



Schwerpunktthema 2020:

Pädiatrische Wege und Welten

Foto: altanaka – stock.adobe.com

bvkJ.

Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

Inhaltsverzeichnis

0

Einleitung und Grußwort

Einleitung 4

Dr. Franziska Giffey

Grußwort 5

1

Anfang, Orientierung und Zielsetzung

Sebastian Bartels

Medizinstudium – und dann? 6

Dominik A. Ewald

Aus- und Weiterbildung in der kinder- und jugendärztlichen Primärversorgung 9

Folkert Fehr

Weiterbildung in der Pädiatrie – wo stehen wir? 13

Wolfgang Kölfen

**Rückblick und Ausblick für die Kliniken für Kinder und Jugendliche –
junge Ärzte treffen auf alte Strukturen im Krankenhaus** 17

Christian Steuber

Zusammen ist man weniger alleine 25

Lukas Vogler, Albert Storcks

Aus dem Alltag einer pädiatrischen Subdisziplin in der Praxis 30

Olaf Anklam

Kinder- und Jugendarzt in einer Einzelpraxis 36

Klaus Rodens

Im Stundentakt durch den Praxis-Montag – ein Tagebucheintrag 40

Christoph Weiß-Becker

Sektorenübergreifende Pädiatrie 45

2

Pädiatrische Vielfalt

Arnold Schwarz

Der familienmedizinische Aspekt in der Kinder- und Jugendpraxis 50

Uwe Büsching

Jugendmedizin in der Pädiatrie 52

Burkhard Lawrenz, Hermann-Josef Kahl

Prävention in der Pädiatrie 56

Klaus-Michael Keller, Olga Kordonouri, Markus Röbl

Teilstationäre und tagesklinische pädiatrische Versorgung in Deutschland 61

3

Kooperation in der Kinder- und Jugendmedizin

Gabriele Trost-Brinkhues, Gabriele Ellsäßer, Claudia Korebrits

Pädiatrie im Öffentlichen Gesundheitsdienst 64

Ute Thyen, Andreas Oberle, Peter Borusiak, Christoph Kretzschmar, Volker Mall

Sozialpädiatrie – multiprofessionelle Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Entwicklungs- und Teilhabestörungen 71

Thomas Spindler

Rehabilitation im Kindes- und Jugendalter 76

Jörg Dötsch, Ingeborg Krägeloh-Mann

Pädiatrie in der Forschung / Hochschulpädiatrie 81

Thomas Kugler

Kinderchirurgie als wichtiger Partner der Pädiatrie – einst und heute 84

Sabine Beuttler

Professionelle nichtärztliche Assistenz in der Kinder- und Jugendarztpraxis 89

Michael Mühlshlegel

Weiterbildung für MFAs in Kinder- und Jugendarztpraxen 92

4

Der geo-, sozialpolitische und geschichtliche Kontext

Ulrich Fegeler, Elke Jäger-Roman, Wolfram Hartmann

Politische Kindermedizin – was ist das? 94

Irene Somm

Wandel der Erziehungsleitbilder 99

Julia Nebe

Kindersterblichkeit vor einem Jahrhundert – Wahrnehmung und Haltung der damaligen Gesellschaft 103

Thomas Beddies

Dunkle Seiten und Zeiten der Pädiatrie 106

Erika Sievers

Transkulturelle Pädiatrie 110

Christoph Bornhöft

Digitalisierung in der Kinder- und Jugendmedizin – wie sieht die pädiatrische Arbeit in 10 bis 20 Jahren aus? 118

Karin Geitmann

Pädiatrie in Europa 122

Gottfried Huss

Pädiater setzen sich weltweit für Kindergesundheit ein 127

Vivien Hülsen, Susanne Carai, Martin Weber

Globale Kindergesundheit 130

5

BVKJ in der Vergangenheit und Gegenwart

Die Geschichte des BVKJ und ihre Zeitzeugen 135–159

Pädiatrische Wege und Welten

So lautet der Titel des Jahresschwerpunktheftes 2020. Dass die Kinder- und Jugendmedizin Leitmotiv der jährlichen Themensammlung geworden ist, hat auch den schönen Hintergrund, dass der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte in diesem Jahr seinen 50. Geburtstag feiert.

Die Emanzipation der Kinderheilkunde aus der etablierten (Inneren) Medizin war ein schwieriges Unterfangen, dem sich viele Widerstände in den Weg stellten. Zu Beginn des 19. Jahrhunderts reifte die Erkenntnis, dass Kinder keine kleinen Erwachsenen sind, andere Krankheitsbilder haben und eigene Behandlungsmethoden benötigen. In dieser Epoche entstanden vielerorts Kinderspitäler. Der Fokus wurde zunächst auf Säuglinge und Kleinkinder, deutlich später auch auf ältere Kinder und Jugendliche und deren besondere medizinische Fragestellungen gelegt.

1850 eröffnete Franz von Rinecker in Würzburg die erste Universitäts-Kinderklinik und wurde als „öffentlich-ordentlicher Professor der Kinderkrankheiten“ benannt.

August Steffen, ab 1853 Leiter der Kinderheilanstalt in Stettin, aus der sich sechs Jahre später eine Poliklinik entwickelte, war von 1868 bis 1900 Schriftleiter des Jahrbuchs für Kinderheilkunde. 1860 erhielt der in Deutschland aufgewachsene Abraham Jacobi den ersten amerikanischen Lehrstuhl für Kinderkrankheiten am New York Medical College als Professor für Kinderkrankheiten, mit Tätigkeit im Mount Sinai Hospital.

Später (1895) folgte in Deutschland Otto Heubner, Charité, als erster Lehrstuhlinhaber für das Fach Kinderheilkunde.

Viele jüdische Kinder- und Jugendärzte, gerade in Deutschland, waren prägende Gestalten für die Entwicklung des Fachs. Entsetzlich: Mehr als 700 wurden während des düsteren Kapitels des Nationalsozialismus vertrieben, deportiert oder ermordet. Die deutsche Pädiatrie wurde ihrer besten Köpfe beraubt und moralisch wie substanzial ausgeblutet.

Nach der Überwindung dieser furchtbaren Jahre hat sich viel getan. Salopp ausgedrückt: Wir sind heute Zeugen einer Erfolgsgeschichte. Die moderne Kinder- und Jugendmedizin 20 Jahre nach

der Jahrtausendwende ist ein nicht mehr wegzudenkendes hochdifferenziertes Fach. Ohne ein Zusammenspiel verschiedener Akteure wäre die heutige Pädiatrie aber nicht vorstellbar – global, europäisch und auch hierzulande. Die Rahmenbedingungen sind ortsunabhängig allerdings heterogen und komplex.

Pädiatrische Grund- und Spezialversorgung, ambulante und stationäre Strukturen, präventive, kurative und rehabilitative Versorgungsangebote, Sozialpädiatrische Zentren, öffentliche Gesundheitsdienste, sozialmedizinische Netzwerke, viele Nachbarprofessionen u. a. sind gewachsene Teile in unserem Kinder und Jugendliche versorgenden Gesundheitssystem geworden. Aus der ehemals ziemlich patriarchalischen Kindermedizin hat sich eine deutliche Verschiebung zu Kinder- und Jugendärztinnen vollzogen. Mehr als 85% des in Weiterbildung begriffenen pädiatrischen Nachwuchses ist weiblich.

Trotz der inzwischen festen Verankerung der Kinder- und Jugendmedizin ist das Fach gefährdet. Stichworte: politische Vorstöße bezüglich des Wegfalls der Pädiatrie aus der medizinischen Grundversorgung (Europa), Dominanz der Organfächer gegenüber einer umfassenden Grundversorgung, Unterfinanzierung der Kinderkliniken, Notstand der spezialisierten Kinderkrankenpflege, falsche Ausrichtung der Bedarfe in Grund- und Spezialversorgung, unzureichende Weiterbildungsförderung, fehlender Nachwuchs, Abbau des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, unzureichende Bedingungen für Arzneimittelsicherheit gerade in der Pädiatrie.

Dieser Jahresband zeigt aus verschiedensten Blickwinkeln auf, was erreicht ist, was kritisiert werden muss und woran in der Zukunft zu arbeiten ist. Tauchen Sie gerne ein in viele Facetten eines faszinierenden Fachs.

Für die Redaktion

Dr. Klaus Rodens
Vorstandsmitglied im BVKJ
Angertorstr. 6
89129 Langenau
klausrodens@t-online.de

Grußwort

der Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Dr. Franziska Giffey

Sehr geehrte Damen und Herren,



als Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte haben Sie einen un-verstellten Blick darauf, was es heute bedeutet, ein Kind zu sein. Geht es Kindern oder ihren Eltern nicht gut, können Sie die Anzeichen meist schon vor vielen anderen erkennen. Das ist wichtig, denn wir wissen, dass schon die ersten Lebensjahre entscheidenden Einfluss darauf haben können, welche Chancen ein Kind im Leben bekommt.

Viele Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte engagieren sich deshalb in lokalen Netzwerken der Frühen Hilfen. Die Netzwerke ermöglichen es, Familien in schwierigen Lebenslagen unkompliziert und aufeinander abgestimmt zu helfen. Um diese Vernetzung dauerhaft zu garantieren, hat das Bundesfamilienministerium im Januar 2018 die Bundesstiftung Frühe Hilfen errichtet. Für Ihr Engagement in den Netzwerken der Frühen Hilfen danke ich Ihnen herzlich.

Ich bin überzeugt: Wenn es um Kinder geht, müssen wir in Verantwortung denken – nicht in Zuständigkeiten. Wenn wir die Stärken aller Beteiligten zusammenführen, kommen wir dem Ziel näher, allen Kindern ein gutes Aufwachsen zu ermöglichen.

Die Zusammenarbeit zwischen dem Gesundheitswesen und der Kinder- und Jugendhilfe ist entscheidend für ein wirksames Hilfesystem. Dafür sind die Frühen Hilfen beispielgebend. Deshalb haben wir im Bundesfamilienministerium einen breiten Dialogprozess organisiert, um die Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland zu modernisieren. In diesem Jahr werden wir einen entsprechenden Gesetzentwurf vorlegen.

Die Ziele sind unter anderem ein besserer Kinderschutz, die Stärkung der Prävention und eine engere Kooperation der beteiligten Akteure.

Das diesjährige Schwerpunktheft des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte steht unter dem Motto „Pädiatrische Wege und Welten“. Ich bedanke mich beim BVKJ und seinen zahlreichen Mitgliedern dafür, dass Sie nicht nur Wegbegleiter für viele Eltern und Kinder sind, sondern auch Wegbereiter für eine übergreifende Unterstützung von Familien. Und das seit 50 Jahren: Herzlichen Glückwunsch zum Jubiläum und weiterhin viel Erfolg für Ihre Arbeit.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Franziska Giffey

Dr. Franziska Giffey

Medizinstudium – und dann?

Sebastian Bartels

Die Kinder- und Jugendheilkunde ist mit Abstand das vielfältigste und größte Fachgebiet in der Medizin. Neben dem inhaltlichen Spektrum sind auch die beruflichen Möglichkeiten nach dem Facharzt sowie die Angebote einer weiterführenden Spezialisierung ausgesprochen umfangreich. Aber bereits während der Weiterbildung eröffnet das breite Spektrum der Pädiatrie schon die unterschiedlichsten Chancen und Möglichkeiten auf dem Weg zum Facharzt. Dieser Artikel möchte ebendiese Potentiale aufzeigen, von eigenen Erfahrungen berichten und die Augen dafür öffnen, dass es trotz einer verpflichtenden Weiterbildungsordnung nicht nur den einen Pfad gibt.

In aller Regel hat sich spätestens zum Ende der studentischen Ausbildung herauskristallisiert, welches Fachgebiet man nach dem Staatsexamen weiterverfolgen möchte. Einige wussten es von Anfang an. Teilweise bestehen schon ganz konkrete Zukunfts- und Karrierepläne in Klinik oder Forschung. Oder die elterliche Praxis wartet nur noch auf den Einstieg oder die Übernahme. Noch Unentschlossene nutzen wiederum das Praktische Jahr als letzte Findungsphase vor ihrer Entscheidung. Mir ging es da ähnlich. Selbst noch mit einer Begeisterung für Chirurgie ins Studium gestartet, merkte ich Semester für Semester, dass ich da doch irgendwie nicht reinpasste und mich zudem im Operationssaal einfach nicht wohl fühlte. Famulaturen und Blockpraktika in anderen Bereichen waren stets interessant – aber eine berufliche Zukunft dort konnte ich mir nie so richtig vorstellen, bis ich in der Pädiatrie landete! Doch dieser Wink mit dem Zaunpfahl kam erst relativ am Ende meines Studiums, so dass mein Wahlfach im Praktischen Jahr tatsächlich als Richtungsmarker diente. Noch heute bin ich dankbar für diese besondere Zeit mit vielen bleibenden Erinnerungen an ein tolles Team von Ärzten, das mich damals mit offenen Armen in der Abteilung für Kinder- und Jugendmedizin des Universitätsklinikums Marburg aufnahm und schlussendlich für meinen weiteren beruflichen Werdegang richtungsweisend festigte.

Hat man sich für ein Fachgebiet entschieden, geht es erst richtig los mit den Fragen. Denn anders als früher, als man froh war, überhaupt eine Stelle zu bekommen, kann man sich heute, bis auf wenige Ausnahmen, aussuchen, wo man hinmöchte. Und dabei ist es relativ egal, ob man nun gute Verdienstmöglichkeiten, lange Vertragslaufzeiten, umfangreiche Forschungsmöglichkeiten, das besondere Renommee einer Ausbildungsstätte, die Vorzüge einer bestimmten Stadt/Region, die Höhe der Dienstbelastung oder auch die Möglichkeit zur Teilzeitbeschäftigung bei Familienplanung präferiert – denn Ärzte werden überall gesucht! Manch einer mag das vielleicht als Qual der Wahl empfinden, jedoch sehe ich darin vielmehr die Chance, einen Arbeitsplatz ganz nah an den eigenen Bedürfnissen wählen zu dürfen.

Ich persönlich hatte nach dem Studium ein ganz tiefes Bedürfnis, endlich praktisch tätig zu werden und medizinische Fertigkeiten zu erlernen und zu verfeinern. Dabei lag mein Schwerpunkt explizit auf der Abbildung einer guten und umfangreichen Allgemeinpädiatrie. Mein Motto war, erst einmal die Basics zu erlernen, auch um die vielen fachlichen Fragen von Familie und Freunden, die einem schon damals regelmäßig begegneten, gut beantworten zu können. Ich wollte erstmal weg von der sehr spezialisierten Fachmedizin einer Universitätsklinik und suchte eine Klinik, in der man schnell praktisch gefordert wird. Der Kemperhof in Koblenz bot mir nicht nur das umfassende Spektrum der Pädiatrie, sondern auch

die Möglichkeit, die Sonographie von Beginn an zu erlernen und allzeit selbst einzusetzen. Auch EKGs, Lungenfunktionen, Röntgenuntersuchungen u. a. lernt man an solchen Kliniken eher eigenständig zu befunden als an den großen Spezialkliniken, wo diese Teilbereiche häufig in die verschiedenen Abteilungen outsourct sind. Zusätzlich ausgestattet mit einem Vertrag über die komplette Weiterbildungszeit, war dieser Schritt auch rückblickend genau der richtige für mich!

Aber entsprechend den persönlichen Vorstellungen kann heute jeder erstmal den Weg einschlagen, den er für richtig hält. Selbst wenn erst im Verlauf die Erkenntnis kommt, mit der ersten Einschätzung falsch gelegen zu haben, gibt es zum Glück genügend Möglichkeiten, sich schnell neu orientieren zu können. Mittlerweile habe ich viele junge Kolleginnen und Kollegen kennengelernt: Vom Berufsstart in einer hochspezialisierten Stoffwechselambulanz, in der man erst nach zwei Jahren Dienste machen muss, bis zum direkten Kaltstart in einer Kinder- und Jugendarztpraxis mit geregelten Arbeitszeiten war alles dabei – alles entsprechend dem eigenen Gutdünken!

Abb. 1: Die Wege und Möglichkeiten in der pädiatrischen Weiterbildung sind vielfältig!



Foto: peterschreiber.media – stock.adobe.com

Hat man die erste Stelle angenommen, verläuft der weitere Ablauf entlang der Weiterbildungsordnung. Das bedeutet, dass neben der Allgemeinpädiatrie die Intensivmedizin und Neonatologie zwingend zur Weiterbildung dazu gehört und entweder an der eigenen Klinik bei voller Ermächtigung abgeleistet werden kann oder ein Stellenwechsel im Verlauf nötig wird. Mit der zunehmenden Spezialisierung von Kliniken und der größer werdenden Spalte zur pädiatrischen Grundversorgung scheint es durchaus möglich, dass es in Zukunft auch eine Pflichtrotation in den ambulanten Sektor geben könnte. Hier gilt es zu vermeiden, dass es wie so häufig bei der Intensivrotation zu einem sogenannten Flaschenhalsphänomen kommt und nicht genügend ambulante Weiterbildungsstellen zur Deckung der Nachfrage zur Verfügung stehen.

Grundsätzlich gibt es aber auch innerhalb der Weiterbildungsordnung kein festes Ablaufschema. Das bedeutet, dass der individuelle Weg, wie bereits zuvor beschrieben, nicht zwangsläufig von der Allgemeinpädiatrie zur Intensivmedizin und dann in die Spezialisierung führen muss. Bei mir war es jedoch der klassische Weg: Nach etwa eineinhalb Jahren hauptsächlich allgemeinpädiatrischer Weiterbildung ging es für mich in den Schichtdienst auf die Neo-Intensiv. Gerade in der Klinik angekommen und sich zunehmend sicherer in den eigenen Fähigkeiten fühlend, fing alles wieder von vorne an! Auf der Intensivstation war es wie ein Start vom Nullpunkt – wie ein frischer Berufsanfänger – völlig grün hinter den Ohren. So unterschiedlich können diese Welten sein! Nach der anfänglichen Hürde findet man sich aber auch hier nach und nach zurecht und so entdeckte ich im weiteren Verlauf tatsächlich auch eine nicht für möglich gehaltene Begeisterung für die Intensivmedizin und Neonatologie. Es kam, wie es kommen musste: Die Zeit wurde länger und länger und bevor ich mich versah, fühlte ich mich so gut aufgehoben, dass es mir vor dem Wechsel zurück auf die Normalstationen graute – schließlich hatte man doch, so die Eigenwahrnehmung, schon wieder alles vergessen! Aber so schlimm war es zum Glück nicht, auch wenn erneut gewisse Anlaufschwierigkeiten nicht zu verleugnen waren.

Hat man diese zwei Hauptblöcke geschafft, führt einen der Weg, wenn noch nicht geschehen, nun häufig in eine Subspezialisierung, wie z. B. die Neuropädiatrie, Kinder-Pneumologie oder andere Abteilungen. Gerade Spezialambulanzen bieten einen besonders interessanten Einblick, wobei die praktische Tätigkeit hier meist durch die persönliche Leistungserbringung des jeweils Ermächtigten begrenzt ist. Entscheidend ist zu diesem Weiterbildungszeitpunkt, welche Möglichkeiten und Freiräume die eigene Klinik bietet, um für die jeweilige Spezialisierung auch von den allgemeinen Verpflichtungen der Stationsversorgung zeitweise freigestellt zu sein. Ich selbst war zu diesem Zeitpunkt meiner Weiterbildung bereits aktiv im Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) eingebunden und lernte dort viel über die pädiatrische Grundversorgung kennen. Aufgrund des dadurch geweckten Interesses sowie des Bedürfnisses, die vielen Themenbereiche und Anforderungen der Grundversorgung innerhalb der Weiterbildungsordnung tatsächlich kennenzulernen, reduzierte ich meinen Stellenumfang in der Klinik auf 50 Prozent und wechselte für ein Jahr halbtags in eine Kinder- und Jugendarztpraxis. Abermals fing dort gefühlt wieder vieles von vorne an! Die Lernkurve war jedoch steil und tatsächlich fand ich auf Dauer die kontinuierliche und nicht triagierte Patientenversorgung um vieles bereichernder als das schnelle „Rein und Raus“ in der Klinik. Ich habe hierdurch viele zuvor unbekannte Wissenslücken schließen können und bereichernde Erfahrungen gemacht, die entscheidend zu meiner späteren Facharztreife beigetragen haben. Zeitgleich ist ein solcher Perspektivenwechsel eine unheimlich große Chance, mal die andere Seite der Medaille kennenzulernen und für die vielen Abstimmungs- und Kommunikationsprobleme zwischen ambulanter und stationärer Medizin die Augen geöffnet zu bekommen. Diese Zeit war für mich extrem lehr- und aufschlussreich, so dass ich es nur jedem empfehlen würde, einen Teil seiner Weiterbildung in einer Kinder- und Jugendarztpraxis zu absolvieren. Auch war es der für

mich entscheidende Schritt bezüglich meiner weiteren beruflichen Zukunftsplanung. Als ich in die Praxis ging, stand für mich die Frage im Vordergrund, wie es nach dem Facharzt weitergehen soll. Ich stand vor der Entscheidung zwischen dem Karriereweg Klinik mit dem Weg wieder zurück auf die Neo-Intensiv, um zunächst den neonatologischen Schwerpunktabschluss zu machen und dadurch eine mögliche oberärztliche Laufbahn vorzubereiten, und dem Weg in die Niederlassung mit einer neben der medizinischen ganz anderen zusätzlichen betriebswirtschaftlichen Verantwortung des selbständigen Praxisbetreibers. Und zu meinem Glück konnte dieser Schritt in die Praxis während meiner Weiterbildungszeit ebendiese Frage beantworten.

Einen wissenschaftlichen Weg habe ich selbst nach dem Studium nicht eingeschlagen. Aber auch diese Frage stellte ich mir zwischenzeitlich nach meinen ersten zwei Jahren Weiterbildungszeit. In dem Zeitraum beschäftigte ich mich mit anderen Stellenangeboten und Optionen der Vereinbarkeit von Forschung und klinischer Tätigkeit. Mittlerweile gibt es hierzu eine steigende Anzahl interessanter Angebote und Programme, die vielerlei Möglichkeiten bieten. Clinical-Scientist-Programme beinhalten beispielsweise ein strukturiertes Curriculum, das eine wissenschaftliche Karriere in die Facharztweiterbildung integriert. Die Zeit bis zum Facharztwerb zögert sich damit natürlich etwas hinaus, aber im Idealfall ist man nach sieben Jahren Facharzt mit Habilitation. Das Besondere an diesen Programmen ist auf der einen Seite die Gewährleistung, dass man in Forschungszeiträumen von klinischen Verantwortungen wie Diensten etc. befreit wird, und auf der anderen Seite, dass der finanzielle Ausfall einer geringer vergüteten Forschungsstelle mittels eines Stipendiums ausgeglichen wird.

Auf die vielfältigen Optionen einer weiteren Spezialisierung nach dem Facharzt kann in diesem Artikel nicht eingegangen werden, ohne den Rahmen zu sprengen. Dennoch möchte ich auch hier anmerken, dass eine Spezialisierung schon während der Weiterbildungszeit begonnen werden kann. Schließlich lassen viele pädiatrische Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungs-Weiterbildungsordnungen das Einbringen entsprechender Erfahrungen aus der Facharztweiterbildungszeit von bis zu 12 Monaten zu. Entdeckt man also in seinen ersten vier Jahren Weiterbildung bereits besondere Interessensschwerpunkte, so bietet das fünfte Weiterbildungsjahr eine gute Möglichkeit, diese Zeit wunschgemäß zu justieren, unabhängig davon, ob man schon weiß, wie die weitere Karriereplanung aussieht. Allerdings sollte man sich auch darüber im Klaren sein, dass im Hinblick auf eine oberärztlichen Karriere die neonatologische Schwerpunktweiterbildung häufig als wichtige Voraussetzung gilt. Zusatzqualifikationen bereichern immer die eigene klinische Tätigkeit. Ob sie sich jedoch bei einer späteren Niederlassung auch im ambulanten Sektor umsetzen lassen und sich auch ökonomisch auszahlen, steht auf einem anderen Blatt. Hier sollte man sich im Vorfeld genau informieren und eine Vorstellung entwickeln, wo die Reise langfristig hingehen soll.

Unter dem Strich ist die Weiterbildung in der Kinder- und Jugendmedizin also eine kunterbunte Reise mit vielerlei Möglichkeiten und Chancen. Zudem werden die Optionen am Ende der Facharztweiterbildung nicht weniger.

Für mich persönlich ist es ein Privileg, als Kinder- und Jugendarzt arbeiten zu dürfen. Auch wenn die deutsche Bürokratie oder so manche Helikopter-Eltern hin und wieder versuchen, einen aus dem Gleichgewicht zu bringen, ist es doch der schönste Beruf.

Dr. Sebastian Bartels
Vorstandsmitglied im BVKJ
Praxis für Kinder- und Jugendmedizin
Gerichtsstr. 1
56410 Montabaur
sebastian.bartels@uminfo.de

Literaturangaben beim Verfasser.



Aus- und Weiterbildung in der kinder- und jugendärztlichen Primärversorgung

Dominik A. Ewald

Die ambulante Grundversorgung von Kindern und Jugendlichen erfordert unterschiedliche Kompetenzen, klinische, psychologische und soziale Erfahrungen und medizinisches Wissen. Dies kann nicht immer „klassisch“ gelehrt und gelernt werden. Die Aus- und Weiterbildung in der Praxis stellt eine alte Tradition dar, die sich im Zuge der Entwicklung des ambulanten Sektors neuen Herausforderungen stellen muss.

Das Fach Ambulante Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin

Die ambulante allgemeine Kinder- und Jugendmedizin ist die in der Öffentlichkeit primär wahrgenommene Instanz für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Mit ihr kommen Eltern und Kinder bei medizinischen, psychischen und sozialen Problemen als Erstes in Berührung. Anders als die stationäre Allgemeinpädiatrie ist sie die hausärztliche und fächerübergreifende medizinische Klammer von der Prävention, Entwicklungsbegleitung und Diagnostik über die Behandlung akuter und chronischer Krankheiten in den ersten beiden Lebensdekaden bis hin zur Transition in die Erwachsenenmedizin.

Die ambulant tätigen hausärztlichen Kinder- und Jugendärzte betreuen Neugeborene, Säuglinge, Klein- und Schulkinder sowie nicht zuletzt Jugendliche und junge Erwachsene meist über Jahre, teilweise sogar über Generationen hinweg. Dabei verstehen sie sich als Partner der Eltern, als Anwalt der minderjährigen Patienten und als Sprachrohr ihrer gesundheitlichen Belange in der Gesellschaft.

Die Gesunderhaltung von Kindern und Jugendlichen steht dabei im Vordergrund der alltäglichen Arbeit der ambulant tätigen Kinder- und Jugendärzte. Gesundsein wird hier als die Fähigkeit verstanden, krank zu werden und wieder zu genesen. Dies betrifft den gesunden, reifen Säugling genauso wie den zu früh geborenen oder gehandicapten. Während der ersten Jahre des Reifens und Wachsens erfüllen die ambulant tätigen Pädiater eine wesentliche Rolle im Umfeld einer Familie mit Kindern und Jugendlichen.

Das Tätigkeitsfeld im ambulanten, hausärztlichen Sektor der Pädiatrie unterscheidet sich ganz erheblich von dem einer Kinderklinik oder anderen stationären Institution, einer fachspezifischen pädiatrischen Rehaklinik oder eines Sozialpädiatrischen Zentrums.

Es umfasst das gesamte breite Spektrum der Pädiatrie. Es verlangt Kenntnisse und Erfahrung in allen Fachgebieten, in denen Kinder und Jugendliche behandelt werden – diagnostisch, konservativ oder operativ, therapeutisch und entwicklungsfördernd.

Die Weiterbildung zum Facharzt und das Training von Ärztinnen und Ärzten, die Kinder und Jugendliche ambulant betreuen, findet in Deutschland, aber auch im europäischen Kontext, erst in der jüngsten Vergangenheit gezielt auf dieses besondere Tätigkeitsfeld hin statt. In Deutschland können Kinder und Jugendliche von niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten wie auch von Allgemeinmedizinerinnen in der Erstversorgung betreut werden. Ein Mix dieser Art ist nicht überall in Europa üblich: Neben einem rein pädiatrischen System (z. B. Russland, Spanien) favorisieren einige europäische Nachbarn Gesundheitssysteme, in denen Kinder- und Jugendärzte nur stationär tätig sind und die „Primary Care“ ganz von „General Practitioners“ übernommen wird (z. B. Großbritannien und die Niederlande) (van Esso et al., 2010).

Vorsorgen und Impfungen prägen neben der Behandlung akuter Erkrankungen sowie der Betreuung chronisch kranker Kinder und Jugendlicher den Arbeitstag in der ambulanten Allgemeinpädiatrie. Glück über ein neues und gesundes Leben wechselt dabei mit ärztlicher Sorge und sanfter Führung bei gesundheitsgefährdenden Symptomen. Die überbesorgte Mutter wie auch die Mutter, die einfach nur weiß, dass mit ihrem Kind etwas nicht in Ordnung ist, ohne es genau oder medizinisch korrekt erklären zu können, bedürfen eines aufmerksamen und trainierten Ohres der pädiatrischen Experten. Das Gesunde vom Kranken in der Praxis zu unterscheiden, das Noch-Normale von dem Doch-schon-Kranken abzugrenzen und mit dem richtigen Maß behandeln zu können, erfordert Erfahrung, Training und erlernbare Kompetenzen.

Obwohl die Kinder- und Jugendmedizin in Deutschland historisch starke Wurzeln in der ambulanten Grundversorgung hat, taucht diese in der aktuellen pädiatrischen Ausbildung bislang nur bedingt auf – sowohl im Studierendenunterricht als auch in der fachärztlichen Weiterbildung.

Ambulante allgemeine Kinder- und Jugendmedizin im Studium

Der Weg der ambulanten allgemeinen Pädiatrie in die Lehrveranstaltungen der universitären Kinder- und Jugendheilkunde steht eigentlich erst am Anfang. Und doch waren und sind ihre Themen natürlich schon immer Inhalt des Lehrplans. Dazu gehören

die Darstellung der Entwicklung des Kindes vom Neugeborenen zum Jugendlichen und häufige Krankheitsbilder sowie deren Diagnostik und Therapie genauso wie die Meilensteine der pädiatrischen Medizin im 20. Jahrhundert, nämlich das Verständnis und die Behandlung häufiger Infektionserkrankungen – und damit natürlich der „Kinderkrankheiten“. Sozialpädiatrische Themen, die sogenannten „neuen Morbiditäten“ (Fegeler et al., 2014) sowie psychosoziale und psychosomatische Aspekte finden sich ebenso im offiziellen Curriculum. Inwieweit diese Themen im Studierendenunterricht vermittelt werden, hängt aber auch heute noch größtenteils von den individuellen Interessen und persönlichen Präferenzen der Lehrenden und Lehrverantwortlichen der jeweiligen Fakultäten ab.

Bislang gestaltet sich der Kontakt zum ambulanten Bereich mehr oder weniger nur durch das persönliche Interesse der Studierenden. Dies gilt im Übrigen in nahezu allen Fachgebieten – Allgemeinmedizin ausgenommen. Im vorklinischen Abschnitt ist eine ambulante Einheit als Berufsfelderkundung deklariert, bei der ab und zu „Vorkliniker“ für einige Stunden Praxisluft schnuppern können. Nach dem „1. Abschnitt der Ärztlichen Prüfung“ ermöglichen es Famulaturen in der vorlesungsfreien Zeit, die hausärztlich-pädiatrische Medizin kennenzulernen. Die Nachfrage in den pädiatrischen Praxen ist stets sehr hoch und zeigt, wie beliebt die Kinder- und Jugendmedizin bei Medizinstudierenden ist. Studentische Bewertungsportale für Famulaturen ranken die Pädiatrie stets im oberen Drittel.

Einen Teil des pädiatrischen PJ-Tertials in einer Kinder- und Jugendarztpraxis zu absolvieren, ist allgemein unüblich. Hierzu fehlen curriculare Voraussetzungen, offizielle didaktische Standards an potentielle Lehrpraxen sowie adäquate Aufwandshonorierungen für die Auszubildenden.

Eher Ausnahmen sind Angebote wie das Heidelberger Pädiatrische Patenschaftsprojekt (PäPP). Medizinstudierende begleiten dabei „normalgesunde“ Kinder und deren Familien in den ersten zwei Lebensjahren bei den kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen und besuchen sie in ihrem häuslichen Umfeld. Seit 2007 erfreut sich dieses Projekt an der Heidelberger Universitätsklinik großer Nachfrage und Beliebtheit durch die Studierenden. Ähnliche Projekte an anderen Fakultäten scheitern bislang an ihrer Mach- und Finanzierbarkeit im akademischen Lehrbetrieb (Fehr, Vortrag Obbleutertreffen des BVKJ-Landesverbands Bayern, 2018, Kloster Kostenz).

Mit der Änderung der Approbationsordnung 2003 wurden zulasten der klassischen Vorlesungszeiten Blockpraktika eingeführt. Politisches Ziel war und ist es, Medizin praxisnäher zu unterrichten. Nur wenige pädiatrische Lehrstühle haben in der Folgezeit die Initiative ergriffen und niedergelassene Pädiater in die Lehre und Ausbildung miteinbezogen. So war es auch dem Autor dieses Artikels Mitte der 2000er Jahre an der Universitätsklinik Frankfurt am Main zur Aufgabe gestellt, einen Lernzielkatalog und damit eine inhaltliche Prüfungsgrundlage für die Blockpraktika zu erstellen. Diese Lernziele wurden mittels Delphi-Verfahren unter den beteiligten

Lehrkrankenhäusern, aber ohne Beteiligung niedergelassener Pädiater konsentiert. Diese gemeinsame Findung von Kerninhalten für den Studierendenunterricht erfolgte erstmalig 2011 (Huwendiek et al., 2011).

Die Einbeziehung von niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen in die Durchführung des Blockpraktikums realisierte Hans-Martin Bosse mit viel organisatorischem Aufwand zunächst in Heidelberg (Bosse et al., 2008) und später am Universitätsklinikum Düsseldorf. Über 40 ambulante allgemeinpädiatrische Lehrpraxen aus dem Großraum Düsseldorf konnten gewonnen werden, regelmäßig Studierende in ihren Räumen zu begrüßen, nach einem studentischen Curriculum zu unterrichten und sogar eine Leistungsabfrage mit Benotung durchzuführen. Viele dieser Studierenden entschieden sich später auch für eine Facharztweiterbildung in der Kinder- und Jugendheilkunde (Bosse, Vortrag DGKJ-Jahrestagung 2019, München).

Fachärztliche Weiterbildung zum Kinder- und Jugendarzt

Die Weiterbildung in der Kinder- und Jugendarztpraxis ist aktuell für bis zu zwei Jahre möglich. Aber lohnt sich das auch? Als diese rhetorische Frage 2019 auf einem Seminarkongress für Kinder- und Jugendärzte in Nürnberg gestellt wurde, kam die Antwort von einem älteren Kollegen im Auditorium prompt: „Auf jeden Fall!“ Er begründete dies nicht mit der geringen Fallzahlsteigerung, die seine Praxisbuchhaltung verzeichnen konnte, und auch nicht mit einer möglichen sozialgesetzlichen Förderung von rund 4.800 Euro durch seine KV, in deren Genuss er wohl nie gekommen war, sondern damit, mit den jungen Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung ein Mehr an kollegialem und miteinander reflektierendem Arbeiten zu erleben. Das mache ihm Spaß, sagte der Kollege.

Während es für die Allgemeinmedizin inzwischen selbstverständlich ist, ambulant weitergebildet zu werden, fremdelt die pädiatrische Weiterbildung (noch) mit Zeiten fern der Klinik. Die Musterweiterbildungsordnung sieht Kompetenzen wie „Früherkennungsuntersuchungen durchführen“ im hausärztlichen Bereich vor. Diese aber passgenau in Einklang zu bringen, findet oft Hürden im Alltag der stationären Personal- und persönlichen Familienplanung.

Weiterbündnisse zwischen niedergelassenen Praxen und regionalen Kinderkliniken scheinen eine Lösung zu sein. So reklamiert die Allgemeinmedizin inzwischen in den meisten Bundesländern ein nahezu flächendeckendes Netzwerk von Kliniken und Lehrpraxen. Gemeinsam von den Ärztekammern und KVen betriebene Koordinierungsstellen lotsen die jungen Kolleginnen und Kollegen zwischen Klinik und niedergelassenen Allgemeinärzten, Kinder- und Jugendärzten sowie anderen zur ambulanten Grundversorgung zählenden Fachrichtungen. Zusätzliche Seminarwochenenden für die Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung erhöhen die Qualität der theoretischen Weiterbildung und didaktische Schulungen für die niedergelassenen Weiterbilder fördern deren Lehrkompetenz.

Einer der ersten pädiatrischen Weiterbildungsverbände wurde 2016 in Schleswig-Holstein gegründet. Für den ambulanten Part wurde dabei auch auf ein kompetenzbasiertes Weiterbildungscurriculum aufgebaut: PaedCompenda (www.paedcompenda.de). PaedCompenda ist ein Projekt des Arbeitskreises Weiterbildung der Deutschen Gesellschaft für Ambulante Allgemeine Pädiatrie (DGAAP), das im Auftrag des BVKJ und mit Unterstützung des PädNetz Bayern entwickelt wurde.

Zwei Jahre später resümiert Christoph Weiß-Becker, Mitglied im Ausschuss „Aus- und Weiterbildung“ des BVKJ, im Ärzteblatt Schleswig-Holstein (2/2018, 24–27), durch das neue strukturierte und kompetenzbasierte Curriculum sei die Qualität der Weiterbildung verbessert worden. Sie werde nachvollziehbar und lege damit ein Fundament für die Zusammenarbeit zwischen Praxen und Kliniken. Weiterbildung im Verbundmodell werde für Weiterzubildende attraktiver. Teilnehmende Kliniken und Praxen könnten in ihrem Werben um Assistenten ein Qualitätsmerkmal in ihrer Weiterbildung herausstellen. Die Erfahrungen in klinischer und hausärztlicher ambulanter Pädiatrie erleichtere die Entscheidung für die spätere Berufsausrichtung – und sie helfe, eine flächendeckende Versorgung in der Pädiatrie auch in ländlichen Räumen aufrechtzuerhalten.

Diesem Beispiel folgten inzwischen weitere Verbände, wie z. B. der Weiterbildungsverbund Mittelfranken (Jung et al., 2018) oder Heidelberg/Rhein-Neckar.

Die ambulante allgemeine Pädiatrie im Kontext der universitären Medizin

Nahezu 25 Jahre brauchte die Allgemeinmedizin, um ihren Status als eigenständiges Fach in der akademischen Landschaft zu behaupten. Die Allgemeinmedizin wird heute, im Jahr 2020, an allen deutschen Universitäten gelehrt. Junge, wissenschaftlich gut ausgebildete Lehrstuhlinhaber führen in der zweiten Generation die Akademisierung der hausärztlichen Medizin weiter. Der Elfenbeinturm verbindet sich mit der Basis. Praxis-Netzwerke werden für die universitäre Lehre, die allgemeinärztliche Weiterbildung und die wissenschaftliche Forschung aufgebaut.

Medizinische, technische und gesellschaftliche Veränderungen erhöhen derweil den Bedarf an Ärzten für den ambulanten Bereich. Immer mehr medizinische Leistungen in Diagnostik und Therapie können ambulant erbracht werden. Dies betrifft auch die ambulante grundversorgende Pädiatrie. Die Besonderheiten und Eigenschaften der ambulanten Pädiatrie werden so zukünftig in die Curricula und Gegenstandskataloge der Lehre zwingend aufzunehmen sein. Dies wurde auch von der Politik so gesehen.

Masterplan Medizinstudium 2020

Die Bundesregierung beschloss in ihrem Koalitionsvertrag 2013 eine Reform des Medizinstudiums. Dazu wurde im Frühjahr 2015 eine Konferenz, die sogenannte Bund-Länder-AG, ins Leben gerufen, die einen Masterplan Medizinstudium 2020 (kurz MM2020)

verfasste. Dieser wurde am 31. März 2017 in Form eines Beschlusstextes veröffentlicht (BMBF-Internetredaktion, 2017).

Politisches Ziel ist es, die hausärztliche Medizin zu stärken. Die Grundversorgung soll in allen Regionen gefördert werden. Die Praxisnähe soll im Medizinstudium vorangetrieben werden. Longitudinale Neigungsfächer sollen die Studierenden durch ihre vorklinischen und klinischen Abschnitte begleiten. Theoretische und praktische Studieninhalte werden verzahnt und bereits früh im Studium soll klinisches Wissen und der Umgang mit wissenschaftlichen Arbeiten vermittelt werden.

Kommunikation soll als Kernkompetenz des Arztberufes trainiert, erfahren und zwischen allen Parteien (Ärzte, Patienten, andere Berufsgruppen) gelebt werden. Spätere Kliniker und Niedergelassene sollen beide Sektoren kennen und verstehen gelernt haben. Die Motivation, sich später im ländlichen Raum eine ärztliche Tätigkeit zu wählen, soll durch eine Reformierung der Studienzulassung mittels geeigneter Auswahlverfahren erhöht werden. Die ambulante allgemeine Medizin soll durch eigene Lehrstühle akademisch „konkurrenzfähig“ werden.

Wie die Fakultäten den MM2020 umsetzen werden, ist zurzeit Gegenstand vieler Diskussionen und wirft viele Fragen auf, die an Grundsätzlichem rütteln.

Ist es da vermessen, Lehrstühle für die Ambulante Allgemeine Pädiatrie zu fordern?

Wohl kaum, denn ein Lehrstuhl für Ambulante Allgemeine Pädiatrie entspräche genau dem politischen Willen des MM2020 und würde einen zukunftsweisenden Bestandteil der medizinischen Ausbildung darstellen. Immerhin – je nach zu Grunde gelegtem Zahlenmaterial – macht die hausärztliche Pädiatrie 10 bis 16 % der ambulanten Grundversorgung aus.

Ein kompetenzbasiertes Curriculum wie auch Module für den Studentenunterricht hinsichtlich einer umfassenden allgemein-pädiatrischen Ausbildung für den ambulanten Bereich liegen in Deutschland vor. Aktuell werden in pädiatrischen Arbeitsgruppen des Institutes für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP) bereits diese Inhalte erarbeitet. An den Lehrstühlen für Ambulante Allgemeine Pädiatrie gilt es, diese weiterzuentwickeln, in den Unterricht, die Forschung und die Ausbildung zu implementieren und zu evaluieren. Die neuen digitalen Medien werden diese Prozesse in den nächsten Jahren noch schneller als bisher unterstützen und einem breiten Kreis an interessierten Ärzten zugänglich machen.

Ambulante Lehrpraxen können in Kooperation mit pädiatrischen Lehrstühlen und im Verbund mit regionalen stationären Einrichtungen Studierende wie auch Ärzte in Weiterbildung noch mehr und näher an der Praxis unterrichten. Soziale und psychische Aspekte organischer Erkrankungen können mit eigener Lebenserfahrung verbunden und reflektiert werden. Die Rolle als Arzt und

Mensch in einer Medizinwelt mit scheinbar immer mehr Technik kann reifen.

Welche Fragen in der ambulanten Pädiatrie werden auf diese Weise aufkommen? Welche Dogmen des Praxisalltages werden wohl in Frage gestellt und neu zu beleuchten, zu untersuchen, zu beforschen sein?

(Versorgungs-)Forschung in der ambulanten allgemeinen Pädiatrie

Die dritte Säule eines medizinischen Lehrstuhls stellt neben der Patientenversorgung und Lehre die Forschung dar. Der Bedarf an Versorgungsforschung in der ambulanten Medizin ist groß. Der Mangel an Evidenz und überprüfbaren Zahlen, die einen medizinischen, psychologischen oder sozialen Aspekt in der ambulanten Versorgung belegen könnten, sind in einer Reihe von pädiatrischen Themengebieten ambulant schwer zu erheben. Dies hat methodische, aber sehr wohl auch logistische und finanzielle Gründe.

So sind die Inhalte der kindlichen Früherkennungsuntersuchungen gesetzlich festgeschrieben, hingegen unterliegen deren Organisation, Durchführung und Training des medizinischen Fachpersonals, aber auch die Schulung des durchführenden Arztes keiner evaluierten Methodik.

Impfungen und deren Durchführung stellen laut den erhobenen „Critical Incident Reports“ von CIRS-Pädiatrie in ihrer Häufigkeit die Hauptfehlerquelle in Kinder- und Jugendarztpraxen dar. Qualitätsmanagementsysteme und Evaluationen wurden eingeführt, um diese kritischen Ereignisse zu reduzieren. Systematische Auswertungen dazu stehen hingegen aus.

Regionale Versorgungsunterschiede – sei es in der Arzneimittelverschreibung oder bei operativen Verfahren – sind mit Routinedaten bis zu einem gewissen Grad leicht zu erheben. Diese Daten bilden aber z. B. die qualitative ambulante Versorgung von Spezialgruppen wie Frühgeborenen oder chronisch kranken Kindern und Jugendlichen nur unzureichend ab. Welche Maßnahmen die Versorgung verbessern und nachhaltig wirksam sind, ist nur mit schwachen Evidenzen belegt.

Inwieweit haben Ernährung und soziales Umfeld, die familiäre Situation sowie emotionale und psychische Alterationen während der Schwangerschaft und Geburt Einfluss auf die weitere Entwicklung – insbesondere im Hinblick auf die Fragestellung, was noch normal ist und was nicht? Was muss wie behandelt werden? Welche therapeutischen Berufe sollen einbezogen werden und wie muss ein Kinder- und Jugendarzt trainiert werden, um diese Entscheidungen treffen zu können?

Qualitätsindikatoren stellen ein etabliertes Instrument zur Messung in der Medizin dar. Deren Implementierung und die Erhebung der notwendigen Daten zu ihrer Berechnung in Kinder- und Jugendarztpraxen sind hingegen erst noch zu entwickeln, zu evaluieren und alltagstauglich zu gestalten (Ewald, 2019).

Ein bunter Strauß wissenschaftlicher Fragen bietet sich der ambulanten allgemeinpädiatrischen Forschung – Fragen, die medizinisch wie ökonomisch immer wieder diskutiert, aber bislang ohne eigene Forschungsheimat waren. Die Lehrstühle für Ambulante Allgemeine Pädiatrie werden sich diesen Fragen stellen und jeder Lehrstuhl dabei seinen Schwerpunkt finden müssen.

Was werden wohl unsere Praxisnachfolger in 50 Jahren dazu sagen?

Dr. Dominik A. Ewald
Landesverbandsvorsitzender LV Bayern im BVKJ
Gemeinschaftspaxis für Kinder- und Jugendmedizin
Bahnhofstr. 22–24
93047 Regensburg
info@praxis-ewald.de

Literaturangaben beim Verfasser.



Weiterbildung in der Pädiatrie – wo stehen wir?

Folkert Fehr

Der Weiterbildung geht es wie vielen Patienten in der Zeit, wo unklar war, wie Krankheiten entstehen, wirken und behandelt werden können. Aufgabe von Weiterbildung in der Pädiatrie ist es, Kindern, Jugendlichen und ihren Familien zu nutzen. Das Mittel: die Arbeitsergebnisse von Kinder- und Jugendärzten zu verbessern. Wir können nicht helfen, wenn wir nicht sorgfältig zuhören und der Arzt-Patient-Beziehung den zentralen Platz einräumen. Dazu hilft das elektronische Logbuch der ambulanten Allgemeinpädiatrie, PaedCompenda.

Weiterbildung in der Pädiatrie

Vor 22 Jahren verließ ich meine erste Weiterbildungsstelle in der Probezeit im „gegenseitigen Einvernehmen“. Der Weiterbildung ging es damals nicht gut, sie war Abfallprodukt der Anwesenheit. Ich hatte einen Arbeitsvertrag, keinen Weiterbildungsvertrag. Es gab Arbeit, viel zu viel Arbeit für mich, und ich wurde weitgehend alleingelassen. Da ich nicht in der vergüteten Arbeitszeit eines Arztes im Praktikum fertig wurde, waren viele unbezahlte Überstunden die Regel und wurden erwartet. Ich wollte es allen recht machen. Erst mithilfe meiner Frau erkannte ich das Trauerspiel. Als sie mich vor die Wahl stellte – sie und unsere zwei kleinen Kinder oder weitermachen mit dieser Weiterbildungsstelle – fiel mir die Wahl leicht.

Wie entstehen Kinder- und Jugendärzte?

Bleakley und Bligh betrachten in ihrem einflussreichen Buch „Medical Education for the Future“ zunächst das tradierte Verhältnis von Arzt und Patient in Analogie zu Robinson Crusoe: Der Robinson-Arzt kolonialisiert den Freitag-Patienten. Freitag soll seine Lebensweise ändern, die Sprache des Robinson erlernen, den Anweisungen des Robinson Folge leisten, seine Ratschläge beherzigen, sich in seiner Welt zurechtfinden, am besten wohlfühlen. Der adhärente und compliant Freitag gilt dann als ein guter Mensch.

Dieses Prinzip sehen die Autoren auch bei der Bildung unserer Nachfolger am Werk und fordern einen radikalen Perspektivwechsel. Weiterbilder sollen nicht als die Kultivierten und Entwickelten auftreten, sondern sich gemeinsam mit den Ärzten in Weiterbildung im lebenslangen Lernen üben. Sie schreiben uns folgenden Ehrgeiz ins Stammbuch: dass unsere Nachfolger zu besseren Ärzten werden, als wir es sind. Dazu zeichnen sie die Entwicklung von wissensbasierter Bildung (was müssen wir wissen) zu kompetenzbasierter Bildung (was müssen wir können) und weiter

zu ergebnisorientierter Bildung (zu welchen Ergebnissen muss das führen).

Die neue Musterweiterbildungsordnung von 2018 „beinhaltet das Erlernen spezieller ärztlicher Fähigkeiten und Fertigkeiten nach abgeschlossenem Studium.“ Im Interesse der Patienten werden die in der Ausbildung geprägten ärztlichen Kompetenzen und Haltungen während der Weiterbildung vertieft.

Arbeiten, um Geld zu verdienen, war gestern. Jeder Arzt in Weiterbildung zum Pädiater muss seine Bestimmung und Ziele kennen, also wissen, welche Ziele er im Leben erreichen will. Sind diese Ziele kongruent mit den Zielen einer Weiterbildungsstelle, ist diese geeignet.

Neue Formen der Identität in einer sich rasend verändernden Welt

In einer sich fortwährend ändernden Welt ändern sich auch die Menschen. Möglicherweise nimmt die Änderungsgeschwindigkeit noch zu. Viele Menschen streben nach Orientierung, einem gewissen Maß an Kontrolle, Zugehörigkeit, Selbstwertgefühl und Freude an ihrer Arbeit. Die Bedeutung dieser Triebkräfte variiert inter- und intraindividuell. Wer das Gefühl hat, gleichsam auf einem durchgehenden Pferd zu sitzen, also weniger als perfekte Kontrolle über alle relevanten Umgebungsbedingungen zu haben, braucht eine Reihe von Eigenschaften, damit keine Panik aufkommt. Offensichtlich gibt es so eine Vielzahl von Merkmalen im individuellen Selbstverständnis eines jeden Menschen, die in ihrer Gesamtheit die Identität eines Menschen abbilden. Diese Eigenschaften ins Bewusstsein zu rücken, führt zu Selbsterkenntnis und Selbstgestaltung.

Gerade in der Medizin scheinen sich die Möglichkeiten schneller zu entwickeln, als der gesellschaftliche Konsens es zulässt. Das Medizinstudium und insbesondere die Weiterbildung ist ein identitätsverändernder Prozess, meint die Medizinphilosophin Kathleen Montgomery. Identität entwickelt sich, sie ist bei der Geburt nicht vorhanden, sondern entsteht innerhalb des gesellschaftlichen Erfahrungs- und Tätigkeitsprozesses. Das Individuum entwickelt sich als Ergebnis seiner Beziehungen zu diesem gesellschaftlichen Prozess und zu anderen Individuen innerhalb dieses Prozesses.

Wie können wir Identitätsbildung fördern?

Eine Möglichkeit ist, kompetenzbasiertes Lernen in den Blick zu nehmen. Das erfordert Willen, Bereitschaft und geeignete Instrumente nicht nur bei Ärzten in Weiterbildung, sondern auch

bei Weiterbildern. Eine gute Vorlage ist die Neukonzeption des Medizinstudiums, für das ein einflussreiches Rahmenwerk – das kanadische Rollenkonzept CanMEDS – genutzt wird. Hier werden berufsspezifische Kompetenzen mit Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten in „Metakompetenzen“ verdichtet, die das professionelle Handeln in sieben Rollen aufgliedern: Kommunizieren, im Team arbeiten, managen, Fürsprecher für Kindergesundheit sein, lehren, lernen und Vorbild sein vereinen sich zur medizinischen Expertise. Es werden nicht nur Wissensinhalte aufgelistet, sondern auch Fertigkeiten und Haltungen eingebunden.

Wichtige Aspekte kinder- und jugendärztlichen Handelns überlappen sich zur zentralen Rolle, dem medizinischen Experten.

Abb. 1: Für die ambulante allgemeine Pädiatrie sieht dies folgendermaßen aus:



Adaptiert nach CanMEDS

Kernelemente einer kompetenzbasierten Weiterbildung

Gut ausgebildete und motivierte Weiterbilder

Jeder kennt die Gefahren der Routine: „Nein, es ist keine schwerwiegende Krankheit, lindernde Maßnahmen sind ausreichend, seien Sie unbesorgt!“ Den Praxisalltag durch die Weitergabe von Erfahrungen an junge Kolleginnen und Kollegen zu bereichern, hilft, dem Trott zu entfliehen. Andere Motivationen für die Weiterbildung in der Praxis sind Fragen wie: Wer wird mal mein Nachfolger? Wie kann ich meine Praxis attraktiv halten? Mache ich alles richtig? Ist meine Praxis der bessere Arbeitsplatz als die benachbarte Klinik?

Diese und andere Fragen können nur seriös auf der Basis der besten verfügbaren Evidenz bearbeitet werden. Damit muss sich Weiterbildung vom Anekdotischen, immer so Gewesenen, Traditionen verabschieden und sie muss eine Wissenschaft werden,

die wissenschaftliche Fragestellungen entwickelt und beforscht. Dazu braucht es grundversorgende Kinder- und Jugendärzte, die voll kindlicher Neugier zusammenarbeiten und sich vom Kindergesundheitsexperten zum Gelehrten entwickeln. Grundlagen hierfür sind Folgendes:

- Sie müssen die neuesten Erkenntnisse aus der wissenschaftlich fundierten Bildungsforschung zur Verfügung haben oder stellen, damit Lehrer und Verwaltungsfachkräfte fundierte Entscheidungen treffen können.
- Sie müssen eine medizinische Ausbildung ablehnen, in der Entscheidungen auf der Grundlage von Anekdoten oder fehlerhaften Vergleichsgruppen statt auf der Grundlage empirischer Beweise getroffen werden.

Orte, an denen Lehren und Lernen stattfindet

Michel Foucault versucht in „Die Geburt der Klinik, eine Archäologie des ärztlichen Blicks“ die Analyse eines Diskurses der medizinischen Erfahrung. Das Scharnier, das die Änderung der Form des Diskurses verkörpert, ist die Klinik. „Betrachtet man die Gesamtstruktur, so erscheint die Klinik als eine für die Erfahrung des Arztes neue Profilierung des Wahrnehmbaren und Aussagbaren. [...] Das Erscheinen der Klinik ist als historisches Faktum mit dem System dieser Reorganisation identisch.“ Die Klinik ist für diese Medizin der Arten „wie die Zivilisation, ein künstlicher Ort, an dem die verpflanzte Krankheit ihr wesentliches Gesicht zu verlieren droht.“ (S. 33–34)

Der Ort, wo die Krankheit unter der Beobachtung des Arztes zu ihrer natürlichen Entfaltung gelangt, ist die Familie. Jeder, der Hausbesuche durchführt, kennt den Zauber, Zutritt zu einer Familie zu bekommen. Wenn es nun schwierig ist, Weiterbildung in Familien zu ermöglichen, ist es möglicherweise eine gute Näherung, Weiterzubildende und Familien an einem wohnortnahen, für alle Anliegen offenen, niederschwellig zu erreichenden Ort zusammenzuführen: in der Praxis.

Ist die Praxis nun automatisch der perfekte Ort für die Weiterbildung? Nicht automatisch. Gelingende Weiterbildung braucht passende Strukturen, Prozesse und Ergebnisse. Kerngehalt des Konzepts ist die Abstimmung nicht nur von Lehr-Lern-Aktivitäten, sondern auch von Rückmeldungen konkreter Arzt-Kind-Familie-Begegnungen in der Praxis. Seit 2011 arbeiten zehn erfahrene Kinder- und Jugendärzte an einem Hilfsmittel, das die Weiterbildung gewissermaßen aus der Westentasche unterstützt: www.paedcompenda.de.

Kompetenzbasiertes Lernen in der pädiatrischen Grundversorgung

Kompetenzbasierte Bildung ist spätestens seit 1978 mit Hannes Paulis Credo für eine breitgefächerte, bio-psycho-soziale Grundkompetenz als konkrete Zielformulierung der pädiatrischen Grundversorgung bekannt. Wenn sich jetzt neues Interesse an kompetenzbasierter Weiterbildung zeigt, so ist dies vermutlich dem Zusammentreffen mehrerer Faktoren geschuldet: Für die

gute Begleitung und Primärversorgung der Kinder und Jugendlichen braucht man der Morbidität entsprechend kompetente Kinder- und Jugendärzte. In Anerkennung dieses Bedarfs wurde das Sozialgesetzbuch 2015 geändert und die Grundlage zur Förderung der ambulanten Weiterbildung geschaffen. Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeine Ambulante Pädiatrie (DGAAP) hat ein praktisches Instrument zum Nachweis der individuellen Kompetenzentwicklung zum Kinder- und Jugendarzt entwickelt: PaedCompenda (<https://www.paedcompenda.de/>).

Im traditionellen Medizinstudium ging es vorrangig um die Akkumulation und Prüfung von Wissen und in der traditionellen Weiterbildung in den Kliniken um die Verrichtung anfallender praktischer Tätigkeiten. Diese Schwerpunkte werden von der kompetenzbasierten Weiterbildung nun nicht völlig entwertet. Allerdings kommen andere Triebkräfte in den Blick, die den Zug der Weiterbildung antreiben und lenken sollen: das Ergebnis guter pädiatrischer Arbeit und die Lernenden selbst. Bildung vom Ergebnis „sehr gute Betreuung von Kindern und Jugendlichen“ her zu sehen, ist ein hoher Anspruch. Es verlangt nicht weniger, als die unterschiedlichen Bedürfnisse der Kinder und Familien mit den Änderungen über die Zeit gleichsam wie Monitore aufzuzeichnen und zu beschreiben, was ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin tun muss, um bei der Vielzahl von Vorstellungsanlässen sehr gute Ergebnisse zu erzielen.

Rund 1.000 Ärzte in Weiterbildung und Fachärzte aus Klinik und Praxis haben sich in einem mehrstufigen Delphi-Verfahren dazu geäußert. Dieses Tun beinhaltet ein umfangreiches Wissen, eine präzise Kalibrierung und professionelle Haltungen. Ohne umfangreiches Wissen können Routineanlässe nicht effektiv gemanagt werden und ist keine gezielte Recherche im Wissen der Welt möglich. Ohne präzise Kalibrierung verkennt der Facharzt den Punkt, wo der Behandlungsprozess Mitbehandler braucht oder wo er meint, er liege richtig, er aber tatsächlich irrt. Ohne professionelle Haltungen können die Patienten selbst wohlmeinende und auf der besten verfügbaren Evidenz basierende Empfehlungen nicht annehmen.

Vorstellungsanlässe in der ambulanten allgemeinen Pädiatrie

Die DAKJ-Studie hat eine Übersicht über Vorstellungsanlässe und -frequenzen erbracht, die es möglich gemacht hat, die Landschaft der grundversorgenden Kinder- und Jugendmedizin in zwölf abgrenzbare, charakteristische Gebiete einzuteilen: die Anvertraubaren Professionellen Tätigkeiten (APT).

1. Vorstellung zuvor gesunder Kinder mit häufigen akuten Symptomen
2. Vorstellung von Kindern mit komplexen akuten Erkrankungen
3. Behandlung und Begleitung von chronisch kranken Kindern
4. Lotse und/oder Verbindungsstelle zu anderen medizinischen Fächern

5. Pädiatrische Prävention
6. Erkennen und Betreuen von Kindern mit auffälligem Verhalten und/oder auffälliger Entwicklung
7. Management von Misshandlung, sexuellem Missbrauch und Vernachlässigung
8. Sozialraumvernetzung
9. Jugendliche versorgen
10. Notfälle
11. Kinder mit Verletzungen, Verbrennungen oder Ingestionen
12. Qualitäts-, Fehler- und Praxismanagement, Patientensicherheit

Jede Anvertraubare Professionelle Tätigkeit

- ist ein Teil entscheidender professioneller Arbeit in einem gegebenen Kontext,
- erfordert angemessenes Wissen, Fähigkeiten und Haltungen,
- führt zu einem anerkannten Ergebnis professioneller Arbeit,
- ist beschränkt auf qualifiziertes Personal,
- ist weitgehend unabhängig von anderen Tätigkeiten ausführbar,
- ist ausführbar in einem gegebenen Zeitrahmen,
- ist in Prozess und Ergebnis beobachtbar und messbar (gut gemacht bzw. nicht gut gemacht),
- reflektiert eine oder mehrere generelle ärztliche Kompetenzen
- und wird kriterienbezogen evaluiert.

Es ist unwichtig, wie oft eine Tätigkeit beobachtet wird, bevor Lerner und Lehrer gemeinsam dafür den „Führerschein“ ausstellen. Deshalb muss auch die Zeit für einen definierten Weiterbildungsabschnitt mit einer oder wenigen APTs im Fokus dem Grundsatz nach variabel sein.

Rund 300 Ärzte in Weiterbildung und Weiterbilder haben sich bislang für das elektronische Weiterbildungscurriculum der DGAAP PaedCompenda registriert, 1.080 Lernzielbögen und Rückmeldungen dokumentiert und rund 12.000 Lernziele bearbeitet.

PaedCompenda ist das verpflichtende Weiterbildungscurriculum in der Verbundweiterbildung Heidelberg-Rhein/Neckar, Schleswig-Holstein und Mittelfranken-Nürnberg. Regelmäßige Anwenderworkshops zeigen es: PaedCompenda zeigt das weite Land der ambulanten Allgemeinpädiatrie in der ganzen Pracht seiner unterschiedlichen Landschaften. Es bringt unsere Nachfolger dorthin, wo das wahre Leben tobt. Sie können gleich tätig werden. Wir können sie gleich mitmachen lassen, was Spaß und Sinn macht. PaedCompenda hilft, unser Praxisumfeld so zu gestalten, dass die elementaren Bedürfnisse der Ärzte in Weiterbildung befriedigt werden können. Dadurch entsteht mehr Vertrauen in die eigenen Kräfte und Lust, von, mit und über Kinder zu lernen.

Und das ist alles nur der Anfang

Dabei ist die Rezeption der Weiterbildung durch unsere Nachfolger, die Ärzte in Weiterbildung, eine nicht zu unterschätzende Quelle für Erkenntnisse über gelingende Weiterbildung. Eine Kollegin schreibt:

Die Weiterbildung ist eine Zeit intensiven Lernens, in der jeder Arzt und jede Ärztin die Möglichkeit bekommt, das im Studium gelernte Wissen in die Tat umzusetzen und Erfahrungen zu sammeln. Aber sie lebt vom Austausch mit erfahrenen Kollegen, die ihre Erfahrung teilen und uns Rückmeldungen geben.

Die ersten Monate der Weiterbildung sind entscheidend: Eigene Routinen für Anamnese und Untersuchung entwickeln sich oft unbemerkt. Der Umgang mit Kindern und deren Eltern macht die Pädiatrie zu einem Fachbereich, wo Soft Skills eine sehr bedeutende Rolle für den Erfolg von Diagnostik und Behandlung spielen. Deswegen ist vor allem am Anfang eine enge Supervision notwendig, bei der ein erfahrener Kollege beobachtet und Rückmeldung gibt. Nur so können von Anfang an richtige Gesprächstechniken und Untersuchungsabläufe erlernt werden und die Fehleranfälligkeit reduziert werden. Diese regelmäßigen Beobachtungen und Rückmeldungen sollten während der gesamten Weiterbildungszeit fester Bestandteil der Lehre sein, sie sind ein Grundstein für eine qualitativ gute Weiterbildung.

Nach dieser anfänglichen Zeit, vorzugsweise in der Allgemeinpädiatrie, kann weiteres Spezialwissen erlangt werden. Ein Grundverständnis für die Krankheiten der unterschiedlichen Organsysteme und Altersstufen sollte während der Weiterbildung erworben werden können. Am Ende der Weiterbildung sollte jeder Arzt eine ähnliche Ausbildung bekommen haben bzw. ähnliches Grundwissen besitzen. Das setzt ein festes Curriculum voraus, das jeder durchläuft und welches sicherstellt, dass jeder Arzt am Ende der Weiterbildung ein Pädiater mit einem globalen Verständnis von Pädiatrie ist und nicht nur Inselwissen in einem speziellen Fachgebiet besitzt.

Weiterhin ist neben der Klinikzeit auch Erfahrung in einer Praxis für Kinder- und Jugendmedizin sehr sinnvoll: Sie ermöglicht, die Entwicklung von Kindern besser einschätzen zu können, Routine darin zu bekommen, kranke Kinder von gesunden schneller unterscheiden zu können, und die soziale Implikation von Krankheit und Gesundheit auf Familien zu verstehen. Ein besseres Verständnis für die ambulante Grundversorgung von Kindern und Jugendlichen ermöglicht weiterhin eine bessere Zusammenarbeit zwischen Kliniken und Praxen.

