina Wegner

Tel.: 0221/68909-10

martina.wegner@uminfo.de

Bereich

Tel.: 0221/68909-0

Mitgliederservice/Zentrale:

Tfx.: 0221/683204

bvkj.buero@uminfo.de

Bereich

Tel.: 0221/68909-15/16,

Fortbildung/Veranstaltungen:

Tfx.: 0221/68909-78

bvkj.kongress@uminfo.de

BVKJ Service GmbH

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

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:

Herr Klaus Lüft

E-Mail: bvkjservicegmbh@uminfo.de

Tfx.: 0221/6890929

Büroleiterin:

Anke Engenbroich

E-Mail: anke.emgenbroich@uminfo.de

Ansprechpartnerinnen:

Stephanie Kernchen

Tel.: 0221/68909-27

E-Mail: stephanie.kernchen@uminfo.de

Ursula Horst

Tel.: 0221/68909-28

E-Mail: uschi.horst@uminfo.de

Sonstige Links

Kinderärzte im Netz

www.kinderaerzte-im-netz.de

Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin

www.dakj.de

Kinderumwelt gGmbH und PädInform®

www.kinderumwelt.de/pages/kontakt.php

Stiftung Kind und Jugend des BVKJ

www.stiftung-kind-und-jugend.de