Ein notwendiger und bis jetzt vernachlässigter Aspekt der ärztlichen Weiterbildung ist eine Supervision, bei der Fälle besprochen werden können, um daraus zu lernen. Im Alltag werden die aktuellen Fälle zwar während der Visite besprochen, doch es gibt sehr wenig bis keinen Raum, um Fälle in der Tiefe zu besprechen und aus Fehlern zu lernen. Diese Supervisionsgespräche sollten nicht nur sporadisch erfolgen, sondern fester Bestandteil der Weiterbildung

sein: Z. B. könnten wöchentliche Treffen mit einem erfahrenen Mentor eingerichtet werden, mit dem Fälle besprochen und analysiert werden können. Diesen Austausch über Erfahrung ersetzt kein Lehrbuchwissen, ist aber ein wesentlicher Aspekt der Weiterbildung und erhöht die ärztliche Kompetenz und somit auch die Patientensicherheit.

Für Weiterbildung muss Zeit geschaffen werden, für Weiterzubildende wie auch für Weiterbilder. Damit diese Zeit nicht für andere Tätigkeiten geopfert werden kann und wirklich bestehen bleibt, muss sie offiziell geregelt und fester Bestandteil der Arbeitswoche sein. Neben den patientennahen Tätigkeiten soll ein Teil der Arbeitszeit – und nicht die Freizeit – dazu da sein, um sein Wissen vertiefen zu können, sowie für eine regelmäßige Supervision.

Diese Erwartungen mögen aktuell noch schwierig umzusetzen sein, doch diese Investition in die Weiterbildung von angehenden Pädiatern ist meiner Meinung nach notwendig, um kompetente Ärzte auszubilden und die Patientensicherheit zu erhöhen.

Wichtig ist die wertschätzende, zu persönlichem Wachstum anregende Rückmeldung, die nicht ein Instrument unter vielen, sondern das vielfach eingesetzte dominierende Instrument kompetenzbasierter Weiterbildung ist. Und wie bei vielen Instrumenten kommt es auch hier darauf an, mit welchem Wissen, welchen Fähigkeiten und welchen Haltungen wir damit umgehen. Goldene Früchte trägt auch die kompetenzbasierte Weiterbildung nur dann, wenn die Verantwortlichen Vorbilder sind für die ärztlichen Rollen, die Identität, die unser fantastischer Beruf bereithält.

Dr. Folkert Fehr
Sprecher Ausschuss Fort- und Weiterbildung im BVKJ
Karlsplatz 5
74889 Sinsheim
folkert.fehr@t-online.de

Literaturangaben beim Verfasser.

Rückblick und Ausblick für die Kliniken für Kinder und Jugendliche

Junge Ärzte treffen auf alte Strukturen im Krankenhaus

Wolfgang Kölfen

„Die junge Generation der Ärzte setzt in den Krankenhäusern gerade eine Revolution in Gang. Sie kommen nicht laut daher, dennoch verändern sie das Krankenhaus still und schleichend. Dieser Wandel ist grundlegend, nachhaltig und unumkehrbar. Auch ältere, berufserfahrene Ärzte können diesen jungen Ärzten dankbar sein, denn sie fordern etwas, was auch ihnen selbst zugutekommt. Auch ältere Ärzte wollen inzwischen anders leben und arbeiten. Es entsteht gerade eine neue Berufskultur des Arztes.“

Ärztliche Morgenbesprechung – Sinnbild alter Zeiten

Professor Luitmar ist der Chef einer Klinik für Kinder und Jugendliche. Er führt diese Klinik seit über 20 Jahren. Viel hat sich in den Jahren geändert, allerdings ist er unverändert der Meinung, dass ein Klinikchef einen klaren Führungsstil benötigt, um den Herausforderungen der neuen Zeit gerecht werden zu können.

Die Morgenbesprechung beginnt pünktlich um 08.00 Uhr. Die Ärzte der Intensivstation sind wie immer zu spät. Der diensthabende Assistenzarzt stellt die neuen Patienten vor, die er in der Nacht aufgenommen hat. **Professor Luitmar** hört zunächst zu, sagt dann aber nach einer Weile: „Können Sie die Anamnese auch ein wenig präziser vorstellen? Ich habe den Eindruck, Sie sind hier sehr oberflächlich informiert.“

Professor Luitmar beobachtet die Ärzte im Raum, während Dr. Kreuzberg von einem 4-jährigen Kind mit einer ausgeprägten Lungenentzündung berichtet. Das Röntgenbild zeigt „rechts basal ein richtiges Infiltrat.“ Während er den Satz gerade zu Ende führt, sagt **Professor Luitmar** mit lauter Stimme: „Ich möchte nicht, dass Sie hier einfach sinnlose Röntgenuntersuchungen bei Kindern durchführen.“ In dem Augenblick geht die Tür im Besprechungszimmer auf und die Blauen treten ein. „Schön, dass Intensiv auch den Weg herunter gefunden hat. Heute sind es nur 10 Minuten Verspätung.“ Der Oberarzt der Intensivstation erwidert gleich: „Wir haben so viele kritische Patienten und Patientenversorgung hat immer Vorrang.“ „Ich verlange, dass Sie ein vernünftiges Zeitmanagement durchführen und hier unten pünktlich antreten“, antwortet der Professor sichtlich verärgert.

Eine Assistenzärztin unterbricht die kurze Stille und sagt: „Die Eltern auf K1 waren extrem schwierig. Sie verlangten unbedingt ein Einzelzimmer, was wir zurzeit aber nicht haben. Zusätzlich haben die Eltern die ganze Zeit während des Wochenendes an den Kinderkrankenschwestern auf Station herumgenörgelt. Der Höhepunkt war dann noch, dass sie abends nach einer Tageszeitung verlangt haben, mit der Begründung, schließlich seien sie ja privat und laut Vertrag würde ihnen dies zustehen. Ich habe dann gesagt, dass diese Zeitung normalerweise immer vom Oberarzt oder vom Chefarzt persönlich überbracht wird, weil es aber schon 22.00 Uhr sei, würde das heute nicht mehr klappen. Es kann also sein, dass diese Leute sich heute bei Ihnen über mich beschweren.“

Professor Luitmar Antwort kommt schnell: „Früher war das doch alles ganz anders, da wussten die Leute wenigstens zu schätzen, wenn wir ihre kranken Kinder wieder gesund gemacht haben. Heute habe ich den Eindruck, dass manche Eltern nur kommen, um hier in Ruhe nörgeln zu können.“ Schmunzeln war bei den Ärzten zu erkennen, gelacht wurde aber nicht. „Also nochmal, halten Sie sich nicht mit nörgelnden Eltern auf. Ihre Aufgabe ist es, eine gute medizinische Versorgung bei den kranken Kindern zu machen, dafür sind wir schließlich berufen. Manche Eltern stören uns nur bei der Arbeit. Wegschicken können wir sie leider nicht.“

Professor Luitmar fragt nun: „Wer ist denn heute mit dem Vortrag aus dem Journal-Club dran?“ Im Raum tritt umgehend Schweigen ein. Dann sagt die Assistentensprecherin: „Wir dachten, heute wird es mit der Zeit etwas knapp, deshalb haben wir keinen Vortrag vorbereitet.“ „Sie sollen nicht denken, sondern sich schlicht



und einfach an meine Anweisungen halten!“, erwidert **Professor Luitmar** und verlässt den Raum. Im Herausgehen denkt er: „Ist ja wieder typisch, alles muss ich im Vorfeld kontrollieren, damit es überhaupt klappt.“

Die Chefarztvisite – alte Tradition trifft auf neue Wirklichkeit

Nach der Besprechung geht **Professor Luitmar** direkt zur Chefarztvisite auf die Station K2. Dort angekommen, stellt er fest, dass bereits alles für die Visite gerichtet war. Die Assistenzärzte der Station, der Oberarzt und zwei PJler haben sich bereits um den Visitenwagen versammelt. Kurzfristig haben sie überlegt, mit der Visite zu beginnen, da der Chef heute 15 Minuten zu spät kommt. Getraut, alleine anzufangen, haben sie sich aber nicht.

Nun ging es endlich los. Im ersten Zimmer stellt die Assistenzärztin in Anwesenheit der Mutter das kranke Kind vor. **Professor Luitmar** hat Rückfragen zur Anamnese, die er aber direkt an den Oberarzt stellt. Bevor die Mutter zu einer Frage ansetzen kann, sind die Weißen aber schon wieder verschwunden.

Im dritten Zimmer liegt ein 15-jähriges Mädchen mit einem Morbus Crohn. Die Patientin hat ein Rezidiv entwickelt. Die Assistenzärztin berichtet: „Seit ca. 4 bis 6 Wochen hat die junge Dame ihre Tabletten nicht mehr genommen. Sie hatte keinen Bock mehr darauf und hat sie einfach weggelassen.“ Direkt übernimmt **Professor Luitmar** die Initiative und spricht die junge Patientin an: „Du musst deine Tabletten nehmen, sonst wird das nichts mit dir. Du machst uns damit unnötige Arbeit. Wir müssen uns einfach darauf verlassen können, dass du unseren Anweisungen folgst. Es kann doch nicht so schwierig sein, jeden Morgen und Abend an diese Tabletten zu denken. Du siehst doch so aus, als ob du ausreichende Intelligenz hast, um das zu schaffen.“ Die junge Patientin schaut den Professor an und sagt dann: „Lassen Sie Ihren Zeigefinger zu Hause. Vor 2 Monaten ist mein Vater gestorben, da habe ich ganz andere Sorgen. Seitdem geht es mir einfach sehr schlecht.“ An den Assistenzarzt gewandt sagt **Professor Luitmar** dann: „Ich glaube, am einfachsten ist es, wenn wir unsere Psychologin holen, damit sie mal mit dem Mädchen spricht.“

Im achten Zimmer kommt es dann erneut zu Schwierigkeiten. Der Assistenzarzt versucht gerade, einen Patienten vorzustellen. Der Junge hat eine geistige Behinderung und ist vom Kinderarzt mit dem Verdacht auf psychomotorische Anfälle eingewiesen. Die Darstellung der Anamnese erfolgt in Anwesenheit der Mutter und ist lückenhaft, so dass **Professor Luitmar** ungeduldig wird und dann rasch sagt: „Ich erwarte von Ihnen, dass Sie sich hier vernünftig vorbereiten und die wesentlichen Fakten zum Patienten präsent haben. So kann ich doch meinen Rat nicht geben. Der Hinweis, dass Sie gestern frei hatten, ist doch eine Zumutung. Früher haben wir tagelang durchgearbeitet und das Wohl des Patienten stand für uns immer im Vordergrund. Diese viele Freizeit, die Sie als Ärzte heute alle haben, ist doch eine echte Gefahr für die kontinuierliche Patientenbetreuung. Zu meiner Zeit wäre das nicht vorgekommen. Außerdem erscheint mir die Indikationsstellung des

niedergelassenen Kollegen sehr fragwürdig, uns überhaupt diesen Patienten zu schicken.“

In den letzten drei Krankenzimmern gibt es keine „weisen“ Tipps des Chefarztes mehr und er verabschiedet sich grußlos von Station.

Das Bewerbungsgespräch – „Ich höre was, was ich nicht verstehe“

Professor Luitmar hat jetzt ein Bewerbungsgespräch mit einer jungen Kollegin, die er kurz grüßt und dann auffordert: „Stellen Sie sich doch bitte einfach einmal kurz vor.“

„Was wollen Sie denn von mir wissen?“, fragt Frau Dr. Bischoff. „Wo soll ich denn anfangen?“

„Naja, Sie erzählen mir am besten einmal, warum Sie sich speziell bei mir und meiner Klinik beworben haben“, antwortet **Professor Luitmar**. Er weiß aus den Bewerbungsunterlagen, die er kurz zuvor noch durchgeschaut hat, dass es sich um eine interessante Bewerberin handelt. Frau Dr. Bischoff hat bereits verschiedene Famulaturen und auch ihr PJ hat sie in der Kinder- und Jugendmedizin abgeleistet. Zusätzlich ist sie Kinderkrankenschwester, die sich ihr Studium mit Nachtdiensten auf der Neointensiv finanziert hat.

Frau Dr. Bischoff erzählt dem Professor, was sie schon alles gemacht hat. Ihre anfängliche Nervosität verliert sie zunehmend.

Professor Luitmar unterbricht sie nach einigen Minuten und sagt: „Was haben Sie denn für Fragen an mich?“

„Mich würde interessieren, ob Sie ein ausgearbeitetes Ausbildungscurriculum haben, wo genau drinsteht, wie meine Ausbildung zur Fachärztin hier in Ihrer Klinik aussehen wird. Zusätzlich weiß ich von anderen Kliniken, dass man dort als Berufsanfänger einen Mentor bekommt. Wie sieht das bei Ihnen aus? Außerdem würde ich gerne wissen, ob Sie mich unterstützen, wenn ich wichtige externe Fortbildungen besuchen möchte. Wird das auch vom Haus bezahlt?“

Professor Luitmar antwortet: „Solche Ausbildungspläne haben wir nicht, weil ich davon nichts halte. Sie können aber sicher sein, dass Sie bei mir eine gute Ausbildung bekommen, wenn Sie sich richtig anstrengen und sich an meine Anweisungen halten. Das hat bei den anderen Ärzten in der Vergangenheit auch immer gut geklappt. Falls Sie Fragen haben, können Sie sich immer gerne an mich wenden. Über die Sinnhaftigkeit von externen Fortbildungen entscheide ich selber, so dass Sie da auf der sicheren Seite sind.“

Frau Dr. Bischoff wirkt zunächst ein wenig irritiert und fragt dann: „Wie sieht es denn mit einem Hospitationstag in Ihrer Abteilung aus? Ich würde ja schon gerne Ihr Team im Vorfeld einmal kennenlernen.“

Hierauf antwortet **Professor Luitmar**: „Wir haben hier ein ganz tolles Team, davon können Sie einfach ausgehen. Da brauchen Sie

nicht hospitieren kommen, das würde auch zu viel Unruhe in die Abteilung bringen.“

Frau Dr. Bischoff meldet sich noch einmal zu Wort und sagt: „Ich habe die Möglichkeit, zwischen mehreren Kliniken auszuwählen, und ich suche nach guten Argumenten, warum ich gerade zu Ihnen kommen soll. Aus diesem Grunde ist eine solche Hospitation schon sinnvoll für mich, damit ich keinen Fehler bei meiner Entscheidung mache.“

Zum Abschluss des Gespräches meint Frau Dr. Bischoff dann: „Herr Luitmar, ich bedanke mich, dass ich Sie heute kennenlernen durfte. Grundsätzlich kommt Ihre Klinik für mich in Frage. Ich werde mich in nächster Zeit wieder bei Ihnen melden. Ich muss auch noch schauen, wie ich das hinkriege, dass ich am Donnerstag arbeiten kann, weil ich dann immer Yoga mache. Hierüber müssen wir dann vielleicht noch einmal gesondert sprechen. Vielleicht möchte ich auch nur eine halbe Stelle annehmen.“

Neue Erkenntnisse beim Mittagessen und alte Gepflogenheiten am Abend

Mittags hat sich **Professor Luitmar** mit Professor Dornfeld, dem Chefarzt der Inneren Medizin, zum Mittagessen in der Personalcaféteria verabredet. Professor Dornfeld hat erst vor 3 Jahren die Abteilung übernommen und sich innerhalb kurzer Zeit einen sehr guten Ruf bei seinen eigenen ärztlichen Mitarbeitern, aber auch bei den niedergelassenen Kollegen erarbeitet.

Professor Luitmar sagt zu seinem Kollegen: „Stellen Sie sich einmal vor, was mir heute passiert ist: Eine ärztliche Bewerberin teilt mir zum Abschluss unseres Gespräches mit, dass Sie erst einmal in Ruhe über mein Stellenangebot in unserer Klinik nachdenken müsse. Nicht ich stelle ein, sondern die Bewerberin möchte diese Entscheidung treffen. Manchmal denke ich, die jungen Kollegen wollen nur ein Praktikum bei mir machen. Was meinen Sie dazu, Herr Kollege?“

Die Antwort von Professor Dornfeld kam umgehend: „Mein Eindruck ist, die jungen Kollegen wollen schon ärztlich arbeiten, aber zu anderen Bedingungen. Sie wollen im Einklang mit ihren eigenen Bedürfnissen arbeiten. Eine junge Kollegin hat einmal zu mir gesagt: ‚Wir brennen für die ärztliche Tätigkeit, aber nur, wenn Sie uns gefällt. Wir wollen uns einfach im Job nicht versklaven lassen, so wie es in der Vergangenheit geschehen ist.‘“

Nach dem Mittagessen macht **Professor Luitmar** seine Privatprechstunde. In der Regel kommen hier vernünftige Eltern mit gut erzogenen Kindern. Um 16.00 Uhr kommt die Assistentensprecherin Frau Dr. Linsenbusch zu ihm. Frau Dr. Linsenbusch ist schon mehrere Jahre im Haus. Grundsätzlich schätzt er sie, weil sie stets einsatzbereit und engagiert ist. „Nun, Frau Dr. Linsenbusch, ich vermute, ich weiß schon, was jetzt auf mich zukommt“, sagt der Professor zu Beginn des Gesprächs. „Ich weiß nicht, was Sie meinen, was ich Ihnen jetzt sagen werde. Ich vermute aber, es ist nicht das, was Sie erwarten, Herr Professor Luitmar. Ich muss

Ihnen leider Folgendes sagen: Ich schaffe das hier in der Klinik nicht mehr! Ich möchte es auch nicht mehr! Ich muss am Wochenende 12-Stunden-Dienste machen. Zusätzlich dazu habe ich noch eine 1-stündige Hin- und Rückfahrt, so dass ich an diesen Tagen in der Regel mehr als 14 Stunden unterwegs bin. Unter welchen Bedingungen wir hier in dieser Klinik arbeiten, ist nicht mehr menschenwürdig. Andere Kliniken haben sich da längst an die Bedürfnisse der Assistenzärzte angepasst. Wir haben dieses Thema auch schon im Team besprochen, und alle sind der Meinung, dass sich hier etwas ändern muss. Das gesamte Team hat mich beauftragt, Sie hiervon in Kenntnis zu setzen. Wir erwarten von Ihnen, dass Sie das möglichst rasch ändern. Wir haben außer unserem Job in der Klinik auch noch den Wunsch nach Selbstverwirklichung. Zusätzlich benötigen wir mehr Zeit für Familie und Freunde, und wir brauchen mehr Flexibilität. Selbstverständlich sind wir gerne bereit, engagiert zu arbeiten, aber wir benötigen eine neue, zeitgemäße Struktur unserer Arbeitszeiten.“

Während die Assistenzärztin spricht, legt **Professor Luitmar** sichtlich erstaunt seine Lesebrille zur Seite und erwidert dann: „Ich bin total überrascht und entsetzt. So etwas hat noch nie eine Ärztin in meiner Klinik zu mir gesagt. Ich bin der Überzeugung, dass Sie alle froh sein können, dass Sie in einer so tollen und renommierten Klinik Ihre Facharztweiterbildung machen dürfen. Ich bin schließlich dafür verantwortlich, dass Sie alle eine gute medizinische Ausbildung bekommen, und die gibt es nun einmal nicht mit einem 8-Stunden-Tag. Handouts für Ihre Ausbildung, Curricula und Stationsanweisungen helfen nichts, wenn Sie nicht Erfahrungen am Patienten machen und sich voll reinhängen.“

Frau Dr. Linsenbusch antwortet: „Ich glaube, zwischen Ihren und unseren Wertevorstellungen bestehen grundsätzliche Unterschiede. Unsere Berufstätigkeit soll uns Anerkennung bringen, und wir wollen bei der Arbeit Spaß haben. Zusätzlich wünschen wir uns Einfluss auf Entscheidungen. Meine Berufstätigkeit bedeutet mir viel und ich möchte dennoch nicht auf ein gutes Leben verzichten.“

Professor Luitmar begreift, dass weiteres Reden hier keinen Sinn macht. Er steht auf, öffnet seine Tür und sagt zu Frau Dr. Linsenbusch: „Ich bin geschockt von Ihrem Egoedürfnis, schließlich machen wir Medizin für Patienten und deren Eltern. Es ist unsere Pflicht, diese Patienten gut zu versorgen. Unsere eigenen Bedürfnisse müssen wir einfach zurückstellen. Frau Dr. Linsenbusch, ich wünsche Ihnen noch einen schönen Tag. Sie werden von mir hören.“

Gegen 18.00 Uhr macht **Professor Luitmar** noch eine Runde durch seine Klinik, um zu schauen, ob die Ärzte noch seine medizinische Unterstützung auf den Stationen benötigen. Auf den Stationen wird der Professor dann von einigen Müttern angesprochen. Sie fragen ihn, wie es mit ihrem kranken Kind weitergehe. Schließlich sagt er dann zu den Schwestern, sie mögen den Stationsarzt holen, damit er sich um die Fragen der Mütter kümmere. Zum Erstaunen des Professors sagt die Schwester dann: „Herr Professor, die Stationsärzte sind schon nach Hause. Ich glaube, die sind so gegen 16.35 Uhr gegangen. Seitdem habe ich hier keinen mehr

gesehen. Wir können höchstens den diensthabenden Assistenzarzt holen. Möchten Sie das?“ Dankend verneint **Professor Luitmar** und verlässt umgehend die Station.

Gegen 19.00 Uhr ist **Professor Luitmar** wieder in seinem Zimmer angekommen. Bevor er nach Hause geht, führt er noch einige Telefonate, diktiert ein paar Mails und schaut sich 2 wissenschaftliche Artikel an, die er sich herausgesucht hat. Sein Eindruck ist allerdings, dass diese Studien nicht mehr die Qualität haben, die früher üblich war, weshalb er die Artikel gar nicht erst zu Ende liest.

Diskussionen – jetzt auch noch zu Hause

Gegen 20.00 Uhr macht er sich dann auf den Weg nach Hause. Seiner Frau erzählt er dann, dass es ein schwieriger Tag für ihn war, und erläutert kurz, was vorgefallen ist. Seine Frau entgegnet ihm: „Friedrich, ich glaube, es wird Zeit, dass du dich mit den neuen Gegebenheiten auseinandersetzt. Wir haben als junge Leute doch auch nein gesagt, z. B. zum Krieg in Vietnam. Ich habe die Frauenbewegung unterstützt und mich aktiv beim Ausstieg aus der Atomkraft eingebracht. Diese jungen Leute, habe ich den Eindruck, kommen nicht wie wir laut daher, sondern sie machen das anders. Wer zieht denn heute noch fahnen-schwenkend durch die Stadt oder wer rüttelt an den Konzerntoren globaler Unternehmen, wenn er die Gesellschaft verändern will? Ich habe den Eindruck, diese jungen Leute verändern unsere Gesellschaft, ohne auf die Barrikaden zu gehen.“

„Fängst du jetzt auch noch an mich zu nerven!“, murrte **Professor Luitmar** seine Frau an.

„Ich glaube, Schatz, du musst dich da umstellen. Die alten Werte bekommst du nicht auf die neue Generation verpflanzt, und die alle umzuerziehen, ist nicht möglich.“

„Was heißt hier umerziehen? Die sollen sich einfach nur an meine Anweisungen halten!“

„Ich glaube, das ist genau das Problem. Du musst aufhören zu jammern, weil die jungen Ärzte einfach anders ticken als eure Ärztesgeneration.“

Nachdenklichkeit und Beginn der Neuorientierung

Wenige Wochen später kommt es zu einem zweiten Gespräch zwischen **Professor Luitmar** und Professor Dornfeld. Zunächst sprechen sie über den Geschäftsführer. **Professor Luitmar** sagt: „Früher habe ich da drüben beim Geschäftsführer angerufen und ihm gesagt, was ich umgehend benötige, um gute Medizin für die Patienten zu machen. Dann gab es kein Wenn und Aber. Auch der Satz ‚Da müssen wir erst mal noch genauere Berechnungen machen‘ tauchte nicht auf. Die haben einfach gemacht, was ich gesagt habe, und die Sache war in Ordnung. Heute muss man ja für jeden Bleistift einen Antrag stellen. Wir benötigen akut auf der Intensivstation neue CPAP-Anschlüsse und ich habe brav einen Antrag gestellt. Wissen Sie, was der Geschäftsführer mir geantwortet hat?“

Der Geschäftsführer schreibt mir, wenn ich von der Dringlichkeit so überzeugt wäre, solle ich die CPAP-Anschlüsse doch von meinem privaten Geld vorfinanzieren. Er habe zurzeit keine Investitionsmittel mehr zur Verfügung.“

Professor Dornfeld erwidert: „Also bevor wir dieses riesige Thema Verwaltung und deren Sinnhaftigkeit jetzt anfangen zu besprechen, möchte ich noch einmal auf Ihr Bewerbungsgespräch zurückkommen. Darüber habe ich nämlich noch einmal nachgedacht. In den Krankenhäusern bewerben sich heutzutage frisch approbierte Ärzte mit einem Lebensalter von 24 bis 26 Jahren. 80 % dieser frisch approbierten Ärzte sind Frauen. Sie bewerben sich auf die vielen offenen Stellen, die wir je nach Fachabteilung nicht besetzen können. Wir stellen dann diese jungen Ärzte ein, und plötzlich stellen die fest, wie wenig attraktiv dieser Arbeitsplatz im Krankenhaus für sie ist. Die Kliniken sind weiterhin streng hierarchisch strukturiert. Sie bieten eine schlechte Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Sie können vereinbarte Freizeiten nicht immer garantieren. Die Arbeitszeiten, die wir anbieten müssen, sind für die jungen Ärzte nicht attraktiv.“

Abb. 1/2: Wunschliste der jungen Ärzte in der Klinik



Werden diese jungen Ärzte dann gefragt, was sie sich im Krankenhaus wünschen, so ergeben sich in der Regel immer dieselben Forderungen. Sie sagen dann: ‚Wir wollen uns am Arbeitsplatz selbst verwirklichen. Wir wollen, dass uns die Arbeit Spaß macht, und unser gesamtes Wohlbefinden darf unter der Arbeit nicht leiden.‘ Zusätzlich fragen sie sich, ob es zielführend für sie ist, bei Chefärzten zu arbeiten, die noch führen, wie sie selber einmal geführt wurden. Aus den genannten Gründen wollen die Kollegen hospitieren, um ein wenig die Stimmung im Team, aber auch unser Führungsverhalten zu erfassen. So einfach ist die Erklärung. Wir Chefärzte sind auf dem Prüfstand der jungen Kollegen.

Ich hatte neulich ein interessantes Gespräch mit einem Facharzt. Ich habe ihn gefragt: ‚Was wünschen Sie sich von mir als Ihrem Chef?‘ Daraufhin hat er geantwortet: ‚Zunächst einmal finde ich es toll, dass Sie diese Frage überhaupt stellen. Ihr Vorgänger hat hier jahrelang überhaupt keine Fragen gestellt, sondern immer nur seine Lösungen präsentiert. Wir jüngeren Ärzte haben uns da nie richtig wohlfühlt, was dazu geführt hat, dass es hier in der Abteilung zu einer hohen Fluktuation von Ärzten gekommen ist. Es ist ja nicht so, wie Ihr Vorgänger das dargestellt hat, dass wir nicht arbeiten wollen. Wir wünschen uns mehr Aufmerksamkeit, mehr Wertschätzung und mehr Fürsorge. Wir sind aufgewachsen in einem Dschungel der vielfältigen Optionen und haben gelernt, möglichst lange zu warten, bevor wir eine Entscheidung treffen. Für uns ist Multikulti ganz normal, und wir sind die erste Generation, die vom Kleinkindalter bis heute mit Computern, Tablets, Smartphones, Google, Facebook und Twitter aufgewachsen ist. Das Lesen von Büchern und Zeitungen war gestern, wir ziehen unsere relevanten Informationen aus dem Netz. Wir brauchen ständiges Lob und ein konstantes Feedback mit der Chance, ständig Bonuspunkte zu sammeln, wie in einem guten Computerspiel.‘“

Abb. 3: Tipps für die Führung von jungen Ärzten

- Junge Ärzte umzuerziehen, ist nicht möglich.
- Zahlen Sie ein auf das Kommunikationskonto.
- Vorsicht bei der Anfrage nach Mehrarbeit!
- Viel Urlaub am Stück muss möglich sein.
- Loyalität gibt es heute nur noch auf Zeit.

Abb. 4: Was bringt uns Ärzte in der Klinik für Kinder und Jugendliche zusammen?

- Wir haben eine gemeinsame Mission.
- Wir arbeiten werteorientiert.
- Wir schenken uns gegenseitig Vertrauen.
- Wir gehen respektvoll miteinander um.
- Wir verteilen die Lasten gerecht und transparent.

Kollege Dornfeld merkt, wie **Professor Luitmar** immer stiller wird. Plötzlich sagt **Professor Luitmar**: „Huh, das sind ja stramme Wünsche. Neulich hatte ich eine Situation, da bin ich ja fast geplatzt. Ich hatte meine Sekretärin gebeten, bei einer Kollegin, die auf der neonatologischen Intensivstation arbeitet, die neuesten Zahlen für unsere Neonatologie aus dem Qualitätsbericht der Ärztekammer zu besorgen. Weil die Kollegin im Freizeitausgleich war, schrieb meine Sekretärin ihr eine E-Mail mit folgendem Inhalt: ‚Der Chef sucht dringend die neuesten Zahlen zu unserer Neonatologie. Bitte ganz schnell raussuchen, ausdrucken und mailen. Vielen Dank für Deine Mühe.‘ Am nächsten Tag hatte meine Sekretärin dann folgende Antwort: ‚Liebe Jana, bin heute nicht dazu gekommen, die Zahlen rauszusuchen. Tut mir fürchterlich leid. Ganz liebe Grüße.‘ Ich fand das ungeheuerlich. Als ich die Kollegin dann darauf angesprochen habe, war sie geknickt und meinte, wo denn mein Problem wäre, schließlich hätte sie doch sofort geantwortet. Außerdem müsste ich doch als ihr Chef wissen, dass sie zurzeit arbeitstechnisch so viele andere Dinge zu erledigen habe. Ihr Lösungsvorschlag wäre, dass sie mir die Zahlen in einigen Tagen gibt oder ich sie mir selber raussuche, wenn es so dringend sei.“

Professor Dornfeld entgegnet: „Wir müssen den Blickwinkel der jungen Ärzte einnehmen. Diese sogenannte Generation Y hat hohe Erwartungen an ihren potentiellen Arbeitgeber. Ihre Vorstellung ist, dass sie einen Dialog auf Augenhöhe mit ihren Vorgesetzten führen kann. Zusätzlich erwarten die jungen Ärzte von uns, dass wir ihnen eine hohe Transparenz von Informationen bieten. Wichtig ist auch eine individuelle Förderung, damit sie eine möglichst gute Ausbildung in den Kliniken bekommen. Zusätzlich sollen die Chefs es noch schaffen, ihnen Anerkennung und Unterstützung zu gewähren. Der alte Satz ‚nicht geschimpft ist genug gelobt‘ ist somit in der heutigen Zeit völlig obsolet.“

Professor Luitmar fragt laut: „Ja aber, Herr Kollege, finden Sie denn nicht, dass diese Forderungen völlig überzogen sind? Wir älteren Kollegen haben doch ganz andere Erfahrungen. Wir sind aufgewachsen in einer Zeit mit Krisen ohne Ende. Wir hatten enorme Schwierigkeiten, eine Stelle im Krankenhaus zu finden. Teilweise

haben wir zunächst als Gastarzt oder Hospitant voll gearbeitet, in der Hoffnung, irgendwann einmal in ein festes Arbeitsverhältnis reinzurutschen. Ich kann mich noch an Zeiten erinnern, wo auf meinem Chefschreibtisch hunderte von Bewerbungsmappen lagen, obwohl ich nicht eine einzige Assistenzarztstelle zu vergeben hatte. Müssen denn die jungen Leute sich nicht auch an uns anpassen? Oder ist das ausschließlich Aufgabe der älteren Generation?“

Professor Dornfeld meint: „Aus Ihrem Blickwinkel haben Sie natürlich Recht, allerdings gibt es ein großes Problem. Wenn Sie die gesamte Arbeit in Ihrer Klinik nicht alleine machen wollen, brauchen Sie ständig neue ärztliche Kollegen. Diese ärztlichen Kollegen bekommen wir aber nur, wenn wir uns auf die neuen Gegebenheiten einlassen, einen neuen Kommunikationsstil pflegen und uns ständig einer Selbstreflexion unterwerfen.“

Professor Luitmar: „Sie meinen also, ich muss mich total umstellen und den jungen Ärzten nach dem Mund reden?“

Professor Dornfeld: „Naja, so würde ich es nicht sagen. Ich erinnere mich an einen alten Indianerspruch, den ich in meiner Jugend in irgendeinem Buch gelesen habe. Dort stand: ‚Laufe eine Weile in den Mokassins deines Feindes. Erst dann wirst du verstehen, wie du mit diesen Menschen umgehen solltest.‘“

Neue Erkenntnisse – Führung auf dem Prüfstand

Das Gespräch mit dem jüngeren Chefarztkollegen Herrn Dornfeld ließ **Professor Luitmar** in den folgenden Tagen nicht mehr los. Was hatte er eigentlich bisher verstanden, fragte er sich. Klargeworden ist ihm, dass die jungen Ärzte ihre Karriere neu definieren. Zusätzlich haben sie den Wunsch, mehr Freizeit für sich und ihre Familie zu haben. Wie das umgesetzt werden sollte, ist ihm aber schleierhaft.

Am Wochenende ist **Professor Luitmar** zu einem Kongress gefahren. Das Thema lautete: „Wie führe ich meine ärztlichen Mitarbeiter in der heutigen Zeit?“ Vor einigen Jahren wäre es undenkbar gewesen, dass er zu einem solchen Kongress fährt, hat seine Frau ihm am Morgen zugerufen. Die Referenten berichten zunächst über die Studienausbildung der jungen Ärzte. Sie weisen darauf hin, dass das gesamte Medizinstudium inzwischen sehr verschult sei und sehr viel theoretisches Wissen erlernt werden müsse. Die Fähigkeit, selbständig zu arbeiten, eigene Entscheidungen zu treffen und auch Verantwortung für medizinische Sachentscheidungen zu übernehmen, werde kaum vermittelt.

Neu für **Professor Luitmar** ist auch die Information, dass 60 % der Ärzte Teilzeit arbeiten möchten und ggf. noch ein weiteres Studium und/oder ein Sabbatical anstreben.

Auf die Frage, was die jungen Ärzte sich von ihrem zukünftigen Arbeitgeber wünschen, wurden folgende Zahlen präsentiert: 64 % der jungen Ärzte gaben an, für sie seien eine kollegiale Arbeitsatmosphäre, die Akzeptanz von Work-Life-Balance (60 %) und eine gute Förderung (50 %) die entscheidenden Faktoren, um sich für eine Klinik zu entscheiden.

Innerhalb seines Teams spricht **Professor Luitmar** am nächsten Tag folgendes Thema an: „Welche Bedeutung haben Geldanreize für Ihre Arbeit? Würden Sie auf Geld für die Nachtdienste verzichten, wenn Sie mehr Freizeit bekommen würden?“ Die anschließende Diskussion entwickelt sich zunächst sehr zögerlich. Nach einer Weile bittet **Professor Luitmar** um eine Abstimmung. Alle Assistenten stimmen für mehr Freizeit. Oberärzte hingegen wünschen sich, ihren Hintergrunddienst weiterhin bezahlt zu bekommen.

Das staunende Lernen geht weiter und es ergeben sich neue Erkenntnisse

Professor Luitmar erzählt beim nächsten Treffen mit Professor Dornfeld Folgendes: „Na ja, das Thema Führung durch Chefärzte, aber auch das Führungsverhalten von Oberärzten ist für mich sehr relevant geworden. Was ich bisher verstanden habe, ist, dass die Rezepte von gestern für die Zukunft wenig tauglich sind. Meine Frage ist jetzt eher: Was erwarten die jungen Kollegen von uns als ihren Chefs?“

„Nicht ganz einfach, eine Antwort zu finden und sie im Alltag umzusetzen“, meint Herr Dornfeld. „Ich denke, wir müssen uns besser vorbereiten auf das, was auf uns zukommt. Wir müssen den jungen Ärzten ein individuelles Coaching anbieten. Unser Hinweis, dass früher alles besser war und wir viel mehr gearbeitet haben, will keiner mehr hören.“

Jetzt unterbricht **Professor Luitmar** seinen Kollegen: „Aber was mache ich denn, wenn die älteren Oberärzte mir glatt sagen, dass sie nicht bereit sind, bei den Assistenzärzten ein Programm zur Kinder- und Jugendernziehung durchzuführen? Medizinische Defizite würden sie versuchen auszugleichen, aber für Motivation und Eigenleistung seien sie nicht zuständig. Neulich meinte ein Oberarzt: ‚Die jungen Kollegen sollen mich nicht endlos nerven, die spinnen doch total. Wie können Sie nur solche Leute einstellen?‘“

„Da fällt mir gerade Folgendes ein“, sagt Professor Dornfeld. „Ich fand das toll, was ein jüngerer Kollege neulich zu einem meiner Oberärzte gesagt hat. Er sagte: ‚Ihr Älteren könnt uns doch dankbar sein, denn eigentlich wollt ihr doch auch anders arbeiten. Ihr wünscht euch doch auch mehr Flexibilität und Freiräume, seht euch nach regelmäßigem Feedback und klaren Perspektiven in dieser Klinik. Wir kämpfen also nicht nur für unsere Generation, sondern wir kämpfen auch für euch ältere Kollegen. Ihr konntet diesen Kampf damals nicht gewinnen. Unser Nein heute mit den neuen Spielregeln werden aber die Kliniken akzeptieren müssen, weil wir jungen Ärzte Mangelware sind. Was ihr nicht geschafft habt, werden wir nun still und leise in den Kliniken durchsetzen. Bei uns sieht das mittlerweile so aus, dass ich inzwischen mehrere Oberärzte habe, die auch Teilzeit arbeiten möchten.‘“

„Okay, lassen wir das jetzt einfach mal so stehen und überlegen gemeinsam, was wir denn verbessern können“, unterbricht **Professor Luitmar** seinen Kollegen. „Könnte denn vielleicht der Hinweis helfen, dass wir gemeinsam mit unserer Arbeit eine wichtige und ausfüllende ärztliche Mission haben? Es wird doch niemand von uns

gezwungen, diese interessante ärztliche Tätigkeit durchzuführen. Wir haben uns unseren Beruf alle freiwillig ausgesucht. Unsere ärztliche Tätigkeit bietet uns die Chance zur Selbstverwirklichung, was ja nicht in allen Berufen möglich ist.“

Professor Dornfeld entgegnet: „Ich glaube, es würde schon helfen, wenn wir den jüngeren Ärzten ihre Karriereplanung selber überlassen würden. Wir sollten nicht mit dem erhobenen Zeigefinger unterwegs sein und sie mit Schuldzuweisungen konfrontieren. Ich habe meine Vorgehensweise etwas umgestellt. Grundsätzlich verteile ich nur noch kleine, in sich geschlossene Päckchen von Aufgaben. Weiterhin achte ich auf sehr viel Transparenz und Gerechtigkeit, wenn neue Aufgaben zu verteilen sind. Helfen kann auch der Hinweis, dass diese Aufgaben nur auf Zeit vergeben werden. Ich muss als Chef wesentlich geduldiger sein und kann nicht erwarten, dass meine Ideen einfach von der Arztgruppe unkommentiert umgesetzt werden.“

Professor Luitmar daraufhin: „Ja, aber wie lösen Sie denn ein einfaches, aber ständig auftretendes Problem? Wenn zum Beispiel krankheitsbedingt die Dienste am Wochenende neu zu verteilen sind?“

Professor Dornfeld: „Na ja, das ist natürlich ein kritisches Problemfeld. Zumindest kann ich nicht einfach erwarten, dass einer sein freies Wochenende aufgibt, nur weil ein anderer krank geworden ist. Ich als Chef der Klinik repräsentiere den Arbeitgeber, ich kann nachvollziehen, warum das akut aufgetretene Problem nicht zu einem persönlichen Problem werden soll.“

„Was soll das bedeuten?“, fragt **Professor Luitmar**.

„Das bedeutet nichts anderes, als dass es nicht selbstverständlich ist, dass ein Kollege einfach für einen kranken Kollegen einspringt“, antwortet Professor Dornfeld. „Ich kann das als Chef nur noch bedingt erwarten und somit auch nicht mehr ohne weiteres anordnen. Ich als Chef habe die Aufgabe, Bonuspunkte für den Einspringenden zu besorgen und zu verteilen. Das kann bedeuten, dass eine materielle oder ideelle Belohnung fällig wird. Ich glaube, je strukturierter und verbindlicher unsere Angebote sind und je klarer wir sie kommunizieren, desto größer ist unsere Chance, die jungen Ärzte zu erreichen. Hiermit erzielen wir Bindung, Motivation und Akzeptanz in dem Team. Dazu ist es natürlich notwendig, dass Oberärzte und vor allen Dingen Chefärzte ihren Kommunikationsstil grundsätzlich überdenken. Die wichtigste Forderung der jungen Ärzte an die Chefärzte ist, dass diese Offenheit, Toleranz, Transparenz und Gerechtigkeit zeigen.“

Professor Luitmar: „Hier möchte ich aber noch einmal nachfragen, Herr Kollege. Wie erzeugen Sie denn nun das von den jungen Kollegen so gewünschte freundliche Arbeitsklima?“

Hierauf antwortet Professor Dornfeld mit einem Schmunzeln im Gesicht: „Na ja, auch hier gibt es natürlich kein Patentrezept. Allerdings habe ich gute Erfahrungen mit sogenannten Spontanfeedbacks gemacht. Keine großen angesetzten Termine, sondern

kleine verbale Aufmerksamkeiten können schon helfen. Die Droge der Anerkennung für eine geleistete Arbeit, die Unterstützung bei einem bestimmten Projekt oder die gemeinsame Karriereplanung sind wichtige Turbos für ein gedeihliches Arbeitsklima. Belobigungen, die nur einmal im Jahr in dem sogenannten Mitarbeitergespräch stattfinden, reichen nicht aus, sondern es sind die ständigen kleinen Aufmerksamkeiten, die zielführend sind.“

Abb. 5: Persönliche Führungssätze von Prof. Dr. Kölfen

- „Ich differenziere heute viel mehr zwischen fachlichem und menschlichem Führen.“
- „Ich habe den Eindruck, dass es sehr wichtig geworden ist, den Mitarbeitern auch eine individuelle Beratung für sich und ihre Weiterentwicklung anzubieten.“
- „Führung muss Sinn stiften und dieser muss vermittelt werden.“
- „Persönliche Wertschätzung der Mitarbeiter ist ein zentraler Attraktivitätsfaktor.“

Abb. 6: Partnerschaftliche Zusammenarbeit ist gefragt

- **Gelassenheit:**
Stille und laute Rebellion ist das Privileg der jungen Ärzte.
- **Klarheit:**
Stille und laute Rebellion ist das Privileg der jungen Ärzte.
- **Leitplanken:**
Stille und laute Rebellion ist das Privileg der jungen Ärzte.
- **Führen über Ziele**
- **Spontanfeedback:**
Stille und laute Rebellion ist das Privileg der jungen Ärzte.
- **Jede Generation würdigen**
- **Austausch ermutigen und produktives Miteinander fördern**

„Meinen Sie, es könnte auch zu positiven Effekten kommen, wenn wir als Chefs nicht mehr so viel von oben herab anordnen, sondern eher um Hilfestellungen bitten?“, fragt **Professor Luitmar** nun.

Professor Dornfeld: „Ja, das glaube ich. Ich fordere permanent Verbesserungsvorschläge ein, lasse sie mir dann genau erklären und begleite dann die jüngeren Kollegen in der konkreten Umsetzung.“

„Und wenn das dann nicht klappt, weil niemand sich bewegt oder niemand Zeit hat?“, wendet **Professor Luitmar** ein. „Was machen Sie denn dann?“

Professor Dornfeld: „In dem Fall frage ich mich zunächst, ob ich das Projekt im Vorfeld ausreichend kommuniziert habe. Vielleicht gelingt es, durch die Neuformulierung neue Chancen und Wege darzustellen, um die Mitarbeiter auf diesem Weg zu motivieren. Ich rege mich auch nicht über die permanenten Störereignisse hier auf. Für mich gilt der Satz: ‚Die neue Stabilität des Systems ist die Instabilität.‘ Ich differenziere heute viel mehr zwischen fachlichem und menschlichem Führen. Meine feste Überzeugung ist es, dass die persönliche Wertschätzung der wichtigste Attraktivitätsfaktor ist, um Mitarbeiter ans Haus zu binden und zu holen.“

Professor Luitmar sagt dann: „Ich schaue gerade auf meine Uhr und stelle fest, dass es schon 19.00 Uhr ist. Ich habe meiner Frau fest versprochen, heute zum gemeinsamen Abendessen zu Hause zu sein. Das wird bestimmt eine enorme Überraschung für sie sein, wenn ich pünktlich bin. Als Erstes wird sie mich wahrscheinlich fragen, ob etwas Schlimmes passiert ist.“

Abschließend sagt Professor Dornfeld dann zu seinem Kollegen: „Mein Eindruck ist immer mehr, dass die älteren Kollegen, die in die Selbstreflexion mit sich selber gehen, sehr schnell begreifen, dass es an ihnen liegt, sich auf die neuen Zeiten einzulassen. Es ist nützlich, ein Bündnis mit den jungen Kollegen einzugehen, weil sich daraus die Chance entwickelt, sich selber rasch und nachhaltig weiterzuentwickeln. Bei Ihnen, Herr Kollege, merke ich jetzt schon eine Veränderung. Alle Achtung! Wenn das so weitergeht, werden Sie wahrscheinlich bald die Geschäftsführung um ein Sabbatical bitten, um Ihre persönliche Mitte zu finden!“

Abb. 7: Wichtige Hinweise zur Mitarbeiterführung von jungen Ärzten

- Machen Sie keine falschen Versprechungen.
- Bieten Sie eine professionelle Einarbeitung und Begleitung in der Facharztausbildung an – nicht nur auf dem Papier, sondern auch in der täglichen Arbeit.
- Wenn die jungen Ärzte neue Aufgaben übernehmen sollen, überlegen Sie bitte, ob es auch Ihnen nützt. Häufig möchten sie sie nur für eine bestimmte Zeit machen.
- Haben Sie bitte im Auge, dass die maximale Verplanbarkeit der jungen Ärzte kurz ist.
- Seien Sie nicht verärgert, wenn junge Ärzte manchmal Probleme lösen, indem sie komplett aussteigen und dann auch die Klinik wechseln.

Professor Luitmar erwidert mit einem kleinen Augenzwinkern:

„Na ja, ganz so weit bin ich wohl doch noch nicht. Aber Freude würde mir so ein Sabbatical schon machen. Warten wir mal ab, was die nahe Zukunft bringen wird.“

Prof. Dr. Wolfgang Kölfen
Vizepräsident des BVKJ
Städtische Kliniken Mönchengladbach –
Standort Elisabeth-Krankenhaus Rheydt
Hubertusstr. 100
41239 Mönchengladbach
wolfgang.koelfen@sk-mg.de

Literaturangaben beim Verfasser.

Zusammen ist man weniger allein

Christian Steuber

Skeptiker haben Recht, wenn sie die Problem-
potentiale der Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)
aufzählen: enormer Managementaufwand, Teil-
haber-differenzen oder Weggang von Patienten,
denen die private Atmosphäre einer Einzelpraxis
lieber ist. Das Benennen dieser Stolpersteine hilft,
diesen konstruktiv zu begegnen, um am Ende von
den Vorzügen eines großen Teams zu profitieren –
das ist ein Fazit nach elf Jahren des Wachstums (und
Erwachsenwerdens) der „Praxis Arche für Kinder
und Jugendliche“ im Speckgürtel von Freiburg im
Breisgau.

Ende 2018 arbeiteten in Deutschland 5.311 zugelassene Praxis-
pädiater. Davon waren 2.380 (44,8%) in einer BAG tätig, unterstützt
von 402 angestellten Fachärztinnen und -ärzten. Auch 513 (9,6%)
Einzelpraxen hatten die Hilfe angestellter Ärzte. Dem gegenüber
standen 2.397 (45,1%) Praxen, in denen eine Ärztin oder ein Arzt
alleine tätig war. Damit arbeitete gut die Hälfte der Praxispädiater
in kooperativen Strukturen (Quelle: KBV).

Es gibt viele Gründe für die Bildung einer ärztlichen Gemein-
schaft oder zur Anstellung von ärztlichen Mitarbeiterinnen und
Mitarbeitern:

- Stetiger fachlicher Austausch auf kurzem Wege
- Synergieeffekte, z. B. bei der Nutzung von Geräten und EDV
- Das Angebot verschiedener fachlicher Schwerpunkte unter
einem Dach
- Arbeitsteilung bei nichtärztlichen Tätigkeiten, Management,
Personalführung u. a.
- Urlaub machen, ohne die Patienten alleinzulassen, und Ent-
lastung vom Gefühl dauerhafter Zuständigkeit

- Verwirklichung einer reduzierten Arbeitszeit aus persönlichen
oder familiären Gründen, Verpflichtungen oder beispielsweise
wegen einer chronischen Erkrankung
- Freiräume für die eigene Fortbildung und die Weiterbildung der
Mitarbeitenden

Neben diesen Gründen war die stetig steigende Inanspruchnahme
für uns Anlass, die Kooperation und später die fachärztliche An-
stellung und Ausweitung auf Filialen voranzutreiben. Neue Patien-
ten abzulehnen fühlte sich genau so schlecht an wie die Wochen-
arbeitszeit als „Einzelkämpfer“ immer weiter auszudehnen. Im
April 2008 gründeten wir die BAG „Praxis Arche für Kinder und
Jugendliche“ am neuen gemeinsamen Standort, räumlich zwischen
unseren beiden bisherigen Einzelpraxen.

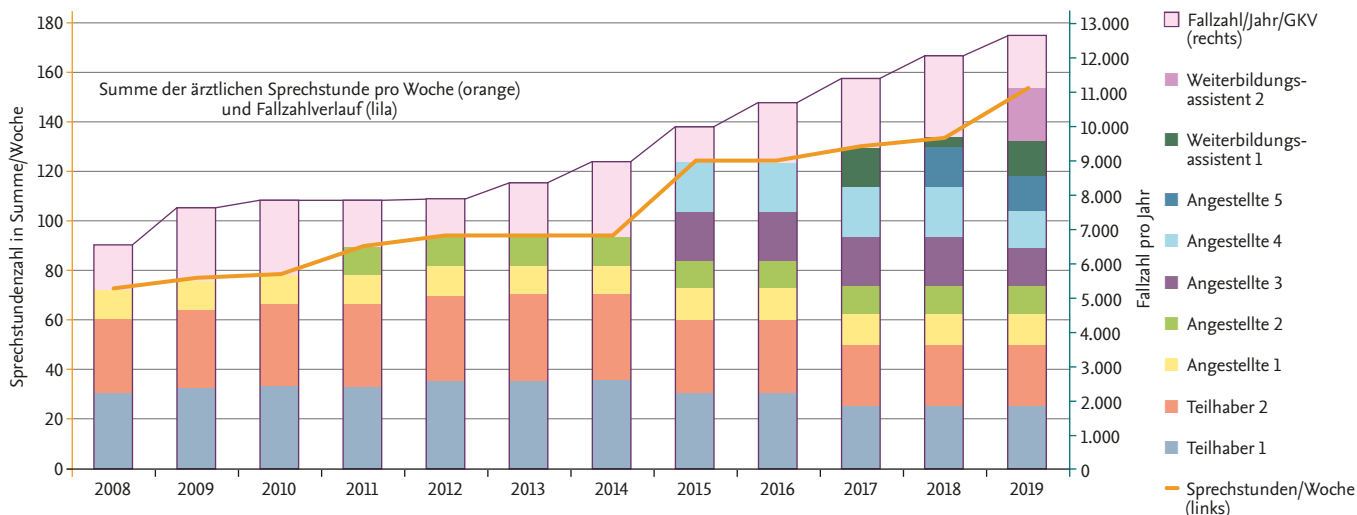
Wo sind wir heute?

In unserer BAG arbeiten aktuell sieben Fachärztinnen und -ärzte
(davon fünf angestellt) sowie zwei Weiterbildungsassistentinnen
(WBA) an drei Standorten. In ca. 150 Arztgesprächsstunden pro Woche
finden pro Jahr über 25.000 Arztpatientenkontakte (APK) statt, teil-
weise telefonisch, inzwischen im Rahmen der Teilnahme an „doc-
direkt“ auch telemedizinisch. Eine zehnte Kollegin befindet sich
in der Elternzeit. Dies ist erwähnenswert, da im Durchschnitt der
vergangenen Jahre etwa 10% der ärztlichen Arbeitszeit wegen
Mutterschaft, längere Auslandsaufenthalte oder Krankheiten aus-
fielen. Es wurde zur Gewohnheit, dies im Personalmanagement
zu berücksichtigen. Wir haben uns nicht von den KV-Regularien
abschrecken lassen und alle Möglichkeiten ausprobiert, den stei-
genden Patientenzahlen gerecht zu werden. Einer anfänglich
kurzzeitigen Anstellung mit Leistungsbegrenzung folgte die Zu-
lassungsteilung zur Anstellung ohne Leistungsbegrenzung (4 x
50%). Zwei, später vier, angestellten Fachärztinnen mit je zehn
Stunden Sicherstellungsauftrag folgte 2017 zusätzlich eine fünfte
als Sicherstellungsassistentin. 2018 und 2019 ergänzten wir unser
Ärzteteam durch eine Hospitationsassistentin (einer in Baden-Würt-
temberg geförderten dreimonatigen Anstellung ohne wesentliche
Zulassungsaufgaben), um mehr Raum für Teilzeit- und Vertretungs-
modelle zu schaffen. Mit dem Übergang der hospitierenden Assis-
tentin in eine unbefristete Anstellung mit Leistungsbegrenzung
wurden wir erneut gedeckelt. Die in Baden-Württemberg be-
stehende Möglichkeit, die Leistungsbegrenzung dem tatsächlichen
Bedarf anzupassen, ermöglichte uns eine Erhöhung der Leistungs-
begrenzung entsprechend einem halben Versorgungsauftrag.

Unterstützt werden wir von zwölf medizinischen Fachangestellten
(MFA) mit zusammen 250 Wochenarbeitsstunden und drei Aus-
zubildenden mit zusammen 60 Wochenstunden Mitarbeit neben
der Schule.



Abb. 1: Entwicklung der Fallzahlen im Verhältnis zum Sprechstundenangebot



Quelle: Christian Steuber

Organisation und Praxisspektrum

Die Hauptpraxis ist ganzjährig von Montag bis Freitag zwischen 8 und 13 Uhr sowie zwischen 14 und 18 Uhr besetzt. Die Filialen (in 4 km und 20 km Entfernung) arbeiten jeden Vormittag und jeweils ein bis zwei Nachmittage pro Woche, in den Ferienzeiten oft deutlich reduziert. Jeder Arzt hat Sprechstunde in der Hauptpraxis sowie reduziert in einer der beiden Filialen. Die nichtärztlichen Mitarbeiter arbeiten überwiegend an einem Standort und mit gelegentlicher Vertretung an anderen Standorten. Die vernetzte EDV und eine PC-gesteuerte Telefonanlage ermöglichen uns ein zentrales Termin- und Anrufmanagement und an allen Standorten vergleichbare Strukturen.

Neben der einbestellten Sprechstundenzeit werden von den Ärztinnen und Ärzten zusätzlich insgesamt etwa 40 Stunden pro Woche für Büro- und Mehrarbeit aufgebracht, um Dokumentation, Laborbeurteilung, eilige Gespräche und Schriftverkehr zu erledigen. Darin enthalten sind auch die Mehrarbeit der beiden Praxisbesitzer für Organisation, Personal- und Qualitätsmanagement. Heimarbeitsplätze mit Fernverbindung zum Server für alle ärztlichen Mitarbeiter werden wegen der hohen Flexibilität bei der Erledigung einzelner Tätigkeiten sehr geschätzt.

Unsere Praxis bedient die üblichen Felder der allgemeinen Pädiatrie einschließlich Sonografie, Allergologie mit Pricktestung, Lungenfunktionstestungen und allgemeinem Labor, ergänzt durch komplementärmedizinische Angebote. Es besteht eine räumliche Kooperation mit einer Kinder- und Jugendpsychotherapeutin und einer benachbarten gynäkologischen Praxis. Untereinander finden immer wieder fachlicher Austausch, aber auch gemeinsame Teambuilding-Maßnahmen wie Ausflüge statt.

Was sind die Vorteile, was die Problembereiche einer großen BAG?

Bei der Gründung einer BAG überwiegt die Euphorie. Man macht anfangs unangenehme Arbeiten noch gern, die dann im Verlauf der

Jahre lästig werden. Die Fallstricke kennt man noch nicht, Probleme werden kleingeredet. Ohne Anspruch auf Vollständigkeit möchte ich auch anhand von Beispielen Notwendigkeiten, Vorteile und Schwierigkeiten aufzählen. Diese betreffen die fachliche Ebene, die wirtschaftliche Partnerschaft in einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR) und die Aufgaben als Arbeitgeber einer großen Anzahl ärztlicher und nichtärztlicher Angestellter.

Alltagsabläufe und Strukturen

Klar definierte Arbeitsbereiche und -abläufe sind in einer großen Praxis notwendiger und manchmal zeitaufwendiger als in einer Einzelpraxis, die spontanere Absprachen und Entscheidungen erlaubt.

Ein wirklich gelebtes Qualitätsmanagement (QM) mit alltagstauglich beschriebenen medizinischen und technischen Arbeitsabläufen hilft besonders auch neuen Mitarbeitern. Dinge werden hinterfragt und Fehler korrigiert. Im QM-Ordner sind auf je ein bis zwei Seiten beispielsweise die Patienten-Neuaufnahme, die Arbeitsabläufe jeder Vorsorgeuntersuchung, von Pricktestungen, aber auch vom Umgang mit Anträgen für Wiedereingliederungshilfe und andere Alltagsarbeiten ausführlich beschrieben.

Wir konnten in den letzten sieben Jahren aus unserem bestehenden Personal eine Praxismanagerin ausbilden, die mit viel Engagement und Verantwortungsbewusstsein das QM, die komplette Personalplanung der MFA, die Ausbildungsverantwortung und das Bestellwesen bei reduzierter Tätigkeit im Praxisalltag bearbeitet. Wir mussten lernen zu delegieren. Heute sind wir froh, Bereiche wie Personal- und Urlaubsplanung, Einstellungs- und Mitarbeitergespräche, Anschaffungen, Reparaturen, aber auch den Umgang mit Ämtern und der KV teilweise oder ganz abgegeben zu haben. Nicht nur die Praxismanagerin, sondern fast alle Mitarbeiter haben ihnen zugeordnete Verantwortungsbereiche (z. B. Aktualisierung der Notfallkoffer oder Medikamentenvorräte, Raumdekoration, Aquariumpflege, Abarbeiten von Quartalsabrechnungslisten, Organisation der Hyposensibilisierung u. a.). Die eindeutige

Verantwortungsübergabe auch schon an Auszubildende je nach Wünschen und Fähigkeiten unterstützt die Identifikation mit der Praxis und bereichert den Arbeitsalltag der einzelnen Mitarbeiter. Die fachlichen Schwerpunkte jedes Mitglieds des Ärzteteams werden für informelle „interne Überweisung“ und zur gegenseitigen Schulung genutzt.

Kommunikation und Teamarbeit

Um die notwendige enge Abstimmung, transparente Kommunikation und den ständigen Austausch bei so vielen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu gewährleisten, nutzen wir verschiedene Kommunikationskanäle:

- To-do-Listen im Arzteinformationssystem (AIS) für jeden Mitarbeiter, auch die Auszubildenden
- Zentrales EDV-gestütztes Dokumentations- und Terminverwaltungssystem im AIS mit personenindividueller Kennzeichnung jeglicher Einträge
- SMS-artige Kommunikation zwischen allen Arbeitsplätzen an allen Standorten mit Pop-up-Nachrichten auf dem Monitor
- Sammellisten (in Form von Pseudopatients im AIS, die von jedem Arbeitsplatz zu bearbeiten sind) für die TOPs zukünftiger Teambesprechungen, für ärztliche Themen, aber auch für ausgewählte Arbeitsbereiche (z. B. Fehlermanagement, Bestellwesen, Hyposensibilisierung, Materialversorgung der Standorte)
- Smartphone-assoziierte Chatgruppen, in denen, zur Wahrung des Datenschutzes anonymisiert, kurzfristig fachlicher oder

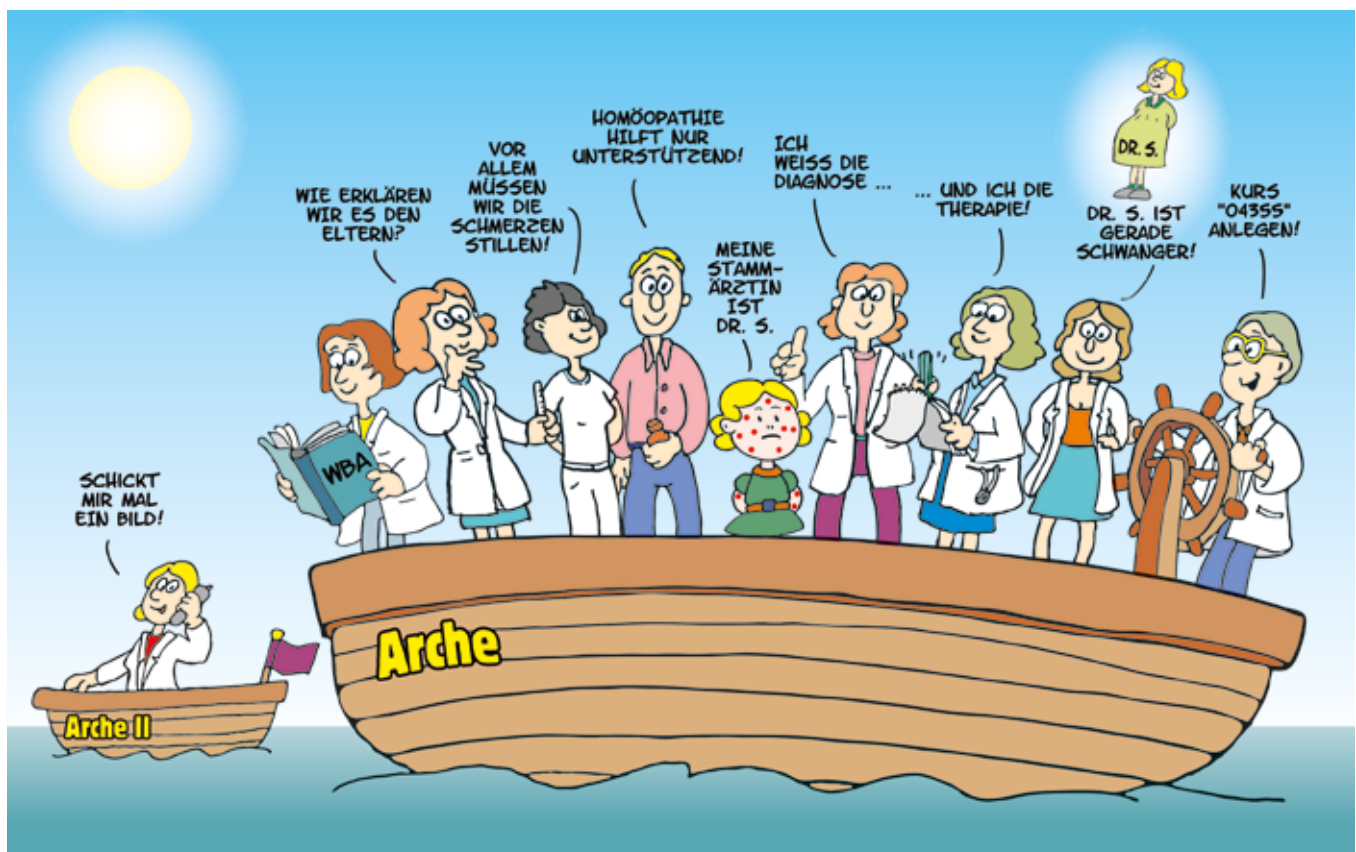
organisatorischer Austausch stattfindet, z. B. bei unerwartetem Ausfall eines Mitarbeiters

- Regelmäßige und protokollierte Teambesprechungen (alle 5–6 Wochen)
- 4–6 Mal jährlich praxisinterne ärztliche Qualitätszirkel zur fachlichen Abstimmung (z. B. konsensuelles Vorgehen bei der Impfberatung, Festlegung von diagnostischen Abläufen) sowie zur langfristigen Sprechstunden- und Urlaubsplanung
- Direkte Gespräche in den Sozialräumen bei Kaffee und Frühstücksbrötchen

In großen Teams steigt das Risiko, dass sich Abläufe unkontrolliert verselbständigen und Fehler gemacht werden. Verantwortlichkeiten müssen klarer benannt werden, um bei Mängeln reagieren zu können, ohne dem Einzelnen das Gefühl zu geben, ständig kontrolliert zu werden. Durch banale fachliche Meinungsunterschiede, z. B. bei Impfberatungen oder der adäquaten Therapie von Krankheiten, können Widersprüche entstehen. Diese werden auch von Patienten und Eltern bemerkt. Es gilt, ein großes Maß an Toleranz zu entwickeln, da es oft verschiedene therapeutische Wege gibt. Gleichzeitig muss die Bereitschaft zum kritischen Austausch, ohne Eitelkeit und Kränkung Einzelner, gefördert werden.

Strukturell versuchen wir dem zu begegnen, indem jeder Patient primär von einer Stammärztin/einem Stammarzt mit Behandlungshöhe betreut wird, bei den Weiterbildungsassistenten mit fachärztlicher Unterstützung. Bis auf Notfälle und Abwesenheitszeiten

Abb. 2: Kommunikation in einer großen BAG mit Filiale auf den Punkt gebracht



Quelle: Christian Steuber

wird dieses Stammarztprinzip respektiert. Dennoch sind wir uns bewusst, dass unsere bewegte Großpraxis mit dem teilweisen Verlust der kuscheligen Atmosphäre und eines exklusiven Charakters verbunden ist, wie man ihn aus kleinen Praxen kennt und der die Erwartungshaltung bestimmter Patientengruppen besser erfüllt. Im Gegenzug bieten wir einen durchgehend arbeitenden Dienstleistungsbetrieb, der im Angebot nicht zwischen den Kassenarten unterscheidet und damit unser aller Gemüt entspricht.

Gewinnverteilung und Zusammenarbeit der Gesellschafter

Eine Berechnung von Gewinnanteilen auf den Cent genau (in Buchhaltermanier) ist nicht möglich. Es gibt aber vernünftige Grundlagen zur Ermittlung der Gewinnverteilung, die bei der Annäherung helfen.

Für ein befriedetes Verhältnis zwischen den Teilhabern ist die Offenheit zur Auseinandersetzung mit allen kritischen Bereichen der Gewinnverteilung Voraussetzung. Gleichzeitig muss eine Toleranz gelebt werden, die auf Pfennigfucherei verzichtet. Geschätzt 2–3% des Jahresgewinnes werden nicht absolut gerecht verteilt, da keine Gewinnverteilungsgrundlage allen Faktoren gerecht wird. Aktuelle Diskussionsbeiträge in PädInform zeigen die Wichtigkeit der Bewertung auch von Managementaufgaben neben der eigentlichen Verteilung anhand von Arbeitsleistungen bei der Patientenversorgung.

Die Gewinnverteilung kann beispielsweise der Anwesenheitszeit (Berechnung der Sprechstunden- oder Arbeitszeit), tatsächlichen, individuell erarbeiteten Leistungsziffern, der Anzahl von erledigten APK oder einer Mischung dieser Systeme folgen. Da der Erlös nicht einfach der zeitlichen Inanspruchnahme folgt, sollten erlösbeeinflussende Faktoren, beispielsweise die Anzahl

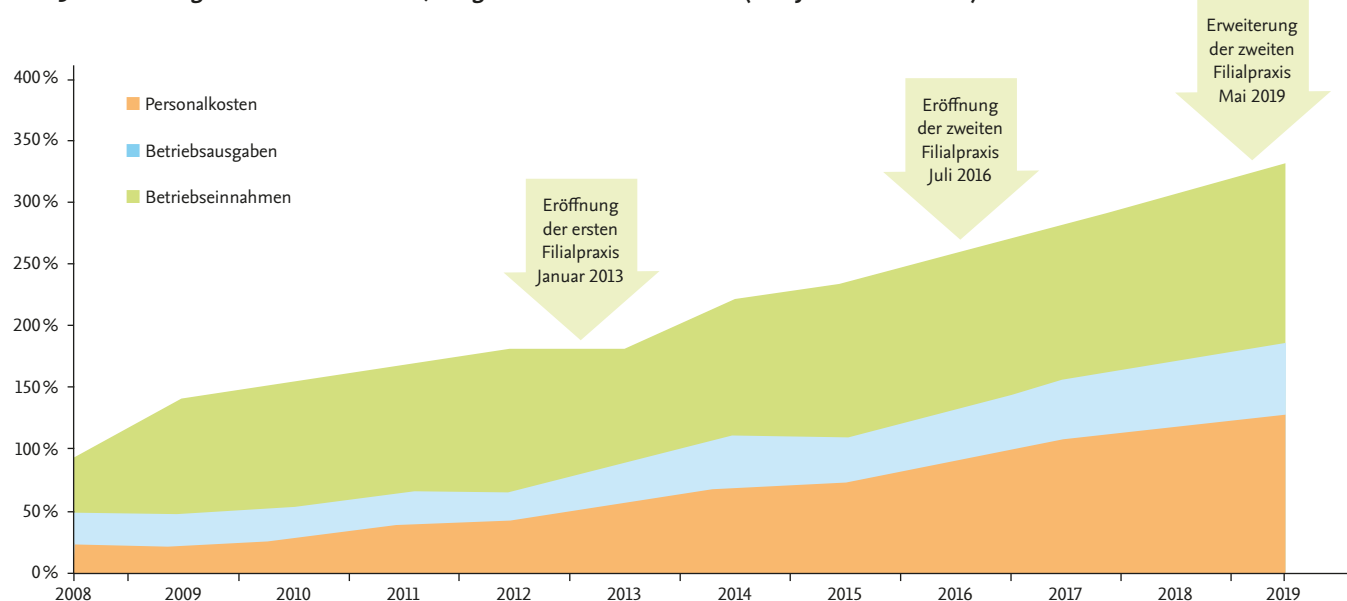
behandelter Patienten, berücksichtigt werden. Dies fördert auch die Motivation für ein wirtschaftlicheres Arbeiten. Demgegenüber ist aber eine Berechnung allein auf Grundlage individuell erwirtschafteter Leistungshonorare oft ungerecht und u. U. sehr aufwendig. Pauschalbeträge oder bestimmte Versicherungsarten (Privatpatienten, Selektivverträge) beeinflussen den Praxisumsatz des Einzelnen bei vergleichbarem Arbeitseinsatz beträchtlich.

Zu Beginn unserer Gemeinschaft haben wir dennoch versucht, die Arbeitsleistung des Einzelnen durch Zuordnung fast aller vergebenen Leistungsziffern (einschließlich der individuellen Zuordnung von Privatabrechnungen) zu differenzieren. Die dreijährige Beobachtung ergab ein annähernd ausgewogenes Verhältnis, welches sich analog alleine durch die Anzahl der behandelten Patienten in Form von APK abbilden ließ. Unsere Leistungsbemessung orientiert sich seit sieben Jahren überwiegend an der Anzahl der APK (ergänzt durch Managementzuschläge, siehe unten), auch um die tägliche Versorgung unserer Patienten zu würdigen. Dieses Vorgehen hat die statistische Erfassung und damit die Gewinnverteilung deutlich vereinfacht sowie die interne Konkurrenz (z. B. um Privatpatienten) eliminiert.

Die Leistungen der angestellten Ärzte lassen sich ebenso durch die Zählung der APK hinreichend quantifizieren. Zur Unterstützung der Abrechnungsqualität werden alle Ärzte über deren Vergabehäufigkeiten von Abrechnungsziffern vergleichend informiert, um in Vergessenheit geratene Ziffern in Erinnerung zu bringen. Der durch die angestellten Ärzte erwirtschaftete Gewinnanteil wird unter Berücksichtigung weiterer Faktoren den Angestellten teilweise als freiwilliger Bonus ausgezahlt, ansonsten zu gleichen Teilen den Gesellschaftern zugeordnet.

Im Falle einer gefühlten Unzufriedenheit der Gesellschafter vereinbarten wir, auf die nächsthöhere Differenzierung der

Abb. 3: Entwicklung von Praxiseinnahmen, Ausgaben und Personalkosten (Startjahr 2008 = 100%)



Quelle: Christian Steuber

Gewinnherkünfte als Grundlage der Gewinnverteilung zurückzugreifen. Das offene Gespräch und der ehrliche Umgang im Wissen, dass keiner von uns Teilhabern alleine in der Lage wäre, annähernd denselben Einzelgewinn mit vergleichbarem Aufwand in einer Einzelpraxis zu erlangen, hat uns bislang stets einen Ausgleich finden lassen.

Wie lassen sich Managementaufgaben abbilden?

Auch Arbeiten für Buchhaltung und Abrechnungswesen, EDV-Betreuung u. a. müssen Berücksichtigung finden. Noch schwerer wird es bei anderen Aufgaben, die ebenfalls für den Praxiserfolg wichtig sind: Organisation von Teamausflügen, geschickte Gesprächsführung bei Mitarbeitergesprächen, Besorgung von Geburtstagsgeschenken, Aus- und Weiterbildungsaufgaben, Dekoration der Praxis, Behebung von Gerätedefekten, Hausmeisterarbeiten und andere Aufgaben, denen wir im Alltag neben der Patientenversorgung und dem Praxismanagement gegenüberstehen. Auch das einfache Anwesendesein, um auf die Probleme der Mitarbeiter einzugehen, hat seinen Stellenwert. In einer Einzelpraxis ist der oder die letztendlich Verantwortliche schnell auszumachen.

Als möglichen Ausweg für besonders zeitaufwendige Aufgaben, die überwiegend von einem der Teilhaber erledigt werden, haben wir die Berücksichtigung einer Arbeitsstunde analog sechs APK vereinbart. Dies kam zum Beispiel bei der Neuanschaffung der kompletten EDV zum Tragen, da diese mehrheitlich durch einen Teilhaber umgesetzt wurde. Die Protokollierung solcher Vereinbarungen kann als Erinnerung wichtig sein.

Ein erwähnenswertes Beispiel mit unerwartetem Konfliktpotential war ein zusätzlicher nachträglicher Umsatz im fünfstelligen Bereich, der im Rahmen der Schweinegrippe 2009 mehrheitlich von einem Teilhaber durch die Verwendung einer dafür vorgesehenen Zusatzziffer generiert wurde. Der andere Teilhaber hatte diese Pseudoziffer kaum abgerechnet, da eine spätere Entlohnung keineswegs absehbar war. Die tatsächliche Mehrarbeit durch die Grippewelle war natürlich für jeden in etwa gleich. Die Jahre später unerwartet ausgezahlte Vergütung musste wegen der unterschiedlichen Ziffernvergabe zwischen uns verhandelt werden. Eine hälftige Zuordnung dieses Umsatzes analog dem Arbeitseinsatz schien für den einen Partner berechtigt. Der andere argumentierte, dass er wegen der Versäumnisse des anderen durch die fehlende Vergabe der Ziffer nun nicht benachteiligt werden wolle, denn überwiegend er habe für diesen Zusatzgewinn gesorgt. Solche Konflikte und deren Lösungsfindung lassen sich nicht vermeiden und müssen gegenüber der Einzelpraxis grundsätzlich als Mehraufwand einkalkuliert werden.

Der beschriebene Weg einer kooperativen Geschäftsführung und vereinfachten variablen Gewinnverteilung mit der Möglichkeit, im Falle von Uneinigkeit auf genauere Berechnungsgrundlagen zurückzugreifen, eignet sich besonders gut bei nur zwei Teilhabern. Viele Themen können unkompliziert bei einem gemeinsamen Mittagessen geklärt werden. Ab drei oder mehr Teilhabern sind verbindlichere Festlegungen, regelmäßige Gesellschaftertreffen

mit Protokoll und differenziertere Gewinnverteilungen vermutlich unerlässlich. Dies ist einer der Gründe, die uns vor der Aufnahme zusätzlicher Gesellschafter bislang zurückschrecken ließen.

Fazit aus elf Jahren Gemeinschaftspraxis

Es gibt Konfliktbereiche, die nur in der ärztlichen Kooperation auftreten und nicht immer vorhersehbar sind. Managementaufgaben nehmen in einer BAG mehr Platz ein. Die Arbeit steigt proportional mit dem Personal. Voraussetzung ist daher die Bereitschaft und Freude an der Übernahme von Managementaufgaben neben dem medizinischen Alltag. Die Umsetzung erfordert oft hartnäckiges Ausreizen der KV-rechtlichen Spielräume mit hohem bürokratischem Aufwand, kann aber auch mit höherem Erlös belohnt werden.

Der tagtägliche und niederschwellige fachliche wie menschliche Austausch zwischen kooperativ zusammenarbeitenden Ärztinnen und Ärzten und der großen Gruppe MFA ist eine ausgesprochene Bereicherung gegenüber der nach jahrelanger Patientenbetreuung eintretenden Routine in der Einzelpraxis. Den Patienten wird ein fachlich und zeitlich gewinnbringenderes Angebot gemacht. Eine große Gemeinschaftspraxis kann zudem Freiräume für neue Aufgaben wie Weiterbildung und berufspolitisches Engagement schaffen oder es ermöglichen, die Arbeitszeit zu reduzieren.

Dr. Christian Steuber

Delegierter/Beauftragter Honorar LV Baden-Württemberg im BVKJ

Praxis Arche für Kinder und Jugendliche

Am Bahnhof 2 a

79232 March

steuber@kinderaerzte-team.de

Literaturangaben beim Verfasser.

Aus dem Alltag einer pädiatrischen Subdisziplin in der Praxis

Lukas Vogler, Albert Storcks

Wir möchten mit unserem Bericht Kinder- und Jugendärzte darin bestärken, auch in eigener Praxis ihren Weg selbständig zu gehen. Wir wollen dazu ermutigen, Schwerpunktmedizin auch in der Kinder- und Jugendarztpraxis anzubieten, und zwei Möglichkeiten der fachärztlichen Versorgung vorstellen.

Der Schwerpunkt Kinderneurologie wird in der Regel im Rahmen der Schwerpunktweiterbildung nach bestandener Facharztprüfung an einer Klinik, die über entsprechende Weiterbildungsmöglichkeiten verfügt, im Laufe der derzeit noch dreijährigen Weiterbildungszeit erworben.

In Abhängigkeit von der regionalen Bevölkerungs- und Infrastruktur lässt sich die Subspezialität in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung auf unterschiedliche Weise im Praxisalltag umsetzen. Dabei gibt es mehrere Varianten einer neuropädiatrischen Schwerpunkttätigkeit:

- Reine Schwerpunktpraxis
- Hausärztliche Versorgung und fachärztliche Versorgung
- Gemeinschaftspraxis verschiedener Subspezialitäten und Allgemeinpädiatrie

Bezüglich der Ausübung des Schwerpunktes in der vertragsärztlichen Versorgung stellen wir exemplarisch zwei mögliche Praxismodelle vor:

1. Die allgemeinpädiatrische Praxis mit neuropädiatrischem Schwerpunkt von Lukas Vogler, die im Süden Deutschlands in Satteldorf bei Crailsheim liegt.
2. Die kinderneurologische Schwerpunktpraxis von Albert Storcks im Norden der niedersächsischen Kleinstadt Vechta. Hier wird ausschließlich fachärztlich kinderneurologisch gearbeitet.



Allgemeinpädiatrische Praxis mit neuropädiatrischem Schwerpunkt aus der Sicht von Praxisinhaber Dr. Vogler

Die Praxis wurde als Einzelpraxis 1992 von meinem Vorgänger Hans-Jörg Dobler gegründet und 2005 von mir übernommen. Es war der gute Geist dieser Praxis, der mich persönlich angesprochen und motiviert hat. Von Anfang an war die Praxis eine hausärztliche Kinder- und Jugendarztpraxis mit kinderneurologischem Schwerpunkt. Die Fachgebietsbezeichnung „Neuropädiatrie“ gab es zu dieser Zeit allerdings noch nicht. Eine Ausnahmegenehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung machte es möglich, die Leistungen über die entsprechenden Gebührenordnungspositionen aus den neurologischen und kinder- und jugendpsychiatrischen Kapiteln des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) abzubilden. Mit der Übernahme der Praxis setzte ich die Kontinuität in der Behandlung neurologisch kranker Kinder fort und baute sie aus.

Hier werden vor allem Kinder und Jugendliche hausärztlich versorgt, was neben der kurativen Versorgung des gesamten allgemeinpädiatrischen Spektrums ebenso die Prävention (Vorsorgen und Impfungen) umfasst. Dies macht in etwa 66 % der Versorgung aus. Daneben werden im Rahmen des Schwerpunktes Kinderneurologie die unterschiedlichsten Krankheitsbilder zur Vorstellung gebracht. Zuweisende sind Haus-, Kinder- und Jugendärzte, Neurologen, Kinder- und Jugendpsychiater, Kinder- und Jugendpsychotherapeuten, Augenärzte, HNO-Ärzte, Kinderorthopäden, Kindergärten und Schulen sowie das Gesundheitsamt.

Ein Netz aus niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern, Therapeuten und angrenzenden Sozialpädiatrischen Zentren sowie interdisziplinär überregionalen Fachkliniken zur Mit- und Weiterbehandlung unterstützen die Arbeit und ergänzen das Angebot.

Die Praxis wird getragen von einem eingespielten Team aus drei Medizinischen Fachangestellten (zwei Vollzeitkräfte, eine Halbtagskraft). Eine Fachkraft wurde speziell zur Ableitung der Elektroenzephalographie (EEG) ausgebildet. Die Mitarbeiterinnen sind für jedwede Praxistätigkeit ausgebildet und entsprechend flexibel einsetzbar. Somit können personelle Engpässe gut aufgefangen werden. Eine spezielle neuropädiatrische Sprechstunde gibt es in dieser Praxis nicht, da die Zulassung zur hausärztlichen Versorgung einen reinen neuropädiatrischen Tag in der Einzelpraxis kaum zulässt. Andererseits schafft dies auch Abwechslung und bietet die Möglichkeit, dem Patienten sowohl ein fachärztliches als auch hausärztliches Versorgungsangebot bedürfnisgerecht anzupassen.

Der allgemeinpädiatrische Alltag ist geprägt von Vorstellungsanlässen aller Art. Akute Erkrankungen, Vorsorgen von der U2 bis J2 sowie das übliche Impfprogramm gehören zur täglichen Routine. Zusätzliche Konsultationsgründe sind Sporttauglichkeitsuntersuchungen, Reiseimpfberatung sowie die Behandlung nach Unfällen in Kindergarten oder Schule.

Typische neuropädiatrische Kontakte erfolgen zur Abklärung von

- Kopfschmerzen,
- Aufmerksamkeitsstörungen,
- zerebralen Anfällen,
- Schrei-, Fütter- und Schlafstörungen,
- Entwicklungsauffälligkeiten im Allgemeinen und im Besonderen,
- Pavor nocturnus,
- Tic-Störung,
- Tremor,
- Schwindel,
- Muskelschwäche,
- Zerebralparesen.

Dabei gibt die Reihenfolge der Aufzählung in etwa die Häufigkeit der Vorstellungsanlässe in der Sprechstunde wieder. Je nach Vorstellungsgrund und aktueller Sprechstundensituation kann es notwendig sein, die Diagnostik auf mehrere Termine zu verteilen, insbesondere wenn ergänzende Untersuchungen wie beispielsweise eine Blutentnahme, ein EEG oder Entwicklungstestungen erforderlich sind.

Zu Beginn jeder Untersuchung steht eine ausführliche Anamnese unter Einbezug der Familien- und Medikamentenanamnese. Daran schließt sich eine ausführliche neurologische Untersuchung dem Kopf-zu-Fuß-Schema folgend an:

Zunächst schaue ich das Kind an, beobachte sein Spielverhalten, betrachte die Bewegungsmuster, die Interaktion zwischen Bezugsperson und Kind und ebenso auch den Pflegezustand. Üblicherweise suche ich bereits zu Beginn der Untersuchung das Gespräch mit den Eltern und beobachte währenddessen das Verhalten des Kindes. Anschließend erfolgt der Untersuchungsablauf.

Schema Untersuchungsablauf

- HNV-Status
- Kalotten-Klopfschmerz
- Reflexe (Eigen- und Fremdreife, pathologische Reflexe)
- Muskelstatus (Tonus, Seitendifferenzen, umschriebene Schwäche, Atrophie)
- Sensibilität (epikritische und protopathische Sensibilität)
- Sensorische Defizite (visuell, olfaktorisch, gustatorisch)
- Bindegewebe- und Stützapparat
- Gleichgewichtsprüfung (Romberg-Stehversuch, Unterberg-Tretversuch, Knie-Hacke-Versuch, Seiltänzerengang, Zehenspitzen- und Fersengang)

- Besonderen Wert lege ich auf die Somatometrie mit Beurteilung des Längen- und Kopfwachstums sowie der Gewichtsentwicklung.

An zwei Nachmittagen in der Woche werden Kinder zum EEG (Wach- oder Schlafuntersuchung) einbestellt. Dabei sind Einfühlungsvermögen und Geduld gefragt. Viele Kinder wehren bereits das Tragen ihrer Mütze ab. Entsprechend problematisch kann es sein, eine EEG-Haube zu setzen. Unangenehm ist die Bearbeitung der Kopfhaut zur Reduzierung des Widerstandes und für viele ist es noch weniger erträglich, 20 Minuten still in fremder Umgebung zu liegen. Damit tun sich selbst Erwachsene nicht leicht. Kleinkinder und emotional oder intellektuell beeinträchtigte Kinder reagieren oft ganz besonders ängstlich und abwehrend, sodass in besonderen Fällen das EEG als medikamentös induzierte Schlafableitung durchgeführt wird. Hierfür kommen unterschiedliche sedierende bzw. schlafinduzierende Substanzen wie Chlorprothixen (Truxal), Chloralhydrat und Melatonin in Betracht. Dabei müssen jedoch Einbußen in der Beurteilbarkeit durch eine fehlende Wachphase oder medikamentös induzierte EEG-Veränderungen in Kauf genommen werden. Ein EEG bindet eine Medizinische Fachangestellte gut eine Stunde. Währenddessen steht sie für die allgemeine Sprechstundentätigkeit nicht zur Verfügung. Es ist nicht nachvollziehbar, dass EEG-Untersuchungen beim Kind auch im neuen EBM genauso wie beim Erwachsenen honoriert werden.

EEG veranlasse ich bei dem Verdacht auf eine hirnorganische Funktionsstörung, beispielsweise bei Verdacht auf Epilepsie, Kopfschmerzen, Entwicklungsstörungen (z. B. der Sprache) oder Schädel-Hirn-Trauma, bei Bedarf auch bei Zustand nach Fieberkrampf oder vor Beginn einer Stimulanzientherapie. Die EEG werte ich nach Beendigung der Sprechstunde aus.

Zur Abklärung von Entwicklungsstörungen gibt es umfassendes testdiagnostisches Material. Wir nutzen Tests, mit denen Säuglinge, Kleinkinder und Kindergartenkinder bis zum Schuleintritt in den verschiedenen Entwicklungsbereichen getestet werden können. Hierzu zählen der ET 6-6, die BUEVA, der FRAKIS sowie die PLAKSS-II, außerdem DISYPS-KJ mit seinen Fragebögen. Die Medizinischen Fachangestellten wurden hierfür in einem Tandem-Workshop mit Kinder- und Jugendärzten geschult. Einmal pro Woche ist eine MFA morgens mit der Durchführung eines Entwicklungstests beschäftigt. In einem weiteren Termin werden die Ergebnisse und die sich daraus ableitenden Konsequenzen mit den Eltern besprochen. Da es sich hierbei um delegierbare Leistungen handelt, können diese über die entsprechenden Gebührenordnungspositionen aus dem Kapitel 35 des EBM abgebildet werden.

Als Neuropädiater und allgemeinpädiatrisch tätiger Arzt möchte ich an dieser Stelle einige mir wichtige Aspekte der Kindesentwicklung vorstellen: die Bedeutung der frühkindlichen Reflexe für die Kindesentwicklung und die Wirkung von Licht auf die Kopfhaltung.

Innerhalb des ersten Lebensjahres durchläuft der Mensch die atemberaubend schnelle Entwicklung vom Neugeborenen bis zum aufrecht gehenden Kleinstkind.

Es scheint, dass eine wesentliche Voraussetzung für die Vertikalisierung die Ausrichtung des Kopfes in der Körperachse ist.

Damit dies möglich ist, muss das Neugeborene viel „üben“. Dies geschieht bereits unmittelbar nach der Geburt, indem es aktiv den Kopf anhebt und zur Seite dreht. Nach und nach gelingt ihm dies in allen Körperlagen. Es sind wohl die ständigen Lageänderungen im Raum unter dem Einfluss der Schwerkraft, die die stetige Differenzierung des Nervensystems unterhält und zu einer immer differenzierteren motorischen Kompetenz führt.

Ein weiterer beachtenswerter Aspekt sind die Neugeborenenreflexe. Für die Wahrnehmung der Körperlage im Raum ist vor allem der Moro-Reflex zu nennen, ein entwicklungsgeschichtlich relevanter Schutzreflex. Der Moro-Reflex ist alles andere als ein primitiver Reflex. Er wird als Folge einer plötzlichen, unvermittelten Lageänderung, aber auch durch optische und akustische Reize ausgelöst und ist jedem Kinder- und Jugendarzt bestens bekannt. Evolutionsbiologisch diente er wohl dem Schutz des Jungtieres vor dem Herabfallen von der Mutter.

Der Sinn für die Lage im Raum beruht auf vestibulären, visuellen, akustischen und haptischen Informationen, deren Grundfunktion ja schon früh vorhanden ist und dem Kind die Orientierung im Raum ermöglicht. Das Kind wird mit der ersten Sekunde seines Lebens mit den Gegensätzen konfrontiert: hell/dunkel, laut/leise, kalt/warm, schwerelos/schwer, geborgen/schutzlos ausgeliefert.

Damit muss das Neugeborene über eine prinzipielle Fähigkeit verfügen, vorne/hinten/oben/unten wahrzunehmen. Ich habe die Vorstellung, dass alles, was vor dem Blickfeld des jungen Säuglings liegt, prinzipiell nicht angstauslösend ist, umgekehrt jedoch alles, was sich außerhalb seines Blickfelds befindet, Angst erzeugt. Wer kennt nicht das Gefühl, sich zu erschrecken, wenn man plötzlich von hinten einem unbekanntem lauten Geräusch ausgesetzt wird. In der Regel dreht man sich reflexartig um, öffnet die Augen weit und spannt die Muskulatur an. Das heißt, dass uns der Moro-Reflex im Lauf des Lebens immer begleitet und sich im Wachstumsverlauf immer weiter differenziert.

Ich bin davon überzeugt, dass ein liebevolles Handling mit dem Säugling für die Regulation der Reflexe erforderlich ist. Genauso wie der schreiende Säugling durch die fürsorgliche Stimme der Bezugsperson beruhigt wird und lernt, seine Affekte zu regulieren, ist eine liebevolle Regulierung und auch die Vermeidung überschießender Reflexantworten notwendig, um den Säugling in der Entwicklung seiner Körperwahrnehmung zu unterstützen. In diesem Sinne werbe ich bei den Eltern für folgenden Umgang mit dem Baby, wenn es auf dem Arm eines Elternteils liegt und beispielsweise auf die Wickelkommode gelegt wird:

Wie in Abb. 1 zu sehen ist, reitet der Säugling auf dem Unterarm. Dabei sollten Mutter und Kind die gleiche Blickrichtung haben. Der Rumpf wird mit der anderen Hand gestützt. So hat das Baby alles im Blick, wenn es vorsichtig auf die Unterlage abgelegt (s. Abb. 2) und behutsam auf den Rücken gerollt wird (s. Abb. 3 und 4). Das

Hochnehmen erfolgt in umgekehrter Reihenfolge (s. Abb. 5–6). Ziel soll es sein, den Säugling zu unterstützen, die Welt aus allen Lagen angstfrei zu entdecken.

Abb. 1–6:





Ein häufiger Vorstellungsgrund in der kinder- und hausärztlichen Praxis ist die lagerungsbedingte Schädeldeformität.

Während meiner täglichen Arbeit mit dem Säugling machte ich einige grundlegende Beobachtungen, die ich in Bezug auf die lagerungsbedingte Schädeldeformität gerne weitergeben möchte:

Auch hier spielen zum Verständnis der Entstehung des lagerungsbedingten Plagiozephalus evolutionsbiologische Grundprinzipien eine Rolle. Von besonderer Bedeutung ist der Umstand, dass sich alles Leben dem Licht zuwendet. Genau wie sich der Blütenkopf der Sonnenblume dem Licht entgegenstreckt, wendet sich auch der junge Säugling stets dem Licht zu. Einseitiger Lichtreiz ist ein Risikofaktor zur Entwicklung einer Kopfvorzugshaltung (s. Abb. 7).

Abb. 7:



Durch Änderung der Position der Wiege wird das Kind vielfältig visuell angeregt mit der Folge, dass das Baby unterschiedliche Kopfpositionen sucht. Aus diesem Grund ist bei der Diagnostik und Therapie des Plagiozephalus die Kenntnis der Schlafumgebung des Säuglings von besonderer Bedeutung. Ebenso unterstützt ein breites Angebot unterschiedlicher Stillpositionen den Säugling in der motorischen Entwicklung und schützt mit der Entleerung aller Quadranten der Brust vor Milchstau.

Der Säugling möchte die Welt aus allen Lebenslagen kennenlernen und benötigt Geborgenheit, um die zahllosen Sinneseindrücke zu bewältigen.

Wir Kinderärzte propagieren zu Recht die Rückenlage als sicherste Schlafposition, wir dürfen aber nicht vergessen, die Eltern darauf aufmerksam zu machen, das Kind im Wachzustand auch auf den Bauch zu legen.

Unsere Aufgabe als Kinder- und Jugendärzte ist es, Eltern in ihrer Rolle des „Elternseins“ zu bestärken. Eltern sollten ermuntert werden, mit dem Kind zu kommunizieren und geduldig die Signale ihres Kindes lesen zu lernen. Die Wahrnehmung kindlicher Bedürfnisse durch Eltern trägt nach meiner Überzeugung wesentlich zur Prävention von Entwicklungsstörungen bei.

Kurzum: Gute Elternarbeit ist gute Vorsorge.

Praxis für Kinderneurologie aus der Sicht von Praxisinhaber Albert Storcks

Abb. 8: Praxis Albert Storcks



Es war ein gewagtes Unternehmen, nach 20 Jahren Tätigkeit im Krankenhaus in die ambulante fachärztliche Versorgung zu wechseln und eine Schwerpunktpraxis neu zu gründen. Mit Unterstützung der örtlichen niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte konnte ich einen vollumfänglichen neuropädiatrischen Sonderbedarf in Vechta durchsetzen. Zuvor gab es Gespräche mit der Kassenärztlichen Vereinigung, Informationsgespräche bei Mitgliedern der Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Neuropädiater und unzählige Modellrechnungen, ob und wie sich das seltene

Konstrukt einer ausschließlich fachärztlich ausgerichteten neuropädiatrischen Praxis trägt. Anfang 2016 startete ich in Praxisgemeinschaft mit einer orthopädischen Gemeinschaftspraxis. Steigende Fallzahlen und die Teilnahme an der sozialpsychiatrischen Versorgung erforderten einen zusätzlichen Raumbedarf, sodass ich seit einem Jahr in neuen Räumlichkeiten mit reichlich Platz meine Praxis für Kinderneurologie und Sozialpsychiatrie auf wirtschaftlich stabiler Basis betreibe. Mit meinem Team aus Heilpädagogen, Sozialpädagogen, Medizinischen Fachangestellten, einer Gesundheits- und Krankenpflegerin und zwei Auszubildenden versorge ich Kinder mit den typischen neurologischen Krankheits- und Störungsbildern wie beispielsweise Entwicklungsstörungen, Kopfschmerzen, Zerebralpareesen, Epilepsien, Aufmerksamkeitsstörungen und Schulleistungsstörungen. Konsiliarisch bin ich in die Betreuung stationär aufgenommenen neurologisch erkrankter Kinder und Jugendlicher in der Kinderklinik Vechta eingebunden. Auf der neonatologischen Intensivstation (Perinatalzentrum Level 1) lerne ich meine jungen Patienten teilweise schon in der Phase des Beginns ihrer oft ein ganzes Leben begleitenden gesundheitlichen Störung kennen.

Für einige privat versicherte Kinder und Jugendliche bin ich Hauskinderarzt. So bleibt mir der Kontakt zur Allgemeinpädiatrie erhalten.

Der Mangel an niedergelassenen Neuropädiatern drückt sich durch eine starke Nachfrage nach neuropädiatrischen Leistungen nicht nur regional, sondern auch überregional aus. Viele meiner Patienten und deren Eltern nehmen weite Anfahrtswege in Kauf, da es für sie am Heimatort kein kinderneurologisches Angebot gibt. Bei der Suche nach einem Arzt für Kinderneurologie nutzen viele Eltern das Internet und stoßen dabei auf meine Praxis (www.kinderneurologie-vechta.de).

Mögliche Gründe für eine Konsultation in meiner Praxis

Nicht selten werden mir Kinder aller Altersgruppen zur Abklärung anfallsverdächtiger Ereignisse vorgestellt. In diesem Fall gehört neben Anamnese, körperlicher Untersuchung und dem EEG beim Säugling auch die Sonografie des Schädels und bei Bedarf auch des Abdomens zum Leistungsangebot, ebenso wie die dazugehörige Labordiagnostik. Ein großer Teil meiner Patienten setzt sich aus Kindern und Jugendlichen mit zerebralen Anfallsleiden zusammen.

Ein weiterer häufiger Konsultationsgrund ist die Abklärung von Entwicklungsstörungen, Schulleistungsstörungen und emotionalen Auffälligkeiten. Mein Vorgehen hinsichtlich der Untersuchung und Patientenbeobachtung ähnelt der Herangehensweise meines Kollegen Dr. Vogler sehr. Deshalb gehe ich nicht weiter auf diesen Aspekt ein.

Zur Diagnostik von Entwicklungsstörungen verwende ich verschiedene Testverfahren (ET 6-6R, BUEGA, Motorik-Test, SET) einschließlich der sehr aufwendigen Autismus-Diagnostik (ADIR,

ADOS). Zur Klärung psychischer Störungen greife ich auf diverse Fragebögen (z. B. DISYPS oder CBCL) zurück. Für die Untersuchung der intellektuellen Leistungsfähigkeit nutze ich den KABC, WISC und den SON. Die kompetente Beobachtung der Probanden durch meine heilpädagogischen Mitarbeiterinnen ist dabei unverzichtbar. Die Untersuchungsergebnisse werden mit den Angehörigen erörtert, Förderkonzepte besprochen und Fördermaßnahmen bei Bedarf veranlasst. Dabei nimmt die Kommunikation mit den Behörden auch für die Erstellung von Stellungnahmen zu Fördermaßnahmen nach § 35a SGB VIII viel Raum ein. Die zunehmende von Sozialämtern geforderte Zuordnung der Teilhabe nach ICF-CY für Kinder mit Behinderungen wird für uns neuropädiatrisch spezialisierte Ärzte eine neue Herausforderung.

Kinder mit Kopfschmerzen bilden eine weitere große Patientengruppe. Besonders wichtig ist mir auch hier die umfassende Anamnese und die körperliche Untersuchung. Ich koordiniere eventuell erforderliche weitere Untersuchungen (z. B. MRT) und schlage ein Behandlungskonzept vor. Unter anderem erfolgt bei Bedarf auch ein psychoedukatives Angebot durch meine heilpädagogische Mitarbeiterin.

Selbstverständlich gehören auch Kinder mit Aufmerksamkeitsstörungen zu meinen am häufigsten diagnostizierten und behandelten Patienten. Nach Diagnosestellung erfolgt die Besprechung der Behandlungsmöglichkeiten. Meine Sozialpädagogin koordiniert den Dialog zwischen Eltern, Schulen, Behörden und Jugendhilfeeinrichtungen. Sie berät auch meine Patienten und deren Angehörige in sozialrechtlichen Fragen. Zu Beginn einer medikamentösen Therapie sehe ich die Kinder einmal im Quartal, bei Bedarf auch häufiger, später mindestens zweimal im Jahr in Kooperation mit dem Haus-, Kinder- und Jugendarzt.

Kürzlich wurde mir ein im Ausland geborenes, wenige Wochen altes und extrem unreifes Frühgeborenes vorgestellt. Die Mutter hat das Kind im Rahmen eines Heimatbesuches in der 26. SSW entbunden. Letztlich wurde das Kind nach einigen Komplikationen (PVL, ventilversorgter Hydrozephalus) nach Hause entlassen. Dort fiel der Säugling durch wiederholtes Erbrechen und mangelndes Gedeihen auf. In meiner Praxis stellte ich bei stagnierendem Kopfwachstum und schmalen Ventrikelsystem im Schädelsonogramm den Verdacht auf eine Überdrainage. Kurzfristige Termine in Fachkliniken sind nicht leicht zu organisieren, es gelang glücklicherweise eine zeitnahe Vorstellung in einer Universitätsklinik. Dort wurde meine Diagnose bestätigt und neurochirurgisch korrigiert.

Anamnese, körperliche Untersuchung, EEG und Sonografie führe ich in der Praxis durch, ebenso Blutentnahmen und weiterführende Labordiagnostik in Zusammenarbeit mit spezialisierten Laboren. Anlass für diese Untersuchungen können Entwicklungsstörungen oder Gesundheitsstörungen des ZNS sein, bei denen ich eine metabolische oder genetische Ursache für denkbar halte. Besonders hier hat die ambulante Versorgung aber Grenzen. Es fehlt an den logistischen Möglichkeiten, Laboruntersuchungen wie

beispielsweise die Bestimmung von Ammoniak und Laktat, eine Blutgasanalyse oder gar eine Liquor-Diagnostik durchzuführen. Hier liegt meine Aufgabe in der Koordination eines diagnostischen Prozesses gemeinsam mit Kinderkliniken, Speziallaboratorien, humangenetischen Praxen und Haus-, Kinder- und Jugendarzt.

Mitunter ist es ein Kraftakt, für Diagnostik und Therapie auf stationärer Grundlage Platz in einer Kinderklinik zu finden. Inzwischen kommen auch gut aufgestellte Kinderabteilungen an ihre Kapazitätsgrenzen, oft aufgrund eines Mangels an ärztlichem und pflegendem Personal. Besonders schwer kranke, teils mehrfach behinderte Kinder und Jugendliche sind für Kliniken aufgrund der teils sehr komplexen Krankheitsbilder für Pflege und Medizin eine Herausforderung. Sie können aus unterschiedlichen Gründen häufig nicht oder teils erst nach zermürenden Telefonaten stationär behandelt werden. Einen eklatanten Versorgungsmangel sehe ich bei der Patientengruppe psychisch kranker, intellektuell benachteiligter Kinder und Jugendlicher. Nicht selten sind sie aufgrund der Notwendigkeit einer professionellen institutionellen Betreuung nicht mehr in ihren Familien, sondern in Einrichtungen der Jugendhilfe untergebracht. Teils komplexe medikamentöse Behandlungskonzepte werden mangels geeigneter Klinikplätze von mir ambulant koordiniert und führen mich an die Grenze dessen, was ich für gut vertretbar halte. Besonders für diese mitunter auf Einzelbetreuung angewiesenen Patienten, an denen pflegende Angehörige und pädagogische Institutionen verzweifeln und möglicherweise scheitern, wünsche ich mir einen niedrigschwelligen Zugang zu entsprechend ausgestatteten Einrichtungen der stationären Kinderheilkunde und Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Die Nachfrage nach spezialisierter kinderneurologischer Diagnostik scheint bei einem zunehmend knappen neuropädiatrischen Versorgungsangebot immer größer zu werden. Wartezeiten auf einen Termin im SPZ von vielen Monaten sind für Familien schwer hinnehmbar. Aufgrund meiner Praxisstruktur kann ich ein umfassendes diagnostisches Angebot mit vergleichsweise moderaten Wartezeiten erbringen, allerdings fordern mich unerwartet komplexe Probleme eines Patienten bei vollem Wartezimmer immer wieder heraus und strapazieren die Geduld der im Wartezimmer sitzenden Kinder und deren Angehörigen. Unterstützt werde ich durch meine Mitarbeiterinnen, die mir einen Teil der Kommunikation mit Familien, pädagogischen Einrichtungen und nicht ärztlichen Therapeutinnen und Therapeuten abnehmen können.

Ich bin froh, Teil eines Netzwerkes bestehend aus Kinderkliniken, Kliniken für Kinder und Jugendpsychiatrie, SPZ und anderen spezialisierten Praxen zu sein. Die Ärztekammer Niedersachsen hat mich zur Schwerpunktweiterbildung Neuropädiatrie für 18 Monate ermächtigt. So plane ich mittelfristig die Einstellung eines Weiterbildungsassistenten.

Perspektivisch sehe ich einen zunehmenden Bedarf eines fachärztlichen ambulanten Angebotes, da die stationären Leistungen aus unterschiedlichen Gründen zunehmend beschnitten werden.

Es ist dennoch dringend notwendig, neben starken ambulanten Strukturen auch die stationäre Versorgung sicherzustellen. Ganz besonders Kinder, die jünger als sechs Jahre sind, oder ältere Kinder und Jugendliche mit akuten neurologischen Problemen, wie beispielsweise zerebralen Anfällen, müssen sich auch künftig auf eine stationäre Versorgung verlassen dürfen. Dementsprechend muss es den Kliniken auch möglich sein, diese Patienten finanziell auskömmlich fachärztlich zu betreuen. So halte ich es unter anderem für nicht akzeptabel, dass Kinder, bei denen für ein MRT des Kopfes eine Sedierung oder Narkose erforderlich ist, viel zu lange auf einen ambulanten Untersuchungstermin warten müssen.

Als niedergelassener Neuropädiater bin ich bereit, mich den Herausforderungen des Gesundheitswesens mit seinen teils rasanten Entwicklungen zu stellen. Im Zentrum des Problems steht jedoch die knappe Ressource Arzt und Pflege. Es ist notwendig, mehr Ärzte in Deutschland auszubilden und die allgemeine kinder- und jugendärztliche und fachärztlich-pädiatrische Ausbildung zu fördern. In der Hand der Verantwortlichen im Gesundheitswesen liegt es, Voraussetzungen für eine verantwortbare ambulante neuropädiatrisch-sozialpädiatrische Versorgung zu schaffen, indem der Wechsel in stationäre Versorgungsformen flexibel und bedürfnisorientiert möglich ist.

Dr. med Lukas Vogler
FA für Kinder- u. Jugendmedizin
SP Neuropädiatrie
Kinderrheumatologie
Gersbach 1/1
74569 Satteldorf
praxis@kinderarzt-dr-vogler.de

Albert Storcks
Niedergelassener Neuropädiater
Praxis für Kinderneurologie
Contrescarpe 14
49377 Vechta
storcks-ag@t-online.de

Literaturangaben bei den Verfassern.

Kinder- und Jugendarzt in einer Einzelpraxis

Olaf Anklam

Die Geschichte fängt völlig verkehrt an: Ein Arzt in Facharztausbildung will weiter in der Klinik arbeiten, muss sich dann doch niederlassen, möchte eigentlich in eine gestandene Gemeinschaftspraxis eintreten. Letztendlich baut er aus dem Nichts eine Einzelpraxis auf.

So lief das 1993. Ein Gesundheitsminister, der Name könnte googelt werden, meinte im jugendlichen Elan, zu viele Ärzte in Deutschland zu sehen, und begrenzte die bis dato noch freie Niederlassungsmöglichkeit. Ich war 1988 nach einem Studium an der medizinischen Universität Szeged (Ungarn) in meine Geburtsstadt Eberswalde zurückgekehrt und begann die Facharztausbildung zum Pädiater. Die Kinderklinik war für heutige Verhältnisse einer Kreisstadt mit ca. 100 Betten relativ groß. Die pädiatrische Versorgung von Kindern in der DDR stand unter anderen Prämissen als im vereinten Deutschland. So war die Pro-Kopf-Zahl der Pädiater durch das Abwandern von jungen Erwachsenen in Richtung alte Bundesländer, den Rückgang der Geburtenrate und die wachsende Unsicherheit hinsichtlich beruflicher und familiärer Zukunft prozentual sehr hoch.

Das bedeutete für mich nach der Facharztprüfung entweder ins Ausland (kam ich gerade her), neue Klinik (wollte aber nicht wieder bei null anfangen) oder Niederlassung (Zeit drängte, s. o.). Wie jeder Arzt weiß, ist man nach der Facharztprüfung im Theoretischen ganz gut bewandert, nur die Praxis steht mangels Erfahrungen noch auf schwachen Füßen. Können Sie sich noch erinnern? Das erste Kind mit roten Flecken am Stamm in der eigenen Praxis und die fragenden Blicke der Mutter ...

Es waren andere Zeiten: Die Praxen wurden nicht verschenkt und dem Nachfolger der rote Teppich ausgerollt. Eine Niederlassung am Heimatort kam wegen der hohen Kinderärztdichte nicht in Frage, ähnlich wie in fast allen neuen Bundesländern – also ab gen Westen.

Nachdem ich meinen Entschluss, mich niederzulassen, mit meiner Familie (auch ein bisschen typisch Ost-Pädiater, verheiratet mit einer Hebamme und schon zwei Kinder im Schlepptau) besprochen hatte, begab ich mich auf die Suche. Nach was? Schwierig! Mir fehlte medizinische Erfahrung, betriebswirtschaftliches Wissen, Einsicht in die Grundstrukturen der Marktwirtschaft inklusive des Versicherungswesens und natürlich Startkapital.

Es bot sich also an, in eine Gemeinschaftspraxis mit erfahreneren Kollegen einzusteigen und weiter zu lernen, Geld anzusparen etc. Aber es suchten viele, der Alt-Arzt wohnte im Haus, eine Beteiligung wurde verlangt – oder gleich eine Komplettübernahme mit Auszahlung des Vorgängers. Nach über 80 Bewerbungen und Gesprächen war ich es leid. Ich hatte auch im Deutschen Ärzteblatt annonciert. Das zweite Angebot, das ich von dort erhalten hatte, 98-m²-Praxis im 1. Stock und eine 70-m²-Wohnung im 2. Stock irgendwo auf der Schwäbischen Alb, war eigentlich schon ad acta gelegt, wurde nach den vielen Fehlversuchen aber wieder ausgegraben. Das Abenteuer Einzelpraxis in Herbrechtingen begann!



Es gab natürlich schon Fakten, die für diesen Weg sprachen. Einen Onlinedienst gab es schon, er nannte sich BTX – eine Software, mit der z. B. statistische Daten abgerufen werden konnten. Das bedeutete damals für Herbrechtingen: kein niedergelassener Kinderarzt im Ort, 13.000 Einwohner, katholisch/evangelisch, fast alle Schulen vor Ort und die nächsten Kollegen erst in einiger Entfernung. Praxis und Wohnung im selben Haus für eine junge vollberufliche Familie, für die Ganztagschule und Kita normal, aber in Schwaben nicht vorhanden waren, sprachen auch für sich.

Durch die Studienjahre in Ungarn mit örtlicher Trennung von meiner Ehefrau, die in der Klinik Vollzeit tätig war und unsere erste Tochter vier Jahre lang allein großzog, waren wir als Familie rasche Entscheidungen gewohnt. Aber die Zeit blieb knapp. Wir hatten nach dem Entschluss zur Niederlassung nur wenige Monate bis zur Eröffnung im Oktober 1993. Aber das sind jetzt wirklich die Vorteile einer Einzelpraxis.

Einzelkämpfer zu sein ist das eine, aber vor allem sein eigener Chef zu sein ist das andere!

Freiheit über Ein- und Ausrichtung der Praxis, entscheidende Kommunikation mit der Kassenärztlichen Vereinigung (KV), den Vermietern, den Praxiseinrichtern und den Handwerkern kann ohne Diskussion mit anderen geführt und auch schnelle Entscheidungen können getroffen werden. Fehler werden immer passieren, aber die Verantwortung trägt man selbst, dementsprechend ist der Lernprozess effektiver und nachhaltiger.

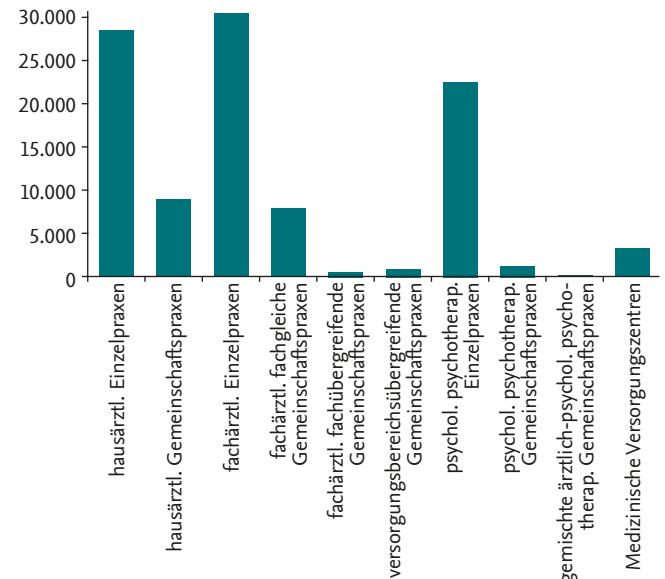
Es erleichtert den Weg aber ungemein, wenn man ausreichend Zeit hat. Ein riesiger Vorteil für niederlassungswillige Ärzte der heutigen Zeit ist der große Bedarf an medizinischem Nachwuchs. Es gibt unzählige Möglichkeiten der Beratung, sei es seitens der Berufsverbände, z. B. dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ), oder über die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), via Kassenärztlichen Vereinigungen der Bundesländer oder professionellen Unternehmensberatungen. Als Anekdote sei angeführt: Mein damaliges „Beratungsgespräch“ bei der KV Stuttgart dauerte knapp 30 Minuten und endete mit der Übergabe von grünen DIN-A5-Broschüren, dann stand der „Berater“ auf und goss seine Büroblumen. Ich kam mir sehr unerwünscht vor.

Der Empfehlung meiner Bank, einen ihr bekannten Steuerberater und Versicherungsmakler (ehem. Bankmitarbeiter) zu nehmen, nachzukommen, entsprang schon einer gewissen damaligen ostdeutschen Naivität, gepaart mit dem Irrglauben, Berater, die man gut bezahlt, machen auch einen guten Job. Na ja, wer zahlt kein Lehrgeld? Aus heutiger Sicht ist der Markt, was Investitionen in Praxen betrifft, schon ausreichend groß, um mehrere Berater zu hören und vergleichen zu können, ohne sich groß in Unkosten zu stürzen.

Der Aufbau einer eigenen Praxis macht Spaß. Die Gestaltung der Räume, das Überlegen von Laufwegen, die technische Ausrüstung, das Suchen von Personal (zu damaligen Zeiten deutlich einfacher als heute), Bewerbungsgespräche führen, Arbeitszeiten organisieren und das Lampenfieber, ob das Ganze überhaupt funktionieren

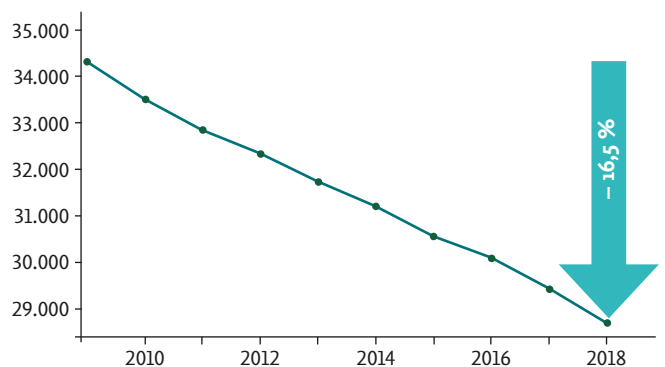
wird – das sind Gefühle, die man nie mehr vergisst. Es ist ein Höchstmaß an eigener Freiheit, unabhängig von Kollegen oder Kliniken das eigene Unternehmen Arztpraxis aufzubauen, zu führen und natürlich auch zu verbessern. Und nicht zu vergessen: Die noch überwiegende Mehrheit der Praxen in Deutschland sind Einzelpraxen.

Abb. 1: Anzahl Praxen, hausärztl. Einzelpraxen, 2018



Quelle: Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister und MVZ-Statistik, KBV

Abb. 2: Anzahl Praxen, hausärztl. Einzelpraxen, 2018



Quelle: Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister und MVZ-Statistik, KBV

Ich möchte die Vorteile einer Einzelpraxis an aktuellen Beispielen ergänzen.

Praxistechnik

In der modernen kinder- und jugendärztlichen Einzelpraxis ist die Arbeit ohne PC, Internetanschluss und Kommunikation mit den sozialen Medien nicht mehr möglich. Zunehmende

Bürokratisierung – sei es durch Gesetzgeber, KVen oder in der eigenen Dokumentationsnotwendigkeit – erfordert ein stets aktuelles und funktionsfähiges Equipment. Seit Praxisstart ist meine eigene Praxis digital, d. h. keine Karteikarten, keine Papierlaborbefunde und (seit es Scanner gibt) auch keine Ablage von Fremdbefunden. In der Gemeinschaftspraxis oder ähnlichen Organisationsformen mit mehreren Ärzten sind Diskussionen vorprogrammiert: welche Software (Preis, große Anbieter oder Genossenschaft), welche Computer (Windows oder Mac, Intel oder AMD), welche Sicherung der Daten (SSD, NAS oder über VPN nach Hause)? Der eine Arzt ist anwendungsbezogen, der andere will die neueste Soft- und Hardware und der nächste dokumentiert lieber per Hand.

Auch ich bin nicht in allen sozialen Medien unterwegs, erstens weil das Ganze auch gepflegt werden muss, zweitens reicht schon jameda, um ausreichend ungerechtfertigte negative Bemerkungen von gestressten Eltern ertragen zu müssen, und drittens ist der Zeitaufwand zu groß.

Und Zeit muss ich mir in der Einzelpraxis erarbeiten und organisieren.

Deshalb bin ich ein großer Freund der pädiatrischen PraxisApp. In der Großpraxis läuft noch die Diskussion, ob das überhaupt notwendig ist. Gut, mit zwei bis drei Medizinischen Fachangestellten (MFA) an der Rezeption ist Patientenkommunikation vielleicht auch anders lösbar, aber in der Einzelpraxis nicht. Durch intensives Werben, schon Monate vor konkreter Einführung der App, war es möglich, nach Einrichtung der Software innerhalb von drei Quartalen 90 % meiner Patienten zum Downloaden der App und deren Nutzung zu ermutigen. Das bedeutet: Im Vor-App-Zeitalter hatten wir ein gut funktionierendes (heutzutage für jede Praxis zwingend notwendiges) Recallsystem per Telefon. Mehrfache Anrufe wegen demselben Patienten waren die Regel, wechselnde Handy- und Festnetznummern auch – und das kostet wieder mal Zeit, Zeit, Zeit! Mit der App erfolgen die Erinnerungen automatisch, Informationen für Eltern kann ich bei Bedarf anhängen und therapieresistente Zuspätkommer werden am selben Tag automatisch an ihren Arzttermin erinnert.

Praxisorganisation

Wie ich schon kurz erwähnte, sind Personalprobleme nicht selten. In den ersten Jahren meiner Niederlassung war ich noch froh, eine MFA mit schwäbischen Wurzeln in der Praxis zu haben. Übersetzungen waren fast täglich notwendig. Heutzutage spreche ich noch immer kein Schwäbisch, verstehe aber selbst den Bauern vom Aussiedlerhof im Notdienst. Es gibt sicher Praxen mit Personal, das den Doktor vom Einstieg bis zur Rente begleitet – das ist aber leider nicht die Regel. In größeren Praxen fängt schon die Diskussion bei der Anzahl von MFA an, die für manchen Kollegen, der persönlich in jedes Sprechzimmer begleitet werden will, natürlich höher ausfällt, aber auch für die Fachkollegen mit speziellen Techniken wie EEG, Bodyplethysmographie oder Belastungs-EKG sind andere Personalschlüssel- und -fähigkeiten notwendig.

Der Einzelpraxisarzt muss sich festlegen: Was kann ich, was will ich und wie viel Personal benötige ich dafür. In meinem Beispiel – in Richtung Neuropädiatrie ausgebildet, mit guten klinischen Erfahrungen in der Allergologie, Sonografie-Ausbildung Abdomen/Schilddrüse absolviert, Routine in der Klinikambulanz, dort aber nie mit Vorsorgen konfrontiert und dann Niederlassung – hieß das: kein EEG (zu teuer, kein Personal), Ultraschall notwendig (kein extra Personal, aber wichtig in ambulanter Diagnostik, nicht nur Husten-Schnupfen-Heiserkeit-Barfuß-Medizin). Der nicht absolvierte Kurs Hüftsonografie ärgert mich noch heute ein wenig. Dagegen war der Ausbau der Allergologie (geht zu 90 % auch ohne Body) und auch der Erhalt der Neuropädiatrie mit den Möglichkeiten eines niedergelassenen Arztes (sozialpädiatrische Basisdiagnostik und Führung der Patienten nach Diagnostik im SPZ / beim neuropädiatrischen Spezialisten) realisierbar. Für diese Arbeitsgebiete inklusive Blutentnahmen, Vorsorgen, Entwicklungsdiagnostik, Praxisführung und Rezeptionsarbeit (Atteste, Reha-Anträge, Überweisungen, Berichte scannen etc.) benötige ich in der Regel ein bis zwei MFA pro Praxistag. Die dringend notwendige Kommunikation, Anleitung, Weiterbildung, das Qualitätsmanagement (QM), die Führung und das Fehlermanagement bleiben in einer Ebene. Missverständnisse gehen nicht in Sympathie oder Antipathie zwischen einzelnen MFA und den verschiedenen Ärzten unter! Das mag einerseits manchmal zu einer Trennung von bestimmten Mitarbeitern führen, andererseits kann man daraus auch lernen und bei Neueinstellungen entsprechende Prioritäten setzen.

Zeitmanagement

Einzelne Punkte habe ich schon angesprochen, aber nach 27 Jahren Niederlassung ist die Vereinbarkeit von Beruf, Familie und eigenen (nicht praxisverbundenen) Interessen immens wichtig.

Viele der älteren Kollegen erinnern sich an die ersten zehn bis 15 Jahre in der Praxis. Kontinuierliche Präsenz, das Telefon ständig griffbereit, zu Unzeiten regelmäßig in der Praxis sein, Ehefrau und Kinder nur selten zu Gesicht bekommen – das waren keine Ausnahmen, sondern die Regel. Und bei vielen Kollegen ist das auch heute noch so. Das ist nicht sinnvoll. Auch ärztliche Kräfte sind dem Verschleiß unterworfen. Man sollte sich folgende Fragen stellen: Möchte ich fachgerecht meine Patienten versorgen? Möchte ich Erholungsphasen, die es mir ermöglichen, wieder zu Kräften zu kommen? Möchte ich soziale Kontakte erhalten, die mir im Alter auch wieder Lebensqualität geben, wenn der Körper vielleicht nicht mehr so jugendlich funktioniert?

Viele unserer Kollegen spüren seit Jahren den zunehmenden Druck, da Praxen ohne Nachfolger schließen, die Aufgaben, vorwiegend die bürokratischen Anforderungen, massiv zunehmen und in der Politik die Ärztegemeinschaft als Großverdiener und faul hingestellt wird. Der derzeitige Gesundheitsminister schreibt eine Mindestsprechstundenzahl von 25 Stunden pro Woche vor. Es gibt viele Praxen, die das Doppelte arbeiten.

Der niedergelassene Arzt in der Einzelpraxis regelt das selbst!

Kreativität, Marketing, Organisation der Praxisabläufe – welche Leistungen (z. B. individuelle Gesundheitsleistungen, Selektivverträge) sind einzig und allein Entscheidung der Praxisleitung? Meiner Erfahrung nach zählt die Gesundheit des Arztes zu den wichtigsten und am häufigsten vernachlässigten Gütern in der Praxisorganisation. Weiterhin sind Einteilung der Sprechzeiten mit ausreichend Lücken zum Regenerieren, Ausschalten oder Reduktion von Wochenendarbeit, d. h. ggf. auch Begrenzung der Patientenzahlen auf ein vernünftiges Maß und ausreichend Urlaubstage in regelmäßigen Abständen, ein Muss. Natürlich kann man auch über die Aufteilung der Zeiten für Vorsorgen, Untersuchungen und Impfungen debattieren. Aber das sind Routinezeiten, die sich im Laufe der Niederlassung und der Erfahrung des Arztes auch ändern können. Die Entscheidung über die Praxisorganisation trifft in der Regel die Praxisleitung, und die ist in der Einzelpraxis klar.

Finanzen

Vor- und Nachteile der Einzelpraxis halten sich hier die Waage. Keiner sollte mehr so naiv sein und sich ohne ausführliche betriebswirtschaftliche Beratung in die Niederlassung stürzen. Im Regelfall sind Investitionen in die Einzelpraxis geringer als in einer Gemeinschaftspraxis oder Berufsausübungsgemeinschaft, aber ich habe auch nicht die Möglichkeiten, alle Spezialisierungen der Fachgruppe abzudecken. Die Gewinne fließen in der Einzelpraxis nur in grob zwei Richtungen, nämlich zum Praxisinhaber und zum Finanzamt. Leider teilt sich die Richtung zum Praxisinhaber mehrfach auf. Personalkosten, Investitionen, Praxisrenovierung, sich ändernde Patientenstrukturen (z. B. Geburtenrückgang, neuer Kollege im Umfeld) und Mieten können die Vorplanung schnell beeinflussen und auch mal ein Loch in die Gewinne reißen. Vorteil: Mittelfristige Planänderungen müssen nicht mit Kollegen diskutiert, sondern können allein, im entsprechenden Fall auch mit dem Ehepartner, entschieden werden. Ohne Weiteres kann auch mit Kollegen, z. B. in Form einer Gerätegemeinschaft, kooperiert werden. So habe ich mein erstes Ultraschallgerät mit einem hausärztlichen Internisten gekauft und geteilt, jeder hatte seine „Sono“-Tage und im Notfall wurde es über den Flur geschoben.

Diese Koordination und das wirtschaftliche Denken macht Spaß, ist aber nicht immer lustig. Generell muss die Zusammenarbeit zwischen Ärzten, Finanz- und Steuerberatung gut funktionieren. Quartalsweise sind die Abrechnungen zu kontrollieren und ggf. den aktuellen gesetzlichen Vorgaben anzupassen. Die monatliche Finanzbuchhaltung ist kein Staubfänger auf dem Schreibtisch, sondern gehört mindestens überflogen. Aber wenn ich daran denke, dass selbst Chefärzte von großen Kliniken nur noch wenig Mitspracherecht in wirtschaftlichen Belangen haben, dann kann man sich in der Einzelpraxis in dieser Hinsicht voll ausleben.

Fazit

Hätte mir jemand nach meiner Approbation 1988 gesagt, dass ich 2019 auf der Schwäbischen Alb als betriebswirtschaftlich denkender Kinderarzt in einer Multikulti-Einzelpraxis bereits seit 27 Jahren

praktiziere, ich hätte lauthals losgelacht! Heute schmunzle ich noch, aber freue mich auch, dass das Projekt Praxis mit großer Unterstützung meiner Ehefrau funktioniert und sich immer noch weiterentwickelt. Die Zusammenarbeit mit Kollegen fand ich in den ersten Jahren einfacher, man traf sich eher auf Fortbildungen als heute. Viele Praxen, nicht nur Einzelpraxen, sind mit einer Vielzahl von nichtmedizinischen Problemen beschäftigt und an manchen Tagen liegt der wirtschaftliche Anteil näher (und wiegt schwerer) als die Medizin. Dennoch gilt: Auch heute könnte ich mir keinen anderen Weg vorstellen. Eine generelle Empfehlung ist das aber natürlich nicht.

Ziele und Prioritäten muss jeder selbst setzen.

Vorwärtsblickend gehe ich vor Abgabe der Praxis vielleicht noch eine Kooperation ein, um einen fließenden Übergang in meinen (Un-)Ruhestand zu ermöglichen – in der Hoffnung, dass es dann jüngere Kollegen gibt, die Kraft, Kreativität, Mut und Ideen für eine eigenständige Medizin haben.

Dr. med. univ. (H). Olaf Anklam
Niedergelassener Kinder- und Jugendarzt
Lange Str. 37
89542 Herbrechtingen
dr.anklam@t-online.de

Literaturangaben beim Verfasser.

Im Stundentakt durch den Praxis-Montag – ein Tagebucheintrag

Wenn es doch nur Satire wäre ...

Klaus Rodens

		§	Fakten
7:30	Kaffee getrunken und gut gelaunt und pfeifend zur Praxis gefahren.		
8:00	<p>Hektische Betriebsamkeit der anwesenden MFA (GAU des kompletten EDV-Ausfalls): Electronic und Nervous Breakdown und Krankheitsausfall einer Kollegin (wie auch schon in der vorausgegangenen Woche).</p> <p>Seit Wochen Personalmangel wegen Krankheit und Schwangerschaft bei den MFA.</p>	<p>Gesetz für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation (Digitale-Versorgung-Gesetz)</p> <p>Gehaltstarifvertrag für Medizinische Fachangestellte</p>	<p>Digitalisierung mit (unterm Strich) erhöhtem Zeitaufwand</p> <p>Leergefegter Markt für Medizinische Fachangestellte</p> <p>Notwendigkeit von Delegation medizinischer Leistungen an die Fachangestellten</p> <p>Notwendigkeit der verbesserten Qualifizierung der Fachangestellten</p> <p>Abwerbung der MFA in deutlich ruhigere und oft besser honorierte Tätigkeitsfelder (z. B. in Kliniken)</p>
8:15	<p>Patientenschlange am Tresen (die meisten unangemeldet, weil am Wochenende irgendwelche kleinere oder größere Tragödien passiert sind).</p> <p>Kalender mit fixen Terminen (Vorsorgen, Impfungen, sozialmedizinische Gespräche) die nächsten acht Wochen ausgebucht.</p> <p>Erste Familie mit ins Sprechzimmer geführt. Zweieinhalb Monate alter Wonneproppen (99. Gewichtsperzentile) sei am Wochenende nicht satt geworden und habe tags und nachts nur geschrien. Eltern machen sich Sorgen um sein Gedeihen. Der Junge lächelt einen an.</p> <p>Danach erste Früherkennungsuntersuchung (U₄) des Tages. Viertelstundentaktung. Mutter zückt gleich am Anfang einen Fragenkatalog im Klopapierrollenformat aus der Wickeltasche. Mindestens ein Dutzend Fragen zur Vorsorge. Die Einladung im Gelben Heft zeigt Wirkung. („Am besten notieren Sie sich vor der Untersuchung, was Sie beobachten haben und worüber Sie mit der Ärztin oder dem Arzt sprechen möchten.“)</p> <p>Der Tag hat begonnen.</p> <p>Endlich kann nach erschöpfender Beantwortung der Fragen geimpft werden. Es folgen U₅ (drittes Kind, unauffällig in jeder Hinsicht) und U₇ (kleiner Racker in bester und vor allem lautstarker Autonomieentwicklung).</p>	<p>Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)</p> <p>Bedarfsplanungs-Richtlinie: Änderungen zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanungs-Richtlinie</p>	<p>Konstanz der Fallzahlen über viele Jahre, jedoch größere Dichte an zu bewältigenden Aufgaben (Prävention: Vorsorgen, Impfungen; in drei Dekaden hat sich die Zahl der STIKO-empfohlenen Impfungen praktisch verdoppelt.)</p> <p>Konstanz der pädiatrischen Vertragsarztsitze seit > 20 Jahren um 6.000</p> <p>Aktuell Zunahme der Geburten mit (2018) 787.500 Geburten pro Jahr</p> <p>Verlust der (Zeit-)Ressourcen für individualisierte Betreuung („sprechende Medizin“)</p> <p>Unpassende „Bedarfsplanung“</p> <p>Inhomogenität der Versorgung durch Versorgungsschwerpunkte (Mischpraxen) und Pseudositze (Klinik-MVZ u. a.)</p> <p>Pseudo-„Vertragsarztsitze“ durch Hobbypraxen mit Ungleichverteilung der Versorgung</p>

9:00	<p>U3 mit Hüftsonografie. Freundliche Eltern. Völlig entwicklungsnormales erstes Kind. Am Ende – wie immer bei der U3 – ausführliche Aufklärung über die bevorstehenden Impfungen. Wird von der Gegenseite geduldig und ohne Nachfragen angehört. Dann kommt die erhellende Rückmeldung: „Wir haben uns intensiv informiert und wünschen keine Impfungen.“ Meine Reaktion: „Haben Sie sich wirklich gut informiert?“ Darauf heftiges Kopfnicken. Ich händige den Eltern schriftliches Informationsmaterial aus und schlage vor, bei der nächsten Vorsorge gerne (?) noch einmal über die Thematik zu sprechen. Wenn es mir dann aber immer noch nicht gelänge, Einsicht in die Sinnhaftigkeit und Notwendigkeit von Impfungen zu wecken, müssten wir uns grundsätzlich darüber unterhalten, ob das Kind in unserer (impfungsbefürwortenden) Praxis weiter gut aufgehoben sei.</p> <p>Danach drei Atemwegsinfekte (wiederholte Vorstellungen, weil Husten nicht weg ist), eine Mittelohrentzündung und einmal Durchfall aus der Warteschleife zum Praxisbeginn. Eigentlich nur da, um Rezept für Nasentropfen und Fieberzäpfchen zu erhalten.</p> <p>U7a und U5 beschließen die ersten beiden Praxisstunden.</p>	<p>Gesetz für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention (Masernschutzgesetz)</p>	<p>Einfluss des Internets auf die Alltagsarbeit (Dr. Google etc.)</p> <p>Abstruseste gegoogelte Argumente gegen Impfungen bis zur Verleugnung der Krankheiten</p> <p>https://www.youtube.com/watch?v=BVpOo5AH8b4</p> <p>Im internationalen Vergleich deutlich erhöhte Arzt-Patienten-Kontaktfrequenz in den Praxen, kaum steuerbar in Grundversorgerpraxen, da primäre Anlaufstelle ohne Filter einer Überweisung etc., Medizin zum Flatrate-Tarif</p>
10:00	<p>U6. Kind ist quengelig. Die Eltern sind – trotz unermüdlicher Mahnungen aufzuhören – ebenfalls unentwegt dabei, das Mädchen mit Comic-Streifen auf dem Smartphone zu „beruhigen“.</p> <p>Danach mehrere Impfungen.</p> <p>Im Anschluss: Doppelvorsorge (U7a und U4) mit alleinerziehender Mutter aus sozialem Brennpunkt. Es gäbe mehr anzusprechen, als es möglich ist. Erhebliche Sprachdefizite beim Dreijährigen und Pflegemängel beim Säugling. Adressen für Frühe Hilfen ausgehändigt und Folgetermin zur Besprechung vereinbart, nachdem der Geräuschpegel eine kurze Unterhaltung zugelassen hatte. Mache drei Kreuze, als die Sprechzimmertür geschlossen wird.</p>	<p>https://www.kinderaerzte-im-netz.de/mediathek/empfehlungen-zum-bildschirmmediengebrauch/</p>	<p>70% der Kinder im Kita-Alter benutzen das Smartphone ihrer Eltern mehr als eine halbe Stunde täglich.</p>
11:00	<p>U8 mit Forderung der Erzieherinnen nach notfallmäßiger sofortiger Logopädie-Verordnung. Das Kind spreche nicht gut deutsch. Außerdem höre es schlecht.</p> <p>Es stellt sich heraus, dass der vierjährige Junge einer alleinerziehenden Mutter mit russischem Migrationshintergrund (zuhause wird russisch gesprochen) im Kindergarten von einer Kinderpflegerin mit gleichem Migrationshintergrund betreut wird und mit ihr nur russisch spricht. Mit anderen Kindern will er wenig zu tun haben. Russisch spreche er gut. Die Audiometrie im Rahmen der Vorsorge ist unauffällig.</p> <p>Ausführliches Gespräch mit der Mutter zur Notwendigkeit der Sprachförderung. Keine Logopädie. Mit Rückmeldung an den Kindergarten.</p> <p>Wieder Impfungen und drei Akutpatienten mit Pseudocroup und Ausschlägen.</p>	<p>Heilmittel-Richtlinie (Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung)</p>	<p>Verlagerung der Behandlung vom pädagogischen in den medizinischen Sektor (Logopädie, Ergotherapie)</p> <p>Übernahme sozialer, psychologischer und pädagogischer Probleme durch gesellschaftlichen Wandel (mitbedingt durch Alleinerziehung, Armut, schulisches Umfeld etc.)</p>

12:00	<p>Echter Notfall: Deutlich beeinträchtigter sieben Monate alter Säugling hochfiebernd und tachydyspnoisch mit Verdacht auf Pneumonie, CRP und Leukozyten im Praxispräsenzlabor eindeutig erhöht.</p> <p>Telefonische Anmeldung zur stationären Aufnahme: kein Platz in der Klinik wegen Personalknappheit. Zunächst frustrierende Suche nach aufnahmebereiter Kinderklinik. Glück beim Anruf in der vierten angewählten Klinik.</p>	Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz (PpSG)	Angespannte Pflegesituation in (Kinder-)Kliniken
13:00	Mittagspause		
14:00	<p>U10 und J1. Vierköpfige Familie mit jeweils massiver Adipositas spricht von der Schuld der Drüsen (ich schmunzle gemeinerweise innerlich über hochaktive Speicheldrüsen). Problem von meiner Seite zum x-ten Mal thematisiert. Ambulante Möglichkeiten ausgeschöpft. Erneute Grundsatzberatung und Beratung zur Kinder-Reha.</p> <p>Beschwerde des nächsten Vaters: Die Praxis sei am Montagvormittag telefonisch nicht erreichbar. Man (Vater) vermute Privatgespräche der MFA oder Ignoranz ... Vorstellungsanlass: Sechsjährige aus erster Klasse hat um 11 Uhr Bauchweh bekommen. Der Vater wurde angerufen, um das Kind abzuholen. Das passiere seit ein paar Wochen immer wieder. Er und seine Frau denken an den Blinddarm. (Die nachfolgende Untersuchung inkl. Bauchsonografie ergibt bei dem munter umherhüpfenden Mädchen nichts Auffälliges.)</p>	Gesetz zur Flexibilisierung des Übergangs vom Erwerbsleben in den Ruhestand und zur Stärkung von Prävention und Rehabilitation im Erwerbsleben (Flexirentengesetz)	<p>Deutlich erhöhtes Anspruchsdenken der Eltern</p> <p>Psychosomatik zunehmend</p> <p>Neue Morbidität inklusive emotionaler und Verhaltensauffälligkeiten (nehmen zusammen inzwischen pro Tag genauso viel Arztzeit in Anspruch wie die Versorgung der Patienten mit somatischen Erkrankungen inkl. der Prävention)</p>
15:00	Sammelsurium von fieberhaften Infekten, Scharlach, Harnwegsinfekt, verschlechtertem atopischem Ekzem, Windelsoor, Hand-Fuß-Mund-Krankheit, Dellwarzen und Panaritien.		
16:00	<p>MFA fragen, ob wir die Kinder aus vier Familien aus der weiteren Umgebung aufnehmen könnten. Die bisherigen Kinder- und Jugendärzte würden ohne Nachfolger zum Ende des Jahres aufhören. Platz hätten wir eigentlich keinen.</p> <p>Ich denke an die nächsten Jahre und daran, wie es mit unserer Praxis dann weitergehen soll.</p> <p>Viel Zeit bleibt nicht.</p> <p>Es stehen an: Besprechen einer medikamentösen Therapie eines Säuglings mit progredientem Hämangiom. Zwei Teenager mit Asthma zum Kontrolltermin usw. usf.</p> <p>Im Hamsterrad geht es weiter.</p>	Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)	<p>Erschwerte Praxisabgabe</p> <p>Mangel an Nachfolgern für die Nachbesetzung von Praxen (fehlender qualifizierter und praxisaffiner ärztlicher Nachwuchs)</p> <p>Land- und Brennpunktflucht der Ärzteschaft hin zu attraktiveren Ökotope etc.</p> <p>Präferenz kooperativer Praxismodelle</p> <p>Zunahme von Teilzeit- und Anstellungsverhältnissen</p> <p>Exponentiell zunehmende Schnellebigkeit (Halbwertszeiten) der medizinischen Empfehlungen (Richtlinien und Leitlinien)</p>
17:00	Ein Lichtblick zum Ende des Nachmittags: Ein Mädchen strahlt mich nach der U9 freudig an und sagt: „Weißt du was? Ich will auch einmal Tierärztin werden.“ Jetzt hast du es, denke ich, und bin doch froh, als Kinder- und Jugendarzt in dieser aus Kindersicht prestigeträchtigen Kaste gelandet zu sein. Es hätte deutlich schlimmer kommen können.		

18:00	<p>Zum Abschluss warten noch zwei Gespräche mit Eltern und Kind wegen von der Klassenlehrerin vermuteter Aufmerksamkeitsstörung und wegen Mobblings.</p> <p>Außerdem eine Attest-Erstellung für die medizinische Begründung eines überörtlichen Kindergartenwechsels. Auf dem Wunschzettel der Mutter steht wörtlich: „Betreff: psychotisch ärztliches Attest“. So weit will ich es aber (mit mir) nicht kommen lassen ...</p>		<p>Zum x-ten Mal: Übernahme sozialer, psychologischer und pädagogischer Probleme durch gesellschaftlichen Wandel (mitbedingt durch Alleinerziehung, Armut, schulisches Umfeld etc.)</p> <p>Verlagerung der Behandlung vom pädagogischen in den medizinischen Sektor (Logopädie, Ergotherapie) mit gutgemeinten Vorschlägen und Forderungen der Erzieher und Lehrer</p>
19:00	<p>Viele Fragen der MFA zu Abrechnungsziffern in mindestens fünf verschiedenen Vertragskonstrukten und Elternwünschen.</p> <p>Ausfüllen diverser Arznei- und Heilmittelrezepte.</p>	<p>EBM, GOÄ, UV-GOÄ, HzV, PaedSelekt, JArbSchG, DRV Go600 etc.</p>	<p>Komplexere Kostenträgerschaften mit jeweils eigenen Regelwerken (Kollektiv- und Selektivverträge)</p> <p>Heilmittel-Richtlinie im kontinuierlichen Änderungsmodus</p>
19:30	<p>Abends der heilsame Heimweg ohne Geschrei. Und die Erkenntnis: Es gibt keinen schöneren Beruf auf der Welt.</p>		
20:00	<p>Nach dem Abendessen Telefonat mit unserem in pädiatrischer Weiterbildung begriffenen Sohn, der zusammen mit den zu 20% männlichen Assistenten in seiner Kinderklinik das Gros der Nachtdienstschichten schultert. Es ist ja auch nichts Verwerfliches, sondern schlussendlich schön, wenn die Assistenzarzt-Kolleginnen spätestens ein Jahr nach der Anstellung in anderen Umständen sind. Und es ist unbestreitbar: Die Reproduktionsuhr tickt nun einmal.</p> <p>Danach Abtauchen in PädInform und die läuternde Erkenntnis am Abend: Du bist nicht allein.</p>	<p>Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV)</p>	<p>Veränderte Work-Life-Balance</p> <p>Präferenz kooperativer Praxismodelle</p> <p>Zunahme von Teilzeit- und Anstellungsverhältnissen</p>
23:15	<p>Und kurz vor dem Einschlafen die unverbrüchliche Hoffnung auf einen neuen und wunderschön problemlosen Praxistag am Dienstag.</p> <p>Nachts unterhalte ich mich im Traum mit Tucho. Der geistreiche Kurt Tucholsky (alias Theobald Tiger, Ignaz Wrobel, Peter Panther oder Kaspar Hauser) hat sich schon vor hundert Jahren die Frage gestellt, ob Satire übertreibt und übertreiben soll. Beantwortet hat er die Frage mit: „Die Satire muss übertreiben und ist ihrem tiefsten Wesen nach ungerecht. Sie bläst die Wahrheit auf, damit sie deutlicher wird, und sie kann gar nicht anders arbeiten als nach dem Bibelwort: Es leiden die Gerechten mit den Ungerechten.“</p> <p>Am Ende kommt er zu seinem berühmten Ausspruch: „Was darf die Satire? Alles.“</p> <p>Nur wenn ich mir es recht überlege, hat das, was wir im Alltag erleben, nur noch bedingt mit Satire zu tun. Die Realität hat die Satire längst eingeholt. In Dichte, Tiefe und Unwirklichkeit.</p>		

In der tiefen Nacht begegnet mir dann Hippokrates und flüstert mir ins Ohr:

- Ich schwöre und rufe Apollon den Arzt und Asklepios und Hygieia und Panakeia und alle Götter und Göttinnen zu Zeugen an, dass ich diesen Eid und diesen Vertrag nach meiner Fähigkeit und nach meiner Einsicht erfüllen werde. Ich werde den, der mich diese Kunst gelehrt hat, gleich meinen Eltern achten, ihn an meinem Unterhalt teilnehmen lassen, ihm, wenn er in Not gerät, von dem Meinigen abgeben, seine Nachkommen gleich meinen Brüdern halten und sie diese Kunst lehren, wenn sie sie zu lernen verlangen, ohne Entgelt und Vertrag. Und ich werde an Vorschriften, Vorlesungen und aller übrigen Unterweisung meine Söhne und die meines Lehrers und die vertraglich verpflichteten und nach der ärztlichen Sitte vereidigten Schüler teilnehmen lassen, sonst aber niemanden.
- Ärztliche Verordnungen werde ich treffen zum Nutzen der Kranken nach meiner Fähigkeit und meinem Urteil, hüten aber werde ich mich davor, sie zum Schaden und in unrechter Weise anzuwenden.
- Auch werde ich niemandem ein tödliches Mittel geben, auch nicht, wenn ich darum gebeten werde, und werde auch niemanden dabei beraten; auch werde ich keiner Frau ein Abtreibungsmittel geben.
- Rein und fromm werde ich mein Leben und meine Kunst bewahren.
- Ich werde nicht schneiden, sogar Steinleidende nicht, sondern werde das den Männern überlassen, die dieses Handwerk ausüben.
- In alle Häuser, in die ich komme, werde ich zum Nutzen der Kranken hineingehen, frei von jedem bewussten Unrecht und jeder Übeltat, besonders von jedem geschlechtlichen Missbrauch an Frauen und Männern, Freien und Sklaven.
- Was ich bei der Behandlung oder auch außerhalb meiner Praxis im Umgang mit Menschen sehe und höre, das man nicht weiterreden darf, werde ich verschweigen und als Geheimnis bewahren.
- Wenn ich diesen Eid erfülle und nicht breche, so sei mir beschieden, in meinem Leben und in meiner Kunst voranzukommen, indem ich Ansehen bei allen Menschen für alle Zeit gewinne; wenn ich ihn aber übertrete und breche, so geschehe mir das Gegenteil.

Dr. Klaus Rodens
Vorstandsmitglied im BVKJ
Angertorstr. 6
89129 Langenau
klausrodens@t-online.de

Literaturangaben beim Verfasser.



Sektorenübergreifende Pädiatrie

Weiterbündungsverbände von Praxen und Kliniken

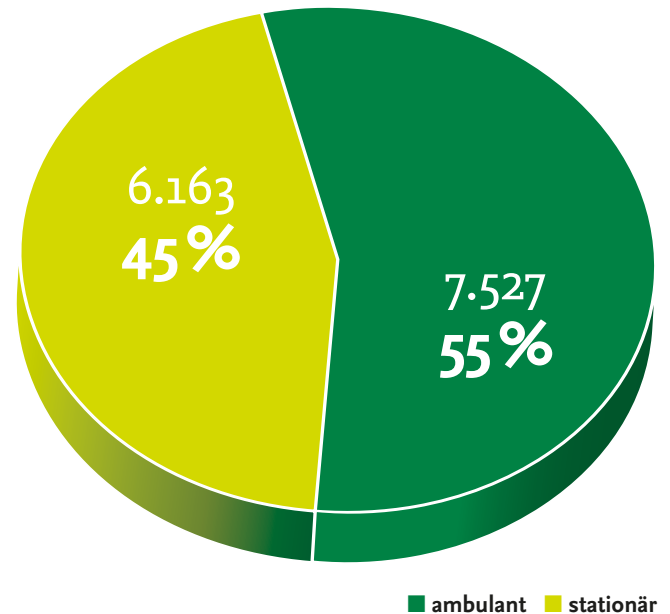
Christoph Weiß-Becker

Medizinische Versorgung wandelt sich – auch in der Pädiatrie. Wer lange berufstätig ist, erlebt das im eigenen Alltag. Ambulante Versorgung wird gestärkt, auch spezialisierte Pädiatrie findet immer häufiger im ambulanten Setting statt und die hausärztliche Grundversorgung in der Kinder- und Jugendmedizin ist schon lange ein wichtiger Baustein pädiatrischer Versorgung.

Die Facharztweiterbildung in der Kinder- und Jugendmedizin wird dagegen bis heute von den Kliniken dominiert. Dies ist erstaunlich, da mehr als die Hälfte der späteren Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin in der ambulanten Versorgung tätig wird (Abb. 1).

Wie also können wir die Weiterbildung so an die Versorgungswirklichkeit anpassen, dass die erforderlichen Inhalte der klinischen und der grundversorgenden Pädiatrie gut und umfassend vermittelt werden? Am Beispiel des sektorenübergreifenden Weiterbildungsverbundes in Schleswig-Holstein soll das modellhaft vorgestellt werden.

Abb. 1: Anzahl Ärztinnen und Ärzte für Kinder- und Jugendmedizin 2018



Quelle: Ärztstatistik der Bundesärztekammer

Einführung

Eine Weiterbildung zur Facharztreihe Pädiatrie wird über Inhalte vermittelt. In den Weiterbildungsordnungen der Ärztekammern sind diese beschrieben. Die Weiterbildung erfolgt an zugelassenen Weiterbildungsstätten durch weiterbildungsberechtigte Fachärztinnen und Fachärzte für Pädiatrie zur Erlangung aller Inhalte.

Seit vielen Jahre stehen summative Aspekte – Richtzahlen und Zeiten – im Vordergrund. Die vorgegebenen Zahlen werden dabei oft nicht so ganz genau genommen, und mit Aussagen wie „das kann man ja sowieso nicht schaffen“ die Ansprüche an Weiterbildung insgesamt relativiert. Die sehr allgemein beschriebenen Weiterbildungsziele eröffnen einen großen Interpretationsspielraum bei der Frage nach zugrundeliegenden Anforderungen und sehr großzügig werden häufig sämtliche Inhalte nach Ablauf der vorgeschriebenen Zeiten attestiert. Nirgends finden sich klare Definitionen, wann „Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten u. a. [...] in der Prävention [...] bei den Vorsorgeuntersuchungen und Früherkennungsmaßnahmen [...] der Gesprächsführung mit Kindern und Jugendlichen und der Gesundheitsberatung/-vorsorge [...] der Indikationsstellung und Überwachung logopädischer, ergo- und

physiotherapeutischer sowie physikalischer Therapiemaßnahmen [...]“ als erfüllt betrachtet werden können.

Die Vorstellung, dass alle pädiatrischen Inhalte im Rahmen einer rein klinischen Weiterbildung vollständig vermittelbar sind, hat sich lange gehalten – bei einigen bis heute (interessanterweise in der Regel Weiterbilder ohne eigene Erfahrung in der grundversorgenden Pädiatrie, die in Kliniken der Maximalversorgung spezialisierte Pädiatrie betreiben).

Ein Wandel wird zunehmend spürbar – bei einer großen Zahl sowohl der ambulant als auch der klinisch tätigen Ärztinnen und Ärzte besteht inzwischen ein breiter Konsens: Es gibt spezifische klinische Tätigkeiten in der Weiterbildung ebenso wie Tätigkeiten, die allein in ambulanter Grundversorgung durchgeführt und erlernt werden können. Darüber hinaus gibt es eine breite Schnittmenge: Kinder und Jugendliche mit Krankheitsbildern, die in Praxis und Klinik gleichermaßen behandelt werden, aber unterschiedliche Herangehensweisen erfordern. Das Kleinkind mit Gastroenteritis und Dehydratation bedarf in der stationären Versorgung zum Beispiel anderer Maßnahmen als das Kleinkind mit Gastroenteritis, bei dem es in der Praxis darum geht, unter Berücksichtigung der familiären Situation und der vorhandenen Ressourcen zu entscheiden, ob eine ambulante Behandlung gerechtfertigt ist, wie sie gestaltet und umgesetzt werden kann oder ob eine klinische Weiterversorgung notwendig ist. Zahlreiche weitere Beispiele könnten problemlos aufgezählt werden.

In die neuen Weiterbildungsordnungen (WBO) der Landesärztekammern finden diese Überlegungen Eingang: Zeiten und Richtzahlen werden reduziert, Inhalte in den Fokus gerückt. Eine neue Philosophie der Weiterbildung wird entwickelt – für die meisten Inhalte wird der Erwerb von Handlungskompetenz eingefordert. Nicht mehr das Wissen soll abgefragt, sondern das Können und Tun in den Blick genommen werden. Spätestens jetzt stellen wir fest, dass die ernsthaft betriebene Vermittlung aller wichtigen Inhalte der Pädiatrie als Weiterbildungsziel nur mit gemeinsamen Konzepten von Kliniken und hausärztlich-pädiatrischen Grundversorgern gelingen kann.

In den WBO werden Inhalte der pädiatrischen Grundversorgung klarer definiert und machen zukünftig eine Vermittlung in der ambulanten Versorgung erforderlich. Gute Weiterbildungsconzepte werden dazu benötigt. Die Sektion Weiterbildung der Deutschen Gesellschaft für Ambulante Allgemeine Pädiatrie (DGAAP) hat dazu in den vergangenen Jahren ein strukturiertes und kompetenzbasiertes Weiterbildungscurriculum (PaedCompenda) der Grundversorgung erarbeitet.

Eine umfassende Weiterbildung vermittelt alle wichtigen Inhalte mit guten Konzepten.

Inhalte lassen sich dort gut vermitteln, wo sie im Berufsalltag vorkommen.

Diese Aussage erscheint zunächst banal, die Umsetzung ist heute aber längst nicht überall Realität. Wie kann sie gelingen?

Weiterbildung in Verbänden aus Praxen und Kliniken

Neben Kenntnissen und Erfahrungen aus dem Berufsalltag konnten bisher Inhalte der Weiterbildung auch theoretisch erlernt und in kollegialen Gesprächen und Prüfungen anhand von Fallbeispielen oder über die Abfrage kognitiven Wissens präsentiert und überprüft werden. Auch nach rein klinischer Weiterbildung war es so möglich, Inhalte der Grundversorgung theoretisch darzustellen und die Fachartreife zu erlangen. Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung (ÄiW) wünschen sich dagegen praktische Erfahrung und konkrete Anleitung in den verschiedenen Tätigkeitsbereichen der Pädiatrie und fordern ein besseres Weiterbildungsangebot, insbesondere in der ambulanten Grundversorgung. In Umfragen (z. B. Fragebogen zum „Kompetenzerwerb für die ambulante Grundversorgung von Kindern und Jugendlichen in der pädiatrischen Weiterbildung“ der DGAAP) werden Inhalte wie Früherkennungsuntersuchungen, Impfungen, Entwicklungsdiagnostik und Praxismanagement vermisst.

Die WBO der Länder enthalten schon lange die Option ambulanter Weiterbildung (in der Regel 24 Monate). Sie wird aber nur selten in Anspruch genommen, obwohl Weiterbildungsberechtigte (WBB) aus Klinik und Praxis wie Weiterzubildende Inhalte der grundversorgenden Pädiatrie als wichtigen Baustein der Weiterbildung ansehen. Welche Gründe gibt es für diese Diskrepanz? Verschiedene Faktoren spielen hier eine Rolle: ÄiW haben in der Regel über ihre weitere berufliche Zukunft noch nicht entschieden. Die Kündigung des Vertrags mit der Klinik für eine Weiterbildung in der Praxis wird als „Ausscheiden aus der klinischen Versorgung“ und unumkehrbare Entscheidung für die zukünftige Niederlassung empfunden. Sie unterbleibt, um sich alle Optionen für die berufliche Zukunft zu erhalten. Weiterhin fehlen in den Kliniken eigene Erfahrungen und Kenntnisse der pädiatrischen Grundversorgung, so dass die Vorstellung von ambulanter Tätigkeit häufig durch Vorurteile geprägt wird. Die im aktuellen Gutachten des Sachverständigenrates zur Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR-Gutachten 2018: 7542) beklagten Abschottungstendenzen zwischen Klinik und Praxis (Weiterbildungsphasen in der Vertragsarztpraxis werden in Kliniken oftmals zu wenig beworben; Kliniken sind zu wenig darüber informiert, welche Kompetenzen in der ambulanten Weiterbildungsphase zusätzlich erlernt werden können und welchen Nutzen sie auch im klinischen Setting haben (S. 594)) festigen bereits bei jungen Ärzten das Bild von parallelen Arbeitswelten. Die große Zurückhaltung bei Studierenden und ÄiW zu Beginn ihrer Weiterbildung gegenüber der hausärztlichen Versorgung ist bekannt und in Umfragen nachgewiesen (KBV, BÄK etc.). Regelmäßig genannte Gründe sind: befürchtete finanzielle Risiken, unattraktiver Einzelkämpferstatus, fehlender fachlicher Austausch und Probleme bei der Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Ob es sich darüber hinaus bei der beobachteten Zurückhaltung tatsächlich um ein „geringes Interesse“ an der grundversorgenden Tätigkeit handelt oder die Zurückhaltung vielmehr Ausdruck von Unkenntnis der ambulanten Versorgungsstrukturen, der konkreten Arbeitsbedingungen, aber

auch des Kompetenzprofils ist, geht aus den Umfragen nicht hervor. Ersteres darf aber unter Berücksichtigung des von ÄiW immer wieder genannten Wunsches nach ambulanter Weiterbildung bezweifelt werden.

Um die Akzeptanz von Weiterbildung in der grundversorgenden Pädiatrie zu verbessern, braucht es tragfähige Kooperationsstrukturen von Kliniken und ansässigen Praxen, um Bedenken auszuräumen und Hindernisse zu beseitigen.

Verbünde von Kliniken und Praxen können tragfähige Kooperationsstrukturen entwickeln, die eine große Akzeptanz von Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung finden und alle geforderten Weiterbildungsinhalte vermitteln können.

Weiterbündungsverband Pädiatrie in Schleswig-Holstein

Verlässliche Regelungen schaffen Sicherheit, um sich auf Verbundmodelle in der Weiterbildung einzulassen. Eine Arbeitsgruppe von Klinikern, Niedergelassenen und ÄiW hat in Schleswig-Holstein Rahmenbedingungen für eine gute Kooperation erarbeitet und in einer gemeinsamen Vereinbarung zusammengefasst. Wichtiger Bestandteil ist die zeitlich befristete Abordnung der ÄiW in die Praxis und die verbindliche Rückkehr an die Klinik. Die Dauer der Abordnung umfasst 12 bis 24 Monate im Umfang eines halben Stellenanteils (entsprechend einem halben bis vollen Weiterbildungsjahr). Bevorzugt erfolgt sie im 3. und/oder 4. Weiterbildungsjahr. Der Weiterbildungsvertrag mit der Klinik wird für die ÄiW unverändert fortgeführt, ein Abordnungsvertrag zwischen Praxis, Klinik und ÄiW regelt Zeitraum, Umfang und Arbeitszeiten in Praxis und Klinik. Die Bezahlung erfolgt wie zuvor über die Klinik, die Praxis führt je nach Stellenumfang den entsprechenden Kostenanteil an die Klinik ab, ihr steht die entsprechende Förderung der ambulanten Weiterbildung zu. Alle dafür erforderlichen Formalitäten (Antrag Weiterbildung an Zulassungsstellen der KV, Beantragung der Förderung, Mitteilung an die Ärztekammer) werden durch die Praxis erledigt. Im Einzelfall können Regelungen in Absprache zwischen Klinik, Praxis und ÄiW individuell angepasst werden.

Die gemeinsame Vereinbarung der beteiligten Partner am Weiterbündungsverband, die teilnehmende Kliniken und Praxen, ein Muster eines Abordnungsvertrages und viele weitere Informationen zu Detailfragen sind auf der Homepage weiterbildung.dgaap.de/ weiterbildung unter dem Landesverbandsordner „Schleswig-Holstein“ nachzulesen. Es finden sich auf der Homepage auch Darstellungen weiterer Verbünde in Deutschland, z. B. dem Weiterbündungsverband Mittelfranken.

Weiterbündungsverband in der Pädiatrie in Schleswig-Holstein

- Zusammenarbeit von Akutkliniken der Kinder- und Jugendmedizin und qualifizierten Weiterbildungspraxen
- Durchführung in der Fläche in Schleswig-Holstein

- Vollständiges Angebot aller für die Facharztweiterbildung geforderten Weiterbildungsinhalte im vorgegebenen Zeitrahmen
- Vermittlung von Erfahrungen in der pädiatrischen Grundversorgung für Ärztinnen und Ärzte bereits in der Weiterbildung mit dem strukturierten kompetenzbasierten Curriculum PaedCompenda
- Verlässliche und verbindliche Rahmenbedingungen:
 - im 3. und/oder 4. Weiterbildungsjahr
 - Dauer 12 bis 24 Monate
 - Umfang halbe Stelle

Abordnung in die Weiterbildungspraxis im Umfang einer halben Stelle. Über eine halbe Stelle hinausgehende Tätigkeit wird in der Klinik abgeleistet. Der Arbeitsvertrag und die Vergütung mit und durch die Klinik bestehen unverändert fort. Die Praxis zahlt an die Klinik die tarifvertraglichen Entgelte.

Die Tätigkeit wird von der Ärztekammer in vollem Umfang anerkannt.

Im Weiterbündungsverband Pädiatrie Schleswig-Holstein wird für den ambulanten Weiterbildungsabschnitt das Curriculum PaedCompenda verpflichtend eingesetzt. Damit wird eine qualitativ anspruchsvolle und strukturierte Weiterbildung in der ambulanten Grundversorgung etabliert, die in den verschiedenen Praxen auf vergleichbarer Grundlage erfolgt. Kompetenzbasierte Weiterbildung, die in den neuen WBO der Landesärztekammern gefordert wird, kann so bereits jetzt umgesetzt werden.

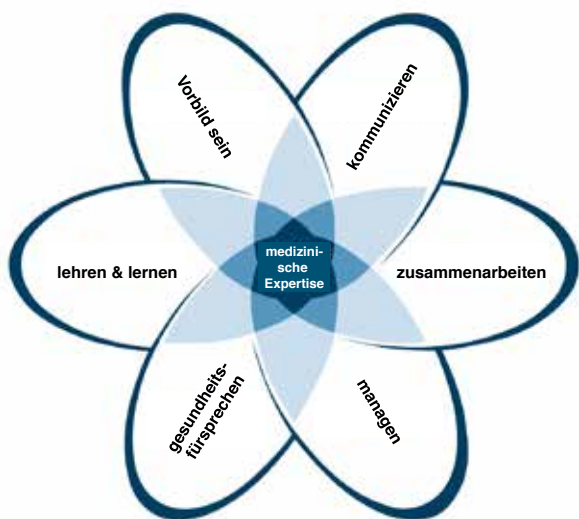
Verlässliche Rahmenbedingungen von Umfang, Dauer, Struktur und Weiterbildungsinhalten in den Verbänden sind wichtig, um Kliniken, Praxen und ÄiW die Sicherheit zu geben, die sie für die Akzeptanz und Teilnahme benötigen.

Wie Weiterbildung praktisch umsetzen?

Von der Wissensvermittlung hin zur Betrachtung von Können und Tun – dieser in den neuen WBO beschriebene Ansatz von Handlungskompetenzerwerb muss von WBB und ÄiW vermutlich in seiner Bedeutung noch durchdrungen werden. Die Beurteilung der Weiterzubildenden in ihren ärztlichen Rollen als medizinische Experten, Kommunikatoren, interprofessionelle Partner, Manager, Gesundheitsfürsprecher, professionelle Vorbilder, Lehrer und Lernende (Abb. 2) kann konkret durch Beobachtung von Tätigkeiten der ÄiW und ein Feedback durch die WBB gelingen.

Damit wird Beobachtung und wertschätzende Rückmeldung zum zentralen Element kompetenzbasierter Weiterbildung. Die Umsetzung in der vollen Praxis ist eine Herausforderung und macht ein Umdenken und die Berücksichtigung bei der Praxisorganisation nötig. Zeiten für Weiterbildung müssen fest eingeplant werden. Diese werden nach einer Einstiegsphase durch Übernahme bereits anvertrauter Tätigkeiten durch die ÄiW doppelt zurückgegeben.

Abb. 2: Kompetenzen erwerben in den ärztlichen Rollen – nach dem CanMEDS-Rollenmodell ärztlicher Tätigkeit



Quelle: Nach Royal College: CanMEDS: Better standards, better physicians, better care. <http://www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/canmeds-framework-e> (letzter Zugriff 23.02.2020)

Um diese neue Struktur der Weiterbildung gut umzusetzen, bedarf es der Unterstützung in der Implementierungsphase von Weiterbildungskonzepten in der eigenen Praxis. Best-Practice-Beispiele und das Training und die Auseinandersetzung mit Beobachtungs- und Rückmeldesituationen schaffen Sicherheit im Umgang. Selbst erfahrene Weiterbilder tun sich anfangs schwer, da eigene Erfahrungen häufig fehlen. In begleitenden Train-the-Trainer-Seminaren oder QZ-Veranstaltungen gelingt der fachliche Austausch mit Kolleginnen und Kollegen bei Fragen zur Umsetzung der Konzepte. Sie werden als hilfreich und wertvoll erlebt und sind daher fester Bestandteil in den Verbänden.

Ärztinnen und Ärzte treten in ihren ärztlichen Rollen als medizinische Experten, Kommunikatoren, Manager, interprofessionelle Partner, Gesundheitsfürsprecher, professionelle Vorbilder und als Lehrer und Lernende auf.

Beobachtung und wertschätzende Rückmeldung der Weiterbildungsberechtigten zu ärztlichem Handeln sind zentrales Element kompetenzbasierter Weiterbildung.

Fachlicher Austausch zwischen den Weiterbildungsberechtigten untereinander und mit den ÄiW schafft Qualifizierung für Weiterbildung.

Brauchen wir Weiterbildungscurricula?

Wenn wichtige Inhalte vermittelt werden sollen, müssen diese definiert werden. Im Logbuch der Ärztekammern, das in Zukunft als e-Logbuch von allen ÄiW geführt werden wird, sind sie schlaglichtartig benannt. Fachlich empfohlene Weiterbildungspläne (FEWP) sollen Inhalte spezifizieren und beschreiben. Sie werden derzeit erarbeitet. Welche Inhalte dabei in Klinik und welche in der Grundversorgung der Pädiatrie erlernt werden können, muss

in Weiterbildungscurricula dargestellt werden. Mit dem Weiterbildungscurriculum PaedCompenda liegt ein Weiterbildungsplan für die ambulante Grundversorgung bereits vor.

Kinder- und Jugendmedizin wird auf wissenschaftlicher Grundlage erlernt. Die Versorgungsrelevanz und der -bedarf für die uns anvertrauten Kinder und Jugendlichen dürfen dabei nicht aus den Augen verloren werden. Die Versorgungsstudie der DAKJ „Ambulante allgemeinpädiatrische Grundversorgung“ hat für die Beschreibung der Versorgungsrealität dazu fast 200.000 Vorstellungsanlässe von mehr als 50.000 Patienten in der ambulanten Pädiatrie untersucht und Kernaufgaben der Grundversorgung herausgearbeitet. Auf dieser Datengrundlage hat die DGAAP in ihrem strukturierten und kompetenzbasierten Weiterbildungscurriculum 12 Arbeitsfelder der ambulanten Grundversorger umfassend beschrieben (Tab. 1).

Tab. 1: Anzuvertrauende professionelle Tätigkeiten (APT)

APT1	Kind mit häufigem akutem Symptom
APT2	Kind mit komplexer akuter Symptomkonstellation
APT3	Kind mit chronischer Erkrankung
APT4	Lotse und/oder Verbindungsstelle zu anderen medizinischen Fächern
APT5	Prävention (Vorsorgen, Impfungen, Gesundheitsberatung)
APT6	Kind mit auffälligem Verhalten und/oder auffälliger Entwicklung
APT7	Kind als Opfer von Misshandlung, sexuellem Missbrauch, Vernachlässigung
APT8	Sozialraumvernetzung
APT9	Versorgung von Jugendlichen
APT10	Akute Notfälle bei Kindern
APT11	Kind mit Verbrennung, Verletzung, Ingestion
APT12	Qualitäts-, Fehler-, Praxismanagement, Patientensicherheit

Tätigkeiten in der Grundversorgung werden mit Hilfe von Lernzielen, die die SMART-Kriterien (spezifisch, messbar, anspruchsvoll, relevant, terminierbar) erfüllen, von den ÄiW erarbeitet und nach Beobachtung und Feedback durch Weiterbilder im gemeinsamen fachlichen Austausch besprochen und ggf. anvertraut. Sie können dann von ÄiW selbstständig durchgeführt werden.

Im elektronischen Logbuch PaedCompenda werden erarbeitete Lernziele, Beobachtungen und Rückmeldungen sowie Anvertrauen von Tätigkeiten dokumentiert. Mit Einführung des e-Logbuchs der Ärztekammern müssen Schnittstellen geschaffen werden, die erbrachte Inhalte aus PaedCompenda direkt übertragen.

Mit dem verbindlichen Einsatz eines gemeinsamen kompetenzbasierten Weiterbildungscurriculums wird neben einem vorgegebenen organisatorischen Rahmen im Weiterbildungsverbund auch ein strukturierter, standardisierter und messbarer inhaltlicher Rahmen eingeführt. Eine verlässliche und qualitativ gute Vermittlung von Inhalten der pädiatrischen Grundversorgung wird

so garantiert. Die weitere Arbeit wird darauf ausgerichtet sein, Weiterbildungscurricula an den Schnittstellen zwischen Klinik und Praxis zu erarbeiten und diese dann auch für die klinische Weiterbildung zu etablieren. Durch die Zusammenarbeit von klinischen und ambulanten Weiterbildungsberechtigten im Verbund kann das gelingen.

Die strukturierte Vermittlung wichtiger Inhalte und Tätigkeiten der Grundversorgung in der Pädiatrie und deren Dokumentation macht ein strukturiertes, kompetenzbasiertes Weiterbildungscurriculum auf elektronischer Basis erforderlich.

Ein solches Weiterbildungscurriculum liegt vor.

In der Zukunft wird es darum gehen, für die Weiterbildung in Verbänden entsprechende sektorenübergreifende Curricula für Schnittstellen zwischen Klinik und Praxis zu entwickeln.

Ausblick

Derzeit sind in Schleswig-Holstein zwischen 7 und 12 ÄiW an mehr als 5 verschiedenen Kliniken zeitgleich über den Weiterbildungsverbund in der pädiatrischen Grundversorgung tätig. Ziel muss es sein, ein solches Angebot für alle ÄiW zu etablieren. Wenn Inhalte der Pädiatrie vollständig, strukturiert und kompetenzbasiert vermittelt werden sollen, dann wird dies nicht ohne Verbände von Praxen und Kliniken überall in Deutschland gehen können.

Es stellt sich die Frage, wie dies in der Fläche umsetzbar sein wird. Die Vermittlung von Inhalten (Implementierung und Weiterentwicklung des Weiterbildungscurriculums PaedCompenda für die ambulante Grundversorgung, Neuentwicklung eines strukturierten und kompetenzbasierten Curriculums an Schnittstellen von Grundversorgung und klinischer Versorgung und Entwicklung kompetenzbasierter Weiterbildungscurricula für die Klinik) und die strukturellen und organisatorischen Voraussetzungen für ein umfassendes Angebot an alle ÄiW sollen Inhalt der wissenschaftlichen Begleitung und Evaluation des Weiterbildungsverbunds Pädiatrie in Schleswig-Holstein sein. Das Gesundheits- und Sozialministerium in Schleswig-Holstein hat die Bedeutung neuer Konzepte erkannt und fördert die wissenschaftliche Begleitung des Projektes über den Versorgungssicherungsfonds des Landes.

Zahlreiche Fragen nach Ressourcen, Finanzierung, Struktur und Umsetzung werden zu beantworten sein. Dabei können Erfahrungen mit Piloten von Weiterbildungsverbänden sehr hilfreich sein. Die genaue Betrachtung und Bewertung wird uns dabei weiterhelfen. Der Weiterbildungsverbund Pädiatrie Schleswig-Holstein zeigt, dass es funktioniert. Auch wenn die ersten Schritte noch mühevoll sind und wir uns auf einen langen Weg einstellen müssen, zeigen positive Rückmeldungen von allen Beteiligten (Weiterzubildende, Weiterbilder aus Klinik und Praxis), dass die Richtung stimmt.

Wer Versorgung für morgen sichern will, muss heute weiterbilden.

Eine gute Weiterbildung lehrt Pädiatrie sektorenübergreifend mit guten Weiterbildungs Konzepten.

Die kinder- und jugendärztliche Rolle erlernen diejenigen, die strukturiert und kompetenzbasiert Inhalte an den Orten der Versorgung vermittelt bekommen.

Gute Weiterbildung braucht qualifizierte Vermittlung von Inhalten durch Handeln, Beobachtung und Rückmeldung.

Dr. Christoph Weiß-Becker
Mitglied Ausschuss Fort- und Weiterbildung im BVKJ
Gemeinschaftspraxis für Kinder- und Jugendmedizin
Erichsenweg 16
25813 Husum

Literaturangaben beim Verfasser.

Der familienmedizinische Aspekt in der Kinder- und Jugendarztpraxis

Arnold Schwarz

In der Kinder- und Jugendmedizin sind die Patienten in den meisten Fällen nicht die alleinigen Ansprechpartner: Die Familie ist im Prinzip immer direkt oder indirekt einbezogen. Obwohl es in der Jugendmedizin durchaus Situationen gibt, in denen zunächst nur Kontakt zum Jugendlichen besteht, spielt auch hier der familiäre Hintergrund eine wesentliche Rolle und ist zu berücksichtigen.

Die Kinder- und Jugendmedizin ist das klassische familienmedizinische Fachgebiet, auch wenn sich hier ein Widerspruch zur Definition von Familienmedizin auftut, wie diese von der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) verstanden wird. Dort wird die Familienmedizin als Teilgebiet der Allgemeinmedizin ausgewiesen, wobei explizit auf die integrative Betrachtungsweise von somatischen, psychischen, systemischen und soziokulturellen Aspekten verwiesen wird. Dies ist vor allem der Tatsache geschuldet, dass es in den meisten Ländern keine flächendeckende ambulante kinder- und jugendärztliche Versorgung gibt und dort die Begriffe „family medicine“, „primary care“ und „general practice“ zum Teil synonym verwendet werden. In Deutschland und Österreich haben wir mit der flächendeckenden ambulanten kinder- und jugendärztlichen Versorgung gerade im Hinblick auf familienbezogene Aspekte ein nahezu einmaliges Netz der Betreuung von Kindern und Jugendlichen, das es auch in Zukunft gegen drohende strukturelle Veränderungen zu erhalten und gegebenenfalls auch zu verteidigen gilt.

Wesentliche familienbezogene Aspekte in der Kinder- und Jugendmedizin

Mit der Geburt des ersten Kindes wird aus einem Paar eine Familie. Oft fällt es den frisch gebackenen Eltern nicht leicht, sich in der neuen Rolle als Mutter oder Vater zurechtzufinden. Es fallen mitunter große Unsicherheiten im Umgang mit dem Neugeborenen und Säugling auf. Aufgrund der heute vorherrschenden kleinen Kernfamilie sind viele generationsübergreifende Erfahrungsschätze zumindest nicht mehr direkt verfügbar, so dass dann die professionell beratende Funktion des Kinder- und Jugendarztes gefragt ist. Dies trifft besonders auf noch junge, eher unerfahrene Eltern zu, aber auch auf Spätgebärende, die ebenfalls oft verunsichert sind. Dabei ist darauf hinzuweisen, dass der Anteil der Spätgebärenden in den letzten Jahren deutlich zugenommen hat. Auch das Erfassen psychischer oder psychosozialer Belastungsfaktoren in dieser ersten Zeit einer sich bildenden Familie ist eine wichtige Aufgabe der Pädiatrie. So ist z. B. eine postpartale Depression eines Elternteils unter Umständen erstmals in der pädiatrischen Sprechstunde erkennbar. Insbesondere bei psychosozialen Belastungen kommt dem Pädiater die wichtige Funktion der Vermittlung von Kontakten zu institutionellen Einrichtungen wie z. B. den Frühen Hilfen zu. Hier kann dann ein systemübergreifendes Hilfsangebot erfolgen.

Eine Kernaufgabe des in der Praxis arbeitenden Kinder- und Jugendarztes besteht darin, den weiteren Entwicklungsverlauf des Kindes zu begleiten. Dies geschieht primär im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen, gegebenenfalls aber auch bei zusätzlichen Elterngesprächen. Bei Kindern mit Entwicklungsstörungen oder chronischen Krankheiten müssen oft familiäre Entscheidungen getroffen werden, die einer fachlich fundierten Einschätzung des Kinder- und Jugendarztes bedürfen. So stellt sich mitunter die Frage, ob eine Betreuung des Kindes in einer Regeleinrichtung im Sinne der Inklusion oder in einer Sondereinrichtung mit spezieller Ausrichtung auf die Probleme des Kindes zu befürworten ist. Ferner kann der Pädiater auf Grund seiner mitunter langjährigen Betreuung die familiären Ressourcen einschätzen und gegebenenfalls, auch unter Berücksichtigung von Geschwisterkindern, Kur- oder Rehabilitationsmaßnahmen einleiten. Eine besonders wichtige Funktion hat der Kinder- und Jugendarzt in der Erkennung familiärer Überforderungssituationen. Im Gespräch mit den primären Bezugspersonen kann dann der Weg zu Kooperationspartnern, wie beispielsweise Beratungsstellen, vermittelt werden. Bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung sind offizielle Stellen wie das Jugendamt oder die Polizei einzuschalten.



Auch bei Kindern ohne explizite Entwicklungsstörungen hat sich in den letzten Jahren ein zusätzlicher Beratungsbedarf ergeben, der weit in den familiären Bereich hineinragt. Schon auf Grund der Entwicklungsgespräche im Kindergarten, aber auch speziell im Hinblick auf die Einschulung und die Schullaufbahn ganz allgemein ergeben sich zunehmend Fragen der Eltern an den Kinder- und Jugendarzt. Ein Aspekt dabei ist, dass in unserer Gesellschaft die Tendenz besteht, Fragestellungen aus dem psychosozialen Bereich vermehrt im medizinischen Bereich anzusiedeln. So bedürfen zahlreiche Auffälligkeiten im schulischen Alltag, die früher eher dem pädagogischen Bereich zugeordnet wurden, heute einer medizinischen Abklärung. Die Kinder- und Jugendärzte haben hier eine wichtige Funktion in der Zusammenarbeit mit dem Elternhaus und der Schule: Es gilt, Lösungen zu finden, die einerseits einer guten medizinischen Abklärung und Betreuung gerecht werden und andererseits Spielraum für eine individuelle Entwicklung lassen, ohne die Bandbreite des Normalen immer weiter einzuschränken. Unter dem familienmedizinischen Aspekt kommt der Betreuung von Jugendlichen eine besondere Bedeutung zu. Der oder die Jugendliche wird mit zunehmendem Alter zum primären Ansprechpartner des Arztes und es besteht nun die Möglichkeit, Fragen zu stellen, die nicht mit den Eltern besprochen werden sollen oder können. Der Arzt für Kinder- und Jugendmedizin kann hier eine wichtige Funktion wahrnehmen – vorausgesetzt, es hat sich in der pädiatrischen Betreuung über die Jahre hinweg ein wertvolles Vertrauensverhältnis im Sinne einer erlebten Anamnese entwickelt.

Insbesondere die klassisch psychosomatischen Beschwerden und Krankheiten des Kindes- und Jugendalters – das sind bei jüngeren Kindern oft Bauchschmerzen, bei älteren Kindern oder Jugendlichen oft Kopfschmerzen – treten häufig vor dem Hintergrund familiärer Störungen auf. Als schwächste Glieder im familiären System reagieren dann Kinder, als sogenannte Indexpatienten, mit psychosomatischen Symptomen auf innerfamiliäre Belastungs-, Konflikt- oder Trennungssituationen. Der Kinder- und Jugendarzt hat hier eine wichtige und oft entscheidende Aufgabe im Sinne einer Weichenstellung für den weiteren Behandlungsverlauf, indem er den familiären Bezug zu den Symptomen herstellt. Oft ist schon eine Benennung möglicher Zusammenhänge für die Familie hilfreich, bei komplexeren Situationen oder bei geringeren familiären Ressourcen sind die Vermittlung weiterführender Therapie- oder Unterstützungsangebote durch den Kinder- und Jugendarzt ein wesentlicher Bestandteil der Behandlung. Auch Störungs- und Krankheitsbilder wie sekundäre Ausscheidungsstörungen oder Essstörungen haben oft einen familiären Bezug, der für die Betroffenen mitunter nicht erkennbar ist. Häufig spielen transgenerationale Prozesse vor einem psychodynamischen Hintergrund eine Rolle. Als Beispiel sei hier die komplexe und schwierige Behandlung eines adipösen Kindes in einer Familie mit adipösen Eltern genannt.

Abschließend möchte ich auf die Bedeutung besonderer familiärer Strukturen eingehen, da sich hier oft auch spezielle Fragestellungen in der kinder- und jugendärztlichen Praxis ergeben. Die wohl häufigste Form besonderen familiären Zusammenlebens ist

ein alleinerziehendes Elternteil mit einem oder mehreren Kindern. Die Mehrfachbelastung durch Alleinerziehung und berufliche Tätigkeit ist auch in der pädiatrischen Sprechstunde ein Thema und gegebenenfalls werden entsprechende Unterstützungsangebote erörtert. Alleinerziehung trägt die Gefahr einer Parentifizierung in sich. Das bedeutet, dass das Kind bzw. der oder die Jugendliche familiendynamisch die Stelle des fehlenden Partners einnimmt. Notwendige Individuations- und Ablösungsschritte können dadurch erschwert oder unmöglich gemacht werden. Gegebenenfalls sind solche Zusammenhänge in der kinder- und jugendärztlichen Sprechstunde zu thematisieren, um dann Impulse für Veränderungen zu geben.

Eine weitere besondere Familienform stellen Stief- und Patchworkfamilien dar. Wesentlich für das Gelingen ist, dass die ursprünglichen Zugehörigkeitslinien erkennbar sein dürfen und nicht dem Wunsch, eine klassische Familie zu sein, untergeordnet werden.

Eine neue Form des familiären Zusammenlebens sind Konstellationen mit zwei gleichgeschlechtlichen Elternteilen. Wissenschaftliche Studien zur Entwicklung von Kindern aus solchen Familienkonstellationen belegen, dass diese Kinder keineswegs mehr Auffälligkeiten zeigen als Kinder heterosexueller Paare. Wenn das jeweilige Geschlecht bei den Eltern nicht vertreten ist, ist es wichtig für die Kinder, gleichgeschlechtliche Personen außerhalb des familiären Systems hinzuzuziehen, um die Möglichkeit zur Identifikation und Abgrenzung und somit zur Entwicklung der eigenen Identität zu geben.

Fazit

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass der familienmedizinische Aspekt in der Kinder- und Jugendarztpraxis allgegenwärtig ist und einen wesentlichen Teil des pädiatrischen Auftrages, Kinder- und Jugendliche medizinisch zu betreuen und in ihrer Entwicklung zu begleiten, ausmacht. Die flächendeckende kinder- und jugendmedizinische Versorgung in unserem derzeitigen Gesundheitssystem in Deutschland stellt somit nicht nur die rein medizinische Versorgung auf einem hohen Niveau sicher, sondern nimmt auch in vielfältiger Weise Aufgaben wahr, die von großer gesellschaftlicher Relevanz sind.

Dr. Arnold Schwarz
Beauftragter für Jugendmedizin im LV Baden-Württemberg des BVKJ
Vaihinger Str. 8
71665 Vaihingen
praxis@dr-schwarz-vaihingen.de

Literaturangaben beim Verfasser.

Jugendmedizin in der Pädiatrie

Uwe Büsching

Der Weg ist das Ziel; gemeinsame Entscheidungen treffen; anders sein ist nicht schlechter, nur anders – alles Grundsätze der Gesprächsführung mit Jugendlichen. Die bestandene Facharztprüfung und die Mitgliedschaft im Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte qualifiziert für Jugendmedizin. Informationen, Literatur und Fortbildungen könnten ergänzen. Sich als Ärztin oder Arzt für die Begleitung von Jugendlichen zu entscheiden, ist mehr als Kompetenz oder Zusatzweiterbildung.

„Mangel an Geld und Interesse für Kinder und Jugendliche: Während Kinder und Jugendliche immer mehr als aktuelle und prospektive Konsumenten erkannt und entsprechend angesprochen werden, werden Kindergärten knapper und immer teurer, Schulklassen immer größer, Freizeitangebote vernichtet, Lehrstellen und Arbeitsplätze wegrationalisiert. In den Zeitungen liest man von Ausbrüchen der Gewalt, der Hoffnungslosigkeit, der Hilflosigkeit von Eltern und Lehrern. Das Bildungsniveau sinkt, das Angebot an Unterhaltung folgt dem eher undifferenzierten Verständnis und fördert noch den Trend zur Gedankenlosigkeit und Gewaltbereitschaft.“ Zitiert nach Wolfgang Meinrenken, Präsident des BVKJ (1997).

Im selben Jahr war eine der Forderungen des 3. Kongresses für Jugendmedizin in Weimar: Die Politik muss sich mit größerem Einsatz und mit mehr Geld um die Situation der Kinder und Jugendlichen kümmern. Dieses Geld ist als Investition in die Zukunft gut angelegt (Weissenrieder, 1997). Auch zu diesem Thema gehört die

Forderung der ehemaligen Bundestagsabgeordneten Lore Maria Peschel-Gutzeit (1999): „Die Notwendigkeit, ein Wahlrecht von Geburt einzuführen, lässt sich nicht nur aus dem Grundgesetz ableiten. [...] Die Interessen der Familien und Kinder sind in unserer Gesellschaft unterrepräsentiert. Es gilt in unserem Gesellschaftssystem nicht als attraktiv, die Interessen von Kindern und Familien zu vertreten. Will man daran etwas wirksam ändern, muss man den Kindern ein Wahlrecht einräumen [ausgeübt von den Eltern].“

Nach Klaus Gritz, Präsident des BVKJ (1997): „Wir brauchen ein Bündnis zum Schutz der Jugend, in dem sich alle Gleichgesinnten sammeln wie die Mitglieder in einem Orchester. In ihm sind viele Instrumente zum Gleichklang vereint. Wir, die Pädiater, müssen nicht die erste Geige spielen, aber wir werden uns erlauben, gelegentlich kräftig auf die Pauke zu hauen.“ Der Ausbau der Zusammenarbeit mit anderen Fachgruppen war das große Ziel aller.

Der Berufsverband der Kinderärzte (BVK) hatte 1995 den Ausschuss Jugendmedizin gegründet und sich in BVK Jugendärzte umbenannt. Kinderheilkunde war mal, Kinder- und Jugendmedizin sollte es sein! Vielen dauerte es zu lange, bis all diese neuen Gedanken einiger die Basis erreichten. Was aber war das Neue? Kinderärztinnen und -ärzte sollten nun auch für die Jugend zuständig sein. Waren sie ja eigentlich auch. Selbst in der uralten Fachkundefinition, 1976 verabschiedet und gültig bis 2002 (Schmidt, 1996), umfasste die Kinderheilkunde die Erkennung und Behandlung aller körperlichen und seelischen Erkrankungen und Reifungsstörungen des Kindes von der Geburt bis zum Abschluss seiner somatischen Entwicklung einschließlich Prävention, Schutzimpfungen, nichtspezielle pädiatrische Intensivmedizin und Sozialpädiatrie sowie die allgemeine Schmerztherapie des Gebietes. „Bis zum Abschluss seiner somatischen Entwicklung“ schloss zweifellos die Jugend mit ein. Jugendmedizin war eine politische Demonstration gegenüber anderen ärztlichen Verbänden und gegenüber den Versicherten.

Ab 2002 umfasste die Kinder- und Jugendmedizin die Erkennung, Behandlung, Prävention, Rehabilitation und Nachsorge aller körperlichen, neurologischen, psychischen und psychosomatischen Erkrankungen, Verhaltensauffälligkeiten, Entwicklungsstörungen und Behinderungen. Die Begriffe „seelisch“ und „Reifungsstörungen“ waren präzisiert worden. Aus dem Begriff „Kind“ wurden die Begriffe „Säugling“, „Kleinkind“, „Kind“ und „Jugendlicher“.

Die 2019 von der BÄK verabschiedete Version ersetzte „Erkennung, Behandlung“ durch die Begriffe „Diagnostik, Therapie“, „neurologischen“ wurde gestrichen, aber gänzlich neu ist „von der pränatalen Periode bis zur Transition in eine Weiterbetreuung“.



Die (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) ist eine wichtige Vorgabe für berufspolitische Arbeit. Diese zu ändern, ist beinahe eine Sisyphusaufgabe. Agiert man gegen die MWBO, macht man sich keine Freunde! Es war also Aufgabe des BVKJ, sich an diesem Text zu orientieren. Es war ein unglaublich positives Gegenkommen anderer Berufsgruppen und deren Vertreter bei den Ärztekammern, die Jugendmedizin explizit in der Fachkundefinition zu benennen. So wurde die Jugendmedizin formal zur Kernkompetenz der Pädiatrie. Aber die Kolleginnen und Kollegen aus anderen Fachgebieten waren nun allesamt keine Jugendärzte mehr. Den einen war es unwichtig, andere sprachen von Hindernissen, Jugendliche ärztlich zu betreuen. Die hier nur skizzierten Entscheidungen führten auch innerhalb des BVKJ zu Kontroversen, Inhalte der Jugendmedizin mussten für den BVKJ neu definiert werden. Bis heute ist unbeantwortet, ob es nicht besser gewesen wäre, mit Kolleginnen und Kollegen anderer Fachgruppen, die Interesse an der ärztlichen Betreuung Jugendlicher hatten, gemeinsame Konzepte wirklich zu entwickeln. Damals wie heute gilt: Jugendmedizin ist keine Goldgrube! Schwierige Entscheidungen erfordern die Analyse der Bedingungen, Meinungsbildung ist ein mühevoller Weg. Top-down-Entscheidungen bergen viele Risiken. Klaus Gritz, Präsident des BVK (1999): „Der Ton in berufspolitischen Auseinandersetzungen ist manchmal sehr rüde. ‚Die Kinderärzte wollen sich die Jugendlichen unter die Nägel reißen‘, empörte sich der Verbandsfunktionär einer anderen Fachgruppe. Unsere Bemühungen um eine bessere gesundheitliche Versorgung Heranwachsender werden misstrauisch beobachtet und lösen ein Scharmützel im härter werdenden Verteilungskampf aus, so, als befleißigten wir uns der Kompetenzanmaßung.“

Gegen den BVKJ und dessen Vorstand persönliche Meinungen durchsetzen zu wollen – seien diese noch so richtig und gut –, schadet den Absichten wie den Personen. Die Energien, die in den Auseinandersetzungen verbraucht wurden, fehlten bei den Arbeiten an konstruktiven Konzepten. Kinderärzte waren nun auch die Hausärzte der Jugendlichen.

Vielen war bewusst, dass allein die Umbenennung einfach zu wenig ist, um Jugendliche zu überzeugen, einen Jugendarzt aufzusuchen. Fortbildung war und ist erforderlich. Stögmann, Wien 1999 (zitiert nach Gritz, 1999): „Jugendmedizin ist etwas anderes als Medizin am Jugendlichen. Jugendmedizin geht über die Behandlung akuter und chronischer Erkrankungen dieser Altersgruppe hinaus; sie hat psychosomatische, psychodynamische und psychosoziale Probleme, Sucht-, Drogen- und Gewaltprävention, Prophylaxe (z. B. Impfungen), Sexualberatung, Jugendschutz und vieles andere mehr zu umfassen.“ Die Fallzahlen Jugendlicher in den Praxen stiegen. Aber es waren nicht die, die hausärztliche Versorgung erwarteten. Es waren die, die spezialärztliche Versorgung forderten, die chronisch Kranken und nun länger Lebenden mit ihren Komorbiditäten und die von psychischer Erkrankung Bedrohten oder schon manifest Erkrankten. Für eine konstruktive Zusammenarbeit mit den Kinder- und Jugendpsychiatern oder den -psychotherapeuten wurden nie innerärztlich oder gar gesundheitspolitisch Rahmenbedingungen geschaffen, die Interessen waren unvereinbar. Die Jugendärztinnen und -ärzte allein können die vielen Probleme nicht lösen.

In den ersten 10 Jahren Jugendmedizin gab es immer wieder Lobeshymnen, weil niedergelassene Pädiater von ihren Landesärztekammern die Genehmigung erhielten, sich nun offiziell Ärzte für Kinder und Jugendliche nennen zu dürfen. Manch einer hat bis heute davon keinen Gebrauch gemacht, weder auf dem Türschild noch beim Anrufbeantworter. Selbst die deutschen pädiatrischen Fachgesellschaften änderten aber ihren Namen: DGKJ, DGSPJ, DAKJ. Die Jugendmedizin stabilisierte sich auf einem recht hohen Niveau.

Von wenigen Ausnahmen abgesehen waren niedergelassene Kinder- und Jugendärzte die Säulen der Jugendmedizin. Jugendmedizin erreichte kaum die Forschung, die Kliniken, die SPZ. Die Aktiven der Jugendmedizin engagierten sich nach Kräften, Berufspolitik, Vorträge, Begleitung von Wissenschaft und Publikationen sowie Praxis parallel zu leisten. So haben Jugendmediziner beim Kongress Jugendmedizin viel von Kinder- und Jugendpsychiatern, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Sozialarbeitern, Pädagogen und Mitarbeitern von Jugendämtern gelernt, was über die medizinischen Kompetenzen weit hinausgeht. Ein Vergleich der Kernkompetenz des Kinder- und Jugendarztes laut MWBO (psychosomatischen Erkrankungen, Verhaltensauffälligkeiten, Entwicklungsstörungen und Behinderungen [Reifungsstörungen im engeren Sinne]) mit der des Kinder- und Jugendpsychiaters und -psychotherapeuten (Erkennung, Behandlung, Prävention und Rehabilitation psychischer, psychosomatischer und entwicklungsbedingter Erkrankungen oder Störungen sowie psychischer und sozialer Verhaltensauffälligkeiten im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter und bei Heranwachsenden auch unter Beachtung ihrer Einbindung in das familiäre und soziale Lebensumfeld) zeigt umfangreiche Überschneidungen. Nur für die Endokrinologie (Wachstum, Pubertät mit Genitalentwicklung, Schilddrüse) gilt, dass dieses Gebiet Kompetenz der Jugendärztinnen und -ärzte ist. Bei der unendlichen Frage nach Zuständigkeiten und dem Aufwand für die Fortbildung, für die Raumgestaltung und für die Praxisorganisation ist es niemandem zu verübeln, wenn er sich nicht für Jugendmedizin, sondern für eine Subspezialität wie Neuropädiatrie oder Pulmologie entscheidet.

Subspezialisten zählen viele chronisch Kranke und auch chronisch kranke Jugendliche zu ihrer Klientel. Über die Jugendlichen haben sie nun die Jugendmedizin entdeckt – nicht gerade die psychosoziale, aber die besondere Krankheitsbewältigung Jugendlicher – und wollen dieses schwierige Klientel auch gleich wieder mit Hilfe von Transitionsmanagern weitergeben. Auf den Tagungen der Transitions-gesellschaft durfte ich es in allen Schattierungen erleben: Die Subspezialisten haben das Problem verstanden; bezogen auf die Erkrankung sind sie absolute Experten und sie wissen, was für Jugendliche richtig ist. Oft genug blieb offen, ob diese Spezialisten wirklich etwas von Jugend verstehen. Dazu ein einfaches Beispiel: Viele Referentinnen und Referenten sprachen von mangelnder Compliance Jugendlicher – ob aber Adhärenz und Shared Decision Making (Arzt und informierter Patient entscheiden gemeinsam über die Behandlung) bekannt waren, blieb offen.

Die Transitionsmedizin wird mit hohem Anteil von der DGKJ getragen – alles sinnvolle, aner kennenswerte Ansätze. Dennoch würde ich es begrüßen, wenn weniger Transition und viel mehr Krankheitsbewältigung Jugendlicher im Vordergrund der Forschung stünde. Der Mangel an Forschung bedroht die Jugendmedizin der Zukunft, so wie der Mangel an Forschung die gesamte ambulante Pädiatrie bedroht. So gibt es keinen Lehrstuhl für Prävention, nur den Arbeitskreis bei der DAKJ und eben den G-BA, aber ohne offizielle Vertreter der Kinder- und Jugendärzte. Nicht mehr, nein, überhaupt Artikel zur Jugendmedizin in der Monatsschrift Kinderheilkunde und Jugendmedizin, dem Kinder- und Jugendarzt, der Kinderärztlichen Praxis und der Pädiatrischen Praxis von klinisch tätigen Pädiatern und eben nicht von Nichtpädiatern oder von niedergelassenen Jugendärzten wären wünschenswert. Die Überwindung des Mangels an wissenschaftlicher Jugendmedizin kann der Ausschuss des BVKJ fordern, aber die Vermittlung dieser Forderung ist Aufgabe des Vorstandes. Ein Weg zur Umsetzung war die Gründung der Kommission Jugendmedizin der DAKJ und über diese die Mitwirkung bei der Jahrestagung der DGKJ. Alles hat viel, zu viel Energie gekostet. In der Konsequenz – die üblichen Verdächtigen bestreiten diese Symposien – werden sie gerne von der Kongressleitung zu unbeliebten Zeiten gesetzt.

Weil Jugendmedizin eine Kernkompetenz der Pädiatrie wurde, wurden die von Jugendärztinnen und -ärzten erbrachten Leistungen im Regelleistungsvolumen versenkt, die Anerkennung bei der Honorarverteilung wäre aber motivierend gewesen. Über den Verlauf und die Ergebnisse der Honorarverhandlungen gab es selten Rückmeldungen, aber das Ergebnis ist eindeutig: Für Gesprächsführung mit Jugendlichen gelten die hausärztliche Beratungsziffer, die psychosomatischen Ziffern oder die Ziffern der Sozialpädiatrie. So blieb das Beispiel von EBM-Ziffern für Transitionsleistungen exemplarisch. Während sich der BVKJ für extrabudgetäre Transitionsziffern einsetzte, plante die KBV einen fachübergreifenden Werkstattvertrag. Der Ausschuss Subspezialitäten und der Ausschuss Jugendmedizin sollte die Entwicklung dieses Werkstattvertrages leiten. Auf Bitten des Präsidenten des BVKJ vertagten wir den Werkstattvertrag. Am Ende gab es keine Ziffer für Transition und keine Fortsetzung der Konzeption des Werkstattvertrages.

Nahezu lächerlich war die Presseerklärung der Techniker Krankenkasse (TK) (Ärztezeitung, 2018): „Die J1-Vorsorgeuntersuchung für 12- bis 14-Jährige [...] wird nach Daten der Techniker Krankenkasse (TK) immer weniger genutzt. Die Vergütung erfolgt extrabudgetär [Anm. des Autors: 356 Punkte = 38,53 €]. [...] Die GOP darf von allen zugelassenen Kinder- und Jugendärzten, Allgemeinmedizinern, Hausarztinternisten und praktisch tätigen Ärzten abgerechnet werden, so die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die auch Flyer für Arztpraxen zur Verfügung stellt.“ Eine Qualifikation ist also nicht notwendig. Damit ist der Abschluss der Presseerklärung („Es ist sehr sinnvoll, diese Untersuchung wahrzunehmen, da so frühzeitig mögliche Pubertätsprobleme erkannt und behandelt werden können.“) für Jugendmediziner sehr motivierend. Der Spott über diese Presseerklärung ist nicht zu verbergen. Dankenswerterweise haben sich die Verantwortlichen der TK nicht über das Honorar für die U11 (53 €) informiert, denn nur so wissen wir, was die GKV von

Jugendmedizin hält. Die J1 gibt es seit Oktober 1998, sie war ein Erfolg des Präventionsausschusses, weder Inhalte noch Honorar wurden seither an die heutigen Bedürfnisse angepasst.

Präventive Jugendmedizin gelingt ganz bestimmt besser, wenn diese auch adäquat honoriert wird. Horst Seehofer, Gesundheitsminister auf dem Gesundheitspolitischen Forum 1998: „Medizinischer Fortschritt kostet irrsinnig viel Geld. Da wird uns noch Hören und Sehen vergehen, wenn wir bedenken, was das die nächsten Jahre noch kosten wird.“ (Schmid, 1998.) Aber die Verantwortlichen bei den gesetzlichen Krankenversicherungen tun so, als wäre eine Honorarsteigerung nicht nötig, alles läuft doch angeblich auch ohne. Dann wird festgestellt, die Jugendmedizin wird nicht umgesetzt, und natürlich sind die Leistungserbringer schuld.

Jugendmedizin hat einen schwierigen Stand. Innerhalb des BVKJ dominieren viele andere Probleme. Eine Abgrenzung der Ausschüsse Psychosomatik, Psychiatrie, Psychotherapie; Prävention, Honorar gegenüber Jugendmedizin gibt es nicht. Zu Jugendmedizin gibt es kaum Forschung, Ausnahme Transition. Eine adäquate Honorierung qualifizierter Jugendmedizin fehlt. Vieles in der Jugendmedizin ist Sozialmedizin, wieder Schnittmengen, sowohl mit der DGSPJ als auch mit dem öffentlichen Gesundheitswesen. Prof. Palitzsch forderte 1999: „Public Health darf nicht länger ein Schlagwort bleiben, sondern muss für unsere Arbeit definiert werden.“ Ein gemeinsames Feld war die Gesundheitserziehung in Schulen. Bernhard Stier (1998/1999): „Hier treffen wir auf das größte erreichbare Kollektiv.“ Gemeinsame Themen mit Schulen waren schon vor über 20 Jahren: chronisch-degenerative Erkrankungen/Beschwerden, psychische Auffälligkeiten und psychosomatische Erkrankungen.

Viel zu lange hat der Ausschuss Jugendmedizin versucht, in diesem BVKJ-internen Orchester mitzuspielen (siehe auch Bericht des Ausschusses 2002). Berechtigte Skepsis ist angebracht, wenn nach 25 Jahren behauptet wird, Jugendmedizin sei Kernkompetenz der Pädiatrie geworden. Arztschilder, Klinikadressen, Briefköpfe, es fehlt die Bezeichnung „Jugendmedizin“, Anschreiben von Kongressveranstaltern und von Pharmafirmen sind noch immer an „Kinderärzte“ gerichtet. Auf vielen Veranstaltungen des BVKJ sprechen Kolleginnen und Kollegen von Kinderärzten und kaum jemanden stört es. Selbst im KJA stößt man auf Texte, in denen von Kinderärzten geschrieben steht. Beispielhaft für meine Resignation ist eine Expertenberatung bei der BZgA, eine Tagung zu schulvermeidendem Verhalten vor etwa 5 Jahren: „Wir Ärzte im Jugendmedizinischen Dienst, die Kinder- und Jugendpsychiater und die Kinderärzte arbeiten sehr gut zusammen.“

1996 hatte Prof. D. Palitzsch ein „Forum für Jugendmedizin“ gegründet. Er beabsichtigte einen Weg zu finden, dass wie in den Vereinigten Staaten und in Kanada Mediziner zu Fachärzten für Jugendmedizin weitergebildet werden. Viele Jahre konnten Sie Berichte zu den amerikanischen Kongressen im KJA lesen, diese Berichte waren das Ergebnis eines hohen persönlichen Einsatzes. Die grundsätzlich unterschiedliche Sichtweise, wie in Deutschland Jugendmedizin konzipiert werden sollte – nämlich so wie in allen

europäischen Ländern außer Frankreich –, führte zu einem Zerwürfnis zwischen Forum und BVKJ. Diese Auseinandersetzungen wirken bis heute nach, leider hat auch die Versorgung Jugendlicher darunter gelitten.

In 25 Jahren haben wir es im BVKJ mit der Jugendmedizin weit gebracht, aber wir sind noch längst nicht dort, wo es für Jugendliche passend wäre. Bei einer Umfrage des Kindernetzwerkes beklagten Jugendliche die schwierige Orientierung in unserem Gesundheitssystem und die damit verbundene Notwendigkeit, sich oft mehreren Therapeuten nacheinander öffnen zu müssen. Resümierend sind die Aufgaben der Jugendmedizin einfach zu beschreiben: ganzheitliche Versorgung „noch nicht Erwachsener“ in Abstimmung mit ganz vielen anderen Fachbereichen, ganz besonders dem ÖGD (Arzt und Schule) (Hoffmann, 2002) und den Kinder- und Jugendpsychiatern (Psychosomatik, Früherkennung von psychiatrischen Erkrankungen) und Interessengruppen (Kanders, 2001). Dazu müssen endlich die Rahmenbedingungen für eine bedarfsorientierte Jugendmedizin formuliert werden. Jugendmedizin der Zukunft macht eine Neuorientierung notwendig. Der BVKJ ist gefordert, sich in diesem Prozess endlich aktiv einzubringen, auch wenn er dann mal „auf die Pauke hauen“ muss. Zunächst muss in den eigenen Reihen strukturiert werden. Noch immer bestimmen Kinderärzte über Jugendärzte – Chancen, dies zu ändern, wurden nicht genutzt. Wo Jugendmedizin draufsteht, muss auch Jugendmedizin drin sein, auch im Umgang mit Jugendärztinnen und -ärzten.

Dr. Uwe Büsching
Ehemaliges Vorstandsmitglied im BVKJ
Beckhausstr. 171
33611 Bielefeld
ubbbs@gmx.de

Literaturangaben beim Verfasser.



Prävention in der Pädiatrie

Burkhard Lawrenz, Hermann-Josef Kahl

„Vorbeugen ist besser als heilen“ – dieser Ausspruch wird dem Arzt und Gesundheitserzieher Christoph Wilhelm Hufeland (1762–1836) zugeschrieben. Gerade in der Pädiatrie hat das Primat der Prävention eine besondere Bedeutung, da unsere Patienten noch ihr ganzes (hoffentlich langes) Leben vor sich haben. Unser Artikel gibt einen Überblick über die wichtigsten und einige neuere Aspekte von Gesundheitsförderung und Prävention in der Pädiatrie.

Gesundheitsförderung und Prävention

Gesundheitsförderung zielt allgemein auf ein langes, gesundes Leben durch Förderung Gesundheit erhaltender Schutzfaktoren (Salutogenese). Prävention richtet sich hingegen auf die Verhütung bestimmter Krankheiten (z. B. Infektionen oder Übergewicht und die daraus folgenden Zivilisationskrankheiten). Die dazu eingesetzten Maßnahmen zielen auf langfristige Veränderungen der Einstellung, des Erlebens und des Verhaltens.

Gesundheitsförderung und Prävention sind sowohl ethisch-normativ als auch ökonomisch begründet: Individuelles Leid soll vermindert, die Lebensqualität der Menschen verbessert und das Leben verlängert werden. Gleichzeitig soll Prävention die individuellen wie gesamtgesellschaftlichen ökonomischen Lasten für unnötig gewordene Krankenbehandlungen verringern.

Zur Gesundheitsförderung und Prävention sollen Auslöse- und Begünstigungsfaktoren von Krankheiten ausgeschaltet oder zumindest zurückgedrängt werden. Dabei unterscheidet man zwischen Verhaltensprävention, die auf das gesundheitsbezogene Handeln einzelner Personen ausgerichtet ist, und Verhältnisprävention, die auf gesundheitsförderndes Umfeld und Lebensumstände abzielt. Somit ist Prävention nicht nur Aufgabe der Medizin, sondern ebenso der Politik wie auch der Psychologie, Soziologie und Pädagogik. Wir Pädiater fühlen uns beidem verpflichtet: der Beratung des einzelnen Kindes und seiner Eltern zur Verhaltensprävention und ebenso der politischen und gesellschaftlichen Anwaltschaft durch Einsatz für gesunde und entwicklungsfördernde Verhältnisse für alle Kinder und Jugendlichen.

Präventivmedizin

Das Teilgebiet der Medizin, das sich mit Krankheitsprävention beschäftigt, wird als Präventivmedizin bezeichnet. Die Begriffe „Prävention“, „Prophylaxe“ und „Vorbeugung“ werden dabei synonym verwendet. Zur Krankheitsprävention müssen geeignete Maßnahmen bekannt und verfügbar sein, um das Auftreten und die Manifestation von Krankheiten zu beeinflussen.

Krankheitsprävention wird untergliedert nach dem Ansatzpunkt innerhalb des zeitlichen Verlaufs von Krankheiten und der Form der Ausrichtung. Dabei versucht die Primärprävention, bestimmte Erkrankungen, Mangelzustände und Unfälle noch vor deren Eintritt zu verhindern, indem bestimmte Maßnahmen ergriffen werden (z. B. Beratung der Eltern zur Vorbeugung des plötzlichen Kindstods, prophylaktische Vitamin- und Spurenelement-Gaben, Impfungen, altersadaptierte Unfallverhütung).

Ziel der Sekundärprävention ist die frühestmögliche Erkennung bereits bestehender Krankheiten, um Krankheitsfolgen und Komplikationen verhindern zu können und dadurch die Langzeitprognose zu verbessern. Die Methode der Wahl dazu ist das Screening: die Reihenuntersuchung von augenscheinlich Gesunden mit möglichst einfachen und preisgünstigen Methoden. Diese müssen eine hohe Sensitivität haben, damit möglichst kein Kranker übersehen wird; dies geht naturgemäß zulasten der Spezifität. Die Anzahl falsch positiver Befunde muss dennoch akzeptabel sein, ist aber höher als die Zahl richtig positiver Befunde. Daher erfordert jedes auffällige Screening-Ergebnis eine Konfirmationsdiagnostik. Sinn macht ein Screening nur, wenn man dadurch behandelbare Erkrankungen aufdeckt und wenn die Behandlungsergebnisse nachweisbar besser sind als ohne Früherkennung.



Tertiärprävention bezieht sich auf alle Maßnahmen bei chronischen Erkrankungen, die einer weiteren Verschlechterung entgegenwirken sollen. Quartärprävention bezeichnet Maßnahmen und Strategien zur Rückfallprophylaxe, zur Verminderung von Therapienebenwirkungen und zur Vermeidung unnötiger medizinischer Maßnahmen.

Schließlich unterscheidet man noch universelle Präventionsmaßnahmen, die die gesamte Bevölkerung erfassen wollen, von selektiven, die an Gruppen mit erhöhtem Risiko für bestimmte Krankheiten gerichtet sind (bestimmte Altersgruppen, Personen mit bestimmten Risikofaktoren etc.).

Sinnvolle pädiatrische Prävention beginnt vor der Schwangerschaft

Mit dem Konzept der „ersten 1.000 Tage“ haben wir die große Bedeutung der Schwangerschaft (280 Tage) und der ersten 2 Lebensjahre ($2 \times 365 = 730$ Tage) für die gesundheitliche Programmierung des ganzen Lebens erkannt. Jedoch müssen Gesundheitsförderung und Prävention für das Kind bereits vor der Schwangerschaft beginnen. Sobald eine Schwangerschaft möglich, erwünscht oder gar geplant ist, soll sich das potentielle Elternpaar auch gesundheitlich darauf vorbereiten. Körperliche Fitness und normales Körpergewicht der Frau verringern das Komplikationsrisiko in der Schwangerschaft und erleichtern ihr, auch während der Schwangerschaft körperlich aktiv und fit zu bleiben. Das hilft, eine übermäßige Gewichtszunahme zu vermeiden, was wiederum das spätere Adipositas-Risiko des Kindes verringert. Auch ein Zahnarztbesuch sollte noch vor der Schwangerschaft erfolgen. Die Sanierung eventuell vorhandener Zahnkaries bei der Mutter vermindert nachweislich das Kariesrisiko beim Kind und kann vor der Schwangerschaft noch mit der notwendigen Anästhesie durchgeführt werden, was während der Schwangerschaft aus Sorge um das Ungeborene meist unterbleibt. Fluoridgabe während der Schwangerschaft hat keinen Einfluss auf das Kariesrisiko des Kindes, kann aber die Intelligenz des Kindes nachteilig beeinflussen.

Eine gute Versorgung mit Folsäure bereits in den 3 Monaten vor der Konzeption bis zum Abschluss des 1. Trimenons vermindert das Risiko für Neuralrohrdefekte (Spina bifida, (Myelo-)Meningocele und Hydrozephalus) etwa auf die Hälfte und senkt außerdem das Risiko für angeborene Herzfehler. Entsprechende Präparate stehen zur Verfügung, werden aber häufig zu spät genutzt, da etwa die Hälfte aller Schwangerschaften in Deutschland ungeplant zustande kommt. Aber auch vor geplanten Schwangerschaften (sogar bei vielen Frauen in Gesundheitsberufen!) und vor aufwändigen Kinderwunschbehandlungen wird die Folsäuregabe häufig vergessen. Eine generelle Substitution von Grundnahrungsmitteln mit Folsäure (z. B. Mehl, wie in vielen anderen Ländern erfolgreich eingeführt) ist bei uns politisch nicht durchsetzbar. Daher muss die präkonzeptionelle Folsäureprophylaxe auch durch uns Pädiater bekannter gemacht werden, z. B. bei der J2, aber auch bei den Müttern unserer Patienten, die häufig nach dem 1. Kind weitere Schwangerschaften planen.

Gut bekannt sind hingegen inzwischen die Gefahren von Nikotin, Alkohol und anderen Drogen. Rauchen in der Schwangerschaft führt über die Gefäßwirkungen von Nikotin zu Plazentainsuffizienz und Untergewicht des Neugeborenen, im Kindes- und Jugendalter hingegen zu einem erhöhten Risiko für Adipositas und metabolisches Syndrom. Alkoholgenuss kann zu Organfehlbildungen (Alkoholembyopathie) und zum Fetalen Alkoholsyndrom (FAS) führen, das in seiner vollen Ausprägung gut zu erkennen ist. Minor-Varianten des FAS werden sehr leicht übersehen, so dass von einer hohen Dunkelziffer auszugehen ist. Drogen in der Schwangerschaft können zum neonatalen Entzugssyndrom und zu erheblichen Entwicklungsstörungen führen. Auch hier ist eine hohe Dunkelziffer zu befürchten, da wir insbesondere die Auswirkungen moderner Partydrogen noch nicht gut genug kennen.

Die zahlreichen Sonderformen der Ernährung, die eine neue Modeerscheinung darstellen, führen in der Schwangerschaft zu teils noch unklaren Risiken für das Ungeborene. Vegane Ernährung während Schwangerschaft und Stillzeit führt ohne Substitution zu Vitamin-B12-, Eisen- und Jod-Mangel beim Kind mit Hepatosplenomegalie, Leukämie-ähnlichen Blutbildveränderungen und irreversiblen neurologischen Schäden.

Perinatale Prävention

Aus primärpräventiver Sicht soll – wann immer möglich – eine Geburt auf natürlichem Weg bevorzugt werden, da nach Kaiserschnitt das Risiko für ADHS und andere Verhaltensauffälligkeiten, Allergien, Asthma und andere Atemwegserkrankungen, Übergewicht und andere Ernährungsprobleme sowie Erkrankungen des Magen-Darm-Trakts statistisch erhöht ist. Teilweise ist noch keine Kausalität nachgewiesen. Da der Entbindungsmodus das Mikrobiom des Kindes nachhaltig beeinflusst und dieses bei der Entstehung zahlreicher Krankheiten eine wichtige Rolle spielt, erscheint der Zusammenhang plausibel.

In der 1. Lebensstunde ist für die seelische Bindung von Mutter und Kind („Bonding“) längerer, möglichst wenig gestörter Hautkontakt notwendig. Zur Stillförderung muss die Mutter unterstützt werden, das Kind in dieser Zeit an ihrer Brust saugen zu lassen. Ca. 90 % der Mütter beginnen zunächst mit dem Stillen; aufgrund unzureichender Maßnahmen zur Stillförderung sinkt die Rate der voll gestillten Kinder innerhalb der ersten 4 Lebensmonate auf wenig mehr als ein Drittel. Das nationale Projekt „Becoming Breastfeeding Friendly“ versucht zurzeit, Stillförderung, Akzeptanz und Dauer des Stillens in Deutschland nachhaltig zu verbessern, da das Stillen positiven Einfluss auf das Bonding sowie auf die körperliche und seelische Gesundheit und später die Intelligenz des Kindes hat.

Eine gelungene Bindung fördert eine anschließende gelingende Interaktion zwischen Eltern und Kind. Diese wirkt primärpräventiv gegen Vernachlässigung und Misshandlung. Sind hier Probleme erkennbar, sind oft zeitraubende Beratungen erforderlich. Da dies in der Arztpraxis oft nicht ausreichend möglich ist, sind uns hier die Frühen Hilfen eine willkommene Unterstützung.

Medizinisches Präventionsprogramm für Kinder und Jugendliche in Deutschland

In Deutschland wird der Anspruch von Kindern und Jugendlichen auf medizinische primäre und sekundäre Prävention in der Kinder-Richtlinie und in der Jugendgesundheitsuntersuchungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) geregelt. Die Richtlinien des G-BA sind im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verbindlich; im Bereich der privaten Krankenversicherung (PKV) gelten sie als medizinischer Standard. In der Kinder-Richtlinie sind 10 Kinderfrüherkennungsuntersuchungen (U₁ bis U₇, U_{7a}, U₈ und U₉) für die ersten 6 Lebensjahre definiert. Sie enthalten entwicklungs- und präventionsrelevante Anamnese-Fragen, ein Entwicklungsscreening, eine körperliche Untersuchung und eine primärpräventive Beratung zu altersspezifischen Themen. In den ersten Lebenstagen und -wochen werden außerdem Screening-Tests auf kritische angeborene Herzfehler, zahlreiche angeborene Hormon-, Stoffwechsel- und Immunstörungen sowie Hörstörungen und Hüftdysplasien angeboten.

In der Jugendgesundheitsuntersuchungs-Richtlinie ist die J₁ für das Alter von 12 bis 14 Jahren definiert. Mit einer strukturierten Anamneseerhebung sollen psychosoziale Entwicklungs- oder Verhaltensstörungen, Schulprobleme, Suchtmittelkonsum und das Vorliegen chronischer Krankheiten erhoben sowie auf die Jodversorgung geachtet werden. Die körperliche Untersuchung konzentriert sich auf Störungen der Wachstums-, Gewichts- und Pubertätsentwicklung, der Blutdruckregulation und der inneren Organe inklusive der Schilddrüse und des Skelettsystems (Haltungsschwäche, Skoliose, Epiphysiolyse). Bei koronarer Herzkrankheit vor dem 40. Geburtstag, Herzinfarkten vor dem 50. Geburtstag oder Hypercholesterinämie in der Herkunftsfamilie kommt eine Blutentnahme zur Bestimmung des Serum-Cholesterins hinzu. Bei entsprechenden Auffälligkeiten in Anamnese oder Befund erfolgt eine Beratung; außerdem hat der Arzt die Möglichkeit, ein Präventionsrezept auszustellen. Mit diesem wendet sich der Jugendliche an seine Krankenkasse, die ihm dann geeignete Angebote vor Ort heraussuchen soll (z. B. Sportgruppen für übergewichtige Jugendliche).

Die vom BVKJ entwickelten zusätzlichen Vorsorgeuntersuchungen für Schulkinder (U₁₀ und U₁₁) sowie für ältere Jugendliche (J₂) sind leider immer noch nicht Bestandteile der G-BA-Richtlinien.

Nicht alle Elemente des beschriebenen Untersuchungsprogramms sind ausreichend evidenzbasiert. Das gilt zum Glück nicht für unser Impfprogramm. Impfungen gehören zu unseren wichtigsten primärpräventiven Maßnahmen; laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) rettet nur die Versorgung mit sauberem Trinkwasser mehr Menschenleben auf der Welt als Impfungen! Daher gehört zu den Untersuchungen U₃ bis U₉ und J₁ eine Überprüfung des altersentsprechenden Impfstatus nach der Schutzimpfungs-Richtlinie des G-BA mit Beratung zu anstehenden oder nachzuholenden Impfungen.

Pädiatrische Primärprävention

Vitamin-K-Mangelblutungen

Früher traten bei Neugeborenen in den ersten Lebenstagen gelegentlich schwere Blutungen auf, teils mit Hirnblutungen, die in den 1930er Jahren als Vitamin-K-Mangel-Blutungen identifiziert wurden. Sie können durch Vitamin-K-Gabe verhindert werden. Bei uns erhalten gesunde Neugeborene daher bei der U₁ in den ersten Lebensstunden, bei der U₂ in der ersten Lebenswoche und bei der U₃ im Alter von 4 bis 6 Wochen jeweils 2 mg Vitamin K oral. Abweichende orale Dosierungs-Schemata führen zu einem erhöhten Blutungsrisiko und wurden daher z. B. in den Niederlanden und Dänemark wieder aufgegeben. Neugeborene mit intestinalen Resorptionsstörungen und kranke Neugeborene erhalten postnatal 1 mg Vitamin K intramuskulär, sehr unreife Frühgeborene individuelle Dosierungen intramuskulär oder intravenös. Nach parenteraler Gabe sind keine oralen Folgegaben notwendig, aber auch nicht gefährlich. Da selektive Strategien immer mit einem Fehlerrisiko verbunden sind, darf sicherheitshalber bei allen U₂ und U₃ 2 mg Vitamin K oral gegeben werden.

Plötzlicher Kindstod

Während im Jahr 1990 in Deutschland noch 1.283 Säuglinge unerwartet und ohne erkennbare Ursache im Schlaf verstarben, waren im Jahr 2014 nur noch 119 Säuglinge und ihre Familien von diesem Schicksalsschlag betroffen. Die eindrucksvolle Reduktion der Fallzahl ist ein großer Erfolg der Präventivmedizin: Durch sorgfältige Untersuchungen gelang es, Risikofaktoren zu identifizieren und effektiv zu kommunizieren. Dabei gilt: Säuglinge sollen in Rückenlage in einem passenden Schlafsack ohne Kopfkissen und zusätzliche Decken oder Bettumrandungen auf einer luftdurchlässigen Matratze im eigenen Bett im Schlafzimmer der Eltern bei einer Temperatur von 16 bis 18 °C schlafen und in einer rauchfreien Umgebung leben. Durch Stillen vermindert sich das Risiko zusätzlich.

Rachitis

Ohne Vitamin-D-Supplemente würde bei uns jeder 3. bis 6. Säugling an Rachitis erkranken. Die Vitamin-D-Versorgung hängt von der Zufuhr über die Nahrung und von der Sonneneinstrahlung auf die Haut ab. Muttermilch enthält in unseren Breiten nur wenig Vitamin D, und Säuglinge dürfen der Sonne nicht ausgesetzt werden. Daher wird nach Adaptation des Verdauungssystems an enterale Nahrung meist am 8. bis 14. Lebenstag mit der oralen Gabe von Vitamin D begonnen und diese bis zum 2. erlebten Frühsommer fortgesetzt (reife Neugeborene 500 I.E., untergewichtige Neugeborene und Frühgeborene 1.000 I.E. täglich). Damit ist die Vitamin-D-Mangel-Rachitis in Deutschland zu einer unbekannteren Erkrankung geworden.

Anschließend nehmen die meisten Kinder und Jugendlichen mit der Nahrung weiter nur wenig Vitamin D auf, da sie ungern fetten Seefisch essen und die Gabe von Lebertran nicht mehr üblich ist.

Strittig ist die notwendige Dauer der Sonnenexposition. Im Sommer führt bei uns die Hälfte der individuellen Expositionszeit, die zu einem Sonnenbrand Grad I (je nach Hauttyp und UV-Index 10 bis 30 Minuten) auf Gesicht, Händen und Unterarmen führt, an 2 bis 3 Tagen pro Woche zu einer ausreichenden Vitamin-D-Bildung in der Haut. Wegen des niedrigen Sonnenstands wird jedoch im Winter in der nördlichen Hälfte Deutschlands überhaupt kein Vitamin D und in der südlichen Hälfte nur sehr wenig Vitamin D gebildet. So kommt es über den Winter zu einer langsamen Entleerung der Speicher mit sehr niedrigen Serumwerten zu Beginn des Frühjahrs. Im Sommer werden die Speicher bei den meisten Kindern und Jugendlichen ausreichend aufgefüllt, nicht jedoch bei Menschen mit dunkler Haut und Menschen, die sich kaum oder nur mit überwiegend bedeckter Haut im Freien aufhalten (Lebensstil und kulturelle/religiöse Gründe). Allen Risikopersonen kann man problemlos täglich 500 bis 1.000 I.E. Vitamin D geben, insbesondere im Winter. Serumspiegelbestimmungen sind dazu nicht nötig; wenn sie durchgeführt werden, müssen die Proben vor Licht geschützt werden, da Vitamin D photosensibel ist.

Myopieprävention, Bewegungsförderung, Medienprävention

Weltweit nimmt die Prävalenz der Myopie und ihrer Folgeerkrankungen seit dem Zweiten Weltkrieg drastisch zu. Inzwischen konnte aufgeklärt werden, dass die Ursache zu häufiges Nahfokussieren (Lesen, Smartphones!) und zu wenig Tageslichtexposition im Freien ist (viel heller als in Räumen, mehr Fernfokussieren). Während für die Vitamin-D-Versorgung 3-mal wöchentlich 10 bis 30 Minuten Aufenthalt im Freien ausreichen, benötigen wir zur Myopieprävention täglich 1 bis 2 Stunden. Dies kann gut mit körperlicher Aktivität kombiniert werden, die gesundheitsfördernd und primärpräventiv in Bezug auf zahlreiche Zivilisationskrankheiten wirkt und die besorgniserregende Zunahme des Medienkonsums vermindern helfen kann.

Zahnkaries

Auch bei der Prävention von Zahnkaries wurden in den letzten Jahrzehnten gemeinsam von Pädiatern und Zahnärzten große Erfolge erzielt. Heute haben etwa 85 % der 3-Jährigen ein kariesfreies Gebiss; dies ist das Resultat einer Kombination zahlreicher Maßnahmen: Verminderung der kariogenen Mundflora, Begrenzung der Zuckerezufuhr, ausreichend lange Nahrungs- und Trinkpausen, Entfernung von Zahnbelag (Plaques), Fluoridzufuhr und zahnärztliche Prävention.

Zahnbelag muss ab Durchbruch des 1. Zahns von den Eltern mit einer altersgerechten Kinderzahnbürste täglich mechanisch entfernt werden. Die notwendige Fluoridzufuhr kann lokal (durch Zahnpasta-Fluoridierung) oder systemisch erfolgen. Als natürliche Fluoridquelle dient hauptsächlich Trinkwasser, das in Deutschland fast überall sehr wenig Fluorid enthält. Eine Trinkwasserfluoridierung ist bei uns politisch nicht durchsetzbar. Daher empfehlen die Zahnärzte, ab dem 1. Zahn 1-mal täglich mit Kinder-Zahnpasta mit 500 ppm Fluorid zu putzen, ab dem 2. Geburtstag 2-mal täglich, ab

dem 6. Geburtstag 2-mal täglich mit Erwachsenen-Zahnpasta mit 1.000 bis 1.500 ppm Fluorid.

Kinder erwerben jedoch erst im 5. Lebensjahr die Fähigkeit, Zahnpasta auszuspucken. Da Zahnpasta laut Beipackzettel nicht zum Verzehr geeignet ist, empfehlen Pädiater, die Zähne zunächst ohne Zahnpasta nur mit Wasser zu reinigen und erst mit fluoridierter Kinder-Zahnpasta zu beginnen, wenn das Kind diese ausspucken kann. Bis zu diesem Zeitpunkt empfehlen wir die Tabletten-Fluoridierung, anfangs in Kombination mit der Vitamin-D-Gabe, zunächst mit 0,25 mg täglich, später bis zu 1 mg täglich, abhängig vom Alter des Kindes und dem regionalen Fluoridgehalt des Trinkwassers. 2017 hat das Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR) die Datenlage zu beiden Methoden wissenschaftlich überprüft und keine Vor- oder Nachteile der beiden Methoden hinsichtlich Wirksamkeit und Sicherheit nachweisen können.

Der Zahnschmelz enthält nur an der Oberfläche 1.000 bis 2.000 ppm Fluorid. Bereits in 25 µm Tiefe sind es nur noch 100 ppm. Daraus kann man schließen, dass Fluorid nicht endogen, sondern hauptsächlich exogen in den Zahnschmelz eingebaut wird. Es ist aber kaum vorstellbar, dass die kurze Kontaktzeit mit fluoridhaltigem Trinkwasser oder mit fluoridierter Zahnpasta beim Putzen ausreicht, um Fluorid in den Zahnschmelz einzubauen. Im ständigen Wechsel zwischen Demineralisation bei Mahlzeiten und Remineralisation in Nahrungspausen kann jedoch Hydroxylapatit aus dem Schmelz als Fluorapatit in den Schmelz eingebaut werden, wenn der Fluoridgehalt des Speichels hoch genug ist – unabhängig davon, ob das Fluorid aus lokaler oder systemischer Fluoridapplikation dorthin gekommen ist. Ob die Tabletten-Fluoridierung vor Durchbruch des 1. Zahns einen kariespräventiven Effekt hat, ist unklar.

Derzeit betreiben die Zahnärzte eine Erhöhung der Fluoridkonzentration in Kinder-Zahnpasta auf 1.000 ppm. Dies erscheint nicht notwendig, da mit den beschriebenen Präventivmaßnahmen etwa 85 % aller 3-Jährigen in Deutschland ein kariesfreies Milchgebiss haben. Die übrigen 15 % tragen allerdings mit 3 bis 4 kariösen Zähnen noch eine erhebliche Karieslast. Sie stammen hauptsächlich aus sozial benachteiligten Schichten. Wir brauchen erhöhte Anstrengungen, unsere erfolgreichen Methoden der Kariesprävention auch zu diesen Kindern zu bringen, und nicht eine Änderung unserer bei der Mehrzahl der Kinder erfolgreichen Strategie.

Eine Erhöhung der Fluoridzufuhr birgt Risiken. Zunächst haben wir mit unserer bisherigen Strategie bereits eine Fluorose-Rate im bleibenden Gebiss von 15 bis 20 %. Das sind zwar praktisch alles nur leichte Fluorosen, die nur kosmetisch relevant sind, aber jede Erhöhung der Fluoridzufuhr könnte das ändern. Neuere Untersuchungen aus zahlreichen Ländern zeigen außerdem, dass die Fluoridexposition während der Schwangerschaft invers mit der Intelligenz der Kinder korreliert. Da das kindliche Gehirn sich auch in den ersten 2 postnatalen Jahren noch sehr schnell entwickelt, ist eine ähnliche Korrelation für diese Phase zu befürchten. Fluorid hat in dieser Hinsicht offenbar eine geringe therapeutische Breite.

Hier dürfen keinesfalls mit unnötigem Aktivismus neue Risiken eingegangen werden!

Die motorischen Fähigkeiten für eine ausreichende Plaque-Entfernung an allen Zähnen werden meist im 8. Lebensjahr erworben. Daher müssen Eltern die Zähne ihrer Kinder bis zu diesem Alter täglich nachputzen (bis das Kind eine flüssige Schreibschrift erworben hat – wenn diese überhaupt noch unterrichtet wird!). Zusätzlich sind natürlich – wie beim Erwachsenen – 2-mal jährlich Früherkennungsuntersuchungen erforderlich, bei denen verbliebener Zahnbelag professionell entfernt und ggf. zusätzliche Fluoridierungsmaßnahmen wie Fluoridlackapplikationen angeboten werden.

Jod

In Deutschland hat es wesentlich länger gedauert als z. B. in der Schweiz, Jodmangel-bedingte Schilddrüsen-erkrankungen zurück-zudrängen. Durch Jod-Zusatz zum Speisesalz und zum Futter von Milchkühen konnte die mittlere Jodausscheidung der Deutschen im Urin auf über 100 µg/l angehoben werden. Damit wurde unser Land von der WHO nicht mehr als Jodmangel-Land eingestuft. Nach den Daten der Studie zur Kinder- und Jugendgesundheit (KiGGS) ist dieser Wert bei uns von Welle 1 auf Welle 2 um gut 30 % gefallen und liegt jetzt knapp unter 90 µg/l. Daher gilt Deutschland bei der WHO seit 2019 wieder als Jodmangel-Land! Wie konnte das geschehen, und was kann das für Folgen haben?

Die tägliche Kochsalzaufnahme liegt in Deutschland bei Erwachsenen im Durchschnitt knapp unter 10 g. Davon stammt nur etwa 1 g pro Tag aus Haushaltssalz zum Zusalzen beim Kochen und zum Salzen am Tisch. Hier wird zwar überwiegend jodiertes Haushaltssalz verwendet, aber in den letzten Jahren haben „reine“ Salze wie Himalaya- und Meersalz einen wachsenden Marktanteil gewonnen, die praktisch kein Jod enthalten. Die restlichen 8 bis 9 g der täglichen Kochsalzaufnahme stammen aus gekauften Lebensmitteln wie Brot, Käse, Wurst, vorgefertigten Nahrungsmitteln wie Konserven, Aufbackpizza, Saucen und Suppen aus der Tüte sowie aus Mahlzeiten in Kantinen, Imbissen und Restaurants. Diese Lebensmittel werden nur noch zu etwa 30 % mit jodiertem Kochsalz hergestellt; vor 10 Jahren waren es noch etwa die Hälfte – ein „Erfolg“ der Jodgegner.

Aufgrund der Verteilung von Jodzufuhr und -bedarf ist damit in Deutschland wieder ein größerer Teil der Bevölkerung von Jodmangel und somit von einer Zunahme an Schilddrüsen-erkrankungen bedroht. In der Schwangerschaft führt Jodmangel zur Verminderung der späteren Intelligenz des Kindes um 1 bis 2 IQ-Punkte, im Kindes- und Jugendalter zu einer Verminderung der Konzentrationsfähigkeit und somit zu schlechteren Lernergebnissen. Diese Effekte sind zwar nur gering, bedrohen aber in der Fläche durchaus die Erfolgsaussichten eines auf hochqualifizierte Fachkräfte angewiesenen Industrielandes. Um das zu verhindern, müssen Industrie und Lebensmittelhandwerk Jodsalz einsetzen. Dazu sind politische Maßnahmen und eine Intensivierung der Aufklärungsarbeit erforderlich.

Kritisch ist die Jodversorgung in der Stillzeit. Daher sollte die Jodsubstitution bei der Mutter während des Stillens fortgeführt werden. Industriell hergestellter Säuglingsmilch und Beikost wird ausreichend Jod zugesetzt; bei Selbstherstellung muss die stillende Mutter weiter Jodtabletten nehmen, um einen Jodmangel bei ihrem Kind zu verhindern.

Fazit für die Praxis

Die Pädiatrie hat in den letzten Jahren zahlreiche evidenzbasierte primär- und sekundärpräventive Maßnahmen erfolgreich eingeführt. Erhebliche Defizite gibt es leider noch bei der präkonzeptionellen Folsäuresubstitution, der Kaiserschnitttrate, der Stillförderung, der Kariesprävention, neuerdings wieder bei der Jodversorgung und zunehmend bei der Prävention von Zivilisationskrankheiten. Zuletzt wurde die Ursache der weltweiten Zunahme der Myopie aufgeklärt; präventive Maßnahmen wurden entwickelt, aber noch nicht flächendeckend umgesetzt.

Dr. Burkhard Lawrenz
Landesverbandsvorsitzender LV Westfalen-Lippe im BVKJ,
Sprecher Ausschuss Prävention des BVKJ
Praxis für Kinder- und Jugendmedizin
Grafenstr. 80
59821 Arnsberg
blawrenz@t-online.de

Dr. Hermann-Josef Kahl
Ehemaliger Bundespressesprecher
Uhlandstr. 11
40237 Düsseldorf
d.kahl@googlemail.de

Literaturangaben bei den Verfassern.



Teilstationäre und tagesklinische pädiatrische Versorgung in Deutschland

Klaus-Michael Keller, Olga Kordonouri, Markus Röbl

Die teilstationäre und tagesklinische Behandlung nimmt in Deutschland eine immer entscheidendere Rolle im Versorgungswesen ein – vor allem bei Kindern und Jugendlichen. Der folgende Artikel soll einen Einblick in die Abläufe der Tageskliniken geben und aufzeigen, warum diese Entwicklung nur logisch ist.

DKD Kindertagesklinik Wiesbaden

Eine Krankenhausbehandlung kann nach § 39 SGB V vollstationär oder teilstationär erbracht werden. In Wiesbaden wurde an der Deutschen Klinik für Diagnostik (DKD) bereits 1989 eine Kindertagesklinik mit 10 Betten von Prof. Weitzel und Prof. Bender gegründet, nachdem zuvor eine konfessionelle Kinderklinik in Wiesbaden geschlossen worden war. Mit den Krankenkassen wurden Verträge geschlossen, wodurch niedergelassene fachärztliche Kolleginnen und Kollegen Patienten in die Tagesklinik (TKL) einweisen konnten, wenn ambulante Möglichkeiten ausgeschöpft waren, vollstationäre Maßnahmen vermieden werden sollten und eine interdisziplinäre Herangehensweise erforderlich war. Es gibt seit dieser Zeit bis heute die Fallkategorien diagnostischer Problemfall und Behandlung chronisch kranker Patient, die maximal alle 3 Monate neu eröffnet werden können. Die Abrechnung erfolgt mit den Pauschalen Diagnostik- bzw. Therapiefall durch die gesetzlichen und privaten Krankenkassen, wobei diese Pauschalen nicht fallspezifisch differenziert sind und über die Jahre leider nicht ausreichend an den medizinischen Fortschritt und die allgemeine Preisgestaltung angepasst wurden. Vom Krankenhaus wird eine Mischkalkulation durchgeführt.

Der praktische Ablauf: Der niedergelassene Facharzt weist mit Einweisungsschein in die Kinder-TKL der DKD ein (zusammen mit den ambulanten und ggf. stationären Vorbefunden). Der fachlich zuständige spezialisierte Pädiater (Kinderendokrinologe, Kinder gastroenterologe, Neuropädiater, Kinderpneumologe etc.) prüft den Fall dahingehend, ob eine teilstationäre Maßnahme indiziert ist, plant ein Programm und ist dann nach Terminvereinbarung durch das Sekretariat der Erstuntersucher des Patienten, der ihn während des ganzen teilstationären, u. U. mehrtägigen tagesklinischen Aufenthaltes begleitet, die Diagnostik bzw. Behandlung steuert, der Familie den Ablauf erläutert und den Fall auch mit schriftlichem Befund und ausführlichen fachärztlichen Gesprächen abschließt. Die sonst übliche ärztliche Krankenhaushierarchie ist

auf den Kopf gestellt: Der erfahrenste Arzt untersucht den Patienten zuerst und legt den weiteren Ablauf fest. Sollte sich die Notwendigkeit einer tagesklinischen Versorgung nicht herausstellen, gibt es die Möglichkeit, den Fall „abzubrechen“ und eine sogenannte Konsiliarpauschale anzusetzen. Tagesklinische, oft fachärztliche pädiatrische Assistentinnen und Assistenten führen Testungen, Sedierungen, Auswertungen von Untersuchungen und Behandlungen im Auftrag und in Überwachung durch die Erstuntersucher durch. Chronisch kranke Dauerpatienten können auch durch die assistierenden Fachärzte in der TKL regelmäßig untersucht werden. Kinderkrankenschwestern, Ernährungs- und Diabetesberater, Psychologen und Krankengymnasten vervollständigen das interdisziplinäre Team. Ein Nachtdienst ist nicht erforderlich. Tägliche Falldiskussionen unter den pädiatrischen Subspezialisten haben sich als sehr zielführend für die Diagnostik unklarer Fälle erwiesen. Die Erstuntersucher sind reihum an Wochenenden telefonisch erreichbar, in den durch die spezialärztliche Betreuung sehr seltenen Notfällen stehen in der Metropolregion Rhein-Main genügend Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin bereit. Der interdisziplinäre Ansatz wird in wertvoller und sehr kollegialer Weise durch die an der DKD verfügbaren Erwachsenen Disziplinen unter dem Motto „Im Mittelpunkt steht der Patient und nicht das eigene Fachgebiet oder die eigene Station!“ erweitert. So können niedrigschwellig und unbürokratisch Fachärzte aus der Endokrinologie, Gastroenterologie, Gynäkologie, Hämatologie, HNO, Pneumologie, Proktologie, Radiologie und Nuklearmedizin konsiliarisch herangezogen werden.

1994 wurde nach dem pädiatrischen Vorbild eine internistische Tagesklinik an der DKD eingerichtet und durch das Institut für Gesundheitsökonomik mit Prof. Neubauer aus München wissenschaftlich begleitet.

Bewertung der DKD TKL, heute DKD Helios Kinder-TKL

Im Verlauf der Jahre haben viele der tagesklinischen Assistenten berichtet, ihre Facharztkenntnisse erst in der TKL so richtig vertieft zu haben und so besser für die ambulante pädiatrische Tätigkeit in eigener Praxis vorbereitet zu sein.

Die Akzeptanz durch die Eltern und ihre Kinder ist sehr hoch, da die Patienten nicht nachts im Krankenhaus bleiben müssen, sondern zu Hause in ihrer eigenen Umgebung sein können. Eltern chronisch kranker Kinder sind von Anfang an intensiv in die Diagnostik,

Behandlung und Schulung eingebunden (z. B. Diabetes mellitus Typ 1).

Die Akzeptanz und Einweisungshäufigkeit der niedergelassenen Fachärzte ist ausgesprochen gut, die Zufriedenheit mit den Untersuchungs- und Behandlungsergebnissen ist sehr gut, die Kommunikation sehr eng. Dies wurde durch die wissenschaftliche Begleitung und Befragungen bestätigt.

Die Vielfalt der Erkrankungen und Diagnosen, die diagnostischen interdisziplinären Möglichkeiten eines spezialisierten Krankenhauses und die kurzen Wege zum Fachspezialisten aus der Erwachsenenmedizin sind vergleichbar mit einem Universitäts-Klinikum, im Ablauf jedoch für die Erstuntersucher befriedigender und besser.

Mit einer pädiatrischen Tagesklinik lassen sich die sektoralen Grenzen zwischen ambulanter und vollstationärer Versorgung erfolgreich aufweichen und die Versorgung insbesondere chronisch kranker Kinder und Jugendlicher mit dem oft hohen Betreuungs- und Gesprächsbedarf verbessern.

Problematisch ist nach wie vor die Vergütung durch adäquate und an den medizinischen Fortschritt angepasste Tages- oder Pauschal-sätze und die Akzeptanz der tagesklinischen Versorgungsform durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK).

TKL-Pauschalen müssten nach Diagnosen differenziert werden.

Verkappte ambulante Betreuung in der TKL kann ein Problem sein.

Politisch muss die Versorgungsform pädiatrische Tagesklinik zwischen einer ambulanten und vollstationären Versorgung bundesweit fest etabliert werden, wie es z. B. auch bei der geriatrischen, psychiatrischen und kinderpsychiatrischen TKL bereits der Fall ist.

Positionspapier 2017: Teilstationäre Versorgung in der pädiatrischen Tagesklinik

In Norddeutschland sind nach unserem Vorbild in Wiesbaden mit Variationen in Bremen, Hamburg, Niedersachsen und Schleswig-Holstein 13 pädiatrische Tageskliniken – nach Umwandlung vollstationärer Betten in teilstationäre Betten oder zur Ergänzung stationärer Betten mit Unterstützung der zuständigen Sozial- bzw. Gesundheitsministerien – gegründet worden. Nach einem gemeinsamen Memorandum 2005 wurde federführend durch Dr. Thomas Lob-Corzilius, Osnabrück, 2017 ein Positionspapier von diesen 13 norddeutschen Kinderkliniken verfasst, das die teilstationäre Versorgung im Unterschied zu ambulant erbringbaren Leistungen darstellt.

Die Akzeptanz und die Rückmeldungen zur tagesklinischen Versorgung sind von Seiten der Zuweiser, der Familien und Patienten hervorragend. Aufgrund von oft hoher Komplexität in Diagnostik und Therapie können vollstationäre Maßnahmen ersetzt werden. Diese Leistungen benötigen die Infrastruktur eines

Kinderkrankenhauses und können nicht ambulant erbracht werden. Die teilstationäre Behandlung wird durch den einweisenden Arzt per Einweisung sowie durch den aufnehmenden Krankenhausarzt bei der Aufnahmeuntersuchung eindeutig von der ambulanten Versorgungsmöglichkeit abgegrenzt.

Leistungskomplexität

Die pädiatrische TKL als Synonym für „teilstationäre Versorgung“ stellt ein wichtiges Kompetenzzentrum für komplex kranke Kinder und Jugendliche sowie deren Familien dar. Deren notwendige fachübergreifende und zeitaufwendige Versorgung findet in der TKL statt. Diese komplexe Versorgung kann aufgrund ihres Umfangs und ihrer Differenziertheit in der ambulanten Pädiatrie nicht geleistet werden.

Patientenkomplexität

In Kinder-TKL werden schwer kranke Kinder und Jugendliche und solche mit einem besonders hohen Betreuungsbedarf behandelt, die in ambulanten Versorgungseinrichtungen entweder nur mit erhöhtem Risiko oder aufgrund des notwendigen Aufwandes gar nicht behandelt werden können. Beispiele sind Kinder und Jugendliche mit hohen Krankheitsrisiken aufgrund ihrer Grundkrankheit oder eines besonderen Risikos bei der Applikation von Medikamenten bzw. Testsubstanzen sowie Kinder und Jugendliche mit eingeschränkter Kooperationsfähigkeit und ausgeprägten Ängsten bei medizinischen Maßnahmen.

Interdisziplinarität

In TKL stehen Spezialisten verschiedener pädiatrischer Subdisziplinen zur Verfügung. Bei unklaren Initialsymptomen oder bei Erkrankungen mit Beteiligung verschiedener Organsysteme (ein häufiges Problem in der Pädiatrie) können unkompliziert alle erforderlichen Spezialisten an der Diagnostik und Behandlung beteiligt werden. Dies erspart Patient und Familie weite Wege durch verschiedene ambulante Angebote und vermeidet Doppel-diagnostik und damit Kosten. Die Spezialisten können direkt über ihre Befunde und Bewertungen diskutieren und das weitere Vorgehen abstimmen.

Ein Beispiel: Das Symptom Gedeihstörung kann u. a. durch eine Mukoviszidose, eine Erkrankung des Gastrointestinaltraktes, eine hormonelle Störung, eine Interaktionsstörung, einen Herzfehler oder ein neurologisches Problem bedingt sein. Eine ambulante Abklärung, die nacheinander in Praxen oder Spezialambulanzen für Mukoviszidose, Kindergastroenterologie, Endokrinologie, Kinderkardiologie, Neuropädiatrie und Sozialpädiatrie durchgeführt wird, ist in der Summe teurer, dauert länger und beinhaltet das Risiko unnötiger Belastungen des Kindes und der Familie.

Multiprofessionalität

Pädiatrische TKL fungieren nicht nur als Weichensteller in der Vor- und Nachbereitung von Diagnostik und Therapie unklarer,

chronischer oder komplexer Krankheitsverläufe, sondern sie sind auch ein wichtiger Bestandteil der Therapie komplexer Krankheitsbilder. Die interdisziplinäre und multiprofessionelle Arbeitsstruktur von Kinder- und Jugendärzten, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegern, psychosozialen Fachkräften, Diätassistenten und anderen Berufsgruppen ist dafür eine entscheidende Voraussetzung. Der unverzichtbare interdisziplinäre Ansatz basiert auf der Kooperationsfähigkeit und zudem auf fundierter Kenntnis der sozialen und gesundheitsversorgenden Netzwerke der Region. Die Multiprofessionalität der TKL-Teams stellt sicher, dass auch in der ambulanten Weiterversorgung der multiprofessionelle Ansatz zum Wohle des Patienten und seiner Familie fortgesetzt wird.

- TKL-Teams unterstützen deshalb eine strukturierte Betreuung und Nachsorge im ambulanten Bereich. Die enge Kooperation z. B. mit Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) stellt sicher, dass die Kinder- und Jugendlichen, die zeitlebens mit ihrem Handicap bzw. ihrer Behinderung leben müssen, krankheitsspezifisch und umfassend versorgt werden.
- Die teilstationäre Behandlung in pädiatrischen TKL entlastet die vollstationäre Behandlung und macht sie sogar häufig ganz überflüssig, z. B. bei der notwendigen fachkundigen Beobachtung durch professionell besonders geschulte Pflege- und Funktionskräfte, Monitoring von Intoxikationen, Dehydrierungen, Infusionstherapien, Transfusionen und kleinen Eingriffen, die ambulant nicht erbracht werden können.
- Jede invasive Diagnostik – z. B. Endoskopien von Bronchien oder Gastrointestinaltrakt oder Knochenmarkspunktionen – bzw. invasive Therapie bei Kindern und Jugendlichen muss weitgehend schmerz- und angstfrei durchgeführt werden. Sie benötigen deshalb den Background einer Klinik, die die Begleitung durch Anästhesisten und Schmerztherapeuten sicherstellt und ggf. auch eine intensivmedizinische Überwachung und/oder Behandlung bereithält.
- In der Kinder- und Jugendmedizin ermöglicht häufig erst eine kontinuierliche, über den Verlauf eines Tages gehende klinische Beobachtung von Kindern und Jugendlichen und ihrer Interaktionen mit den Eltern bzw. der Umwelt eine angemessene Diagnostik und/oder wirksame Therapievorschläge. Insbesondere Kleinkinder und viele Kinder bis ins Schulalter kommunizieren ihre Krankheitssymptome überwiegend nonverbal. Hierfür ist die teilstationäre Versorgung in einer TKL hervorragend geeignet.
- Pädiatrische TKL ermöglichen multimodale Komplexbehandlungen im Sinne einer strukturierten und multidisziplinären Patientenedukation. Sie ist u. a. angezeigt bei chronischen Krankheiten wie z. B. Adipositas, Asthma, Allergien, Diabetes, Neurodermitis, Mukoviszidose, komplexen neurologischen, rheumatologischen, hämatologischen, onkologischen, endokrinologischen, gastroenterologischen, nephrologischen, pneumologischen, kardiologischen und angeborenen Stoffwechselkrankheiten sowie komplexen Infektionen, Ausscheidungsstörungen und chronischen Schmerzzuständen. Hierbei können pädiatrische

TKL auch die Transition bahnen, so dass diese Patienten, wenn sie das Erwachsenenalter erreichen, nicht in eine Versorgungslücke fallen.

- Die pädiatrischen TKL sind ausdrücklich bereit für eine Versorgungsforschung, zumal es trotz jahrzehntelanger hoher Akzeptanz der TKL als fester Bestandteil der pädiatrischen Versorgung zwischen ambulanter und vollstationärer Versorgung nur wenig belastbare wissenschaftliche Daten bezüglich der Versorgungskonzepte und der Betreuung chronisch und komplex kranker Kinder und Jugendlicher gibt.

Vor diesem Hintergrund erfolgte während der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin am 12.09.2019 in München die Gründung der Arbeitsgemeinschaft pädiatrischer Tageskliniken innerhalb der DGKJ während eines Workshops, der durch Frau Prof. Olga Kordonouri, Hannover, Dr. Ingo Menrath, Lübeck, und Dr. Markus Röbl, Göttingen, geleitet wurde. Anwesend waren ca. 40 Vertreter schon existierender und geplanter pädiatrischer Tageskliniken aus dem ganzen Bundesgebiet. Aufgabe der AG wird es sein, die in pädiatrischen TKL zu versorgenden Patienten aus der Pädiatrie sowie Inhalte der in pädiatrischen TKL zu erbringenden Leistungen zu definieren. Laut PD Dr. Rodeck, DAKJ, ist dies auch im Interesse des Bundesgesundheitsministers Spahn, der sich offenbar offen dafür gezeigt hat, dass es neben den Tageskliniken im Bereich der Geriatrie, Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie auch für eine pädiatrisch tagesklinische Versorgung gute Gründe und einen großen Bedarf gibt.

Prof. Dr. med. Klaus-Michael Keller
 Sprecher Fortbildungsausschuss im BVKJ
 DKD Helios Klinik, Betriebsstätte HSK Wiesbaden
 Ludwig-Erhard-Str. 100
 65199 Wiesbaden
klaus-michael.keller@helios-gesundheit.de

Prof. Dr. med. Olga Kordonouri
 Kinder- und Jugendkrankenhaus AUF DER BULT Hannover
 Janusz-Korczak-Allee 12
 30173 Hannover
kordonouri@hka.de

Dr. med. Markus Röbl
 Universitätskinderklinik Göttingen
 Robert-Koch-Str. 40
 37075 Göttingen
markus.roebl@med.uni-goettingen.de

Literaturangaben bei den Verfassern.

Pädiatrie im Öffentlichen Gesundheitsdienst

Gabriele Trost-Brinkhues, Gabriele Ellsäßer, Claudia Korebrits

Gemeinwesenorientierte Sozialpädiatrie, Bevölkerungsmedizin, Public Health, Prävention und Gesundheitsförderung, Vernetzung und Koordination zur Sicherung der Versorgung – dies sind einige der Schwerpunktaufgaben der Kinder- und Jugendärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD). Sich um besonders vulnerable Gruppen und die Verbesserung ihrer Teilhabe in den Lebenswelten zu kümmern, sind zielgruppenspezifische zentrale Aufgaben. Für Gemeinschaftseinrichtungen wie Kindertagesstätten und Schulen erfüllen die Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte im ÖGD eine „betriebsmedizinische“ Tätigkeit, zu der auch Infektionsschutz und Impfprävention gehören. Die Analyse der Daten der Schuleingangsuntersuchung (SEU) ermöglicht ein bedarfsbezogenes und sozial-räumliches Handeln (siehe Public Health Action Cycle), um so einen Beitrag zum Ausgleich besonderer Benachteiligung zu leisten. Der ÖGD agiert dabei frei von kommerziellen Interessen.

Einführung

Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte leisten im ÖGD eine anspruchsvolle und erfüllende Tätigkeit und werden überwiegend im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD) / Kinder- und

Jugendärztlichen Dienst (KJÄD), mancherorts auch Schulärztlicher Dienst genannt, tätig. Dieser Bereich ist in der Regel in einem Gesundheitsamt oder einem Fachbereich Gesundheit verankert; in einzelnen Kommunen besteht auch eine Zuordnung zur Jugendhilfe. Der KJGD gilt als ein zentraler Akteur der öffentlichen Sorge um die Gesundheit aller Kinder und Jugendlichen im Sinne von „Public Health vor Ort“. Der KJGD nimmt bei der Identifizierung besonderer Gesundheitsbedarfe eine zentrale Rolle ein. Neben der individualmedizinischen Komponente ist das Augenmerk insbesondere auf benachteiligte und vulnerable Gruppen von Kindern gerichtet, die nicht ausreichend psychosozial und medizinisch versorgt sind. Ein weiterer Schwerpunkt der Arbeit der Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte im ÖGD liegt in der Betreuung und Begleitung von behinderten oder chronisch kranken Kindern und Jugendlichen – von der Frühförderung über die Gemeinschaftseinrichtungen (Kindergarten und Schule) mit Eingliederungshilfe und Nachteilsausgleich bis zum Übergang in begleitete Berufsausbildungen.

Neben der individualmedizinisch ausgerichteten ambulanten und stationären Versorgung stellt der ÖGD einen eigenständigen Bereich im gesamten Gesundheitswesen mit bevölkerungsmedizinischen und sozialkompensatorischen Aufgaben dar. 2014 beschäftigte sich der Deutsche Ärztetag in einem eigenen Tagesordnungspunkt mit der Rolle des ÖGD und trat für dessen Stärkung ein. 2015 legte die Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina ihre Stellungnahme „Public Health in Deutschland“ vor, in deren Folge 2016 das „Zukunftsforum Public Health“ eingerichtet wurde. Schließlich beschloss die Gesundheitsministerkonferenz der Länder 2016 eine umfassende Stärkung des ÖGD und initiierte einen Diskussionsprozess für ein neues Leitbild, das auf der 91. GMK 2018 unter TOP: 10.21 Leitbild für einen modernen Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) – „Der ÖGD: Public Health vor Ort“ verabschiedet wurde (<https://www.bvoegd.de/leitbild/>). Auf dieses neue Leitbild wird nachfolgend an mehreren Stellen verwiesen, da es umfassend sowohl die bisherigen Aufgaben als auch die neuen Schwerpunkte der Tätigkeit des ÖGD und insbesondere der Kinder- und Jugendgesundheitsdienste darstellt.

Rechtliche Rahmenbedingungen des Aufgabenprofils des ÖGD

Um die Aufgaben der Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte im ÖGD zu verstehen, ist es notwendig, einige grundlegende Strukturen zu erläutern. Gesundheitsdienstgesetze werden wie die Schulgesetze auf Länderebene geregelt; hier sind von Bundesland zu Bundesland durchaus deutliche strukturelle und inhaltliche Unterschiede festzustellen. Auch die Regelungsdichte und die



inhaltliche Schwerpunktsetzung der Gesetze differieren zum Teil beträchtlich. Für die Wahrnehmung der Aufgaben des ÖGD gilt z. B. in Berlin primär der Grundsatz der Subsidiarität (§ 1 Abs. 2 GDG Berlin), in Bremen hingegen im Sinne eines eigenständigen Versorgungsauftrags die Maßgabe, dass der ÖGD an der Erbringung gesundheitlicher Leistungen mit eigenständigen Aufgaben teilnimmt (§ 1 ÖGDG Bremen). Die anderen Landesgesetze bewegen sich inhaltlich zwischen diesen beiden Polen. Administrativ ist der ÖGD auf der Grundlage dieser Gesetze kommunal oder regional in Landkreisen tätig (siehe Zusammenfassung und Analyse der Gesundheitsdienstgesetze der Länder für den Bundestag 2014 <https://www.bundestag.de/resource/blob/410444/a2f24acb7bdabf15da541c95d2946167/WD-9-027-14-pdf-data.pdf>).

Andere für die Arbeit im ÖGD relevante Gesetze sind auf Landesebene in Kita- und Schulgesetzen und in Bundesgesetzen festgelegt. Hierzu zählen z. B. (ohne Gewichtung) das Infektionsschutzgesetz, die Sozialgesetzbücher einschließlich des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) und des Jugendhilfegesetzes (SGB VIII).

Auszüge aus der Gesetzesgrundlage NRW für den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst:

- Der ÖGD nimmt eigenständige Aufgaben im arbeitsteiligen Gesundheitswesen wahr.
- § 11 Schwangeren- und Mütterberatung, auch aufsuchendes Angebot → Frühe Hilfen
- § 12 Der KJGD hat die Aufgabe, Kinder und Jugendliche vor Gesundheitsgefahren zu schützen und ihre Gesundheit zu fördern. → Prävention und Gesundheitsförderung
- Der KJGD arbeitet hierzu mit anderen Behörden, Trägern, Einrichtungen und Personen, die Verantwortung für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen tragen, zusammen. → Kooperation und Vernetzung
- Die untere Gesundheitsbehörde nimmt für Gemeinschaftseinrichtungen, insbesondere in Kita und Schulen, betriebsmedizinische Aufgaben wahr. Sie berät die Träger der Gemeinschaftseinrichtung, die Sorgeberechtigten, Erzieherinnen und Erzieher sowie Lehrerinnen und Lehrer in Fragen der Gesundheitsförderung und des Gesundheitsschutzes.
- Sie führt die schulischen Eingangsuntersuchungen und, soweit erforderlich, weitere Regeluntersuchungen durch, sie kann Gesundheitsförderungsprogramme anbieten.

Neben den gesetzlichen Regelungen ist das von der Gesundheitsministerkonferenz verabschiedete Leitbild für einen modernen ÖGD – „Der ÖGD: Public Health vor Ort“ von Bedeutung. Hier werden einerseits länderübergreifend die Aufgabenschwerpunkte des ÖGD von der Politik konsentiert, andererseits die neuen gemeinwesenbezogenen Funktionen definiert (wie Netzwerkarbeit, Gesundheitsplanung, Initiierung und Steuerung von bedarfsbezogenen Gesundheitsangeboten).

Welche Aufgaben erwarten einen Kinder- und Jugendmediziner im KJGD?

Nachfolgend sind die relevanten Themenfelder aufgeführt, die im KJGD „in Kenntnis der örtlichen Bedingungen“ und je nach gesetzlicher Grundlage in der Regel durch Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin oder Öffentliches Gesundheitswesen gemeinsam mit einem multiprofessionellen Team umgesetzt werden. Dieses Team besteht beispielsweise aus medizinischen Fachangestellten, sozialmedizinischen Assistenten, Präventionsfachkräften, (Familien-) Gesundheits- und Kinderkrankenpflegern, evtl. auch aus Therapeuten, Kinder- und Jugendpsychiatern und Gesundheits- und Sozialwissenschaftlern für die Gesundheitsberichterstattung.

Aufgaben der Pädiatrie im ÖGD:

- **Schwangerenberatung** mit besonderen Schwerpunkten: verantwortliche Durchführung der Frühen Hilfen gemeinsam mit der Jugendhilfe (mit Fachaufsicht oder Beteiligung), also aufsuchende und beratende Tätigkeit von Müttern/Eltern und deren Kindern bis zum 3. Lebensjahr zusammen mit Familienhebammen und Familienkinderkrankenschwestern
- **Begleitung von Tagespflege und Kindertagesstätten**, in denen Säuglinge und Kleinkinder ab 6 Monaten, 1 Jahr oder mit 2 Jahren aufgenommen werden, in enger Kooperation mit der zuständigen Jugendhilfe und den Trägern der freien Jugendhilfe (z. B. Caritas, AWO)
- **Untersuchung, Beratung und Begutachtung zur Aufnahme in die Interdisziplinäre Frühförderung** bei Säuglingen, Kleinkindern oder Kindern bis zum Schulalter bei Verdacht auf Entwicklungsstörungen oder auch komplexen Beeinträchtigungen; in etlichen Kommunen bzw. Landkreisen ist der ÖGD an der Erstellung des Förder- und Behandlungsplanes als fachärztlicher Part beteiligt.
- In manchen Kommunen bzw. Landkreisen werden **nachrangig Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen** durchgeführt, wenn trotz mehrmaliger Einladung keine Anbindung an einen niedergelassenen Pädiater erfolgt.
- **Untersuchung, Beratung und Begutachtung im Rahmen des Bundesteilhabegesetzes/der Eingliederungshilfe** nach SGB IX, SGB XII, BTHG und SGB VIII von Kindern und Jugendlichen mit unterschiedlichen Beeinträchtigungen und Behinderungen; Beratung auch der Erziehungsberechtigten zu sämtlichen Maßnahmen der **Integration, Inklusion, behindertengerechten Versorgung** sowie des Abbaus von Barrieren. Diese wichtige Funktion des KJGD ist mit der guten Kenntnis der Versorgungsmöglichkeiten und Angebote vor Ort begründet.
- **Untersuchung, Beratung und Begleitung** von Säuglingen und Kleinkindern in **Flüchtlingsunterkünften** oder vor Aufnahme in das Regelsystem, nicht selten gemeinsam mit ehrenamtlich tätigen Kolleginnen und Kollegen

- **Untersuchung, Beratung und Begutachtung** im Rahmen des **Asylbewerberleistungsgesetzes**, einschließlich der Sicherung der Ansprüche, insbesondere für Kinder nach den §§ 4 und 6 des AsylbLG; gleichzeitige Betreuung der Kinder und ihrer Familien und die **Vermittlung in andere integrierende Maßnahmen** wie Kita oder Schule
- **Untersuchung und Beratung in Kindertagesstätten** sowohl als gesetzlich geregelte Untersuchung für einen ganzen Kita-Jahrgang (z. B. in Sachsen 2 Jahre vor Schulbeginn, in Brandenburg im Alter von 2,5 bis 3,5 Jahren) als auch in anderen Bundesländern verstärkt in **Sozialräumen mit besonderen sozialen und gesundheitlichen Belastungen**. Hierzu gehört die Beratung der Erziehungsberechtigten und der Erzieherinnen und Erzieher zu Fördermaßnahmen sowie die Vermittlung von Diagnostik und Therapie in guter Kenntnis der medizinischen Strukturen vor Ort.
- **Schuleingangsuntersuchungen aller schulpflichtigen Kinder**, einschließlich standardisierter Screeningverfahren von schulischen Vorläuferfähigkeiten mit Beratung der Erziehungsberechtigten und der Schule zu den Bedingungen der Schulfähigkeit und Schulbereitschaft eines jeden Kindes; Erstellung eines schulärztlichen Gutachtens (vgl. hierzu der ausführliche Abschnitt unter 7.)
- **Untersuchung, Beratung und Begutachtung** von sogenannten **Seiteneinsteigenden** in das deutsche Schulsystem in Analogie zu den Schuleingangsuntersuchungen
- **Untersuchung und Beratung sowie Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen bzw. Schule** bei der Differentialdiagnose des **schulvermeidenden Verhaltens**; Vermittlung im Rahmen der Kenntnis der örtlichen bzw. regionalen Angebote zu Maßnahmen der Jugendhilfe oder der ambulanten wie stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie
- **Untersuchung, Beratung und Begleitung** von Schulkindern mit **sonderpädagogischem Förderbedarf**; je nach gesetzlichen Grundlagen der Schulgesundheitspflege regelmäßige Betreuung der Kinder in den Förderschulen und integrativ/inklusive arbeitenden Schulen
- **Schulgesundheitsuntersuchungen** von Kindern in der 6. oder 8. Jahrgangsstufe oder vor **Schulentlassung** (z. B. in Brandenburg kombiniert mit der Untersuchung nach Jugendarbeitsschutzgesetz)
- **„Betriebsmedizinische“ Betreuung** von Schulkindern, und dies, wenn möglich, in Zusammenarbeit mit Schulgesundheitsfachkräften (siehe Modellprojekt „Schulgesundheitsfachkräfte an öffentlichen Schulen in Brandenburg und Hessen“)
- **Untersuchung, Beratung und Begutachtung** zu zahlreichen Anlässen von Schulkindern zu **diversen Fragestellungen** wie Schulsportbefreiung, Übernahmen zu Schülerfahrkosten etc.

Teile der Arbeit des KJGD entsprechen der sozialpädiatrischen Tätigkeit in einem Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ). In anderen Arbeitsfeldern ist die intensive Zusammenarbeit mit anderen Fachbereichen innerhalb und außerhalb des ÖGD, beispielsweise mit dem sozialpsychiatrischen Dienst und auch mit der Jugendhilfe und Sozialhilfe, unabdingbar. Besonders präsent ist der KJGD an den Schnittstellen Gesundheit und Bildung durch die gesetzlich verankerten Untersuchungen, wie z. B. die Schuleingangsuntersuchung (SEU). Die KJGD-Ärztinnen und -Ärzte sind für Erzieher, Lehrer, Schulleiter und Horterzieher verlässliche Ansprechpartner.

Die gemeinwesenbezogene sozialpädiatrische Tätigkeit im ÖGD hat sich längst zu einer eigenen Spezialisierung etabliert. Die Pädiatrie im ÖGD orientiert sich dabei entsprechend an Qualitätsstandards wie den medizinischen Leitlinien der AWMF (siehe z. B. Handbuch für den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst im Land Brandenburg – https://gesundheitsplattform.brandenburg.de/media_fast/5510/KJGD-Handbuch_2017_geschw%C3%A4rzt.pdf).

Die interdisziplinär erstellte S3-Leitlinie „Kinderschutz“ ist ein gutes Beispiel für die Zusammenarbeit zwischen den pädiatrischen Strukturen und darüber hinaus zwischen den Sektoren einschließlich Jugendhilfe und Pädagogik.

Um die fachliche Kommunikation mit den Kolleginnen und Kollegen aus Klinik, Praxis und SPZ zu festigen, sind regelmäßig gemeinsame Fort- und Weiterbildungen in allen pädiatrischen Bereichen erforderlich. Der regelmäßige Austausch und die Arbeit in Teams stellen positive Aspekte der Tätigkeit von Pädiaterinnen und Pädiatern im ÖGD dar. Kommunale, regionale bzw. landesweite und möglichst auch bundesweite Abstimmungen verbunden mit Begutachtungs- und Kooperationsvorgaben zu einzelnen Themen ermöglichen eine gleichwertige Vorgehensweise und Standards in der Beratung und Begutachtung. Bestehende örtliche Besonderheiten sind dabei zu berücksichtigen.

Anspruch, Herausforderungen und Wirklichkeit

Die Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte im ÖGD haben die Aufgabe des „Kümmers und Vernetzers“ in der Kommune, der die verschiedenen Planungsbereiche (wie Bildung, Gesundheit, Soziales, Jugend, Umwelt etc.) unter Public-Health-Aspekten nicht nur im Blick hat, sondern mit diesen eng kooperiert. Nur so kann der KJGD seiner Funktion als „Anwalt“ der Kinder und Jugendlichen für Chancengleichheit gerecht werden und ihr Recht auf Gesundheit unterstützen. Je nach Größe der Kommune erfolgt die konkrete Arbeit in sozialräumlichen Bezügen, um bedarfs- und ressourcenorientiert die gesundheitlichen und psychosozialen Angebote miteinander zu verbinden und zu bündeln.

In seiner sozialmedizinischen Funktion in der Schule kann der KJGD vor Ort gesundheitlich wirksam werden, beispielsweise bei der Unterstützung chronisch kranker Kinder im Unterricht, durch Maßnahmen der Krankheitsprävention (z. B. durch Impfangebote oder Gesundheitsbildung) oder durch direkte Angebote

wie ärztliche Schulsprechstunden. Insofern nimmt er eine Schulgesundheitsfunktion in Grundschulen und weiterführenden Schulen wahr. Durch die Anbindung von Schulgesundheitsfachkräften an den KJGD wird diese Schnittstelle zur Schule mit entsprechender Expertise sinnvoll unterstützt.

Darüber macht der KJGD, abgeleitet aus den Daten der Schuleingangsuntersuchung, konkret auf den Zusammenhang zwischen Bildungsferne/Armut und Entwicklungsrisiken und den spezifischen Gesundheits- und Versorgungsbedarfen dieser Kinder und Jugendlichen in seiner Netzwerkarbeit aufmerksam und kann regionalspezifisch konkrete Handlungsbedarfe an die Politik formulieren (vgl. Abb. 2).

In Kenntnis des nachhaltigen Benefits von früher Entwicklungsanregung und Förderung in den ersten 1.000 Tagen bei Kindern mit drohenden Entwicklungsdefiziten trägt der KJGD durch seine Beteiligung in den sogenannten Präventionsketten oder innerhalb des Gesundheitszieleprozesses „Gesund aufwachsen“ zum Ausbau des Frühe-Hilfen-Systems als ein niedrighschwelliger Zugang zu den Familien bei. Darüber hinaus ist er durch die sogenannte Seiteneinsteigeruntersuchung der zugewanderten Kinder (wie auch Flüchtlingskinder) in der Lage, die Funktion eines „Gatekeepers“ einzunehmen, das heißt, er sichert gemeinwesenbezogen den Zugang in das medizinische und psychosoziale Versorgungssystem.

Hier klaffen in manchen Kommunen und Landkreisen Anspruch und Umsetzung auseinander, wenn trotz steigender Geburtenzahlen, regelmäßigem Zuzug von Kindern und Jugendlichen und zunehmender Aufgabenfülle des KJGD der personellen Ausgestaltung vor Ort durch finanzielle Restriktionen (z. B. unter „Haushaltssicherung“ stehende Kommune) Grenzen gesetzt sind. Umso wichtiger ist es, den Kenntnisstand über das gemeinwesenorientierte Aufgabeprofil des KJGD sowohl in der Kollegenschaft als auch in der Politik zu verbessern, um die Notwendigkeit eines starken Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes mit entsprechender Finanzierung der fachärztlichen Tätigkeit einzufordern.

Neues Leitbild des ÖGD und des KJGD

Nach dem oben bereits erwähnten Leitbild der GMK agiert der ÖGD als „ein professionelles Netzwerk, das mit und in allen Gesundheitsbereichen von der Prävention und Gesundheitsförderung, über den Gesundheitsschutz bis hin zur Versorgung kooperativ und koordinierend tätig ist.“ (91. GMK/Begründung)

Diese neue Kernaufgabe beinhaltet daher auch steuernde und planerische Tätigkeiten des ÖGD für eine gezielte – auch sozialräumliche – Verbesserung der gesundheitlichen Situation der Bevölkerung in der Kommune bzw. im Landkreis – für unsere Betrachtung also der Kinder und Jugendlichen, beginnend möglichst vor/in der Schwangerschaft.

Mit diesem neuen Leitbild wird der ÖGD als ein zentraler Akteur der öffentlichen Sorge um die Gesundheit aller (Public Health vor Ort) definiert. Er hat sich um die Bevölkerung als Ganzes zu

kümmern, das heißt um alle Altersgruppen und zusätzlich mit einem besonderen Augenmerk auf vulnerable Gruppen, die häufig nicht ausreichend psychosozial und medizinisch versorgt sind. Für den KJGD sind dies insbesondere Kinder und Jugendliche mit chronischen Erkrankungen bzw. einer Behinderung, psychisch erkrankte Jugendliche, aber auch Kinder psychisch und suchtkranker Eltern. Daher hat der ÖGD auch beratende Leistungen in allen Bereichen der Politik und des Gemeinwesens (Health in All Policies) zu erbringen, damit Unterstützungsangebote für besondere Zielgruppen – unter Beteiligung der Betroffenen – passgenau entwickelt und umgesetzt werden.

Insbesondere bei der gesundheitlichen Unterstützung von vulnerablen Gruppen, wie durch frühe Interventionen/Frühe Hilfen in den ersten 1.000 Lebenstagen oder in der betriebsmedizinischen Funktion im Setting Kita und Schule, hat der KJGD eine besondere „Wächterfunktion“ in der Förderung der Gesundheit und sozialen Teilhabe der Kinder und Jugendlichen wahrzunehmen. Das geht jedoch nicht alleine! Netzwerk- und Kooperationspartner sind z. B. die Betreuungs- und Bildungseinrichtungen, die Jugend- und Sozialhilfe und auch freie Träger mit ihren spezifischen familienunterstützenden und psychosozialen Angeboten sowie nicht zuletzt auch niedergelassene Therapeuten. Schließlich gehören – neben der Pädiatrie – auch die Kolleginnen und Kollegen aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Praxis und Klinik dazu.

In etlichen Kommunen existieren (interdisziplinäre) Frühförder- und Beratungsstellen, psychosoziale Fachdienste (auch innerhalb des ÖGD), psychologische Beratungsstellen einschließlich der Erziehungsberatungsstellen, Schwangerschaftsberatungsstellen, Schuldnerberatungsstellen, Drogen- und Suchtberatungsstellen, Migrationsdienste sowie andere kommunalspezifische Dienste.

Beratung und Begutachtung „frei von kommerziellen Interessen“

Beratung und Begutachtung werden ausschließlich kind- und familienzentriert in Kenntnis der Angebote und Möglichkeiten vor Ort durchgeführt. Frühe Förder- und Entwicklungsmöglichkeiten der Kinder und die notwendige Unterstützung der Familien stehen im Vordergrund, Teilhabe- und Kindeswohlaspekte sind wesentlich. Maßnahmen werden aus fachlicher, pädiatrischer und ethischer Sicht beurteilt – frei von kommerziellen Interessen. Die daraus folgenden Entscheidungen werden den zuständigen Kostenträgern oder auch den handlungspflichtigen kommunalen Strukturen zugeleitet.

Grundsätzlich sind Begutachtende und daraus folgende Leistungserbringer klar zu trennen: Therapeutische Interventionen darf nicht derjenige durchführen, der zuvor z. B. die Diagnose einer umschriebenen Entwicklungsstörung gestellt hat.

In der Ausgestaltung der zukünftigen Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche – insbesondere bei der Bedarfsermittlung, der Hilfeplanung sowie der medizinischen Begutachtung – sollte wegen der besonderen Expertise in diesem Bereich ein

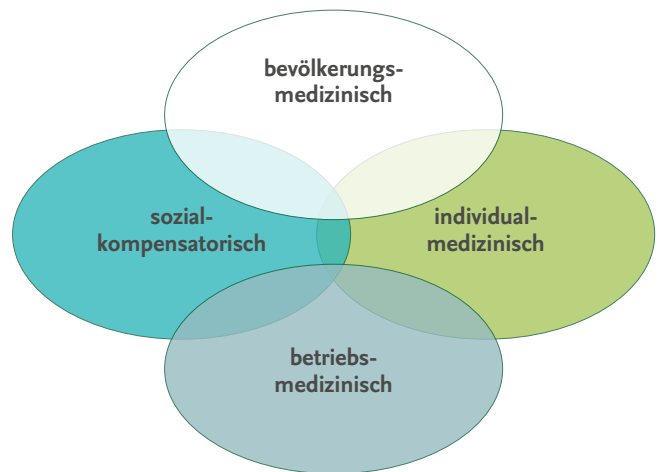
Kooperationsgebot mit den Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten des ÖGD erfolgen.

Die Schuleingangsuntersuchung

Schulgesetze und Gesundheitsdienstgesetze bestimmen in allen Bundesländern die Ausgestaltung der Schuleingangsuntersuchung aller schulpflichtig werdenden Kinder. Die individuellen (vor-)schulischen Unterstützungsmöglichkeiten der Kinder variieren dabei landesspezifisch erheblich (z. B. Vorklasse, Schulkindergarten, „flexible“ Eingangsstufe etc.). In Kenntnis der gesetzlichen Möglichkeiten von Schule innerhalb der landesspezifischen Rahmenbedingungen hat sich eine schulärztliche, sozialpädiatrisch ausgerichtete Spezialisierung entwickelt. Die Kinder- und Jugendärztlichen Dienste haben es sich bundesweit zum Ziel gesetzt, für Schule, Eltern und Kinder eine qualitativ hochwertige und weitestgehend transparente (fach-)ärztliche Untersuchung durchzuführen. Die Beratung der Eltern und Lehrer dient der gesundheitlichen Unterstützung am Bildungsort Schule. In 14 von 16 Bundesländern ist es gelungen, durch eine Standardisierung eine in großen Teilen vergleichbare schulärztliche Untersuchung im Jahr vor dem Schulbeginn umzusetzen. Teil der gesamten Untersuchung ist dabei seit vielen Jahren ein sozialpädiatrisches Screening des Entwicklungsstandes des Kindes, das regelmäßig angepasst und fortentwickelt wurde (z. B. SOPESS). Dabei werden verschiedene Entwicklungsdimensionen bzw. schulische Vorläuferfähigkeiten erfasst, wie z. B. Sprache, Feinmotorik, Grobmotorik, serielle Fähigkeiten, Wahrnehmung, Konzentration, aber auch zentrale und periphere Hör- und Sehfähigkeit. Die Beurteilung von Größe und Gewicht, körperlichen Erkrankungen sowie eine ärztliche körperliche Untersuchung mit schulrelevanten Schwerpunkten runden die Untersuchung ab. Die daraus resultierenden schulärztlichen Stellungnahmen in diesen 14 Bundesländern sind in großen Teilen vergleichbar. Die Datenerhebung und -analyse dieser flächendeckend stattfindenden Untersuchung aller Kinder vor Schulbeginn wird vielerorts für gesundheitspolitische Aktivitäten und Steuerungsprozesse innerhalb der Kommunen und Länder genutzt.

Die schulärztlichen Untersuchungen erfüllen vier Kernaufgaben, die für das einzelne Kind – ausgerichtet für den spezifischen Lernort – ineinandergreifen und durch das Entwicklungsscreening schulischer Vorläuferfähigkeiten ergänzt werden.

Abb. 1: Kernaufgaben der schulärztlichen Untersuchung



● Individualmedizinische Inhalte

Gesundheitszustand und Entwicklungsstand, schulrelevante akute oder chronische Erkrankungen und Beeinträchtigungen bis hin zu Auswirkungen einer Behinderung, Beratung von Eltern und Schule zu besonderen Lern- und Betreuungsanforderungen

● Sozialkompensatorische Inhalte (nachrangige Fürsorge)

Augenmerk auf die (benachteiligten) Kinder mit besonderen Versorgungs- und Förderungsbedarfen bei nicht ausreichender Regelversorgung, Mithilfe zum Ausgleich sozialer Ungleichheit

● „Betriebsmedizinische“ Inhalte für Kinder am „Arbeitsplatz“ Schule

Beratung zu: Infektionsschutz, Unfallprävention, Maßnahmen des Gesundheitsschutzes und der Gesundheitsförderung, kindgemäßer „Arbeitsplatz“-Gestaltung (u. a. zu Lärm, Licht, Hilfsmittel etc.)

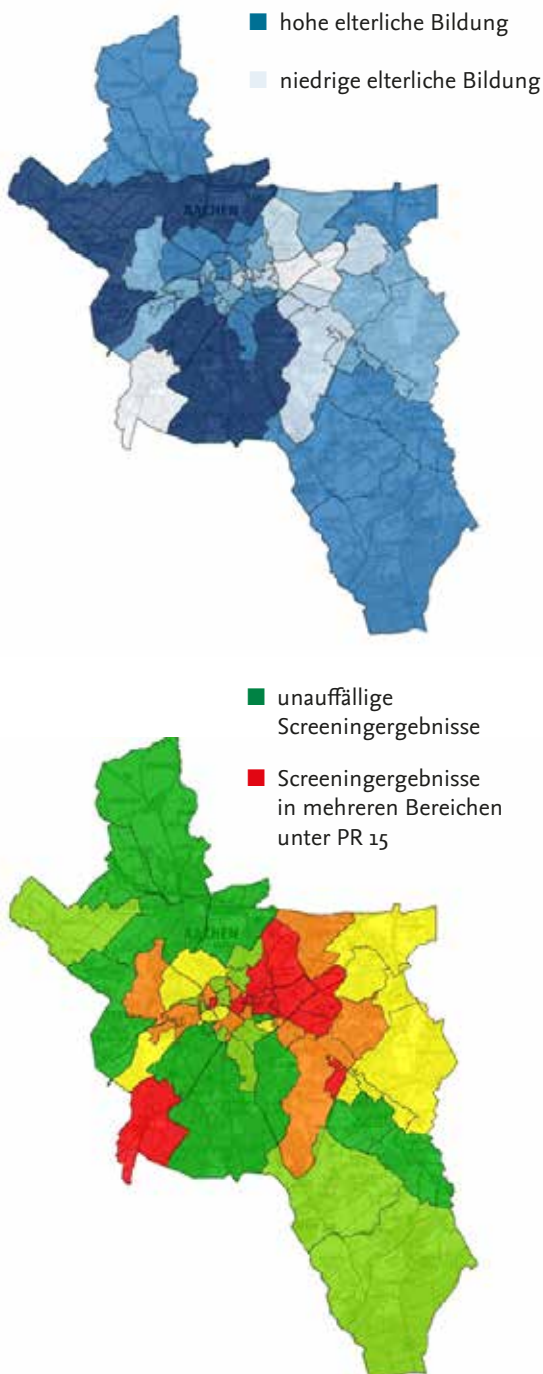
○ Bevölkerungsmedizinische Inhalte / Gesundheitsberichterstattung

Vollerhebung des gesamten Jahrgangs vor der Einschulung! Datenerfassung, Datenanalyse und Darstellung gesundheitsrelevanter Sachverhalte; Nutzung der Daten u. a. für die kommunale Gesundheitsplanung

Aus den Ergebnissen der Schuleingangsuntersuchung lassen sich uneingeschränkt die Bedarfe der Kinder mit Entwicklungsauffälligkeiten ableiten. Ohne besondere pädagogische Unterstützung sind diese Kinder gefährdet, die schulischen Anforderungen nicht ausreichend bewältigen zu können. Die Abhängigkeit der Ergebnisse von der Bildungsnähe der Eltern ist offensichtlich und macht deutlich, dass massive Anstrengungen zur Verbesserung der Chancengleichheit erforderlich sind. Im folgenden Abschnitt werden die möglichen Konsequenzen als gemeinwesenorientierte Arbeit beschrieben.

Datengrundlage für die folgenden Abbildungen sind die Daten von 31.387 Einschulungskindern der Einschulungsjahrgänge 2012 bis 2018 in der StädteRegion Aachen. Die freiwilligen Angaben der Eltern zur eigenen Schulbildung und dem höchsten erreichten Ausbildungsabschluss werden nach der Untersuchung getrennt nach dem NRW-Bildungsscore erfasst.

Abb. 2: Darstellung der Zusammenhänge zwischen elterlicher Bildung (Karte 1) und den zusammengefassten Ergebnissen aus dem „Sozialpädiatrischen Entwicklungsscreening SOPESS“ (Karte 2) – differenziert nach Sozialräumen – hier am Beispiel der Stadt Aachen

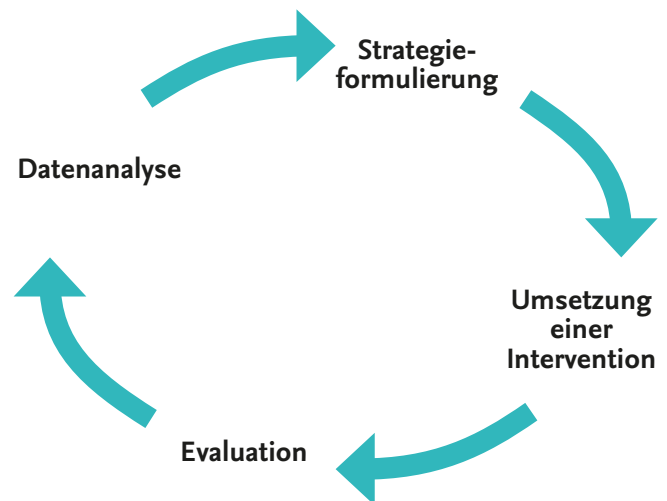


Quelle: Thilo Koch, GBE StädteRegion Aachen, 2019

Umsetzung der gemeinwesenorientierten Arbeit mit Hilfe des Public Health Action Cycle

Der Public Health Action Cycle (PHAC) fand seinen Ursprung bereits 1988 in der New-Public-Health-Bewegung durch das US-amerikanische Institute of Medicine (IOM). Hier wurden in einer Publikation Empfehlungen zur Durchführung gesundheitspolitischer Maßnahmen entwickelt. Ziel sollte die Verringerung der Diskrepanz zwischen gutem Public-Health-Wissen und unzulänglicher politischer Umsetzung sein. Es wurden vier Eckpunkte genannt, die später als Basis für den sogenannten „Public Health Action Cycle“ dienten: assessment (Bewertung/Datenanalyse), policy development (Strategieformulierung), assurance (Umsetzung einer Intervention) und evaluation (Evaluation). Dies ist 30 Jahre später noch genauso aktuell und lässt sich gut auf die Arbeit der Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte im ÖGD/KJGD anwenden.

Abb. 3: Public Health Action Cycle



Quelle: Institute of Medicine 1988: The Future of Public Health, National Academy Press, Washington DC

Es besteht Konsens darüber, dass Kinder aus Familien mit niedrigem elterlichem sozioökonomischem Status und Bildungsferne ein höheres Risiko für viele Erkrankungen und Entwicklungsstörungen haben (siehe auch Abb. 2). Diese erhebliche Chancenungleichheit bestimmt die Ausrichtung eines modernen, öffentlichen Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes. Im Sinne des PHAC können mittels kleinräumiger Datenauswertung vulnerable Gruppen, wie benachteiligte Kinder und benachteiligte Familien sowie Gemeinschaftseinrichtungen, in denen Entwicklungsauffälligkeiten und spezifische Handlungsbedarfe bei den zu Betreuenden kumuliert auftreten, aufgezeigt werden. Zur Identifizierung gesundheitlicher und medizinischer Versorgungsbedarfe der Kinder sind hierzu die Daten der flächendeckenden SEU sehr gut nutzbar. So lassen sich mit passenden Indikatoren Handlungsfelder für bestimmte Sozialräume wie Kitas und Schulen ableiten (vgl. hierzu „Auszüge aus dem ÖGD-Gesetz NRW“, Seite 65).

Nach der entsprechenden kleinräumigen Datenanalyse werden Schwerpunkträume („Hotspots“) in der Kommune bezüglich

problematischer Kindergesundheit sichtbar. Sowohl KJGD-intern als auch ämterübergreifend sind entsprechende Strategien zu entwickeln. Es werden Interventionen formuliert und im Sinne des „Public Health Action Cycle“ umgesetzt. Essentiell in puncto kleinräumiger Datenanalyse ist die personelle Ausstattung im Gesundheitsamt mit einem datenauswertungsaffinen Gesundheits- bzw. Sozialwissenschaftler. Diese Daten können der internen Schwerpunktverlagerung dienen, z. B. der Schaffung von Zeitressourcen der KJGD-Ärztinnen und -Ärzte zur intensiven Begleitung von benachteiligten Kindern.

Auf der anderen Seite ist es sinnvoll, dass die Kommune auch ämterübergreifend tätig wird und auf der Grundlage der gesundheitsbezogenen Ergebnisse der Einschulungsdaten Ressourcen in die Brennpunkträume verlagert. Hier ist eine breite Zusammenarbeit mit anderen Ressorts (Jugend- und Sozialamt, Umweltamt, Amt für Stadtentwicklung etc.) sowie mit Kitas bzw. Schulen und anderen familienbezogenen Einrichtungen (im Sinne von Health in All Policies) sinnvoll und notwendig, um die gesundheitlichen Bedingungen der Kinder in ihren Lebenswelten wie Kita, Schule und Quartier früh zu verbessern. Eine komplexe Gesundheitsförderung bezieht sich dabei auf die Verhältnisse, in denen die Kinder leben, aber auch auf das Verhalten einschließlich einer umfassenden Gesundheitsbildung. Sie bündelt entsprechend verschiedene Maßnahmen und Themenfelder (wie beispielsweise Ausbau von Spiel- und Freizeitflächen, Ausbau von Bewegungsangeboten in ausgewählten Kitas und Schulen, gezieltem Schwimmunterricht, vermehrten statt gestrichenen Sportstunden oder auch Angeboten von (kostenfreiem) gesundem Essen in den Einrichtungen etc.).

In diesem Bereich bestehen auch gute Anknüpfungspunkte für die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten, deren Einzugsgebiet sich nicht selten deutlich unterscheidet. Gemeinsam lassen sich Prozesse der Lenkung beginnend bei Frühen Hilfen bis zu Angeboten von Prävention und Gesundheitsförderung für besonders benachteiligte Kinder und Jugendliche etablieren. Der Blick über den Tellerrand des eigenen Bereichs trägt zur Arbeitszufriedenheit für alle Seiten bei.

Fazit

Die Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes übernehmen in Kooperation mit den anderen Pädiatern einen unerlässlichen Auftrag zur Sicherung der Gesundheit der Kinder im Gemeinwesen und sehen sich als spezialisierte Sozialpädiater in der Rolle eines Anwaltes für die Gesundheit und Versorgung aller Kinder. Die Schuleingangsuntersuchungen können dabei die Grundlage für die zielgerichtete Planung und die Gestaltung von Maßnahmen liefern, um vor Ort sektorenübergreifend – gemeinsam mit den Fachbereichen Bildung, Soziales und Jugend – am Ausgleich der auch gesundheitlichen Benachteiligung für einen nicht unerheblichen Anteil der Heranwachsenden mitzuwirken. Die Arbeit im ÖGD stellt einen interessanten und wichtigen Teil der Pädiatrie mit sozialpädiatrischem Schwerpunkt dar.

Dr. med. Gabriele Trost-Brinkhues
Kooptiertes Vorstandsmitglied, Sprecherin Ausschuss Kind,
Schule und öffentlicher Dienst im BVKJ
Fachärztin für Kinderheilkunde und Jugendmedizin,
Medizinische Genetik
An der Rast 47
52072 Aachen

Dr. med. Gabriele Ellsäßer
Fachärztin für Öffentliches Gesundheitswesen,
Umweltmedizin
Grolmannstr. 21
10603 Berlin

Dr. med. Claudia Korebrits, M. Sc.
Fachärztin für Öffentliches Gesundheitswesen
Kinder- und Jugendärztlicher Dienst
Gesundheitsamt Stadt Leipzig
Friedrich-Ebert-Str. 19 a
04109 Leipzig

Literaturangaben bei den Verfassern.

Sozialpädiatrie – multiprofessionelle Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Entwicklungs- und Teilhabestörungen

Ute Thyen, Andreas Oberle, Peter Borusiak, Christoph Kretzschmar, Volker Mall

Multiprofessionalität ist mehr als die Summe der Beiträge verschiedener Fachdisziplinen zu einer diagnostischen oder therapeutischen Problemstellung. Multiprofessionalität bedeutet, dass das Ziel der möglichst großen Teilhabe dadurch erreicht wird, dass verschiedene Perspektiven eingebracht werden und eine Empfehlung entwickelt wird, die im besten Interesse des Kindes und dessen Familie ist.

Teilhabe und Lebenswelten

Ein moderner Begriff der Teilhabe (im Englischen participation) bedeutet im Kontext der Eingliederungs- und Behindertenhilfe gemäß der Konzeptualisierung in der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) das „Eingebundensein in Lebenssituationen“. Das bedeutet im Hinblick auf die Lebenswelten eines Kindes und Jugendlichen, dass soziale, physische und personenbezogene Barrieren im Zugang zu sozialer Beteiligung und Interaktion beseitigt und stärkende Faktoren (Ressourcen) gefördert werden sollen. Behinderung wird in der UN-Behindertenrechtskonvention, die ebenso wie die WHO in der ICF dem bio-psycho-sozialen Modell von Krankheit und Behinderung folgt, nicht als Eigenschaft des Individuums angesehen, sondern als Wechselwirkung zwischen den Fähigkeiten und Beeinträchtigungen eines Menschen und seinem Kontext, die sich als Einschränkung der Teilhabe auswirken. Ein Mensch ist also nicht behindert, er wird behindert.

Die Zielsetzung einer sozialpädiatrischen Behandlung liegt in einer (möglichen) Verbesserung von Funktionen und Aktivitäten, Stärkung der Ressourcen und Beseitigung von Barrieren und im Ergebnis einer möglichst guten Teilhabe. Diese Zielsetzung beschränkt sich nicht auf das von einer chronischen Gesundheits- oder Entwicklungsstörung betroffene Kind, sondern auf alle Familienmitglieder. Die Familie ist der entscheidende Kontext, in dem Kinder aufwachsen. Die Bedeutung der Familie, die Gesundheitskompetenz, die Ressourcen und die Leistungsfähigkeit der Eltern sind besonders bedeutsam. Daher brauchen diese jungen Patienten und ihre Familien Unterstützung aus mehreren sozialgesetzlichen Bereichen, d. h. eine multiprofessionelle Expertise und Betreuung, die nicht nur punktuell bei Krisen, sondern lebensspannenübergreifend niedrigschwellig erreichbar ist. Die Erhaltung und Förderung der Beziehungsfähigkeit und der sozial-emotionalen Entwicklung kann in der hochspezialisierten organbezogenen Medizin oft nicht ausreichend berücksichtigt werden, sodass schließlich schwer therapierbare komplexe Krankheits- und Störungsbilder nicht nur bei dem betroffenen Kind, sondern auch bei anderen Familienangehörigen resultieren. Gespräche mit Geschwistern, Freunden und Mitgliedern der erweiterten Familie sollten Bestandteil der Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit chronischen Gesundheitsstörungen im Sinne der Prävention und Gesundheitsförderung der Mitmenschen sein. Wie wichtig ein familienorientierter Blick ist, zeigt insbesondere die Problematik psychischer und Suchterkrankungen bei Eltern, die die Chancen für eine gesunde Entwicklung ihrer Kinder einschränken und die Versorgung eines ebenfalls körperlichen oder seelisch kranken Kindes erheblich erschweren.

Multiprofessionelle Versorgung als angemessene Antwort auf die Bedarfe der Familien

Während frühere Modelle bereits die Notwendigkeit des Zusammenwirkens verschiedener Berufsgruppen und Institutionen betonten, unterscheiden sich moderne Konzepte deutlich davon, indem sie einerseits eine Lebensweltorientierung und andererseits die Partizipation der betroffenen Kinder und Jugendlichen und ihrer Eltern an allen Entscheidungsprozessen in das Konzept integriert haben. Eine solche Multiprofessionalität ist ein zentrales Element sozialpädiatrischer Arbeit in vielen verschiedenen Versorgungssituationen.



Abb. 1: Multiprofessionelle Versorgung



© Prof. Dr. Ute Thyen

Wir haben in Deutschland ein sehr differenziertes und reichhaltiges, aber damit auch komplexes Sozialversicherungssystem, das in 12 (zukünftig 13) Sozialgesetzbücher gegliedert ist. Das hochdifferenzierte, aber auch fragmentierte Sozialversicherungssystem macht es für einzelne Familien fast unmöglich, den Überblick zu behalten – selbst Fachleute haben es da sehr schwer. Kinder und Jugendärzte sind wichtige Kommunikatoren mit den Familien, den spezialisierten Kollegen und den Fachkräften, die in anderen Sozialgesetzbereichsbereichen tätig sind. Niemand kann alles wissen, man muss fragen und miteinander reden. Das braucht Zeit, aber auch Expertise im multiprofessionellen Fallmanagement, in der interprofessionellen Kommunikation, im „Shared Decision Making“ mit den beteiligten Kindern, Jugendlichen und Eltern sowie Kenntnisse in den Anforderungen, die andere Leistungssysteme an die Medizin stellen. Dazu gehören z. B. eine Beurteilung nach der International Classification of Functioning, Disability and Health for Children and Youth (ICF-CY) für die Eingliederungshilfe und Rehabilitation oder auch Vorgaben des Opferentschädigungsgesetzes nach Gewalterfahrungen. Daran fehlt es oft in den verschiedenen Bereichen der pädiatrischen Versorgung. Komplexe Versorgungssituationen brauchen multiprofessionelle Angebote, um Familien bei ihrer Navigation durch die verschiedenen Lebensbereiche zu unterstützen. Die Unterstützung sollte als haltbares Netz und nicht als Feuerlöschsystem organisiert sein – erreichbar nicht nur punktuell bei Krisen,

sondern lebensspannenübergreifend und niedrigschwellig. Damit dies gelingt, bedarf es Verbesserungen der Kooperationsmöglichkeiten, struktureller Absicherung im Gesundheitswesen und eines einfacheren Zugangs für betroffene Kinder und Jugendliche und ihre Familien. Die 160 Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) in Deutschland fühlen sich diesen Aufgaben verpflichtet und arbeiten sozialgesetzbuchübergreifend, wobei die Kooperationsbereitschaft und Möglichkeit zur Vernetzung regional sehr unterschiedlich ist.

Versorgungsstrukturen in den Sozialpädiatrischen Zentren

Im Rahmen der internen Qualitätssicherung führt die Bundesarbeitsgemeinschaft der Sozialpädiatrischen Zentren (BAG-SPZ) alle 4 Jahre eine Online-Datenerhebung zur Ermittlung der Strukturqualität durch. Die Daten werden anonymisiert ausgewertet, den einzelnen Teilnehmern zum Zweck eines internen Benchmarkings jedoch individuell zurückgesandt. 2018 haben 102 von 156 SPZ, die korporative Mitglieder in der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ) sind, teilgenommen. Dies entspricht 65 %. In diesen Einrichtungen werden durchschnittlich 3.850 Überweisungen pro Jahr abgerechnet, wobei sehr große Einrichtungen mit gut 12.000 Überweisungen pro Jahr und sehr kleine mit weniger als 1.000 Überweisungen pro

Abb. 2: Koordinierung der Hilfesysteme



© Prof. Dr. Ute Thyen

Jahr nebeneinander bestehen und damit regionale Bedarfe und Versorgungsbesonderheiten aufzeigen. Etwa zwei Drittel der SPZ sind in Trägerschaft einer Krankenhausgesellschaft, in der Regel im Kontext einer Kinderklinik. Nur ein Viertel der SPZ bietet selbst Frühförderleistungen an, die übrigen arbeiten eng mit regionalen Frühförderstellen zusammen. Hochrechnungen auf alle SPZ ergeben, dass pro Jahr etwa 350.000 Kinder und Jugendliche in einem SPZ betreut werden.

Das Alter der Kinder reicht von Geburt bis ins frühe Erwachsenenalter (Abb. 3).

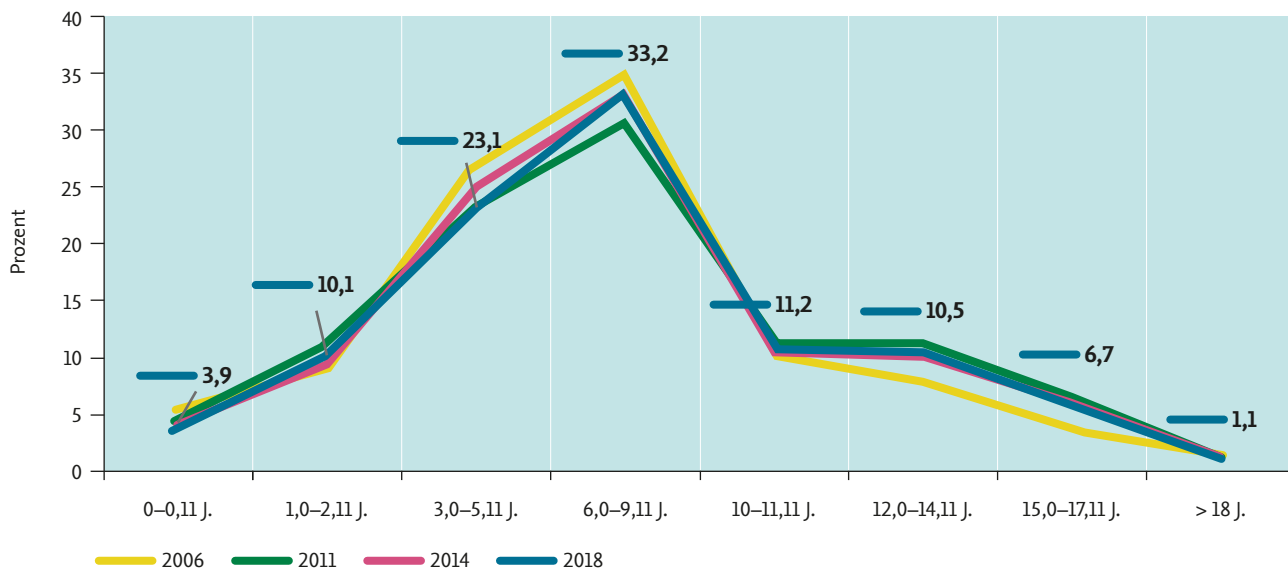
Es wird deutlich, dass hier ein Schwerpunkt in der Versorgung von Klein- und Grundschulkindern gesehen wird. Kinder mit Entwicklungsstörungen in diesem Alter weisen oft komplexe Störungsbilder auf, die differentialdiagnostisch im Hinblick auf die zugrunde liegende Ätiologie (die Funktionsstörung auf zellulärer oder Organebene) wie auch sekundärer Morbidität durch negative Kontextfaktoren abgeklärt werden müssen. Die häufigsten Diagnosen sind die umschriebenen oder kombinierten Entwicklungsstörungen (F80–F83). Häufig sind jedoch auch Verhaltensstörungen, Aufmerksamkeitsstörungen, Störung der emotionalen Entwicklung und Autismusspektrumstörungen, gefolgt von neuropädiatrischen Diagnosen wie Intelligenzminderung, Epilepsie und Zerebralparese. Es gilt jeweils zu klären, ob eine begleitende Verhaltensauffälligkeit einem erhöhten Störungsbewusstsein des Kindes, ungenügendem

Krankheitsverständnis oder Responsivität der Bezugspersonen oder ungünstigen Lebensumwelten geschuldet ist. Es ist daher für die SPZ besonders problematisch, dass nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen, insbesondere heil- und sozialpädagogische Leistungen nach § 43a, die unter ärztlicher Verantwortung erbracht werden, nicht integraler Bestandteil der durch die GKV sicherzustellenden Finanzierung ist.

Die Schnittstellen- und Koordinierungsfunktion der SPZ kann damit in der Zusammenarbeit mit Jugendhilfe, Eingliederungshilfe, Schule und anderen Lebenswelten nur schwerlich eingelöst werden. Den SPZ entsteht aufgrund dieser Situation bundesweit ein Defizit von ca. 25 Millionen Euro bei einem notwendigen Bedarf von ca. 45 Millionen Euro (hochgerechnet auf den krankenkassenfinanzierten Gesamtumsatz von ca. 250 Millionen Euro).

In den SPZ sind insgesamt 3.600 Vollzeitkräfte (VZK) beschäftigt (mit sehr viel mehr Menschen, da Teilzeitarbeit häufig ist), davon sind mehr als 700 VZK-Ärztinnen und -Ärzte (ca. 970 Personen). Sie machen etwa ein Achtel der Arbeitskraft aller ambulant tätigen Kinder- und Jugendärzte aus. Die nächstgrößere Berufsgruppe sind die Psychologinnen und Psychologen mit 621 VZK (ca. 845 Menschen). Die übrigen Mitarbeiter verteilen sich u. a. auf Physio- und Ergotherapeuten, Logopäden, Heil- und Sozialpädagogen, medizinisches Fachpersonal und Ernährungsberater. Diese erarbeiten mit ihrer Expertise Befunderhebung, Dokumentation,

Abb. 3: Altersspektrum der Patienten im SPZ (Vergleich 2006 bis 2018)



Quelle: Kretzschmar C., Strukturdatenabfrage der Sozialpädiatrischen Zentren, persönliche Mitteilung

Therapieempfehlungen und Evaluation zunächst partizipativ mit dem betroffenen Kind und seinen Eltern und bringen diese Kompetenz in das ärztlich geleitete multiprofessionelle SPZ-Team ein. Erst dann kann ein Förder- und Behandlungsplan erstellt und an die Familie, den hausärztlichen behandelnden Kinder- und Jugendarzt und weitere Akteure weitergegeben werden. Diese Arbeit verlangt aufgrund der zunehmend komplexeren Problemlagen von Familien wie auch der komplexen Erkrankungsbilder mit kombinierten chronischen körperlichen Erkrankungen und seelischer Komorbidität eine zunehmende Spezialisierung innerhalb der Kinder- und Jugendmedizin mit Nutzung von Wissensbeständen aus angrenzenden Fächern wie Sozialwissenschaft, Klinischer Psychologie, Entwicklungspädagogik, Ethik, den Gesundheits- und Pflegewissenschaften und anderen. Auch hier gilt: Niemand kann alles wissen, aber in einem multiprofessionellen Team können die Wissensbestände nutzbar gemacht werden.

Qualitätsentwicklung und Versorgungsforschung

Die DGSPJ hat sich innerhalb ihrer größten Kommission, der Bundesarbeitsgemeinschaft der Sozialpädiatrischen Zentren (BAG-SPZ), seit mehreren Jahrzehnten mit den verschiedenen Aspekten der Qualität der sozialpädiatrischen Versorgung befasst. Der erste wichtige Meilenstein war die Erarbeitung des „Altöttinger Papiers“, das die qualitativ hochwertige Arbeit im SPZ in Struktur und Prozess beschreibt. Im Anschluss daran hat der Zentrale Qualitätsarbeitskreis (ZQAK) der BAG-SPZ als ständiger Kommission der DGSPJ eine ganze Reihe von Qualitätspapieren zu unterschiedlichen Krankheitsbildern und weiteren Aspekten der Arbeit in den SPZ erstellt, die auf der Homepage frei verfügbar sind. Hervorzuheben hierbei ist die verbändeübergreifende Erstellung des Qualitätspapiers zur sozialpädiatrischen Diagnostik gemeinsam mit dem BVKJ und der Deutschen Gesellschaft für Ambulante Allgemeine Pädiatrie (DGAAP). Die systematische Erarbeitung und Evaluation von messbaren Qualitätsindikatoren in der sozialpädiatrischen

Versorgung ist ein Schwerpunktthema im ZQAK. Die DGSPJ ist auch in der Fachgruppe Kinder- und Jugendmedizin im Deutschen Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF) vertreten. Erfreulicherweise ist es gelungen, mehrere größere Forschungsprojekte über eine Finanzierung aus dem Innovationsfonds auf den Weg zu bringen, wobei sich viele mit dem Aspekt Teilhabe befassen. Das Projekt der Arbeitsgruppe „PartChild“ stellt die Teilhabe und die Integration in den Alltag der SPZ in den Mittelpunkt. Weitere Anstrengungen sind sicher notwendig, wenn es um eine bessere Evidenzbasierung in der Sozialpädiatrie geht. Dies betrifft einerseits Wirkungen und Wirkfaktoren von Therapien, andererseits auch weitere Aspekte der Versorgungsforschung.

Als wissenschaftliche Fachgesellschaft ist die DGSPJ Mitglied in der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) und wirkt dort an der Erstellung von Leitlinien mit, federführend beispielsweise in der Leitlinie zur Nachsorge von extrem kleinen Frühgeborenen.

Kompetenzbasierte Weiterbildung

Eine wesentliche Voraussetzung für ein interdisziplinär gut funktionierendes multiprofessionelles Team ist die fundierte Aus- und Weiterbildung der Mitarbeiter. Die komplexen Fragestellungen der betreuten Kinder und Jugendlichen und die Erwartungen der sie betreuenden Eltern und der zuweisenden Ärztinnen und Ärzte an eine spezialisierte sozialpädiatrische Versorgung erfordern spezifische Kompetenzen. Im Rahmen des zunehmenden Problems, erfahrene und fachkompetente Mitarbeiter zu bekommen, müssen diese häufig erst in einer längeren Einarbeitungszeit entsprechend qualifiziert werden. Wichtig ist ebenfalls, dass die bereits tätigen Mitarbeiter kontinuierliche Weiterbildungsmaßnahmen erhalten. Sehr hilfreich sind dabei die im zentralen Qualitätsarbeitskreis kontinuierlich weiterentwickelten Qualitätspapiere. Da die sozialpädiatrische Tätigkeit auch bei den niedergelassenen Kinder- und

Jugendärztinnen einen hohen Stellenwert hat, sind regelmäßige Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen in diesem Bereich stark nachgefragt (z. B. Curriculum Sozialpädiatrie). Seit dem 01.01.2015 gilt das Curriculum Sozialpädiatrie zudem als Qualifikationsnachweis für Vertragsärzte der Kinder- und Jugendmedizin, um die weiterführende sozialpädiatrisch orientierte Versorgung (Gebührenordnungsposition 04356) abzurechnen. Im ambulanten Bereich bestehen darüber hinaus bereits Weiterbildungsmaßnahmen für medizinische Fachangestellte (z. B. Tandem-Curriculum Entwicklungsdiagnostik), die noch weiter ausgebaut werden sollen (MFA-Spezialisierung im Bereich Prävention, Sozialpädiatrie). Im Rahmen der nachhaltigen Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit chronischen und komplexen Erkrankungen verschiedener pädiatrischer Bereiche und der qualifizierten Nachwuchsarbeit gibt es aktuell weitergehende Überlegungen zu einer fundierten, pädiatrisch fachübergreifenden „Zusatzweiterbildung Spezielle Sozialpädiatrie“.

Neue Wege

Die Orientierung an einem modernen Teilhabebegriff löst sich von der Vorstellung, dass Einschränkungen spezifischen Diagnosen und Gesundheitsstörungen folgen. Das größte Risiko für Entwicklungs- und Teilhabestörungen haben sicherlich Kinder und Jugendliche mit neurologischen/neuropsychiatrischen Erkrankungen, da die Verarbeitung von Erfahrungen und die psychosozialen Anpassungsleistungen von diesem Organ geleistet werden. Bei einer neurologischen Funktionsstörung steigt das Risiko, Herausforderungen im Zusammenhang mit einer chronischen Gesundheitsstörung nicht bewältigen zu können, deutlich an; es besteht aber auch bei Kindern und Jugendlichen mit anderen organbezogenen chronischen Gesundheitsstörungen, die die Anpassungsleistungen nicht bewältigen oder bei denen die Ressourcen der Familie dadurch überlastet werden. Daher bedürfen auch diese Kinder, Jugendlichen und ihre Familien einer multiprofessionellen, integrierten und teilhabeorientierten Versorgung, die von den sie behandelnden Teams verwirklicht werden kann.

Sozialpädiatrisches Denken kann immer dort wirken, wo es um die Bewältigung von Komplexität geht, die nicht reduziert wird, sondern durch integriertes multiprofessionelles Handeln verstanden werden kann. Außerdem werden in einer sozialpädiatrisch orientierten Gesundheitsversorgung das Kind und die Eltern immer partizipativ eingebunden. Wir verstehen, dass die Forderung der Jugendlichen „Nothing about us without us“ nicht nur Ausdruck einer veränderten Sicht auf Kinder und Jugendliche in unserer Gesellschaft ist, sondern auch der Verwirklichung von Gesundheitschancen dient. Charakteristisch für sozialpädiatrische Wege und Welten ist, dass sie sich ständig verändern und den Bedürfnissen der betreuten Familien und ihren Kindern anpassen. Mehr Forschungsbedarf ergibt sich, damit die Beratung wissenschaftlich und effektiv erfolgen kann.

Prof. Dr. Ute Thyen
 Kooptiertes BVKJ-Vorstandsmitglied
 Präsidentin der DGSPJ
 Universität zu Lübeck
 Universitätsklinikum Schleswig-Holstein
 Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
 Ratzeburger Allee 160
 23538 Lübeck
ute.thyen@uksh.de

Dr. Andreas Oberle
 Vizepräsident der DGSPJ
 Beauftragter Aus-, Fort- und Weiterbildung des
 LV Baden-Württemberg im BVKJ
 Olgahospital – Sozialpädiatrisches Zentrum
 Bismarckstr. 8
 70176 Stuttgart
a.oberle@klinikum-stuttgart.de

Prof. Dr. Peter Borusiak
 Sozialpädiatrisches Institut – Kinderzentrum
 Klinikum Bremen-Mitte
 Friedrich-Karl-Str. 55
 28205 Bremen
peter.borusiak@klinikum-bremen-mitte.de

Dr. Christoph Kretzschmar
 Chefarzt Sozialpädiatrisches Zentrum
 Städtisches Klinikum Dresden
 Industriestr. 40
 01129 Dresden
christoph.kretzschmar@klinikum-dresden.de

Prof. Dr. Volker Mall
 Lehrstuhlinhaber Sozialpädiatrie (TU München)
 Ärztlicher Direktor (kbo-Kinderzentrum München)
 Heiglhofstr. 65
 81377 München
volker.mall@kbo.de

Literaturangaben bei den Verfassern.

Rehabilitation im Kindes- und Jugendalter

Thomas Spindler

Stationäre Rehabilitation bietet durch einen längeren Aufenthalt die Chance, chronisch kranke Kinder/Jugendliche (und ihr soziales Umfeld) in ihrer Gesamtheit zu erfassen und somit ein umfassendes, auf ihre individuellen Bedürfnisse und Fähigkeiten abgestimmtes Therapiekonzept zu erarbeiten. Dies ist nur durch eine klare Zielsetzung vor der Rehabilitation und eine Umsetzung während der Maßnahme in möglichst realitätsnaher Abbildung des häuslichen Alltags möglich. Rehabilitation eröffnet dem Patienten, seiner Familie und nicht zuletzt dem betreuenden Kinder- und Jugendarzt die Chance eines multiprofessionellen Herangehens an eine oft komplexe Problemsituation. Somit ist Rehabilitation ein integraler Baustein in der Versorgungsstruktur unserer chronisch kranken Kinder und Jugendlichen.



Aktuelle Entwicklung

Rehabilitation für Kinder und Jugendliche mit chronischen Erkrankungen ist in Deutschland etabliert und standardisiert. Insbesondere das im Dezember 2016 in Kraft getretene Flexirentengesetz eröffnet grundsätzlich neue Dimensionen der Vernetzung zwischen ambulanten, klinischen und rehabilitativen Versorgungsstrukturen in Deutschland. Es stellt einen Paradigmenwechsel im Bereich der pädiatrischen Rehabilitation dar.

Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen zielt in erster Linie auf eine Wiederherstellung der sozialen Teilhabe und der Alltagsaktivität sowie auf eine Symptomreduktion mit Optimierung der Organfunktion.

Die Maßnahmen sollen immer an qualifizierten Einrichtungen durchgeführt werden, die neben einer Spezialisierung auf das vorliegende Krankheitsbild einen multidisziplinären Behandlungsansatz aufweisen und spezifische diagnostische und therapeutische Optionen bieten. Neben der klassischen Mutter-/Vater-Kind-Rehabilitation und Rehabilitation bei Jugendlichen ohne Elternbegleitung existiert bei besonders schweren Erkrankungen vor allem aus den Indikationsgebieten der Mukoviszidose, Kinderkardiologie und Onkologie die Möglichkeit einer sogenannten familienorientierten Rehabilitation, bei der die gesamte Familie zur spezifisch rehabilitativen Behandlung aufgenommen wird.

Eine kontinuierliche Zusammenarbeit der Rehabilitationskliniken mit den Zuweisern und den ambulanten Therapeuten ist essentiell, um einen nachhaltigen Erfolg der Maßnahme sicherzustellen.

Ziele, Voraussetzungen und Indikation von stationären Rehabilitationsprogrammen im Kindes- und Jugendalter

Heute wird Rehabilitation als eine möglichst evidenzbasierte, multidisziplinäre Intervention für chronisch kranke Patienten mit verminderter Lebensqualität und Alltagsaktivität definiert. Rehabilitation muss in ein individuelles Behandlungskonzept des Patienten integriert sein. Ziel ist eine Symptomreduktion, eine Optimierung des Funktionsstatus und eine verbesserte soziale Teilhabe. Letztendlich soll so der Erhalt und/oder die Wiederherstellung der bestmöglichen Schul- und Ausbildungsfähigkeit und eine altersentsprechende Aktivität im Alltag erreicht werden. Dies führt im Endeffekt zu verminderten Sozial- und Gesundheitskosten für die Gesellschaft.

Schwerpunkt sind hierbei die Verbesserung des Selbstmanagements der Patienten und ihrer Familien sowie die Verbesserung der krankheitsbezogenen Lebensqualität. Stationäre Maßnahmen bieten hierbei den Vorteil eines täglichen Monitorings des Betroffenen in einem alltagsnahen Setting über einen längeren Zeitraum von mehreren Wochen mit dem Ziel der Optimierung von Diagnostik und Therapie.

Die seit 2016 ebenfalls möglichen ambulanten Rehabilitationsprogramme für Kinder und Jugendliche werden derzeit in Deutschland weder strukturiert noch flächendeckend angeboten. Dies ist auf Grund der schwierigen Rahmenbedingungen und infrastrukturellen Voraussetzungen in den nächsten Jahren auch nicht zu erwarten.

In den letzten Jahrzehnten hat sich Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen von klassischen „Erholungskuren“ mit niedrigem medizinischem Anspruch hin zu fach- und indikationsspezifischen Maßnahmen der modernen Medizin entwickelt. Rehabilitation 2020 bedeutet definierte medizinisch-therapeutische Behandlung in hochspezialisierten Zentren.

Um die spezifischen Erwartungen an eine moderne, qualifizierte Rehabilitation zu erfüllen, haben die Kostenträger in Deutschland unter Führung der Deutschen Rentenversicherung (DRV) folgende medizinische und sozialrechtliche Voraussetzungen definiert, anhand derer der Bedarf einer Rehabilitationsmaßnahme beurteilt wird:

- Rehabilitationsfähigkeit ist gegeben (Bereitschaft, aktiv an der Maßnahme teilzunehmen; realistische Chance, die Rehabilitationsziele zu erreichen; Fähigkeit, sich in eine Gruppe zu integrieren).
- Verbesserung der Prognose kann erreicht werden (Verbesserung des Gesundheitszustands, Wiederherstellung der beruflichen oder schulischen Aktivität).
- Ambulante Maßnahmen sind ausgeschöpft und reichen nicht aus, um die Gesundheit adäquat zu verbessern oder die Gesundheitseinschränkung zu beheben.
- Sekundäre gesundheitliche Schäden sind zu erwarten oder bereits eingetreten.
- Psychosomatische oder psychosoziale Zustände, die in einem ambulanten Setting schwierig zu beeinflussen sind (z. B. Entkoppelung von der sozialen Umgebung für Therapieerfolg erforderlich), sind eingetreten.
- Interventionen zur Beeinflussung von Bewältigungsstrategien sind erforderlich.

Zusätzlich können für den einzelnen Patienten abhängig von gesundheitlichen oder sozialen Aspekten individuelle Kriterien und Indikationen definiert werden.

In Deutschland wird aufgrund der gesetzlichen Bestimmungen stationäre Rehabilitation flächendeckend sichergestellt und hauptsächlich über die Deutsche Rentenversicherung (DRV) finanziert.

ICF-orientierter Rehabilitationsansatz

Die ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health)-Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation geht vom zentralen Begriff der „funktionalen Gesundheit“ aus. Nach diesem Ansatz gilt eine Person als funktional gesund, wenn

- ihre körperlichen Funktionen (einschl. des mentalen Bereichs) und Körperstrukturen allgemein anerkannten (statistischen) Normen entsprechen (Funktion),
- sie all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem erwartet wird (Aktivität), und
- sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder -strukturen oder der Aktivitäten erwartet wird (Teilhabe).

Vor dem Hintergrund dieses Rehabilitationsansatzes sind folgende Ziele von besonderer Bedeutung:

- Verbesserung des Gesundheitszustandes mit Auswirkungen auf den Ebenen Aktivität und Teilhabe mit dem Ziel der Erlangung der Erwerbsfähigkeit
- Entwicklung von Krankheitseinsicht und Krankheitsbewältigungsstrategien
- Abklärung von Eignung und Neigung, insbesondere im Hinblick auf ggf. erforderliche weiterführende Leistungen, z. B. im Rahmen der Berufsausbildung
- Abbau von Barrieren und Aufbau von Förderfaktoren (einschl. Nutzung und Erhalt von Ressourcen)

Auch in der Pädiatrie kann Rehabilitation nur nachhaltig erfolgreich sein, wenn die durchführende Einrichtung in der Lage ist, den Alltag des Kindes bzw. des Jugendlichen so abzubilden, dass das während des Aufenthaltes bzgl. der Erkrankung Erreichte zu Hause auch umsetzbar ist. Dies erfordert neben einem hohen medizinischen Standard auch entsprechende psychologische und pädagogische Kompetenz in einem interdisziplinären Team.

Anforderungen und Rahmenbedingungen

Moderne Rehabilitationsprogramme richten sich inhaltlich nach den Leitlinien der zuständigen Fachgesellschaften und zusätzlich formal nach den evidenzbasierten Therapiemodulen der DRV. Die Dauer von stationären Rehabilitationsmaßnahmen bei Kindern und Jugendlichen beträgt in der Regel 4 Wochen mit der Möglichkeit einer Verlängerung entsprechend den individuellen Anforderungen. Im Rahmen des Flexirentengesetzes ergaben sich zusätzlich neue, positive Rahmenbedingungen für die Rehabilitation in Deutschland:

- Kinder- und Jugendrehabilitation wird Pflichtleistung bei der DRV.
- Kinder- und Jugendrehabilitation wird eigenständig gesetzlich ausgestaltet.
- Rehabilitation kann sowohl stationär als auch ambulant erbracht werden.
- Die bisherige Begrenzung der Ausgaben entfällt.

- Indikationsbeschränkungen werden aufgehoben.
- Neben der späteren Erwerbsfähigkeit wird die Schul- und Ausbildungsfähigkeit als Ziel klar benannt.
- Eine Begleitperson wird – altersunabhängig – genehmigt, wenn sie zur Durchführung oder für den Erfolg notwendig ist.
- Erstmals kann die DRV Leistungen zur Nachsorge finanzieren, wenn sie zur Sicherung des Erfolgs einer durchgeführten Rehabilitation erforderlich sind.
- Die Vierjahresfrist entfällt bei Kindern und Jugendlichen.

Je nach Indikation und Schweregrad müssen definierte Rahmenbedingungen von spezialisierten Rehabilitationsprogrammen und -einrichtungen erfüllt sein. Diese beinhalten breit gefächerte Ressourcen in den Bereichen Diagnostik, medizinisch-therapeutische Behandlung und Schulungsmaßnahmen. Voraussetzung ist ein interdisziplinäres Team aus verschiedensten Berufsgruppen. In allen qualifizierten Rehabilitationszentren nehmen Kinder und Jugendliche darüber hinaus zumindest in den Kernfächern am Schulunterricht teil.

Im Rahmen von stationären Rehabilitationsmaßnahmen werden der Patient und seine Familie über einen mehrwöchigen Zeitraum eng von einem multidisziplinären Team begleitet. Dies erlaubt trotz oft gruppenbasierten Rehabilitationsprogrammen eine individualisierte und ganzheitlich orientierte Behandlung im Sinne eines bio-psycho-sozialen Krankheitsverständnisses. Durch die intensive Beobachtung der Patienten können Symptome, individuelle Risikofaktoren und psychosoziale fördernde und hemmende Faktoren erfasst, weiterführende diagnostische Schritte eingeleitet und Therapiemodifikationen implementiert werden. Diese werden im Verlauf des Aufenthaltes in geschütztem Rahmen erprobt und evaluiert. Insgesamt können auf diese Weise die individuellen Rehabilitationsziele optimal verfolgt und ggf. angepasst werden.

Zusammenarbeit als Voraussetzung für Nachhaltigkeit

Rehabilitation darf nicht für sich alleine stehen, sondern muss eingebunden sein in eine Vernetzung zwischen niedergelassenen Ärzten, Spezialkliniken/Ambulanzen und Rehabilitationseinrichtungen (im Sinne einer „Rehabilitationskette“).

Idealerweise sollte der zuweisende Arzt die Rehabilitation vorbereiten durch:

- die Information von Patient und Eltern über die stationäre Rehabilitation,
- die Motivation zur aktiven Mitarbeit von Patient und Eltern,
- Besprechung der Rehabilitationsziele mit den Patienten und Eltern,
- die Erarbeitung individueller, realistischer Zielsetzungen und
- die Übermittlung von Vorbefunden sowie Therapie- und Rehabilitationszielen.

Die Rehabilitationsklinik muss zur Vorbereitung, Durchführung und Nachsorge der Rehabilitation ggf. neben der Familie und dem niedergelassenen Kinder- bzw. Hausarzt bzw. den

Spezialambulanzen weitere Hilfsstrukturen (z. B. Jugendämter) einbeziehen. Wichtig ist hierbei der enge Informationsaustausch zur gegenseitigen Abstimmung sowohl vor als auch während und vor Abschluss der Rehabilitationsmaßnahme.

Patienten- und Elternschulungsprogramme

Krankheitsspezifische Patienten- und Elternschulungsprogramme sind essentieller Bestandteil von Rehabilitationsprogrammen. Kernbestandteil dieses edukativen Ansatzes sind theoretische Anleitungen in der Gruppe oder bei Bedarf auch im Einzelsetting, die von praktischen Übungen und der Umsetzung im Rehabilitationsalltag begleitet werden. Sie zielen auf einen Wissenstransfer in Bezug auf Krankheitsverständnis, Erkennung von individuellen Risikofaktoren, Bewältigungsstrategien und der praktischen Anwendungen von medikamentösen und nichtmedikamentösen Interventionen. In der Regel orientieren sich diese Schulungsprogramme an evaluierten ambulanten Programmen und sind in das Therapiekonzept integriert. Beispielhaft zu nennen ist hier das Asthaschulungsprogramm der AG Asthaschulung im Kindes- und Jugendalter e.V., das am besten evaluiert, standardisiert und am weitesten verbreitet ist.

Indikationen: Mehrfachdiagnosen als Herausforderung

Die Palette der chronischen Erkrankungen, die eine Rehabilitation sinnvoll oder notwendig machen können, ist breit. Prinzipiell entscheidet nicht die chronische Erkrankung als solche, sondern deren Auswirkung auf Teilhabe und Aktivität des Patienten bzw. seiner Familie über die Sinnhaftigkeit und Notwendigkeit einer stationären Rehabilitation.

In zunehmendem Maße finden sich Indikationen und/oder Co-Morbiditäten aus dem psychosomatischen Bereich auch bei Patienten mit chronischen somatischen Erkrankungen, so dass die Rehabilitationseinrichtungen gefordert sind, ihre fachliche Kompetenz entsprechend zu erweitern (Psychologen bzw. Psychotherapeuten; ggf. Ärzte für Psychosomatische Medizin) und adäquate Behandlungsangebote zu schaffen. Hier unterscheidet sich pädiatrische Rehabilitation substantiell von der Erwachsenenrehabilitation: Es geht nicht um Multimorbidität, sondern um Mehrfachdiagnosen.

Kontraindikationen

Die Rehabilitationsfähigkeit ist eine wesentliche Voraussetzung für eine erfolgreiche Intervention. Absolute Kontraindikationen für eine Rehabilitation bestehen, wenn

- der Patient nicht rehabilitationswillig oder -fähig ist (wie weiter oben dargestellt),
- keine Aussicht auf Erfolg der Maßnahme besteht,
- schwere Infektionskrankheiten oder dekompensierte Krankheitszustände eingetreten sind,
- Fremd- oder Selbstgefährdung besteht,

- eine Atemwegserkrankung mit chronischer Besiedelung mit Risikokeimen vorliegt oder
- Infektionen mit Keimen, die eine Isolationspflicht hervorrufen, vorliegen.

Ökonomische Faktoren

Trotz der wachsenden Evidenz für die Verbesserung des Outcomes von chronischen Erkrankungen durch Rehabilitationsmaßnahmen kämpfen die Rehabilitationseinrichtungen heute wie die gesamte Pädiatrie mit finanziellen Herausforderungen, die in erster Linie durch Privatisierung und Einsparungen im Gesundheitswesen und die damit einhergehenden Einschnitte in der Versorgung chronisch kranker Menschen bedingt sind. Dieser Entwicklung muss mit dem wissenschaftlichen Nachweis begegnet werden, dass Rehabilitationsmaßnahmen die Kosten des Gesundheitswesens signifikant zu reduzieren vermögen. Derzeit fehlen solche Studien insbesondere für Kinder und Jugendliche mit chronischen Erkrankungen. Ökonomische Untersuchungen an erwachsenen Patienten mit COPD haben jedoch gezeigt, dass die direkten medizinischen Folgekosten nach einer ambulanten Rehabilitation signifikant reduziert sind und Rehabilitationsmaßnahmen insgesamt als kosteneffizient eingestuft werden können.

Situation 2020: Das Flexirentengesetz führt zu einer deutlichen Antragssteigerung in der Kinder- und Jugendreha

Das Flexirentengesetz vom Dezember 2016 verbesserte die stationären Leistungen der Kinder- und Jugendrehabilitation, vereinfachte den Zugang und ermöglichte neue Leistungen wie eine ambulante Kinder- und Jugendreha und Leistungen zur Nachsorge. Zusätzlich wurde die Kinder- und Jugendreha zu einer Pflichtleistung der Rentenversicherung und die Vierjahresfrist wurde aufgehoben. Begleitpersonen werden bis zum 12. Geburtstag des Kindes grundsätzlich bewilligt.

In Folge des Gesetzes kam es zu einem deutlichen Aufwärtstrend in der Zahl der Rehabilitationsmaßnahmen. Nach einem kontinuierlichen Rückgang bis 2016 stiegen sie seit der gesetzlichen Weiterentwicklung deutlich an: 32.757 Rehabilitationen für Kinder und Jugendliche wurden 2018 stationär durchgeführt, das sind 10 % mehr als zwei Jahre zuvor. Da die Zahl der Bewilligungen seit 2016 stärker stieg als die Zahl der Anträge, wird deutlich, dass das Ziel des Gesetzes – den Zugang zur Kinder- und Jugendreha zu verbessern und sie von anderen Leistungen abzugrenzen – erreicht wurde. Die Anträge und Befundberichte sind zielgerichteter geworden, weniger Anträge wurden abgelehnt.

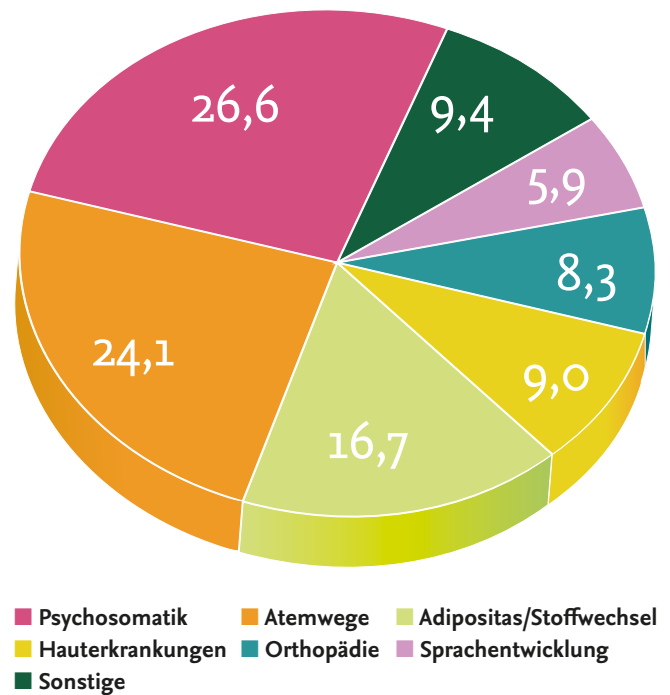
Die Erhöhung des Alters bei Kindern mit Begleitpersonen ist ein Erfolgsmodell

Durch die Neuregelung der Begleitpersonen bis zum 12. Geburtstag nahm die Zahl der begleiteten Kinder um 27 % von 14.016 (2016) auf 17.863 zu. Damit nahmen erstmals mehr Kinder mit Begleitperson an einer Reha teil als ohne Begleitperson (54 % zu 46 %).

Atemwegs- und psychosomatische Erkrankungen sind weiterhin die führenden Diagnosen in der pädiatrischen Rehabilitation

Hauptindikationen für eine Kinder- und Jugendreha sind weiterhin psychische und Verhaltensstörungen mit 26,6 % und Atemwegserkrankungen wie Asthma, rezidivierende Bronchitiden und Cystische Fibrose mit 24,1 % der Maßnahmen, gefolgt von der Adipositas mit 16,7 % und Hauterkrankungen mit 9 % (Abb. 1).

Abb. 1: Indikationen Rehabilitation Kinder und Jugendliche 2018 (DRV – Angaben in Prozent)



Quelle: Statistik Deutsche Rentenversicherung 2018

Die Deutsche Rentenversicherung investiert in die Kinder- und Jugendrehabilitation

Die Ausgaben der Rentenversicherung für die Kinder- und Jugendreha wurden deutlich erhöht. 2016 waren es noch 174 Mio. Euro, 2017 bereits 189 Mio. Euro und 2018 205 Mio. Euro. Seit der Gesetzesänderung 2016 nahm die Rentenversicherung 31 Mio. Euro mehr in die Hand. Sie steigerte ihre Ausgaben für die zukünftigen Beitragszahler in zwei Jahren um 17,6 %.

Eine ambulante Kinder- und Jugendreha entsteht nur sehr zögerlich

Eine Arbeitsgruppe der Deutschen Rentenversicherung ist mit der Umsetzung des Gesetzes betraut. Das Interesse möglicher Anbieter an einer ambulanten Kinder- und Jugendreha ist sehr bescheiden. Aktuell gibt es bundesweit nur ein Angebot. Eventuell werden 2020 ein paar wenige weitere dazukommen. Dies liegt sicherlich unter

anderem an den Besonderheiten der pädiatrischen Klientel wie der Notwendigkeit, auf die verschiedenen Altersgruppen einzugehen und die Eltern mit einzubinden, und den daraus resultierenden geringen Fallzahlen pro Indikation. Dadurch entsteht kein finanziell attraktiver Markt.

Welche Klinik ist für meine Patienten die richtige?

Hier gibt es ausführliche Informationen über alle qualifizierten Kliniken auf der Homepage des Bündnisses für Kinder- und Jugendreha und der Deutschen Gesellschaft für pädiatrische Rehabilitation und Prävention (DGpRP): www.kinder-und-jugendreha-im-netz.de. Auf dieser Homepage können auch sämtliche notwendigen Antragformulare einfach und elektronisch ausfüllbar heruntergeladen werden.

Tipps für Praxen und das Rehabilitations-Team

- Prüfen Sie gemeinsam und ggf. mit der Familie des chronisch kranken Kindes, ob Indikation und Voraussetzung für eine Rehabilitation gegeben sind.
- Eine gemeinsame und realistische Festlegung von Rehabilitationszielen fördert die Motivation der Patienten und Familien, an einer stationären Maßnahme teilzunehmen.
- Der frühe Kontakt zwischen dem Zuweiser und der Rehabilitationsklinik erleichtert die Planung und Antragstellung auf Kostenerstattung; hierzu gehört auch die Anforderung von aussagekräftigen Berichten und Befunden.
- Sprechen Sie sich vorher ab, wenn der Patient eine Infektionskrankheit oder schwer behandelbare Keime hat; in diesem Fall müssen von der Rehabilitationseinrichtung bestimmte Hygienemaßnahmen getroffen werden.
- Eine Rehabilitationsmaßnahme kann nur erfolgreich sein, wenn Zuweiser, ambulante Therapeuten und Rehabilitationsklinik kontinuierlich und eng zusammenarbeiten und gemeinsam die ambulante Nachsorge einleiten.
- Reine Klimakuren oder Mutter-Vater-Kind-Kuren stellen keine medizinischen Interventionen dar und sind in der Regel nicht zielführend.

Rehabilitationsziele bei Kindern und Jugendlichen

- Erhalt oder Wiederherstellung der sozialen und schulischen bzw. beruflichen Aktivität und Leistungsfähigkeit
- Verbesserung des Gesundheitszustands
- Präventive Maßnahmen in Bezug auf akute Symptomverschlechterung und gesundheitliche Langzeitfolgen
- Beeinflussung von Krankheitsbewusstsein und -management, insbesondere die Identifikation fördernder und hemmender Faktoren aus dem psychosozialen Umfeld
- Korrektur der Compliance
- Erhalt oder Wiederherstellung der Lebensqualität
- Änderungen der Lebensführung (Lifestyle)

Dr. Thomas Spindler

Leiter einer Rehabilitationsklinik für Kinder und Jugendliche

Hochgebirgsklinik Davos

Hermann-Burchard-Str. 1

CH-7265 Davos

thomas.spindler@hgk.ch

Literaturangaben beim Verfasser.

Pädiatrie in der Forschung / Hochschulpädiatrie

Jörg Dötsch, Ingeborg Krägeloh-Mann

In einer Zeit, in der sich die Forschung in Deutschland im internationalen Vergleich über mehrere Jahre positiv entwickelt hat, sieht sich insbesondere die Hochschulpädiatrie vielen Herausforderungen gegenüber. Ziel dieses Beitrags ist es, vier dieser Herausforderungen aus den Bereichen Nachwuchsförderung, Etablierung einer nachhaltigen Wissenschaftsstruktur, Besonderheiten in der universitären Krankenversorgung und Weiterentwicklung der Pädiatrie im Rahmen des Masterplans 2020 zu beleuchten.

Der Beitrag stützt sich auf aktuelle Publikationen zu den genannten Themen und ist gleichzeitig durch die persönlichen Eindrücke der Autoren geprägt.



1. Nachwuchsförderung in der universitären Pädiatrie

In allen Bereichen des Berufslebens ist die Nachwuchsgewinnung sehr stark vom gesellschaftlichen Wandel der letzten Jahrzehnte bestimmt. Der Wechsel von der rein beruflichen Definition des Tagesablaufes hin zu der Balance zwischen Familie, Freizeit und Arbeit bestimmt die Erwartungen des Arbeitnehmers an seinen zukünftigen Arbeitgeber. Für die Aktivität in der Forschung hat dies zur Folge, dass das Modell einer Forschung nach Dienstschluss, an Wochenenden oder im Urlaub als nicht mehr zeitgemäß empfunden wird. Die über die Jahre gestiegenen Qualitätsansprüche in der Forschung und im wissenschaftlichen Arbeiten haben diesen Trend zudem begünstigt. Hinzu kommt in Zeiten des Fachkräftemangels, dass die Notwendigkeit zur Erfüllung besonderer Erwartungen der Vorgesetzten im Hinblick auf wissenschaftliche Leistungen nicht mehr gegeben und insofern auch das Erreichen höherer Positionen ohne Forschungsaktivität möglich ist.

Im Folgenden soll es um Lösungswege für diejenigen Nachwuchspädiater gehen, die das Miteinander von klinischer und wissenschaftlicher Ausbildung anstreben.

In einer Analyse der Deutschen Forschungsgemeinschaft aus dem Jahr 2015 zur Entwicklung von Antragsbeteiligungen nach Altersgruppenzugehörigkeit fällt auf, dass insbesondere die Antragstellung zwischen dem 36. und 45. Lebensjahr von 43,5% in den Jahren 2005–2007 auf 36,1% in den Jahren 2011–2013 zurückgegangen ist (Ständige Senatskommission für Grundsatzfragen in der Klinischen Forschung der Deutschen Forschungsgemeinschaft 2015, Etablierung eines integrierten Forschungs- und Weiterbildungsprogramms für Clinician Scientists parallel zur Facharztweiterbildung).

Als wesentliche Hemmnisse für den wissenschaftlichen Nachwuchs werden die lange Weiterbildungszeit, die Arbeitsverdichtung in der Klinik, die Gleichzeitigkeit der Familiengründung, die schlechtere Bezahlung von Forschungsstellen, attraktive Positionen außerhalb der Universitätsmedizin und Karrieresackgassen identifiziert.

Auch wird festgestellt, dass Mentorinnen und Mentoren einer höheren Belastung unterliegen als vormals und damit weniger Zeit zur Ausübung ihrer Tätigkeit haben. Als Antwort sieht die DFG, und dies wird derzeit an zahlreichen Universitäten eingeführt, die Etablierung eines Clinician-Scientist-Programms. Dieses sieht prinzipiell ein 3-jähriges Curriculum vor, das zur einen Hälfte durch wissenschaftliche Arbeit und zur anderen durch klinische Arbeit gekennzeichnet ist. Es wird flankiert durch ein Rahmenprogramm,

das Fortbildung im Hinblick auf spezifische wissenschaftliche Fähigkeiten, aber auch auf allgemeine Fähigkeiten und Schlüsselqualifikationen vorsieht und ein strukturiertes Mentoringprogramm in sich birgt. Diese oder ähnlich gestaltete Programme könnten in der Zukunft die Attraktivität von Assistenzarztstellen in der universitären Pädiatrie verbessern.

2. Etablierung einer nachhaltigen Wissenschaftsstruktur – Deutsches Zentrum für Kindergesundheit

Ein wesentliches Ziel der universitären Pädiatrie in Deutschland stellt die Etablierung eines die Standorte verbindenden, eigenständigen Forschungszentrums dar. Dieses soll den Titel „Deutsches Zentrum für Kindergesundheit“ erhalten. Ähnliche Forschungs- bzw. Gesundheitszentren bestehen bereits für eine Vielzahl von internistischen und neurologischen Erkrankungen, wie dem Deutschen Zentrum für Lungenforschung, dem Deutschen Zentrum für neurodegenerative Erkrankungen und dem Deutschen Zentrum für Infektionsforschung. Konkret ist es die Absicht, mit einem Deutschen Zentrum für Kindergesundheit von der Grundlagenforschung in Bezug auf spezifische Pathomechanismen über Diagnostik und Therapie bis hin zur Versorgungsforschung und Epidemiologie die wesentlichen Felder der Forschungsaktivität in der Pädiatrie zu bündeln. Hierbei geht es im Gegensatz zu den o. g. spezifischeren Zentren der Erwachsenenmedizin um

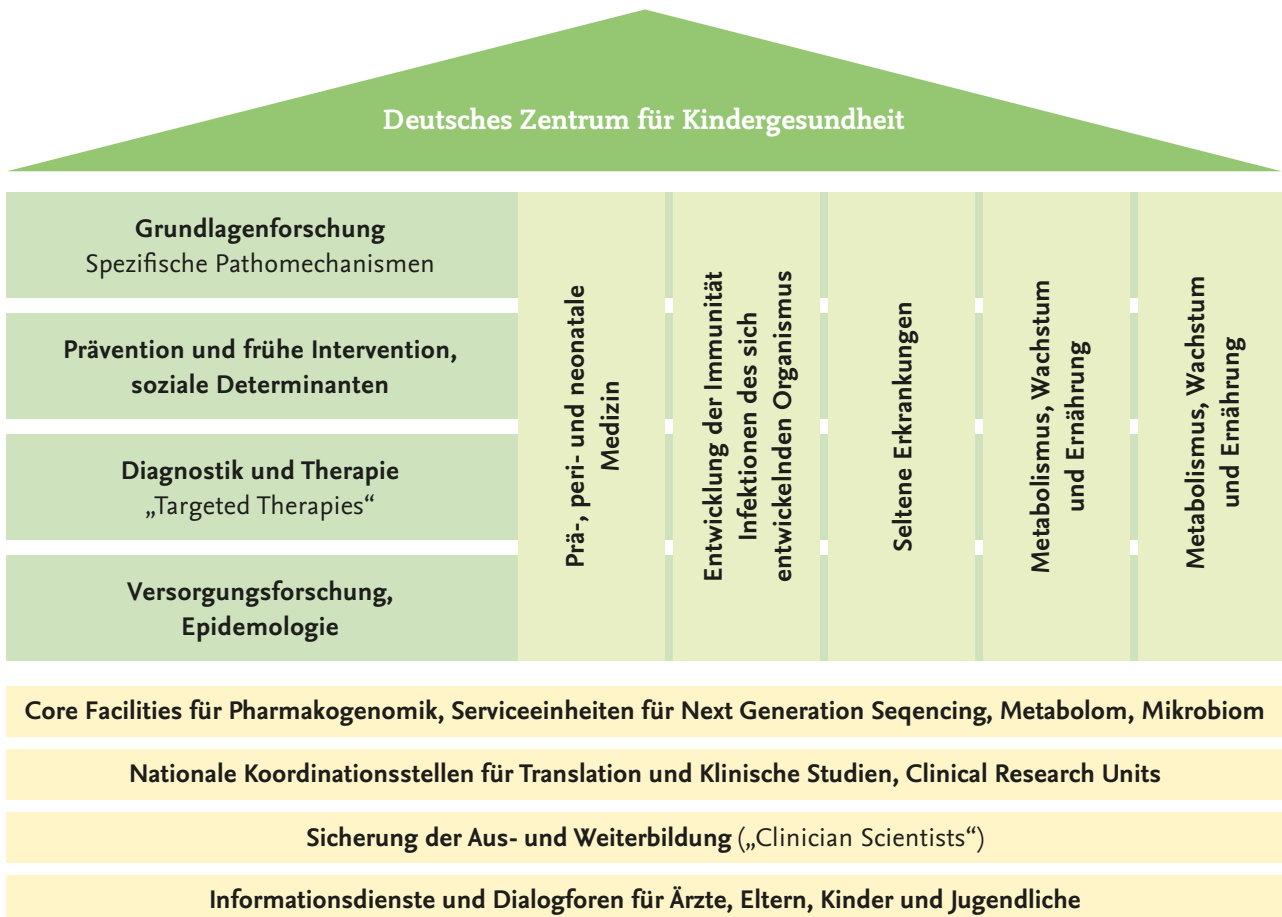
Gesamtheiten aus dem Bereich der Kinder- und Jugendmedizin, die u. a. die Erforschung von Erkrankungen im Entwicklungsverlauf, die frühe Bedingtheit von Erkrankungen (Schwangerschaft und Geburt) und den großen Komplex der seltenen Erkrankungen umfassen.

Ein entscheidender Punkt ist der Aufbau von Plattformen, die die Arbeit im Verbund ermöglichen sollen und Synergieeffekte in der Forschung gewährleisten können. Details zum geplanten Zentrum für Kindergesundheit sind der Abbildung 1 bzw. der Homepage der DGKJ (<https://www.dgkj.de/>) zu entnehmen.

3. Kostenentwicklung in der Hochschulpädiatrie

Ein wesentliches im wirtschaftlichen Sinne kritisches Phänomen der Hochschulpädiatrie ist eine Patientengruppe, die als sogenannte Extremkostenfälle bezeichnet wird. Hierunter versteht man Patienten mit hohem diagnostischem und therapeutischem Aufwand, die im Rahmen des DRG-Systems nicht bzw. nur unzureichend abgebildet werden. Durch entsprechend lange Liegedauer und kostenintensive diagnostische Verfahren, wie z. B. genetische und therapeutische Verfahren (z. T. im Kontext eines individuellen Heilverversuches), entstehen für einzelne Patienten nicht selten Unterdeckungen im 6-stelligen Bereich. Das Problem betrifft laut InEK-Extremkostenbericht aus dem Jahre 2018 die Uniklinika in

Abb. 1: Schematisches Konzept für das Deutsche Zentrum für Kindergesundheit, entwickelt von der Hochschulkommission der DGKJ



der Gesamtheit, besonders sind hierbei aber die pädiatrischen Disziplinen belastet. Gegenüber den nicht universitären Häusern zeigt sich in der Pädiatrie beispielsweise in den Jahren 2015 und 2016 ein deutlich höherer Belastungsindex (Extremkostenbericht gem. § 17b Abs. 10 KHG; InEK 2018, 2019). Im Rahmen des Berichts wird festgestellt, dass eine Lösung dieser Fallkonstellation durch Veränderung am bestehenden Vergütungssystem, das auf medizinischer Dokumentation der aktuellen Behandlung aufbaut, nicht möglich sein wird. Insofern besteht für die universitäre Medizin die Herausforderung, eine entsprechende Vergütungsstruktur aufzubauen, die die weitere Behandlung der Extremkostenfälle in Zeiten steigenden wirtschaftlichen Drucks ermöglicht. In den letzten Monaten wurde hierzu an zahlreichen Stellen durch die DGKJ auch in der Laienpresse auf die Problematik aufmerksam gemacht.

4. Lehre

Mit der Neustrukturierung des Medizinstudiums im Rahmen des Masterplans 2020 kommen neue Herausforderungen in Bezug auf die Lehre auf die Hochschulpädiatrie zu. Wesentliches Ziel der Reform ist es, stärker kompetenzorientiert zu arbeiten und Kompetenzstufen in jedem Ausbildungsstadium zu definieren. Dies setzt ein praktisch orientiertes Prüfungssystem und eine intensivere Betreuung voraus. Entsprechend ist mit einem erheblichen zusätzlichen Kostenaufwand zu rechnen, der bislang noch nicht abgebildet ist.

Ein zweiter wesentlicher Aspekt liegt in der Stärkung der ambulanten Medizin. Essentiell für die Hochschulpädiatrie dürfte hier eine enge, konstruktive Zusammenarbeit mit der ambulanten Pädiatrie sein, im Rahmen derer das Praktische Jahr auch in pädiatrischen Praxen verbracht werden kann, um auf diese Art und Weise der Gefahr vorzubeugen, dass ambulante pädiatrische Anteile zu stark alleine in der Allgemeinmedizin behandelt werden.

Ein dritter wichtiger Aspekt des Masterplans 2020 ist die permanente Vernetzung von Grundlagen wissenschaftlicher und klinischer Inhalte während des ganzen Studienverlaufes. Nähere Details sind dem Gutachten des Wissenschaftsrats 2018 zu entnehmen (<https://www.wissenschaftsrat.de> > download > archiv).

Zusammenfassung und Ausblick

Die Hochschulpädiatrie sieht sich im Jahre 2020 einer großen Anzahl von Herausforderungen, aber auch Chancen gegenüber. Erstmals ist ein gemeinsames Forschungszentrum für die gesamte Pädiatrie in greifbarer Nähe. Die sich ändernden Rahmenbedingungen im gesellschaftlichen wie im medizinischen Kontext werden durch neue Möglichkeiten wie dem Clinician-Scientist-Programm und der Reform der medizinischen Lehre adressiert. In beiden Kategorien ergeben sich sehr gute Kooperationsmöglichkeiten mit der ambulanten Pädiatrie.

Eine besondere Schwierigkeit für die Hochschulpädiatrie bleibt die Benachteiligung durch das bestehende DRG-System, die insbesondere pädiatrische Einrichtungen häufig als Belastung für ein

Gesamtklinikum erscheinen lässt. Letzteres kann im Rahmen der notwendigen sektorenübergreifenden Zusammenarbeit auch starke Auswirkungen auf die Kooperation zwischen ambulantem und stationärem Sektor haben. Daher scheint es den Autoren wichtig, auch für die Zukunft abgestimmte Vorgehensweisen und eine einheitliche Diktion gegenüber den politisch Verantwortlichen zu erzielen, um die starke Vernetzung aller Bereiche der Pädiatrie und insbesondere der Abhängigkeit der einzelnen Strukturen voneinander mit einem gemeinsamen Votum gleichermaßen voranbringen zu können.

Prof. Dr. Jörg Dötsch
 Vizepräsident der DGKJ,
 designierter Präsident der DGKJ (ab 2021)
 Universitätsklinikum Köln
 Kerpener Str. 62
 50937 Köln
joerg.doetsch@uk-koeln.de

Prof. Dr. Ingeborg Krägeloh-Mann
 Präsidentin der DGKJ
 Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
 Hoppe-Seyler-Str. 1
 72076 Tübingen
ingeborg.kraegeloh-mann@med.uni-tuebingen.de

Literaturangaben bei den Verfassern.

Kinderchirurgie als wichtiger Partner der Pädiatrie – einst und heute

Thomas Kugler

Als Johann Andreas Eisenbarth („Doktor Eisenbarth“) im Jahre 1700 eine, zumindest für Europa erstmals überlieferte, Herniotomie bei einem 9-jährigen Jungen durchführte, konnte dieser wohl kaum erahnen, welche Entwicklung das Fachgebiet in den kommenden 3 Jahrhunderten einzunehmen vermochte. Dabei gilt für die Kinderchirurgie insgesamt, ebenso wie für die Pädiatrie, dass Kinder keine kleinen Erwachsenen darstellen und sich daraus zahlreiche Verzahnungen zur Pädiatrie ergeben. Aus diesem Grunde verkörpert die Kinderchirurgie ein für die Pädiatrie wichtiges Nachbarfach mit vielfältigen Schnittmengen.



Caspar Stromayr als Beschreiber der Hernienanatomie

In seinem 1559 veröffentlichten Werk *Practica Copiosa* beschrieb Caspar Stromayr – er war zu jener Zeit nach seiner Lehre in Nürnberg und Zürich (Chirurgen waren damals reine Handwerker und Mitglieder der Binderzunft) in Lindau als „Steinschnitt-, Wund- und Augenarzt“ in der Praxis seines Schwiegervaters Ulrich von Angelburg tätig – erstmals sehr detailliert die Anatomie unterschiedlicher Hernien und deren Behandlung. Gerade die Anatomie und Behandlung kindlicher Hernien jedweder Form gehört, wie heute allgemein bekannt, zu den Hauptarbeitsgebieten kinderchirurgisch tätiger Kolleginnen und Kollegen. Gleichwohl täte es dem eigenständigen Fachgebiet Kinderchirurgie Unrecht zu behaupten, es bestünde „nur“ aus der Hernienchirurgie. Kinderchirurgisch tätig zu sein, bedeutete damals und bedeutet mehr denn je heute, chirurgische Krankheitsbilder im Kindesalter vom „Scheitel bis zur Sohle“ konservativ sowie operativ zu behandeln. Diese Behandlung setzt insbesondere spezielle Kenntnisse der Embryologie des Menschen sowie den besonderen Anforderungen des noch wachsenden Organismus im Zusammenhang sämtlicher Organsysteme voraus. Aus der Notwendigkeit dieser speziellen konservativen und/oder operativen Behandlung chirurgischer Krankheitsbilder im Kindesalter entstand dann bereits vor über 200 Jahren im Jahre 1802 eine erstmals eigenständige kinderchirurgische Abteilung im Pariser „Hôpital des Enfants Malades“. Auf deutschem Boden erfolgte bereits kurz nach Gründung der „Kinderheilstalt Nürnberg“ (aus diesem Hause ging die nach ihrem ersten Leiter Dr. Julius Cnopf später benannte Cnopf'sche Kinderklinik hervor) im Jahre 1863 die Gründung einer eigenständigen kinderchirurgischen Abteilung. In den darauffolgenden 3 Jahrzehnten ging es dann in unserem Land Schlag auf Schlag, es wurden selbständige Abteilungen für Kinderchirurgie in Hannover (Auf der Bult), Hamburg-Altona, Erlangen, München (Dr. von Hauner'sches Kinderspital), Stuttgart, Heidelberg, Leipzig und Berlin-Wedding etabliert, um nur einige zu nennen.

Meilensteine kinderchirurgischer Operationen

Fortschritte der Entwicklung – gerade eines operativen Fachgebietes – werden naturgemäß gerne an bestimmten Eingriffen und deren Erstbeschreibern markiert. So führte 1911 Conrad Ramstedt (* 1867, † 1963), übrigens Karl Lagerfelds Patenonkel, die erste Operation bei der kongenitalen Pylorusstenose durch. Es sollte dann noch weitere 30 Jahre bis zur ersten erfolgreichen Korrektur einer Ösophagusatresie durch Cameron Haight im Jahre 1941 dauern. Die erste Operation einer Fallot-Tetralogie (damals

operierten Kinderchirurgen noch wesentlich häufiger am Herz und an den herznahen Gefäßen) gelang 1944 Alfred Blalock in Baltimore. Der deutschstämmige Amerikaner Robert Gross führte, obwohl seit seiner Kindheit nur auf einem Auge sehend, zudem schließlich, nachdem er 1938 als erster den PDA korrigiert hatte, im Jahre 1946 die erfolgreiche Operation einer Zwerchfellhernie durch.

Spektrum des Fachgebietes heute

Heute kinderchirurgisch tätig zu sein, bedeutet, in einem bestimmten Lebensabschnitt eines Menschen chirurgische Krankheitsbilder an allen Organsystemen sowohl konservativ als auch operativ zu behandeln. Dabei beginnt die Zeitspanne des kinderchirurgischen Eingreifens im Rahmen der Fetalchirurgie bereits am Organismus in utero. Hierbei unterscheidet man historisch die klassische offene Operation, bei der die Fruchtblase eröffnet und der Fötus dann operiert wird, von der minimalinvasiven Methode, bei der die Amnionhöhle nur durch winzige Trokare oder Katheter perforiert werden muss. Bereits im Jahre 1981 wagte sich Michael Harrison an einen offenen fetalchirurgischen Eingriff. Gleichwohl kam es damals zu einer hohen Frühgeburtenrate. Dies führte in Bonn und Münster zur Entwicklung fetoskopischer Operationstechniken, die in den meisten Fällen das Austragen der Schwangerschaft bis zur 30. Gestationswoche ermöglichen. Dabei spiegelt das operative Spektrum fetalchirurgischer Eingriffe das Repertoire pädiatrischer Chirurgen postpartal wider. Fetalchirurgische Operationen/Interventionen können beispielsweise bei folgenden Erkrankungen zur Anwendung kommen: Spina bifida, Zwerchfellhernie, Steißbeinteratome, Fetofetales Transfusionsyndrom, AV-Block, Aortenisthmusstenose, Gastroschisis, fetales CHAOS und Urethralklappen (wobei diese Liste keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben soll). Da derartige Eingriffe bei Föten aufgrund der geringen Inzidenz der jeweiligen Erkrankung naturgemäß selten durchgeführt werden müssen, sind bislang nur wenige bis gar keine Studien zu diesem sehr spannenden, neuen kinderchirurgischen Arbeitsgebiet vorhanden. Aus diesem Grunde rief die Europäische Kommission im Rahmen des Biomed-II-Programms die Initiative „Eurofetus“ ins Leben, bei der in aussagefähigen Studien Ergebnisse der verschiedenen Therapien erforscht werden sollen. Flankierend hierzu erfolgte die Gründung des Deutschen Zentrums für Fetalchirurgie am Universitätsklinikum Mannheim.

Das Spektrum postpartaler kinderchirurgischer Behandlungen und Eingriffe umfasst heute den gesamten kindlichen und heranwachsenden Organismus. Folgende Krankheitsbilder und körperliche Einschränkungen können einen chirurgischen Eingriff erforderlich machen: Hydrocephalus, Spina bifida, Kraniosynostose, Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte, Halsfisteln, Fehlbildungen und erworbene Erkrankungen am Verdauungstrakt sowie dem respiratorischen System, der Brustwand und den herznahen Gefäßen. Operationen an Niere, Harnwegen und männlichen sowie weiblichen Geschlechtsorganen sind ebenfalls häufig. Ferner sind die Kinderonkologie, die Kinderunfallchirurgie, die plastische und Wiederherstellungschirurgie sowie Eingriffe am muskulo-skeletalen System und die Neugeborenenchirurgie zu nennen. Selbstverständlich kommen dabei immer häufiger auch minimalinvasive

Verfahren zum Einsatz. Schlussendlich führen Kinderchirurgen auch die endoluminale starre und flexible Endoskopie des Verdauungs-, Respiations- und Harntraktes durch. Speziell an diesem Gebiet interessierte Kolleginnen und Kollegen können dazu gemäß der aktuellen Weiterbildungsordnung die Fachkunde „Koloskopie in der Kinderchirurgie“ sowie „Ösophago-Gastro-Duodenoskopie in der Kinderchirurgie“ erwerben.

Naturgemäß ergeben sich durch dieses außergewöhnlich breite Arbeitsspektrum zwangsläufig vielfältige Überschneidungen zu den entsprechenden organmedizinischen Fachbereichen, z. B. der Urologie und der Unfallchirurgie. Und ganz selbstverständlich kommt es im klinischen Alltag auch zu intensiven Berührungspunkten zu den Kolleginnen und Kollegen der Pädiatrie, speziell in der Neonatologie, der pädiatrischen Nephrologie, Gastroenterologie und Onkologie. Von Kritikern des Fachgebietes Kinderchirurgie wird deshalb angeführt, dass ein singuläres Fachgebiet keinesfalls in dieser Breite die Expertise in all diesen Organsystemen aufweisen kann. In der kinderchirurgischen Wirklichkeit muss man jedoch eindeutig erkennen, dass diesem sehr breiten Behandlungsspektrum in fast allen großen kinderchirurgischen Kliniken durch eine gewisse Gebietsteilung im Rahmen der Organisationsaufteilung der entsprechenden Kliniken Rechnung getragen wird und somit bestimmte Arbeitsgebiete des Fachgebiets insgesamt bevorzugt von jeweils spezialisierten Mitgliedern des Ärzteteams übernommen werden.

Facharzt für Kinderchirurgie

Bereits im Jahre 1955 erkannten die Verantwortlichen im Gesundheitswesen der damaligen DDR, dass Kinder keine kleinen Erwachsenen darstellen, und führten den Facharzt für Kinderchirurgie als mögliche Weiterbildung für Ärztinnen und Ärzte ein. Zu diesem Zeitpunkt existierte in der alten Bundesrepublik innerhalb des Fachgebiets Chirurgie die Teilgebietsbezeichnung „Kinderchirurgie“. Es sollte dann noch bis zum Jahre 1992 dauern, bis auch dort der Facharzt für Kinderchirurgie eingeführt wurde.

Gemäß der aktuell noch gültigen Weiterbildungsordnung erfolgt zunächst eine 2-jährige chirurgische Basisweiterbildung („Common Trunk“), die innerhalb des chirurgischen Gebietes in einem beliebigen Fach abgeleistet wird. Diese umfasst 12 Monate innerhalb der Chirurgie und je 6 Monate in der Notfallaufnahme und auf einer Intensivstation. 6 Monate innerhalb der Chirurgie können bei einem ambulant tätigen Chirurgen abgeleistet werden.

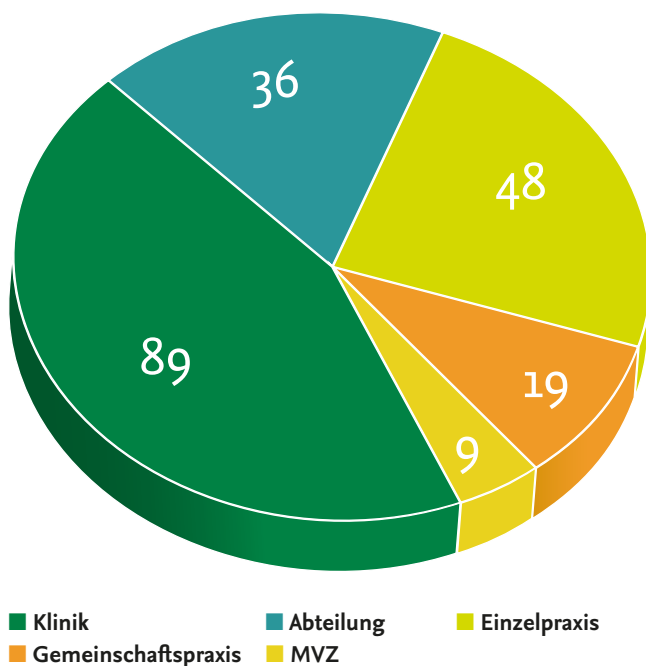
An die Basisweiterbildung schließt sich dann eine 4-jährige spezielle kinderchirurgische Weiterbildung an, die 12 Monate Kinder- und Jugendmedizin inkludiert, von denen 6 Monate im Bereich der Intensivmedizin angerechnet werden können. Durch den pädiatrischen Teil der kinderchirurgischen Weiterbildung sollen zukünftige Fachärztinnen und Fachärzte zumindest Grundlagen pädiatrischer Tätigkeiten in ihrer Ausbildung erfahren können. Im Jahre 2017 haben bundesweit insgesamt 54 Kandidatinnen und Kandidaten die Facharztprüfung erfolgreich bestanden.

Im Jahre 2018 wurde auf dem Deutschen Ärztetag eine Änderung der Weiterbildungsordnung beschlossen. Diese befindet sich in den Landesärztekammern gegenwärtig zur Umsetzung. Um den gewachsenen Anforderungen an die Tätigkeit als Kinderchirurg Rechnung zu tragen, soll der Common Trunk zugunsten einer Ausweitung des rein kinderchirurgischen Ausbildungsinhalts vollständig entfallen.

Kinderchirurgische Landschaft heute und morgen

Bundesweit wird Kinderchirurgie heute in etwa 200 verschiedenen Einrichtungen betrieben (siehe Abb. 1). Dabei reicht das Spektrum dieser Einrichtungen von der Einzel- über die Gemeinschaftspraxis bis zum MVZ; von der „Ein-Mann-Abteilung“ einer allgemein-chirurgischen Klinik bis zur universitären Einrichtung der Maximalversorgung. Zum Jahresende 2017 existierten 89 kinderchirurgische Kliniken, davon 16 Ordinariate; in 36 allgemein-chirurgischen oder pädiatrischen Kliniken wurde eine Abteilung für Kinderchirurgie vorgehalten. Der ambulante Sektor war mit 48 Einzelpraxen, 19 Gemeinschaftspraxen sowie 9 MVZ vertreten; von den 19 Gemeinschaftspraxen versorgten 6 Einrichtungen auch Belegbetten.

Abb. 1: Kinderchirurgische Einrichtungen



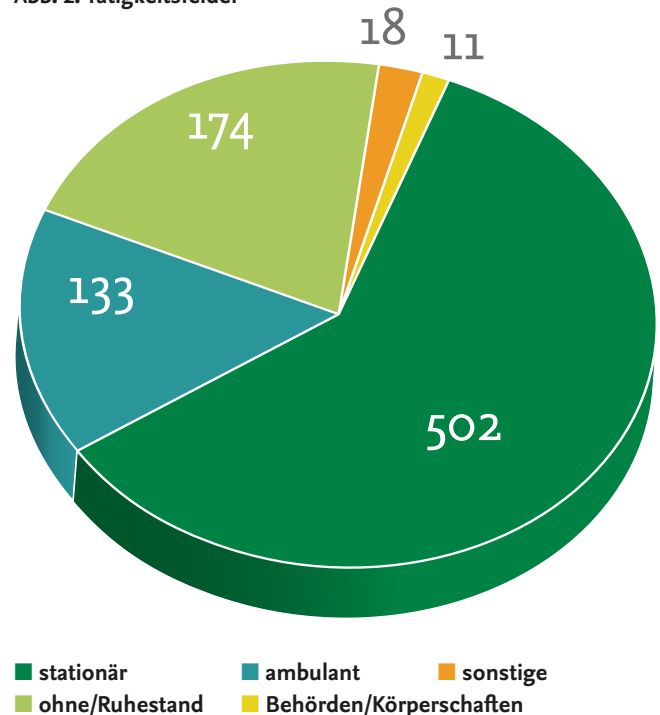
Quelle: DGKCH, 2017

Mit gewisser Sorge beobachtet die Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH) dabei die im Rahmen der Klassifizierung der Perinatalzentren in den letzten Jahren festzustellende Zunahme stationärer kinderchirurgischer Einrichtungen, welche von lediglich einer Kollegin/einem Kollegen geführt werden. In solchen Fällen muss durchaus die kritische Frage gestattet sein, ob hier nicht in erster Linie unter pekuniären Aspekten eine solche Abteilung zum Erreichen der „Stufe 1 Perinatalzentrum“ vom Verwaltungsdirektor

zur Erzielung höherer Umsätze implementiert wurde. In ihrem im Oktober 2017 veröffentlichten Positionspapier der DGKCH zur Zukunft der kinderchirurgischen Versorgung in Deutschland stellt die Fachgesellschaft unter anderem zu diesem Themenkomplex insgesamt 7 Thesen auf. Eine dieser aufgestellten Thesen beschäftigt sich dabei auch mit den zukünftigen Klinikstrukturen sowie Verzahnungen zwischen stationären und ambulanten Leistungserbringern. Zur Gewährleistung einer optimalen Versorgungsqualität und einer effektiven Weiterbildung sind laut Auffassung der DGKCH kinderchirurgische Einrichtungen mit ungenügender Strukturqualität und zu geringer personeller Ausstattung zu Gunsten der von der DGKCH vorgeschlagenen Kooperationsmodelle und Vernetzungen umzuwandeln, abzubauen und zukünftig zu vermeiden. Ferner schlägt das Thesenpapier vor, bestimmte seltene und komplex zu versorgende Krankheitsbilder zukünftig auf einige wenige bundesweite Zentren zu verteilen. Als erste in diesem Prozess herauszuarbeitenden sog. Tracer-Diagnosen wurde die Gallenatresie (BA) ausgewählt; bei etwa 787.000 jährlichen Geburten in Deutschland und einer Prävalenz der BA von 1:18.000 kommt es pro Jahr bundesweit zu etwa 43 Krankheitsfällen, die zukünftig auf 2–3 geplante Zentren verteilt werden sollen. Die Long-Gap-Ösophagusatresie stellt im Prozess der geplanten Zentrenbildung eine weitere Diagnose dar.

Einen Überblick über die personelle Verteilung und Gewichtung der verschiedenen Tätigkeitsfelder kinderchirurgischer Kolleginnen und Kollegen ergibt sich aus der Ärztestatistik der Bundesärztekammer zum 31.12.2018 (siehe Abb. 2).

Abb. 2: Tätigkeitsfelder



Quelle: BÄK, Ärztestatistik zum 31.12.2018

Demnach führten zum Jahresende 2018 insgesamt 838 Ärztinnen und Ärzte die Gebietsbezeichnung „Kinderchirurgie“; 35 Personen hatten als Chirurgin/Chirurg die ehemals zu erwerbende Teilgebietsbezeichnung Kinderchirurgie inne. Von insgesamt 838 Fachärztinnen/Fachärzten befanden sich 174 im Ruhestand oder gingen keiner ärztlichen Tätigkeit nach, 502 arbeiteten im stationären Bereich, 133 Personen waren im niedergelassenen Bereich tätig (von diesen waren 28 angestellte Ärztinnen oder Ärzte) und 29 Kolleginnen und Kollegen arbeiteten entweder bei Behörden und Körperschaften oder bei sonstigen Einrichtungen. Zum Vergleich: Am Ende des Jahres 2018 waren insgesamt 37.853 Chirurgen (inklusive aller Subspezialitäten) sowie insgesamt 14.999 Kinder- und Jugendärzte tätig.

Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie

In der Bundesrepublik Deutschland entstand am 21. September 1957 bei einem Treffen in München auf Einladung Anton Oberniedermayrs die Arbeitsgemeinschaft Deutscher Kinderchirurgen. Diese wurde 1963 in Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie umbenannt und als Verein eingetragen. Ihr erster Präsident war Oberniedermayr. Die DGKCH vertritt das Fach Kinderchirurgie in allen wissenschaftlichen, fachlichen und beruflichen Belangen und schafft bis heute Grundlagen für eine optimale kinderchirurgische Versorgung in Deutschland. Die kinderchirurgische Fachgesellschaft vergibt regelmäßig 3 wissenschaftliche Preise: den Richard-Drachter-Preis, den John-Herby-Johnston-Preis und den Ilse-Krause-Nachwuchspreis. Die DGKCH ist Mitglied in der 1974 gegründeten WOFAPS (World Federation of Associations of Pediatric Surgeons). Als Mitglied der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften steuert sie bei den das Fachgebiet betreffenden Krankheitsbildern eine wesentliche Mitarbeit bei der Erarbeitung entsprechender Leitlinien bei. Gegenwärtig hat die DGKCH etwa 700 Mitglieder.

Der BNKD als Berufsverband niedergelassener Kinderchirurginnen und Kinderchirurgen

Was im Jahre 1997 am Küchentisch des damals in Hamburg niedergelassenen Kinderchirurgen Gero Wesener begann – nach dessen Tod wurde der seit 2013 jedes Jahr vom Berufsverband vergebene Gero-Wesener-Preis für kinderchirurgischen Nachwuchs gestiftet und nach ihm benannt –, mündete schließlich im Jahre 1999 in der Gründung des „Berufsverbandes der niedergelassenen Kinderchirurgen Deutschlands e.V.“ (BNKD). In diesem, einem der kleinsten Berufsverbände Deutschlands mit Sitz in Stralsund, sind bundesweit rund 100 und somit nahezu alle in eigener Praxis tätigen Kinderchirurginnen und Kinderchirurgen organisiert. Der BNKD repräsentiert seine Mitglieder bei den Ärztekammern sowie anderen ärztlichen Fachverbänden; er bringt sich zusammen mit der entsprechenden Fachgesellschaft bei der Erarbeitung von Leitlinien ein. Ziele des Verbandes sind die Sicherung und der Ausbau der freien Berufsausübung der niedergelassenen Kinderchirurginnen und Kinderchirurgen in Deutschland. Dabei führt der BNKD keineswegs, wie manche außerhalb des BNKD stehenden

Kolleginnen und Kollegen vermuten, ein weitgehend isoliertes Dasein, sondern verfügt über vielfältige und lebhaftige Kontakte zur DGKCH, zum Berufsverband der niedergelassenen Chirurgen (BNC) sowie zum Bundesverband Ambulantes Operieren (BAO).

Die Mehrzahl der BNKD-Mitglieder führt die Behandlung und/oder Operation der anvertrauten Patienten in einem vom Operateur selbst geführten OP-Zentrum mit eigenem Operationssaal und Aufwachbereich durch. Nur durch genau diese entsprechende organisatorische und räumliche Trennung zu erwachsenen Patienten kann auf die speziellen Bedürfnisse der zu operierenden Kinder optimal eingegangen werden. Daneben existieren im BNKD auch Kolleginnen und Kollegen, die als Belegärzte tätig sind. Im Rahmen der ambulanten kinderchirurgischen Tätigkeit sind in den letzten 10 Jahren die Hygieneanforderungen sowie die Auflagen zur Instrumentenaufbereitung kontinuierlich gestiegen. So sehr diese enorm gestiegenen Anforderungen im Sinne einer Qualitätssteigerung der durchgeführten Operationen für die gemeinsam betreuten Patientinnen und Patienten richtig und notwendig erscheinen, so sollten insbesondere die Kostenträger allerdings auch endlich erkennen, dass eine von allen Beteiligten gewünschte Steigerung dieser Anforderungen logischerweise nur mit einer adäquaten Anpassung der mit diesen Prozeduren verbundenen Honorare ermöglicht werden kann. Zudem benötigt man auch als fachfremder Kollege sicherlich nicht sehr viel Fantasie, um zu realisieren, dass die kostendeckende Führung einer solchen Einrichtung keineswegs ausschließlich durch die Erlöse aus der Versorgung kleinerer Wunden oder harmloser Frakturen zu erreichen ist. Es möge jede niedergelassene Pädiaterin und jeder niedergelassene Pädiater mit seinem Überweisungsverhalten selbst entscheiden, ob ihr oder ihm die aus Sicht der zu betreuenden Kinder notwendige Aufrechterhaltung spezieller ambulanter kinderchirurgischer OP-Zentren eine adäquate Priorität in der im Alltag gelebten kollegialen Zusammenarbeit im niedergelassenen Bereich genießt.

Für „Tatort“-Fans: der Kinderchirurg als Mordopfer

In dem vom Schweizer Fernsehen produzierten und am 28. Mai 2012 erstmals im deutschen Fernsehen ausgestrahlten Kriminalfilm „Tatort – Das Skalpell“ wird der Ärztliche Direktor der Luzerner „Pilatusklinik“, der Kinderchirurg Dr. Peter Lanther, während eines Benefizlaufs tot aufgefunden. Die Tatwaffe ist, wie könnte es anders sein, ein Skalpell, das dem Opfer in den Hals gerammt wurde und bei Eintreffen der Polizei noch spektakulär in dessen Hals steckt. Wer jetzt allerdings denkt, dass Lanthers pädiatrischer Kollege, Chefarzt Dr. Marco Salimbeni – er hatte immerhin ein intimes Verhältnis mit Lanthers Ehefrau Imelda und somit naturgemäß ein Motiv, seinen Nebenbuhler aus dem Leben zu befördern –, der Täter sein könnte, wird jedoch bitter enttäuscht. Auch im Kreis anderer Klinikmitarbeiter – Lanther galt insbesondere im OP als äußerst cholerisch (hier wird jegliches Klischee bedient!) und war bei seinen Mitarbeitern ein recht unbeliebter Klinikleiter – findet sich keine Spur zum Täter. Welchen Hintergrund hat der Mord dann? Wo liegt das Motiv und wer könnte der Täter gewesen sein? Im Verlauf der kriminalpolizeilichen Ermittlungen durch

Kommissar Reto Flückiger rücken dann jedoch immer stärker die von Dr. Lanther durchgeführten Operationen in den Vordergrund. Hierbei stellt sich heraus, dass sich Kollege Lanther auf die chirurgische Korrektur des intersexuellen Genitales (DSD) spezialisiert hat. Eine seiner Patientinnen, Antonia Bucher – sie wurde im Alter von 18 Monaten am Genitale geschlechtsangleichend operiert –, litt später an Depressionen, welche die junge Frau dann in den Suizid trieben. Antonias Eltern meinten als Ursache der Depressionen die aus ihrer Sicht viel zu früh durch Dr. Lanther durchgeführte geschlechtsdeterminierende Operation erkannt zu haben. Antonias Vater war es dann auch, der das todbringende Skalpell mittels einer Armbrust (typisch Schweizer eben) auf Dr. Lanther abfeuerte und ihn damit tötete.

Wenn man so will, erscheint der Kriminalfilm aus dem Jahre 2012 auch heute immer noch recht aktuell, erlebt doch die Diskussion um den für die betroffenen Patienten „richtigen“ Zeitpunkt der operativen Behandlung seit 2012 eine Art wellenförmigen Verlauf von der einen in die andere Richtung. Da das betroffene Kind sein vom Ethikrat und der Bundesärztekammer betontes Selbstbestimmungsrecht in den ersten Lebensjahren noch nicht in vollem Umfang wahrnehmen kann, werden Art und Zeitpunkt geschlechtsdeterminierender Eingriffe gegenwärtig kontrovers diskutiert. Gemäß der gültigen Rechtslage können die Sorgeberechtigten nur für solche Eingriffe beim nicht einwilligungsfähigen Kind einwilligen, die einer medizinischen Indikation unterliegen und nachfolgenden Schaden vom Kind abwenden. Außer in Notfallsituationen ist die medizinische Indikation in einem Kompetenzzentrum nach adäquater Diagnostik zu stellen. Man darf gespannt sein, wie und wann sich durch fundierte und methodisch sauber angelegte Studien mit aussagekräftigen Ergebnissen eine eindeutige Richtung der Behandlungsstrategie zum Wohl der den Pädiatern und Kinderchirurgen gemeinsam anvertrauten Kinder ergeben wird.

Zusammenfassung

Ähnlich wie in der Pädiatrie ergibt sich als Kinderchirurgin oder Kinderchirurg eine faszinierende und höchst befriedigende ärztliche Tätigkeit, bei der man es vom extremen Frühgeborenen bis zum adipösen Adoleszenten und von der Großzehe bis zum behaarten Kopf zu tun hat. Die gemeinsame Freude an dieser schönen Aufgabe tragen Pädiater und pädiatrische Chirurgen gleichermaßen in ihrem beruflichen Genom inne. Gleichwohl bedienen sich beide Fakultäten in ihrem jeweiligen Handeln unterschiedlicher Instrumente. Doch letztlich sollte sich wie in einem guten Orchester durch die unterschiedlichen, nachbarschaftlichen Konzertanten ein harmonischer Klang – in unserem Beruf ein für die uns anvertrauten Kinder hervorragendes Behandlungsergebnis – entfalten. Diesen Prozess ständig zu verbessern, sollten sich die beiden Nachbarn in der Betreuung erkrankter Kinder ständig im Bewusstsein halten. In diesem Sinne wünsche ich uns allen eine harmonische (Orchester-)Nachbarschaft!

Dr. Thomas Kugler
**2. Vorsitzender des Berufsverbandes der
niedergelassenen Kinderchirurgen Deutschlands**
Steingasse 10
89073 Ulm
thomas.kugler@kinderchirurgie-ulm.de

Literaturangaben beim Verfasser.

Professionelle nichtärztliche Assistenz in der Kinder- und Jugendarztpraxis

Sabine M. Beuttler

Wenn man auf der Internetseite der Bundesagentur für Arbeit den Beruf „Medizinische/r Fachangestellte/r“ sucht, findet sich gleich nach einer kurzen Tätigkeitsbeschreibung ein Bild, auf dem in einer hellausgeleuchteten modernen Praxis eine freundliche junge Dame am Empfang sitzt, die von einer ebenso freundlichen und fitten Patientin die elektronische Gesundheitskarte an einem topmodernen PC einliest.

Erstaunlich, wie sich die meisten diesen Beruf vorstellen, wenn sie an eine „Arzthelferin“ (so die offizielle Berufsbezeichnung bis zum 31. Juli 2006) denken: Die freundliche Empfangsdame, die durch ihr nettes Wesen die Patienten in die Praxis lockt, mit einem „der Nächste bitte“ die Behandlungszimmer zuweist und am besten noch nebenbei für den Arzt einen Kaffee kocht, während sie weinenden Kindern ein Gummibärchen zusteckt.

Die fachlichen und menschlichen Anforderungen erstrecken sich jedoch weit über den freundlichen Smalltalk hinaus.

Der Beruf an sich ist sehr beliebt. Laut Statistischem Bundesamt war er im Jahr 2018 auf Platz 2 der von Schulabgängerinnen abgeschlossenen Ausbildungsverträge und liegt damit noch vor Industriekauffrau (4) und Friseurin (7) (<https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bildung-Forschung-Kultur/Berufliche-Bildung/Tabellen/liste-azubi-rangliste.html>).

Die Zahl der MFAs ist seit dem Jahr 2000 von 273.000 auf 299.000 im Jahr 2017 gestiegen (+ 9,5%); im gleichen Zeitraum ist die Anzahl von Kindern im Alter von 0 bis 14 Jahren von 12,7 Mio. auf 11,2 Mio. (- 11,8%) gesunken. Diese gestiegene Anzahl an MFAs resultiert sicherlich aus einer erhöhten Erwartungshaltung der Patienten und immer neuen Leistungen, die in den Praxen angeboten und zum Teil von MFAs übernommen werden (z. B. IGeL-Leistungen).

Eine Übersicht der Tätigkeiten wird in einem Ausbildungscurriculum beschrieben, das gerade in einer Testphase evaluiert wird. Durch die Verwendung eines MFA-Logbuchs, das auch zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter verwendet werden kann, wird sichergestellt, dass alle relevanten Ausbildungsinhalte abgedeckt werden.

Übersicht der Lernfelder:

1. Allgemeine Pflichten persönlicher Art
2. Allgemeine Pflichten Praxis
3. Hygiene und Arbeitssicherheit
4. Administrative Arbeiten
5. Anmeldung/Rezeption
6. Assistenz/„Mitlaufen“
7. Abrechnung
8. Rezepte
9. Über-/Einweisung
10. Medikamente
11. Notfallmanagement
12. Untersuchungen
13. Vorsorgeuntersuchungen/Eignungstests
14. Krankheitslehre und Gesundheitsförderung

Im Tagesgeschäft ist dann Multitasking gefragt, und all die oben genannten Kenntnisse müssen mit der im medizinischen Umfeld erforderlichen Sorgfalt und Souveränität umgesetzt werden.

Bei der Terminvergabe braucht es z. B. schon eine kompetente Fachkraft. Viele Praxen sind oft bereits überfüllt und müssen leider immer wieder neue Patienten ablehnen. Den bestehenden Patientenstamm gilt es zu verwalten, und Termine sind unter

Berücksichtigung der Dringlichkeit und Zeitspannen (Vorsorgezeiträume, aber auch Impfintervalle) zu vergeben.

Des Weiteren hat nicht jeder Patient, der eine Praxis aufsucht, auch einen Termin. Unter den vielen Anrufern, die einen Arztkontakt ersuchen und eingeschoben werden müssten, gilt es, die herauszufinden, die dringend und sofort oder vielleicht auch erst in den nächsten Tagen einbestellt werden können.

Auch der persönliche Kontakt an der Anmeldung benötigt ein fachmännisches Auge. Kommen Eltern mit ihrem Kind, spürt eine erfahrene MFA, wie es dem kleinen Patienten geht, und misst z. B. schon die Sauerstoffsättigung, bevor der Arzt dies erst anordnen muss. Natürlich kennt eine MFA auch die jeweiligen Normwerte, um die Dringlichkeit einer Behandlung einzuordnen.

Auch beim niedergelassenen Kinderarzt werden viele Diagnose- und Therapiemethoden angeboten. Da diese nicht allein vom ärztlichen Personal erfüllt werden können, werden sie unter Berücksichtigung der Delegierbarkeit zum Teil auf das nichtärztliche Assistenzpersonal übertragen (Deutsches Ärzteblatt 3/2015, S. 2 f.).

Diese Untersuchungen müssen so gut beherrscht werden, dass nicht nur die Durchführung korrekt ist, sondern auch die Vorgehensweise Kind und Eltern erläutert werden kann. Darüber hinaus ist das Wissen um Normwerte und Fehlerquellen nötig.

Eine durch die MFA selbstständig erstellte abrechnungsfähige Dokumentation der Behandlung schließt eine derartige medizinische Leistung ab.

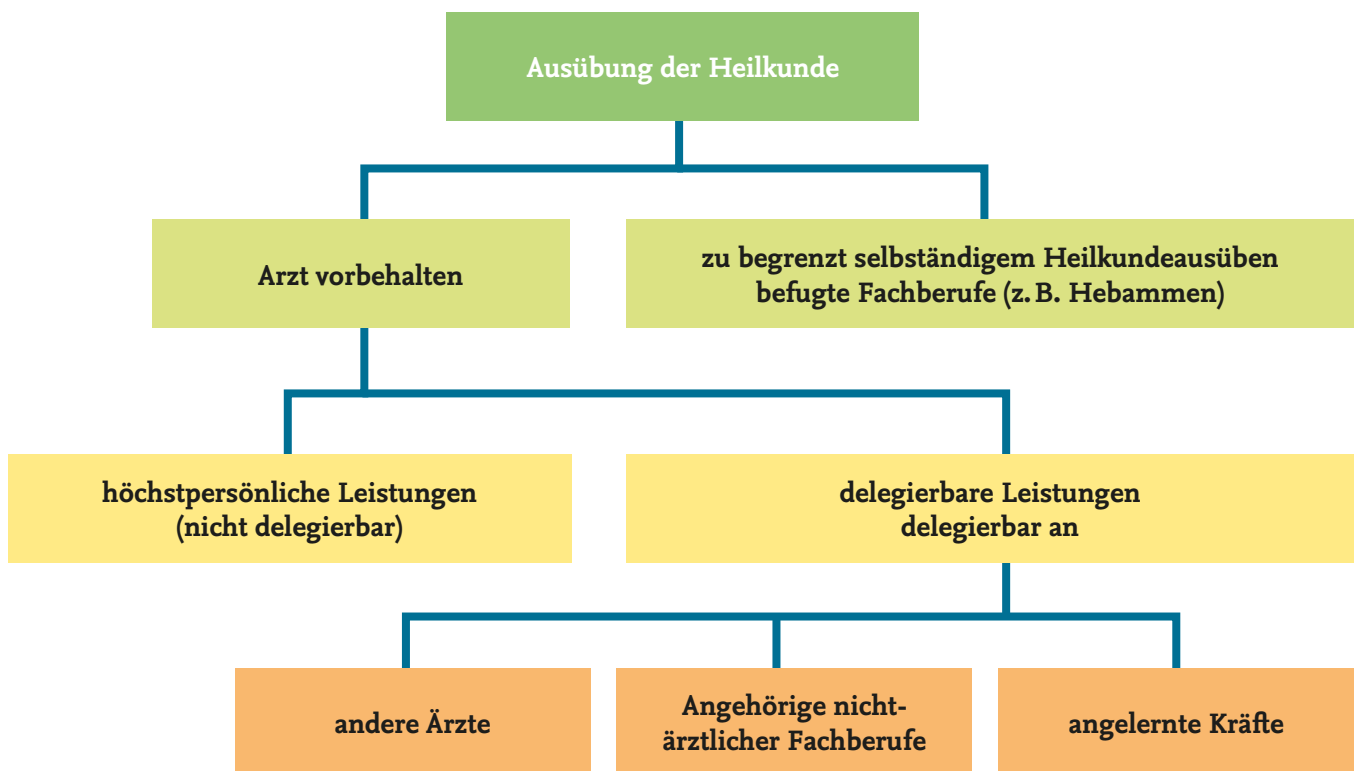
Ist der Patient nun beim Arzt in Behandlung, assistiert die MFA, indem sie benötigte Materialien vorbereitet, bereitlegt und anreicht. Vorausschauend, mitdenkend und wahlweise das Kind ablenkend, festhaltend oder tröstend, reagiert sie auch auf Unvorhergesehenes.

Anamnese, Befund und Maßnahmen werden dokumentiert und erbrachte Leistungen korrekt und nachvollziehbar abgerechnet. Dies geschieht selbstverständlich unter Berücksichtigung der Krankenkasse und Selektivverträge.

Nebenwirkungen, Dosierung und Art der Applikation der in der Praxis verwendeten Medikamente und Impfstoffe müssen gekannt und auch erklärt werden, immerhin geschieht alles unter dem wachsamen Auge der Eltern.

Das Wissen um Rezepte, seien es Medikamente oder Logopädie, Ergo- oder Physiotherapie, und wie eine Überweisung zu einer anderen Facharztgruppe oder eine Einweisung ins Krankenhaus zu erfolgen hat, ist ebenso MFA-Aufgabe – alles immer unter Berücksichtigung der gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen.

Abb. 1: Übersicht Delegation



Quelle: <https://www.bundesaerztekammer.de/richtlinien/thematische-uebersicht/delegation/>

Um Eltern in ihren Sorgen ernst nehmen zu können und zu unterstützen, ist das Wissen der Grundlagen von Prävention und Rehabilitation ebenso wichtig wie das Kennen der Kinderkrankheiten und Ansteckungswege. Souveränität als Resultat fundierten Wissens der MFA bildet die Basis in der Unterstützung des Arztes und der Hilfe für die Patienteltern.

Laborarbeiten werden von der MFA unter Berücksichtigung möglicher Fehlerquellen verrichtet und der Versand in Fremdlabore korrekt durchgeführt. Hier gilt es, die Anforderung an Lagerung, Versandart und Begleitschreiben des Versandguts zu kennen.

Und geht es einem Patienten doch sehr schlecht, weiß die erfahrene MFA um das Notfallmanagement; dies beginnt schon beim Erkennen des Notfalls, geht weiter über Kennen des Notfallequipments bis hin zum Anreichen der benötigten Materialien und Assistenz des Arztes.

Die MFA kümmert sich auch um das Bestellmanagement und gewährleistet Wartung, Pflege und Aufarbeitung der Mehrwegartikel. Professionelles Bestandsmanagement ermöglicht schnellere Entscheidungen bei Terminvergabe oder spontanen Maßnahmen beim Patientenkontakt; ein schnelles Wiederaufarbeiten oder Nachbestellen der verwendeten Materialien gewährleistet die Handlungsfähigkeit der Praxis auch in Spitzenzeiten wie Erkältungswellen.

Zum professionellen Arbeiten gehört auch die Umsetzung der gewachsenen Anforderungen an die Hygiene. Sei es am eigenen Körper, am Patienten oder an Gegenständen: Zum hygienischen Arbeiten gehört die fehlerfreie Anwendung der verwendeten Produkte unter Berücksichtigung der Richtlinien und Arbeitssicherheit.

Und sollte die Praxis selbst MFAs ausbilden, werden diese vom erfahrenen Personal in all den oben genannten Aufgabenfeldern angeleitet und eingearbeitet; immerhin sind sie das Fachpersonal von morgen.

Sabine M. Beuttler
Medizinische Fachangestellte in pädiatrischer Praxis
Ostendstr. 233
90482 Nürnberg
sabine.beuttler@gmx.de

Literaturangaben beim Verfasser.



Weiterbildung für MFAs in Kinder- und Jugendarztpraxen

Michael Mühlshlegel

Sprechstundenhilfe oder Arzthelferin – das war einmal. Das Aufgabengebiet von Medizinischen Fachangestellten (MFA) ist heute ausgesprochen komplex und anspruchsvoll.

Aber auch die Aufgaben in unseren Praxen sind in den letzten Jahren so komplex geworden, dass sie ohne entsprechende Hilfe durch gut weitergebildete MFAs nicht mehr machbar sind.

Doch die Ausbildung zur MFA ist, von der Praxis-tätigkeit abgesehen, für alle medizinischen Fachgebiete gleich. Deshalb ist eine gute Weiterbildung unabdingbar.

Weiterbildung für MFAs wird beim BVKJ schon seit Ende der 80er Jahre für MFAs aus Kinder- und Jugendarztpraxen angeboten. Dieses Weiterbildungsspektrum hat sich in den letzten Jahren wesentlich ausgeweitet, auch in Zusammenarbeit mit anderen Anbietern wie der DAPG (Deutsche Akademie für Prävention und Gesundheitsförderung).

1. Pädiatrische

Dieses Fortbildungsangebot besteht seit Ende der 80er Jahre und richtet sich an alle MFAs, die frisch ausgelernt haben und neu in Kinder- und Jugendarztpraxen sind, und alle, die ihr Wissen in unserem Fachgebiet mal wieder auffrischen möchten. Die Fortbildungsreihe besteht aus einem bundesweit einheitlichen Curriculum, das in 5 ganztägigen Blöcken angeboten wird. Es wird zurzeit an 14 Orten bundesweit angeboten. Die Blöcke können in unterschiedlicher Reihenfolge belegt werden; nach Absolvierung aller 5 Blöcke erhalten die Teilnehmer ein Zertifikat.

Infos zu den Terminen und Veranstaltungsorten und Anmeldung finden Sie unter www.praxisfieber.de.

2. Seminarkongresse

Seit 2006 gibt es, wie bei den Ärztekongressen des BVKJ, Seminarkongresse für MFAs. Der größte, PRAXISfieber-live, mit bis zu 500 Teilnehmern und mehr als 20 Seminarangeboten findet jährlich parallel zum Jahreskongress des BVKJ in Berlin statt.

Dazu kommen Seminarangebote bei den Jahreskongressen der BVKJ-Landesverbände.

Infos zu den Programmen und Anmeldung finden Sie unter www.praxisfieber.de.

3. Webinare

Webinare für MFAs sind das neueste Angebot des BVKJ – eine webbasierte interaktive Fortbildung, die den Vorteil hat, dass sie von zu Hause aus erfolgt.

4. Basiskurs Entwicklungsdiagnostik

Im Basiskurs Entwicklungsdiagnostik, der als ganztägiger Tandemkurs mit Ärztinnen und Ärzten angeboten wird, gibt es einen Überblick über alle Verfahren und Vertiefungen bei den Globaltests und



Teiltests (ET, MFED, BUEVA, BUEGA; FRAKIS; HASE; SBE3-KT, MEF, DSYPS II, FBB); neben den Grundlagen gehören dazu auch die praktische Durchführung, Auswertung und Bewertung.

6–12 Monate nach dem Basiskurs wird dann ein Supervisionskurs und Aufbaukurs Entwicklungsdiagnostik angeboten. Die Kurse werden in Kooperation mit der DAPG angeboten.

5. Präventionsassistentin

Die Ausbildung zur Präventionsassistentin, welche durch die DAPG in Kooperation dem BVKJ angeboten wird, geht über 84 Stunden – entweder in Form von 2 Wochenkursen über jeweils 5 Tage oder an 5 Wochenenden an verschiedenen Veranstaltungsorten. In dem festen Curriculum geht es um die Vermittlung von primären, sekundären und tertiären Präventionsinhalten mit den generellen Themen „Entwicklung und Familie“, „Wahrnehmung und Motivation“, „Kommunikation und Gesprächsführung“ und „Moderation, Organisation, Kooperation und Qualitätsmanagement“.

Infos zu Terminen, Veranstaltungsorten und Kosten finden Sie unter www.dapg.info.

6. Curriculare Fortbildung Sozialpädiatrie

Das 46 Unterrichtseinheiten (UE) umfassende Modul Sozialpädiatrie wurde im Herbst 2019 durch Beschluss des Vorstands der Bundesärztekammer als Erweiterung zu dem dann 130 UE umfassenden Fortbildungscurriculum „PÄDIATRIE – Prävention im Kindes- und Jugendalter“ erweitert. Die Kurse werden von der DAPG angeboten. Die Weiterbildung zum Präventionsassistenten mit 84 UE und die Durchführung dieses neuen Curriculums Sozialpädiatrie mit 46 UE wird mit dann 130 UE als anrechnungsfähiges Modul für den medizinischen Wahlteil im Rahmen der beruflichen Aufstiegsqualifikation „FachwirtIn für ambulante medizinische Versorgung“.

Infos finden Sie unter www.dapg.info.

Dr. Michael Mühlshlegel
 Delegierter LV Baden-Württemberg, Fachbeauftragter für
 Medizinische Fachangestellte im BVKJ
 Kinder- und Jugendarzt
 Mühlstorstr. 2
 74348 Lauffen am Neckar
michaelandreas@t-online.de

Literaturangaben beim Verfasser.

Politische Kindermedizin – was ist das?

Ulrich Fegeler, Elke Jäger-Roman, Wolfram Hartmann

Der Begriff der Politischen Kindermedizin ist in Deutschland nicht eingeführt und fällt vornehmlich in Debatten, wenn es um Kinderrechte (Recht auf bestmögliche Gesundheit) oder Themen wie Kinderarmut geht – Themen, die in den Bereich der medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen fallen, aber auch gelegentlich ihre gesellschaftliche Lebenswelt berühren. Eine klare Definition gibt es bislang nicht.

Die Politische Kindermedizin als feststehender Begriff wurde in Österreich geboren, als engagierte Kinder- und Jugendmediziner und andere im Kinder- und Jugendbereich engagierte Berufsgruppen die Plattform „Politische Kindermedizin“ gründeten. Sie setzen sich für eine gerechte Ressourcenverteilung im Gesundheitssystem, für eine optimale medizinische Versorgung aller Kinder und Jugendlichen und den kostenlosen Zugang zu notwendigen Therapien ein. Diese Forderungen sind im Wesentlichen auf eine Verbesserung der medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen ausgerichtet. Alle versorgungsrelevanten Reformvorstellungen werden dabei direkt mit dem Gesundheitsministerium verhandelt. Darüber hinaus setzen sich die Mitglieder der Plattform allgemein-kinderpolitisch für die Wahrung der Kinderrechte ein, ohne dass dies weiter spezifiziert wird.

In den USA ist die American Academy of Pediatrics (AAP) die Interessenvertretung der Pädiater in Forschung und Klinik (pädiatrische Versorgung). Als ihren dritten Aufgabenschwerpunkt sieht sie die „Child Advocacy“ (politische Anwaltschaft für Kinder) und definiert sich damit von Beginn an als eine auch politische Vereinigung. Die AAP beschreibt den Pädiater in diesem Sinne nicht nur als Arzt, der kranke und verunfallte Kinder professionell behandelt, sondern auch als Anwalt der Kinder und Jugendlichen, der die Lebens- und Umweltbedingungen, die zu kindlichen Erkrankungen und Unfällen beitragen oder diese verursachen, durch präventive Maßnahmen verändern will. Dafür setzt er sich sowohl kommunal in der Auseinandersetzung mit Behörden und politischen Entscheidungsträgern als auch im jeweiligen Bundesstaat bis hin zur Regierung in Washington ein.

Die AAP geht von der festen Überzeugung aus, dass Pädiater die Macht und die Glaubwürdigkeit besitzen, neue kommunale und öffentliche Standards zu schaffen, die Säuglingen, Kindern und Jugendlichen zugutekommen. Child Advocacy kümmert sich demzufolge nicht nur um die Optimierung der pädiatrischen Versorgung, sondern auch – wenn geboten – um die Verbesserung der Lebensumstände der Kinder und Jugendlichen, um ihnen ein gesundes Aufwachsen zu ermöglichen. Child Advocacy ist Lehr- und Lernthema in der pädiatrischen Weiterbildung.

Politische Kindermedizin in Deutschland

Wie einleitend erwähnt ist der Begriff der Politischen Kindermedizin in Deutschland bislang nicht eingebürgert, er wird aber seit langem von allen pädiatrischen Verbänden und von individuellen Pädiatern im Umgang mit Politik gebraucht. Überschaut man das Spektrum der Äußerungen, die von den pädiatrischen Verbänden als politische Forderungen, Stellungnahmen oder Analysen zu kinderrelevanten Problemstellungen veröffentlicht wurden, öffnet sich ein weites Feld, das medizinische und versorgungsrelevante Themen, aber auch die Stärkung der Kinderrechte, die Verbesserung schädlicher Lebens- und Umweltbedingungen und Forderungen nach Chancengleichheit für alle Kinder umfasst.

Es bestehen auf allen politischen Ebenen – von kommunalen Behörden und Verwaltungen über landespolitische Gremien bis hin zu der Bundesregierung und ihren entsprechenden Ministerien sowie dem Parlament (z. B. Kinderkommission des deutschen Bundestages) – insbesondere von den großen pädiatrischen Verbänden vielfältige Gesprächs- und Arbeitskontakte, die gesundheits- und kinderpolitische Themen transportieren. DGKJ und BVKJ betreiben neben anderen pädiatrischen Verbänden eine intensive Gesprächspolitik mit den gesundheitspolitischen Fachvertretern aller Parteien und sind regelmäßiger Gast bei den entsprechenden Fachministern



(Gesundheit; Familie). Ein gutes Beispiel für diesen positiven Lobbyismus ist die jetzt erfolgte Verpflichtung zum Nachweis einer Masernimpfung für Kinder in Gemeinschaftseinrichtungen bzw. für das dort arbeitende Personal. In Berlin waren es z. B. die Kinder- und Jugendärzte, die in einer vom Gesundheitssenat eingesetzten Kommission für die Formulierung eines Kinderschutzgesetzes durchsetzten, dass in den Bezirken sowohl beim Öffentlichen Gesundheitsdienst als auch beim Jugendamt – Verwaltungen, die traditionell wenig kooperieren – in einer (im Vergleich zu den anderen Bundesländern) einzigartigen Weise sogenannte Kinderschutzbeauftragte mit einer Kooperationspflicht eingerichtet bzw. verpflichtende Kooperationsvereinbarungen abgeschlossen wurden. Damit wird sichergestellt, dass beide Behörden von allen gemeldeten Kinderschutzfällen in der Regel unterrichtet sind und kooperieren. Ein weiteres Beispiel ist die Themenverantwortlichkeit von Pädiatern in der Berliner Landesgesundheitskonferenz bei der Erstellung der Gesundheitsziele hinsichtlich einer gelingenden frühkindlichen Entwicklung von sozial benachteiligten Kindern. Ähnliche Kooperationen mit kommunalen oder Landesbehörden/-Verwaltungen und Pädiatern finden sich in allen Bundesländern.

Gesellschaftspolitische Ziele wie beispielsweise die Chancengleichheit für Kinder aus bildungsfernen und ökonomisch schwachen Familien (s. u.) und die aus der Kinderrechtecharta erwachsene Verpflichtung zu einer Gleichbehandlung aller Kinder, ob in Deutschland geboren oder mit Migrations- bzw. Flüchtlingshintergrund, werden besonders vom Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte verfolgt. Der BVKJ verfügt zudem über eine einzigartige Einrichtung für seine Öffentlichkeitsarbeit: In allen Bundesländern gibt es ärztliche Landespressesprecher, daneben fungiert auf Bundesebene ein gleichfalls ärztlicher Bundespressesprecher. Diese Einrichtung hat es in den ca. 20 Jahren ihres Bestehens geschafft, dass zu allen kindermedizinischen wie auch kinderpolitischen Themen kompetente und von Fachjournalisten bestens trainierte ärztliche Ansprechpartner unkompliziert und schnell erreichbar und ansprechbar waren und dass neben dem BVKJ-Präsidenten ein Bundespressesprecher auch zu Positionen des Berufsverbandes in allen Medien Stellung nehmen konnte. Dieses System authentischer, im öffentlichen Auftreten sicherer Fachvertreter hat nicht zuletzt zum guten Ruf und zur politischen Repräsentanz des BVKJ in den politischen Parteien und den politischen Administrationen beigetragen.

Interessant ist, mit welchen Schwerpunkten sich im Vergleich mit der österreichischen eher auf die medizinische Versorgungsgerechtigkeit fokussierten Vorstellung einer politischen Kindermedizin und der amerikanischen Vorstellung, die auch die Lebensbedingungen der Kinder im Sinne der Gesundheitsverbesserung verändern will, die deutschen Äußerungen zu kinderrelevanten Themen positionieren. Wir wollen das im Einzelnen betrachten und untergliedern in zwei große Themenbereiche:

1. Medizinischer Versorgungsbereich

Als Beispiel seien genannt:

a) Gemeinsame Positionspapiere von DGKJ, BVKJ, DGSPJ und DAKJ:

„Gleiche gesundheitliche Chancen für Kinder und Jugendliche in Deutschland“

Themen:

Gleiche gesundheitliche Chancen für Kinder und Jugendliche in Deutschland:

- Die flächendeckende qualifizierte Versorgung von Kindern und Jugendlichen und ihr allgemeiner Zugang zur Behandlung sind aufgrund ungerechter Finanzierungsstrukturen stark gefährdet.

Forschung und Ausbildung:

- Einrichtung eines Forschungszentrums Kindergesundheit

Vernetzung:

- Sektoren- und systemübergreifend zusammenarbeiten

Prävention:

- Früh Weichen stellen und Prävention stärken
 - Frühe Hilfen mit Fallmanagement mit Lotsensystem
 - Geflüchtete Minderjährige haben das Recht auf angemessene Behandlung.
 - Aus- und Weiterbildung der Erzieherinnen deutlich verbessern
 - Sprachförderprogramme in den Kitas etablieren
- Kinderrechte und Kinderschutz** (s. a. weiter unten):
- Kinderschutz verbessern
 - Kinderrechte im Grundgesetz verankern
 - Position eines Bundeskinderbeauftragten etablieren

b) DGKJP u. a. unter dem Dach der DAKJ:

Positionspapier zu Zukunftsthemen in der medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland:

Themen:

- Kinder haben ein Recht, von Kinderspezialisten behandelt zu werden.
- Demographischer Wandel – Sicherstellung von fachlich geschultem Personal in der Krankenversorgung
- Forschung für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen verstärken

c) Weitere Themen einzelner Verbände (betreffen vor allem die Interessenslage der Verbände), u. a.:

• Erhalt der Kinderkliniken, -fachabteilungen (DGKJ)

Kinderkliniken sind Teil der Daseinsvorsorge. Das DRG-System, das die Ökonomie in den Kinderkliniken über die Notwendigkeiten der Krankenversorgung stellt, muss verändert werden. Die damalige Präsidentin der DGKJ führte u. a. im Magazin „Stern“ aus: „[...] Wir ändern unsere Medizin nicht, damit sie in das DRG-System passt. Das System muss sich den Bedürfnissen anpassen, nicht umgekehrt.“

Eine zusätzliche Aktion von über 100 Ärzten hat mit dem Appell „Rettet die Medizin – gegen das Diktat der Ökonomie in unseren Krankenhäusern!“ gegen die Vorherrschaft der Ökonomie in der stationären Versorgung aufgerufen und dabei Forderungen aufgestellt:

- Das Fallpauschalensystem muss ersetzt oder zumindest grundlegend reformiert werden.
- Die ökonomisch gesteuerte gefährliche Übertherapie sowie Unterversorgung von Patienten müssen gestoppt werden. Dabei bekennen wir uns zur Notwendigkeit wirtschaftlichen Handelns.
- Der Staat muss Krankenhäuser dort planen und gut ausstatten, wo sie wirklich nötig sind. Das erfordert einen Masterplan und den Mut, mancherorts zwei oder drei Kliniken zu größeren, leistungsfähigeren und personell besser ausgestatteten Zentren zusammenzuführen.

● Förderung der pädiatrischen Weiterbildung in der ambulanten Grundversorgung (BVKJ)

Analog der Förderung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung muss der Weiterzubildende im Weiterbildungsort „Praxis“ finanziell gefördert werden.

● Ernährung

DGKJ: „Das Ergebnis zeigt, dass die Verbraucher sich ein leicht und auf den ersten Blick verständliches Modell zur Lebensmittelkennzeichnung wünschen. Der von der DGKJ präferierte Nutri-Score erfüllt diese Kriterien. Wir unterstützen ausdrücklich die Nährwertkennzeichnung (NWK) in Form des Nutri-Scores, wie ihn auch Frankreich, Spanien und Belgien unterstützen. Dieser wurde nach wissenschaftlichen Kriterien entwickelt und eingehend geprüft.“

● Masernschutzgesetz (DAKJ)

Das Masernschutzgesetz wird von allen pädiatrischen Einzelgesellschaften und zudem von vielen anderen ärztlichen Verbänden getragen.

2. Kinderrechte und gesellschaftspolitischer Bereich

Aus verschiedenen Stellungnahmen der pädiatrischen Fachgesellschaften werden im Folgenden einige Positionen dargestellt. Sie sind zusammengefasst und redaktionell bearbeitet.

Kinderrechte in das Grundgesetz (BVKJ; DGKJ; DAKJ)

Von den pädiatrischen Verbänden wurde bereits festgestellt, dass in Art. 6 des Grundgesetzes dem Recht der Eltern ein vorrangiger Stellenwert eingeräumt wird:

„(1) Ehe und Familie stehen unter dem besonderen Schutze der staatlichen Ordnung.

(2) Pflege und Erziehung der Kinder sind das natürliche Recht der Eltern und die zuvörderst ihnen obliegende Pflicht. Über ihre Betätigung wacht die staatliche Gemeinschaft.“

Das führt gelegentlich dazu, dass Familiengerichte Eltern, die dem Erziehungsauftrag aus unterschiedlichen Gründen nicht gewachsen sind und ihrer Fürsorgepflicht deshalb nicht nachkommen können, zuvor in Obhut genommene Kinder erneut zugesprochen bekommen. Das Elternrecht hat Vorrang vor dem Kindeswohl.

Zwar hat die Bundesrepublik Deutschland die UN-Kinderrechtscharta unterzeichnet und damit de jure die Kinderrechte gesetzlich verankert, allerdings ist dieses Faktum der Öffentlichkeit weitgehend unbekannt. Eine gesetzliche Verankerung der Kinderrechte im Grundgesetz würde bedeuten, dass sie besser wahrgenommen und umgesetzt würden. Es wäre darüber hinaus das politische Bekenntnis, dass das Grundrecht eines jeden Kindes höher zu bewerten ist als das Erziehungsrecht der Eltern. Eine mit großer Unterstützung der Bevölkerung eingereichte Petition (über 120.000 Unterzeichner) zur Ernennung eines Kinderbeauftragten im Deutschen Bundestag (analog dem Wehrbeauftragten) und zur Aufnahme von Kinderrechten im Grundgesetz wird im Bundestag kontrovers diskutiert und findet insbesondere bei der Mehrheit der Fraktion der CDU/CSU keine Zustimmung. Aus unserer Sicht – das schrieb Wolfram Hartmann schon im Jahre 2016 – besteht aber dringender Handlungsbedarf.

Heute wird die Aufnahme der Kinderrechte in das Grundgesetz von der SPD, den Grünen, der Linken und Teilen der CDU befürwortet.

Chancengleichheit (BVKJ)

Kinder aus armen und bildungsfernen Familien (unterer sozioökonomischer Status, U-SES) haben eine schlechtere gesundheitliche und soziale Prognose als Kinder aus Familien mit höherem sozioökonomischem Status (H-SES). Die frühkindliche Entwicklung dieser Kinder zeigt eine deutlich schlechtere Ausbildung der sprachlichen und kognitiven Entwicklung und des Sozialverhaltens. Etwa jedes dritte dieser Kinder verlässt die Schule ohne Schulabschluss. Die weitere Ausbildungs- und Sozialprognose ist ungleich schlechter als die von H-SES-Kindern. U-SES-Kinder haben weniger gesundheitliche und soziale Chancen als H-SES-Kinder. Es besteht keine Chancengleichheit.

Dies müsste nicht so sein, wenn U-SES-Kinder, deren Familien die frühe Entwicklung der Kinder nicht ausreichend anregen können (anregungsarme Familien), früher in der Entfaltung ihrer Grundfähigkeiten angeregt würden. Heute wissen wir, dass die ersten drei Jahre die Schicksalsjahre des Lebens sind. Internationale Studien wie das Perry Preschool Project haben gezeigt, dass es möglich ist, Kinder aus Risikofamilien durch frühe Intervention nachhaltig zu fördern, so dass sie ihre intellektuellen und sozialen Fähigkeiten entsprechend ihren Anlagen entwickeln und als Erwachsene unabhängig von staatlicher Fürsorge leben können. Dazu bedarf es entsprechender sozialräumlicher Einrichtungen (z.B. Familienzentren) und einer frühestmöglichen und vor allem wirksamen Weiterleitung der Familien an sozialräumliche Hilfs- und Unterstützungsangebote, wenn ein Bedarf festgestellt wurde. Eine Medikalisierung des Problems über die Verordnung von Heilmitteln verursacht Kosten, schafft aber keine Lösung. Die

Schuleingangsuntersuchungen als Spiegel des frühkindlichen Entwicklungserfolges zeigen seit über zehn Jahren gleichbleibend schlechte Ergebnisse (Beispiel Berlin).

Auf den Zusammenhang von familiärer Anrengungsarmut und schlechter frühkindlicher Entwicklung weist der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte seit mehr als 15 Jahren hin und fordert wirksame Abhilfe. Im Verbandsorgan des BVKJ „Kinder- und Jugendarzt“ erscheinen mehrfach jährlich Beiträge zur sozialen Situation von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Die jährliche Vergabe des Medienpreises des BVKJ honoriert journalistische Beiträge in TV-, Radio- und Print-Medien, die auf das Schicksal dieser benachteiligten Kinder hinweisen und Beispiele für Lösungen angeben.

Von der DGKJ wurde im Jahr 2017 für Nordrhein-Westfalen für die Dauer von drei Jahren das Pilot-Projekt „Soziale Prävention“ ins Leben gerufen, wonach in einzelnen Kinder- und Jugendarztpraxen das Zugangsmanagement zwischen Arztpraxis und den Angeboten der Frühen Hilfen erprobt wurde. Die Abschlussveranstaltung fand im November 2019 statt.

Recht auf körperliche Unversehrtheit für Mädchen und Jungen (BVKJ; DAKJ)

Das Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland betont Folgendes:

„Art. 2

[...]

- (2) Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Die Freiheit der Person ist unverletzlich. [...]

Art. 3

- (1) Alle Menschen sind vor dem Gesetz gleich.
 (2) Männer und Frauen sind gleichberechtigt. [...]
 (3) Niemand darf wegen seines Geschlechtes, seiner Abstammung, seiner Rasse, seiner Sprache, seiner Heimat und Herkunft, seines Glaubens, seiner religiösen oder politischen Anschauungen benachteiligt oder bevorzugt werden. [...]

Bei Mädchen ist jede Form der genitalen Beschneidung verboten und strafrechtlich bewehrt. Bei Jungen interpretieren Gesetzgeber und Gerichte das Recht auf körperliche Unversehrtheit (die Bestimmung in Art. 3 Abs. 3 und in Art. 4) aber nur eingeschränkt. Gemäß § 1631d BGB darf ihnen auch ohne medizinische Indikation allein auf Wunsch der Eltern die männliche Vorhaut komplett entfernt werden – innerhalb der ersten sechs Monate sogar von medizinischen Laien. Es besteht somit eine Ungleichbehandlung bezüglich der körperlichen Unversehrtheit zwischen Mädchen und Jungen.

Keine Religion hat das Recht zu verlangen, dass Eltern ihren minderjährigen und nicht entscheidungsfähigen Knaben einen Teil ihrer

intakten Körperoberfläche entfernen lassen müssen, damit die Kinder in die Religionsgemeinschaft aufgenommen werden können.

Fazit

Versucht man die oben gestellte Frage nach der Positionierung der deutschen Variante von Politischer Kindermedizin zu beantworten, stellt man fest, dass die spezifisch bundesrepublikanischen Themenbereiche deutlich mehr gesellschaftspolitische Fragestellungen und Analysen betreffen als die österreichische Version der Politischen Kindermedizin. Natürlich wird auch in Deutschland immer wieder die Frage nach der medizinischen Versorgungsoptimierung der Kinder und Jugendlichen und einer gerechten Verteilung der Gesundheitsressourcen gestellt, aber in Deutschland werden auch die großen gesellschaftlichen Probleme der Kinder und Jugendlichen wie z. B. Leben in Armut, frühkindliche Entwicklungshemmungen durch anrengungsarme Familien, Recht auf körperliche Unversehrtheit, Recht auf ein psychosozial und somatisch gesundes Aufwachsen etc. angesprochen. Verallgemeinert gesagt: In Deutschland interessieren neben den medizinisch-fachbezogenen Themen auch die großen gesellschaftlichen Themen zur sozialen Chancengleichheit, zum psychosozial-gesunden (nicht nur somatisch-gesunden) Aufwachsen und den damit verbundenen Voraussetzungen für eine gelingende Schul-, Ausbildungs- und Sozialprognose. Allerdings werden diese Themen nicht homogen von allen pädiatrischen Fachverbänden transportiert. An hervorgehobener Stelle muss in diesem Zusammenhang der BVKJ erwähnt werden. Damit ist die deutsche Politische Kindermedizin deutlich näher an der amerikanischen „Advocacy“ als an der österreichischen Kindermedizin.

Allerdings wird dieses Bild durch die gelebte Realität etwas relativiert. Zum einen sind auch in Deutschland – wie in Österreich – die medizinischen bzw. medizinpolitischen Themen vorherrschend, wobei hier teilweise die Verbandsinteressen der pädiatrischen Einzelverbände sehr unterschiedlich sind. Besser wäre trotzdem, wenn man bei politischen Terminen gemeinsam statt getrennt das Gespräch mit den Entscheidungsträgern suchen würde.

Die medizinischen kinderpolitischen Themen sind sehr häufig „nach innen“ gewandt, d. h., sie werden in Verbandszeitschriften beschrieben, in Fachgremien diskutiert und letztendlich mit Fachverwaltungen bzw. -ministerien gelöst. Das hängt z. T. mit der – für die Öffentlichkeit – Sperrigkeit der Themen zusammen. Die Öffentlichkeit wird kaum einbezogen. Dies ist sicher ein deutlicher Unterschied zur amerikanischen Advocacy, bei der die Öffentlichkeitsarbeit (Information und Einbezug) eine zentrale Rolle spielt, da über sie Druck ausgeübt werden kann. Bei Themen wie dem drohenden Sterben der Kinderkliniken war hingegen der Einbezug der Öffentlichkeit sehr gut – nicht zuletzt aufgrund der starken öffentlichen Resonanz wurde die pädiatrische Position gestärkt.

Zum anderen sind die lebensweltlichen und die so wichtigen das frühe Aufwachsen der Kinder beeinflussenden familiären und sozialen Lebensweltbedingungen etwas in den Hintergrund der verbandlichen kinderpolitischen Fokussierung geraten. Dabei sind

es gerade die früh erfahrenen Lebenswelten der Kinder, die einen lebenslang anhaltenden Einfluss auf ihre Ausbildungs- und Sozialprognose haben. Jeder grundversorgende Kinderarzt kennt aus eigener Erfahrung die vielen Kinder aus anregungsarmen Familien, die bereits sehr früh erkennbar Entwicklungsrückstände aufweisen (soziogene Entwicklungsrückstände). Mit diesem Wissen müsste aber eine viel deutlichere, beständigere und insistierendere Mahnung an die Politik und die Öffentlichkeit gerichtet werden, die betroffenen Kinder – meist Kinder aus armen und bildungsfernen Familien – nicht im Abseits stehen zu lassen. Es fehlt z. B. an quantitativ ausreichenden sozialräumlichen Strukturen, die sich der sozialen Probleme der Familie annehmen und gleichzeitig über qualifizierte Kindertageseinrichtungen Kinder zur Entfaltung ihrer angeborenen Potenziale verhelfen könnten. Hier ist die pädiatrische Stimme im Sinne einer Anwaltschaft für die Kinder gegenüber der Politik und der Öffentlichkeit aktuell kaum vernehmbar, auch wenn verbandsintern hierzu berichtet wird. Wir brauchen vielmehr effektive Lobbyarbeit – nicht nur für die Verbesserung der medizinischen, sondern insbesondere der sozialen Missstände, die immerhin 20% unserer Kinder und Jugendlichen betreffen.

Politische Kindermedizin betrifft die gesundheitlichen und die sozialen Lebensbedingungen, unter denen Kinder aufwachsen. Sie macht sich zum Anwalt für eine gelingende gesundheitliche und soziale Lebensgestaltung unserer Kinder und Jugendlichen. Machen wir es wie die Amerikaner: Seien wir laut, seien wir unbequem, bringen wir ans Licht und fragen nach, wenn nichts geändert wird. Dass es einfach so weitergeht wie bisher, dürfen wir nicht zulassen.

Ein schöner Leitgedanke von Child Advocacy lautet:

Advocacy is many things. It is speaking out, speaking up, speaking for. In its simplest and most profound form, advocacy is giving voice to the questions, “What is wrong here? Couldn’t we do better?”

Advocates witness and bring to light abuses and inequities, unfair practices and dangerous conditions.

Advocates take unpopular positions by questioning the status quo. They ask, “Why?” when others assert, “We have always done it this way.”

Dr. Wolfram Hartmann
Ehrenpräsident des BVKJ (Präsident von 2003 bis 2015)
Im Wenigen Bruch
57223 Kreuztal
dr.w.hartmann-kreuztal@t-online.de

Literaturangaben beim Verfasser.

Dr. Ulrich Fegeler
Ehemaliges Vorstandsmitglied im BVKJ
Bäkeweg 37
16515 Oranienburg
ul.fe@t-online.de

Dr. Elke Jäger-Roman
Köhlerstr. 23
12205 Berlin
jaeger-roman@snofu.de

Wandel der Erziehungsleitbilder

– eine Herausforderung für das ärztliche Selbstverständnis in der grundversorgenden Pädiatrie

Irene Somm

Wenn sich Professionelle im Gesundheitswesen über Eltern unterhalten, so sind Klagen nicht fern: Eltern seien heute zunehmend nicht mehr in der Lage, auf ihre Intuition zu hören, und Gesundheitswissen werde kaum noch familiär tradiert, was die erhöhte Inanspruchnahme von Dienstleistungen erklären würde. Solche Klagen verengen bisweilen den Blick und befördern Unverständnis. Hier lohnt es sich, einen Perspektivwechsel zu wagen, um neue Handlungsspielräume auszuloten.

1. Gewachsene Ansprüche an die Elternrolle

In den 1970er Jahren geriet die Ausübung starker elterlicher Verfügungsgewalt über das Kind zunehmend in die Kritik, u. a. weil die Sozialisationsforschung nachweisen konnte, dass sie die Selbstständigkeitsentwicklung des Kindes eher behindert und ein schwaches Selbstwertgefühl befördert. Zeitgleich zur Problematisierung eines autoritären Erziehungsstils etablierte sich in individualisierten westlichen Gesellschaften „Selbstverwirklichung“ als ein legitimer Wert. Das Selbstverwirklichungsideal hatte eine enorme Aufwertung der familialen Beziehungsqualität insgesamt zur Folge: Familiäre Beziehungen wurden mehr und mehr zum Ort emotionaler Bedürfnisbefriedigung – zunächst vor allem die Paarbeziehung; allmählich aber immer ausgeprägter und letztlich in Konkurrenz dazu die Beziehung zu den Kindern, denen deutlich partnerschaftlicher begegnet wurde. Nicht nur, weil man Autoritäres abzulehnen begann, sondern eben auch, weil Kinder verstärkt einen „psychischen Nutzen“ für Eltern erlangten – quasi als Objekt der Selbstverwirklichung.



Im Kern lässt sich der Wandel der Erziehungsleitbilder der letzten Jahrzehnte als ein Wandel von der Eltern- zur Kindzentrierung beschreiben. Was eine Studie zum Bindungsverhalten deutscher Eltern in den 1980er Jahren noch als Normalität konstatierte, gilt heute als inakzeptabel: „It is socially acceptable in Linden [Dorf Nähe Frankfurt] for mothers to leave infants alone in house when they go out shopping. [...] Informants said a child must learn to be by itself. [...] Should they awaken when mother is gone and start crying, nothing bad will really come of this, informants said, so long as the baby is fed and clean and the mother has seen to it that the child cannot hurt itself.“ (LeVine/Norman 2001)

Dass diese Einstellung heute als problematisch gilt, ist nicht zuletzt der zunehmenden Rezeption der Bindungstheorie von Bowlby u. a. (1972) zu verdanken.

Neben der Bedeutungssteigerung der Eltern-Kind-Bindung begann in den 1990er Jahren eine breite Diskussion um die Bildungsbedeutsamkeit der Familie. In den Fokus rückten Fragen einer optimalen Förderung des Kindes innerhalb der Familie. Leistungsveragen wurde verstärkt als Resultat erzieherischen Fehlverhaltens interpretiert (vgl. Beck-Gernsheim 1990: 171; Peuckert 2007).

Beide Entwicklungen – die Emotionalisierung wie auch die wachsende Förderorientierung – stellen bislang nie dagewesene, spannungsreiche Anforderungen an die Elternrolle dar. Als Ideal gilt ein sog. „autoritativer Erziehungsstil“: Auf Basis einer sicheren Bindung (Bowlby) halten Eltern die Balance zwischen emotionaler Unterstützung, Akzeptanz und Feinfühligkeit gegenüber dem Kind einerseits und Verhaltensregulation durch konsistente und konsequente Disziplinierung andererseits. Konkret: Anstelle von direkter Kontrolle und Instruktion soll das Kind quasi spielerisch zur Leistungsbereitschaft erzogen und im Dienste der Selbstwirksamkeitserfahrung und Selbständigkeit in Entscheidungsprozesse einbezogen werden. Gleichzeitig nehmen Eltern dem Ideal zufolge ihre Führungsrolle in Form erzieherischer Konsequenz und Konsistenz wahr – alles in allem nicht ganz widerspruchsfrei und in jedem Fall ein hoher Anspruch.

Parallel zum Wandel des Erziehungsleitbildes verlief die zunehmende Berufstätigkeit der Mütter, was die Frage nach guter Elternschaft noch einmal verkomplizierte – vor allem wenn man bedenkt, dass auch in der Erwerbstätigkeit ein Wandel stattfand: Es galt als immer weniger opportun, „einfach seinen Job zu machen“; stattdessen sollte auch die Arbeit Quelle der Selbstverwirklichung

sein und „Leistung aus Leidenschaft“ erbracht werden – zeitlich flexibel und räumlich mobil (vgl. Boltanski/Chiapello 2003).

2. Ausbildungsmetapher in der Frühprävention

Mit der Kindzentrierung ist die frühkindliche Entwicklung verstärkt in den Fokus von Bildungs- und Gesundheitspolitik, aber auch der Forschung geraten. Auch hier ist der Anspruch hoch: Es geht um die „frühe Vermeidung ungleicher Bildungs- und Gesundheitschancen“, und in Aussicht gestellt wird bisweilen gar die Prävention krimineller Laufbahnen. Obligates Mittel dazu: Steigerung von „Elternkompetenz“ und elterlichem Förderwillen.

In den letzten Jahren haben die Präventionsanstrengungen in der frühkindlichen Phase deutlich zugenommen: Angefangen bei Maßnahmen zur frühen Identifizierung sog. „Risiko- bzw. Hochrisikofamilien“ im Rahmen der „Frühen Hilfen“ mit dem Ziel, deren „Bindungskompetenz“ zu verbessern, über die „Bildungsdokumentation“ im Kindergarten mit den halbjährlichen Elterngesprächen zur sozialen, kognitiven und emotionalen Kompetenz des Kindes bis hin zur „interdisziplinären Frühförderung“ – alle Initiativen (inklusive der unzähligen [primärpräventiven] Elternbildungsangebote) stehen im Zeichen einer „Professionalisierung der Elternfigur“ (Levold 2002). Dieser Impetus leuchtet angesichts der anspruchsvoller gewordenen Elternrolle und der heute größeren Sensibilität für Kindeswohlgefährdungen sicherlich ein. Gleichwohl gibt es auch Schattenseiten: Es besteht erstens die Gefahr einer immer früheren Etikettierung von Kindern als defizitär – bzw. euphemistischer: als förderungsbedürftig –, welche deren Laufbahn leider nicht immer erleichtert. Zweitens besteht eine verstärkte Machbarkeitsphantasie bezüglich der (planvollen) Steuerung kindlicher Entwicklung, und drittens erfolgt eine sehr frühe Sortierung der Eltern gemäß dem Schema „kompetent“ versus „inkompetent“.

In Studien wird Eltern mit höherem Bildungsabschluss fast schon reflexartig eine höhere Elternkompetenz attestiert. Unsere Beobachtungen (und diejenigen der befragten Ärzte) sind hier jedoch weit weniger eindeutig, und es bleibt fraglich, ob so manche Studiendesigns nicht eher der Selbstdarstellungs-, ja Beschönigungskompetenz dieser Elterngruppe Rechnung tragen. Bildung schützt bekanntlich nicht vor Bindungsschwierigkeiten; die vielfältigen psychischen Probleme bei Gymnasiasten sind vermutlich auch nicht allein auf den gestiegenen Leistungsdruck der Schule zurückzuführen.

Die Ausbildungsmetapher der Kompetenz hat immer schon einen Schichtbias. Für gebildete Milieus ist es eine gern verwendete Formel, für bildungsfernere Milieus hingegen ein Unwort und eine Quelle von Insuffizienzgefühlen. Folglich mutiert die Rede von Elternkompetenz bzw. von elterlicher Steuerungskompetenz einmal mehr zu einem subtilen, bildungsbürgerlichen Umerzihungsgestus gegenüber einer sog. Unterschicht. Ob dieser Gestus tatsächlich zu einer Chancenverbesserung beiträgt, müsste ernsthaft geprüft werden. Wenn es um die Stärkung von Bindung geht, stehen Emotion, Stabilität und Zutrauen im Zentrum, der Kompetenzbegriff geht hier fehl.

3. Wunsch nach Bescheinigung von Elternkompetenz in Früherkennungsuntersuchungen

Wenn Elternkompetenz gesellschaftlich auf dem Prüfstand steht, stellt sich die Frage, wer sie legitimerweise bescheinigt. Und hier sind niedergelassene Kinder- und Jugendärzte in den Augen der Eltern noch immer oder gar verstärkt eine anerkannte Autorität.

Die Erweiterung des kinderärztlichen Vorsorgeprogramms wie auch die zunehmende Breite der Untersuchungen reihen sich in die beschriebenen Präventionsanstrengungen ein – und genießen in der Öffentlichkeit entsprechend hohe Akzeptanz. Das neue Gelbe Heft spiegelt nicht nur einen höheren Anspruch an die grundversorgenden Kinder- und Jugendärzte wider, sondern auch an die Eltern: Die Dimensionen der ärztlichen Entwicklungsbeurteilung werden im Heft differenziert offengelegt und zeigen den Eltern, was heutzutage alles benötigt wird, um vom Kinder- und Jugendarzt im Gesamtergebnis eine „altersgemäße Entwicklung“ bescheinigt zu bekommen. So heißt es etwa in der Elterninformation zur U6: „Auch interessiert sich Ihre Ärztin oder Ihr Arzt für den Kontakt zwischen Ihnen und Ihrem Kind.“ Damit werden Vorsorgeuntersuchungen deutlich expliziter als früher auch zur Bewährungsprobe für die Eltern; so erstaunt es nicht, dass Eltern versuchen, ihr Kind zu animieren, sich von der besten Seite zu zeigen, und bisweilen gar mit Filmchen aufgewartet wird, um zu „beweisen“, dass der Kleine zu Hause mehr kann als in der Untersuchungssituation selbst.

Auch die häufig gestellte Einstiegsfrage in Früherkennungsuntersuchungen „Wie zufrieden sind Sie mit der Entwicklung Ihres Kindes?“ rahmt die Untersuchung als elterliche Bewährungsprobe: Eltern haben sich in ihrer Kompetenz zu beweisen, die Entwicklung ihres Kindes zu beobachten und entsprechend zu bewerten. Heute umfasst die erwartete Antwort weit mehr als die körperliche Entwicklung: Sie adressiert Eltern als diejenigen, die neben der körperlichen auch die kognitive, soziale und emotionale Entwicklung im Blick haben bzw. diese verantwortungsbewusst beobachten. Selten wird die Frage so nonchalant beantwortet wie von dieser Mutter:

„Ach, das kann ich eigentlich nicht beurteilen, habe ja nicht so den Vergleich. Das müssen Sie mir sagen [lacht].“

Weit häufiger lassen sich Eltern eher nicht anmerken, dass sie mit der Frage, die bei Licht betrachtet voraussetzungsvoll ist, eigentlich gerade ziemlich überfordert sind, und geben sich kompetent – mal mehr, mal weniger. In Nachgesprächen fielen dann allerdings häufig Bemerkungen wie die folgende einer Mutter mit akademischem Abschluss:

„Ich bin immer wieder verblüfft über die Fragen. Ich muss ganz oft überlegen: Macht mein Kind das jetzt wirklich schon? Kann der das? Oder bilde ich mir das ein? Also, das find ich sehr schwierig so im Nachhinein. Dann denk ich immer: Meine Güte, beobachtest du so ungenau [lacht], dass du das gar nicht weißt!“

Der Druck, als Eltern alles richtig zu machen, ist deutlich wahrnehmbar. Entsprechend ist schichtübergreifend eine mehr oder weniger ausgeprägte Nervosität hinsichtlich der Frage der altersgemäßen Entwicklung des eigenen Kindes festzustellen. Im folgenden Zitat einer Berufsschullehrerin mit einem drei Monate alten Kind wird deutlich, dass heute die normgerechte Entwicklung als abhängige Variable elterlicher Kompetenz begriffen wird:

„Wenn ich in so Rückbildungskursen bin und alle Babys schlafen und unsere hängt da und schreit, ne. Das ist dann natürlich auch so das Gefühl: Wir sind schlechte Eltern, was machen wir falsch? Das ist dann natürlich auch nicht gerade förderlich.“

In dieser Situation ist der Wunsch, von einer anerkannten Autorität Elternkompetenz bescheinigt zu bekommen, nachvollziehbar – notfalls auch gegen Kindergarten, Schule oder gar Jugendamt.

4. Erhöhter Kommunikationsbedarf in der Kinder- und Jugendarztpraxis

Während der Früherkennungsuntersuchungen sind Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte verstärkt mit den Herausforderungen einer zunehmenden Emotionalisierung und Egalisierung der Eltern-Kind-Beziehung und bisweilen auch einer ausgeprägten Förderorientierung konfrontiert. Beide Aspekte äußern sich konkret in einer Vielzahl geäußelter oder wahrnehmbarer Verunsicherungen. Nicht nur wird häufig ein elterlicher Autoritätsverlust wahrgenommen, der auch die ärztliche Untersuchung selbst mitprägt, sondern eben auch eine Verwirrung dahingehend, was denn nun eigentlich kompetentes Handeln als Eltern ausmacht, inwiefern kindliche Entwicklung „machbar“ ist und an was bzw. an wem man sich eigentlich orientieren sollte (vgl. Somm/Hajart/Mallat 2018, Kap. 3). Solche Fragen sind in der Kinderarztpraxis allgegenwärtig und können nicht einfach ignoriert werden, zumal ein ungeeignetes Erziehungsverhalten nachweislich ein zentraler Risikofaktor für die kindliche Entwicklung darstellt.

Die elterlichen Verunsicherungen sind neben der Zunahme chronischer Erkrankungen aber nicht der einzige Grund für den erhöhten Kommunikationsbedarf. Sowohl eine valide Ermittlung psychosozialer Risikofaktoren als auch die Ansprache nichtsomatischer Entwicklungsauffälligkeiten ist weit anspruchsvoller und auch aufwändiger, weil sie für Eltern deutlich schwieriger zu akzeptieren sind und häufig unmittelbar mit eigenem Versagen verbunden werden. Selbst wenn dabei mit standardisierten Fragebögen gearbeitet wird, muss das Ergebnis im Arzt-Patienten-Gespräch idealiter validiert werden (vgl. Textbox 1) – dies umso mehr, wenn die Ärztin, welche die Familie in der Regel bereits länger kennt, entweder eine elterliche Überproblematierung oder ein Vermeidungs- bzw. Verdeckungsverhalten (vgl. Textbox 2) zu befürchten hat.

1. Funktionaler Umgang mit Elternfragebögen

A: Sie haben zwei Dinge angekreuzt.

M: Ach so, ja.

A: Sie merken, dass Sie wirklich ein bisschen unter Stress sind, oder?

M: Ja, was heißt unter Stress? Also ich kann ihn nicht für 15 Minuten wirklich in seine Spielwiese legen, dann weint er.

A: Aha, okay.

M: Ich muss ihn immer auf den Arm nehmen. Der braucht ständig Aufmerksamkeit. Ich find das jetzt nicht schlimm. Aber es wäre mal schön, wenn ich von Ihnen erfahren könnte, was ich dagegen tun könnte, damit ich mal eine Stunde, wenn er wach ist, Haushalt machen könnte.

A: Direkt ne Stunde?

M: Ja, von mir aus eine halbe Stunde. (lacht)

A: Ein Kind in dem Alter kann nicht sagen: „Okay, die Mama muss jetzt mal ne Stunde da die Küche machen. Ich verhalt mich mal ruhig.“

M: (lacht)

A: Das kann es nicht, sondern wenn Sie das Zimmer verlassen, dann denkt es, Sie sind nicht mehr auf der Welt.

M: Okay.

A: Und wenn Sie jetzt mal andersrum denken: Er ist nicht mehr auf der Welt. Dann würden Sie es wahrscheinlich keine Viertelstunde aushalten, oder? Das Wegbleiben kann Babys richtig Panik machen.

M: Aha, okay.

A: Das ist jetzt die Entwicklung, er wird lernen, dass er weiß, die Mama kommt wieder. Und wie kann er das lernen? Indem Sie auch mal getrennt sind und Sie wiederkommen.

2. Vermeidungsverhalten in Elternfragebögen

M: Also ich merke, dass ich immer überlege, ob ich das überhaupt ehrlich ankreuze. Ähm, weil, wenn dann da steht: „mehr als zweimal ins Bett genässt im halben Jahr“ und ich mir denke, na ja, wenn ich ehrlich bin, hat sie das sicherlich. Aber trotzdem: Ich bin der Überzeugung: Das ist kein Problem!

Ein weiterer Grund für den erhöhten Kommunikationsbedarf: Nicht nur der Umfang der Themen der vorausschauenden Elternberatung in der Kinder- und Jugendarztpraxis hat zugenommen, vielmehr wird den Ärztinnen und Ärzten im Präventionsgesetz „auf Grund des besonderen, vertrauensvollen Arzt-Patient-Verhältnisses“ (2015: 50) explizit eine besondere Befähigung zugewiesen, „gesundheits-schädigende Verhaltensweisen“ abzubauen und „zur Inanspruchnahme von primärpräventiven Angeboten zu motivieren.“ (Präventionsgesetz 2015: 50)

Selbstredend begründen auch diese Erwartungen einen erhöhten Kommunikationsbedarf, aber nicht nur das: Um Compliance und Motivation zu fördern, bedarf es einer Interaktionsqualität, die den klassischen monologischen Stil ärztlicher Instruktion (Füllen von Wissenslücken etc.) überwindet und einem Verständnis von Gesundheitserziehung folgt, das auf Partizipation und Empowerment beruht (vgl. Somm/Hajart/Mallat 2018: 141–180).

5. Ist das alles noch Medizin oder ist Medizin doch mehr?

Wie ärztlicherseits auf den erhöhten Kommunikationsbedarf reagiert wird, hängt – neben den Rahmenbedingungen der jeweiligen Praxis – ganz entscheidend vom eigenen beruflichen Selbstverständnis ab.

Das traditionelle ärztliche Selbstverständnis orientiert sich an Krankheit. Die Behandlung des kranken Körpers ist Dreh- und Angelpunkt der ärztlichen Aktivität, Gesundheit ist das Ziel, nicht aber der Ausgangspunkt. Krankheit ist in der Medizin – in den Worten des Soziologen Niklas Luhmann – „der positive Wert“ (Luhmann 1990: 192), sie ist der Ort beruflicher Identifikation und Anerkennung. Folgt das ärztliche Handeln in der ambulanten grundversorgenden Pädiatrie diesem klassischen Selbstverständnis, dann ist die Beschäftigung mit dem (noch) gesunden Patienten im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen immer eine ambivalente Angelegenheit, die man schon mal gerne schnell hinter sich bringen bzw. routiniert abhaken möchte. Das legitime Ziel ist dann, die „wirklich (somatisch) Kranken“ aus dem Meer der Gesunden herauszufischen. Dem beschriebenen erhöhten Kommunikationsbedarf wird hingegen aus diesem beruflichen Verständnis heraus eher mit Unmut begegnet. Die elterlichen Anliegen der (noch) gesunden Kinder erscheinen in der eigenen Wahrnehmung vor allem banal – selbst wenn es etwa um Schulverweigerung geht –, und das deshalb, weil eigentlich nur ernsthaft Krankes nicht banal ist.

Präventive Beratung ist in diesem Selbstverständnis einzig dann als genuine ärztliche Aufgabe akzeptiert, wenn sie auf sog. „klare Zielkrankheiten“ fokussiert ist, wie etwa Milchzahnkaries, Vitamin-D-Mangel etc. Hier kann – dem klassischen monologischen Aufklärungsstil folgend – kurz und bündig zur Sache „referiert“ werden. Bei der sog. Sprachberatung (Kinder-Richtlinien) wird es schon komplizierter: Das Thema ist komplexer und bedarf einer kultursensiblen Einschätzung der konkreten Situation. Allgemein ist bei der Prävention im Bereich psychosozialer und funktioneller Störungsbilder, wo deutlich weniger One-fits-all-Empfehlungen zur Hand sind, die Beratungszurückhaltung besonders groß.

Ähnlich verhält es sich im Rahmen dieses klassischen ärztlichen Selbstverständnisses mit vorklinischen Auffälligkeiten: Sie gelten – weil noch im Spektrum des Gesunden angesiedelt – als nicht weiter beachtenswert, werden sozusagen „wegnormalisiert“ – und zwar auch dann, wenn die Patienten bzw. Patientenfamilien signalisieren, dass die Symptome sie belasten.

Gibt es eine Alternative zum klassischen ärztlichen Selbstverständnis, das im Rahmen der grundversorgenden Pädiatrie funktionaler wäre, gleichwohl aber keine Allzuständigkeit für alle möglichen Fragen und Probleme eröffnet? Es gibt sie, und bei grundversorgenden Kinder- und Jugendärzten ist sie auch regelmäßig zu beobachten. Wir haben sie in der Studie als „funktionale Rollenerweiterung“ genauer beschrieben (vgl. Somm/Hajart/Mallat 2018: 198–245).

Dass die grundversorgende Pädiatrie zu einer niedrighwelligen Anlaufstelle für zahlreiche elterliche Verunsicherungen und Belastungen geworden ist – und damit für Kliniken bei allen langfristigen Problemlagen, die sich im Akutalltag andeuten, eine enorme Entlastungsfunktion hat –, ist unstrittig. Strittig ist hingegen, was diese ärztliche Arbeit wert ist – in finanzieller und fachlicher Hinsicht. Eine fachliche Aufwertung würde erreicht, wenn in der medizinischen Aus- und Weiterbildung regulär Orte geschaffen würden, wo man auf diesen grundversorgenden Alltag angemessen vorbereitet würde und ein positiv besetztes, ärztliches Selbstverständnis entwickeln könnte, das für diesen Kontext funktional ist und für die Arbeit in der Klinik zweifellos eine Kompetenzerweiterung mit sich brächte.

Dr. Irene Somm
Netzwerk Handlungsforschung und Praxisberatung
Venloer Str. 511
50825 Köln
irene.somm@netzwerk-handlungsforschung.de

Literaturangaben beim Verfasser.



Kindersterblichkeit vor einem Jahrhundert

Wahrnehmung und Haltung der damaligen Gesellschaft

Julia Nebe

Die gesellschaftliche Wahrnehmung des Themas Kindersterblichkeit war seit jeher durch unterschiedliche Interessen und Aktivitäten aus verschiedenen Bereichen des öffentlichen und privaten Raumes beeinflusst. Liebe und Ignoranz, Auflehnung und Fatalität waren die vorrangigen Emotionen. Während zu Beginn des 20. Jahrhunderts sinkende Bevölkerungszahlen Befürchtungen bezüglich eines ökonomischen und militärischen Machtverlustes auslösten, war die Auseinandersetzung des Einzelnen vom sozialen Kontext geprägt. Ziel des vorliegenden Beitrags ist es, dieses gesellschaftliche Spannungsfeld an der Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert nachzuzeichnen.

Bereits die griechische Mythologie beschreibt das Schicksal verwaister Eltern am Beispiel von Niobe, der Tochter des Königs Tantalos, der einst die Götter erzürnt hat. Aus Kummer über den Tod ihrer Kinder ist Niobe zu Stein erstarrt. Das Versteinern steht hier als Sinnbild für das maßlose Entsetzen, die Fassungslosigkeit, die uns beim Tod eines Kindes übermannt.

Im Gegensatz dazu hat es aus wissenschaftshistorischer Perspektive lange als gesichert gegolten, dass Eltern ihren Kindern – insbesondere den jüngeren – in der Vergangenheit weniger Gefühle entgegengebracht haben als in der Gegenwart. Erst wenn die ersten kritischen Jahre überstanden waren, sind die Kinder zu einem festen und geschätzten Bestandteil der Familie avanciert. So entspricht es beispielsweise lange Zeit der allgemeinen Sitte, einem Neugeborenen den Namen eines bereits verstorbenen Geschwisterkindes zu geben (Shorter 1975, 261–262).

Auch wenn es zahlreiche historische Belege für diese Form der „traditionellen Gleichgültigkeit“ geben mag, werden gegen diese einseitige Darstellung mittlerweile begründete und ebenso einleuchtende Zweifel erhoben (Jarzebowski 2018, 71). Die Grundlage dafür bildet ein weitgefächertes Arsenal an Quellen, wie Berichte über Wundertaufen und Erwekungswallfahrten, aber auch weiter getragene Erzählungen, Briefe, Tagebücher und Funeralschriften, in denen über die stetige Präsenz von Krankheit und Tod bei Kindern sowie über Trauer und Verzweiflung beim Verlust dieser Kinder berichtet wird.

So hebt der französische Historiker Philippe Ariès beispielsweise hervor, dass es im Baskenland lange Zeit Tradition gewesen ist,

ungetaufte verstorbene Kinder im Haus unter der Schwelle oder im Garten zu vergraben (Ariès 2007, 99). Trotz des Volksglaubens vom Wiedergänger interpretiert er dieses Verhalten als liebevollen Ritus (ebd.). „Es war ein so winziges Ding, so wenig im Leben verwurzelt, daß man nicht fürchten musste, daß es nach seinem Tod die Lebenden heimsuchen würde.“ (Ebd.) So erfährt die Mentalität der Gleichgültigkeit eine große Transformation. Nicht länger herrschen „Desinteresse an dem Leben des Kleinkindes und Apathie bei dessen Tod [...]“ (Shorter 1975, 262) vor.

„Der Umgang mit den schwächsten Gliedern der Gemeinschaft hat daher vom Erwachsenen entworfene Verhaltensstrukturen hervorgerufen, deren historisches Spektrum zwischen Annahme und Ablehnung, Pflege und Vernachlässigung, Liebe und Fatalität alle Übergänge aufweist.“ (Seidler 1984, 111)

Kindersterblichkeit vor 100 Jahren – ein weites Feld

Die Auseinandersetzung mit der Kindersterblichkeit – also der kindlichen Sterblichkeit, die sich bis zum fünften Lebensjahr erstreckt – ist Teil eines langen Weges, der vor weit mehr als 100 Jahren begann und auch heute noch nicht abgeschlossen ist. Denn immer noch ist die Aussage Sigmund Freuds von der „Ungeheuerlichkeit, dass die Kinder vor den Eltern sterben“ (zitiert nach Fichtner 1992, 169), aktuell.

Das Vorhaben des Beitrages, die Wahrnehmung und Haltung von Kindersterblichkeit vor 100 Jahren zu fokussieren, kann dabei nur anhand der modernen gesellschaftlichen, medizinischen und religiösen Perception von Kindern und Kindheit beantwortet werden. Bei der angestrebten Analyse ist eine Differenzierung zwischen öffentlicher und privater Anschauung angebracht. Während im privaten Bereich zunächst das eigene Erleben und persönliches Empfinden ausschlaggebend für die Wahrnehmung ist, wird das öffentliche Bewusstsein durch Protagonisten mit differierenden Interessen beeinflusst.

Doch verweilen wir erst einmal im Raum der Privatheit. Dieser ist scheinbar von einer großen elterlichen Gleichgültigkeit geprägt (Vögele 2009; Ariès 1975; Shorter 1975; Badinter 1981). Wie der Medizinhistoriker Jörg Vögele betont, vermochten sich die Eltern einerseits angesichts der hohen Säuglingssterblichkeit durch Distanz emotional zu schützen, andererseits führte aber genau dieses Verhalten wiederum zu weiteren Todesfällen. Bei der Betrachtung der Daten zwischen 1816 und 1900 fällt auf, dass sich die Sterblichkeit innerhalb eines Jahrhunderts, mit Ausnahme der Zeiten von

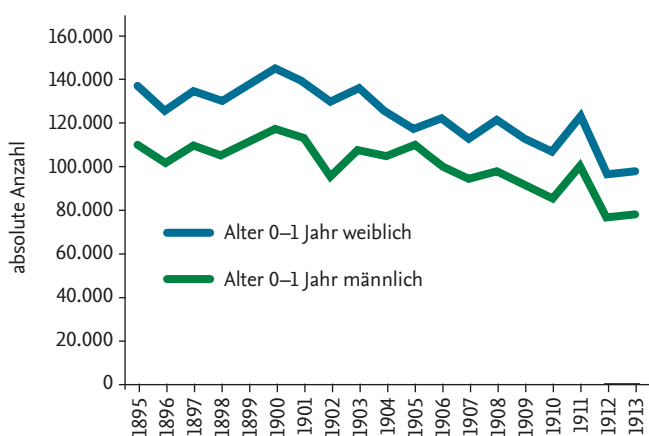
Seuchen und Kriegen, nicht wesentlich verändert hat, und das obwohl, so wird ein Publizist dieser Phase zitiert, das 19. Jahrhundert

„eine so vollständige Umwandlung aller äußeren Lebensverhältnisse“ brachte, die „uns in ähnlicher Weise in keinem Zeitraum der Geschichte wieder entgegen[-tritt]“, und dass sich „eine solch weite Kluft in der ganzen Entwicklungsfolge der Menschheit noch nie zwischen Großvater und Enkel aufgetan [hat].“ (Wehler 2008, 3 f.)

Verwunderlich scheint die Einschätzung der Distanzierung in keinem Sinne zu sein, wenn man bedenkt, dass die Säuglingssterblichkeit bis zu Beginn des 20. Jahrhunderts noch bei über 200 im ersten Lebensjahr Verstorbenen pro 1.000 Lebendgeborenen lag (Vögele 2001, 99).

Dabei hat es starke regionale Unterschiede gegeben. So lag die Sterblichkeit an der Wende zum 20. Jahrhundert in Bayern bei 33%, in Württemberg bei 35% und in Preußen bei 20% (1870) (Girstenbrey 1984, 66). Hierbei gilt es zu beachten, dass die statistische Erfassung derweil Ungenauigkeiten enthalten kann. Die Gründe hierfür liegen beispielsweise in dem divergierenden Erfassungszeitraum, der nicht immer mit den ersten fünf Lebensjahren übereinstimmt, oder in der Tatsache, dass tot geborene Kinder aus religiösen Gründen als nachgeburtliche Sterbefälle deklariert worden sind (Kölbl 2004, 29 f.). Erst im frühen 20. Jahrhundert kommt es zu einem fortwährenden Rückgang auf unter zehn Promille. Diese Entwicklung für Preußen spiegelt das nachfolgende Schaubild wider (Abb. 1):

Abb. 1: Säuglingssterblichkeit nach Geschlecht zwischen 1895 und 1913



Die zunächst hohe Kinder- und Säuglingssterblichkeit gibt jedoch, so Adalbert Czerny, „zu keiner Beunruhigung Veranlassung, denn der Zuwachs an Kindern war so groß, dass trotz allem die Zunahme der Bevölkerung befriedigend war.“ (Czerny 1939, 27)

Da in der Regel meist nur indirekte Quellen zur Auswertung zur Verfügung stehen, kann der religiöse Bezug, wie es die Mediävistin Barbara Rosenwein ausdrückt, im Folgenden helfen, die vormodernen Gefühlskulturen und Gefühlspraktiken im privaten

Raum zu entschlüsseln. So tritt die religiöse Verankerung der Gesellschaft besonders stark in den Mittelpunkt, wenn man den vorzeitigen Tod im Säuglingsalter näher beleuchtet. Hier kann zumindest eine gewisse Vorherrschaft des Kredo: „Der Herr hat es gegeben, der Herr hat es genommen, der Name des Herren sei gepriesen“ (Hiob 1, 21) ausgemacht werden (Vögele 2009, 67). Im Umkehrschluss soll dies aber nicht bedeuten, dass sich dieser scheinbare „Gleichmut“ auf sämtliche religiöse Bereiche erstreckt. So bieten die katholischen Totenzettel einen dienstbaren Einblick in die gesellschaftliche Haltung beim vorzeitigen Tod eines Kindes.

Die ersten Totenzettel stammen bereits aus dem 17. Jahrhundert, es folgt ihre Verbreitung in den katholischen Gebieten Europas. Die ca. DIN-A6-großen papierernen Epitaphe kennt man unter den unterschiedlichsten Bezeichnungen und in den vielfältigsten Ausführungen, wobei sie sich in Art und Umfang der jeweiligen Zeit angepasst haben. Waren zunächst die Gebete und Fürbitten, um dem Verstorbenen den Weg in die Ewigkeit zu bereiten, das Wesentliche, hat der Fokus später darauf gelegen, die Erinnerung an die Verstorbenen durch ein letztes persönliches Dokument aufrechtzuerhalten. Im Gesangbuch hinterlegt, kann der Totenzettel immer wieder zur Erinnerung an den geliebten Verstorbenen hervorgeholt werden. In jüngster Zeit kommt dem Totenzettel eine neue Aufgabe zu. Ahnenforscher, aber auch Wissenschaftler nutzen das Dokument als Basis für ihre Recherchen (Nebe 2011).

Zwar wird die vermeintliche Formelhaftigkeit des sepulkral-kulturellen Brauchrequisits und der Umstand, dass die Totenzettel für eine breite Öffentlichkeit bestimmt sind, oftmals als Veto gegen eine emotionale Lesart angeführt, aber wie die Mediävistin Claudia Jarzebowski betont: „Niemand trauerte alleine! Und schließlich bildet die Trauergemeinschaft bis in die Frühe Neuzeit eine hoch sozial angesehene Gruppe.“ (Jarzebowski 2018, 90)

Die Auflage der Totenzettel war aufgrund ihres speziellen Verwendungszweckes gering und damit kostenaufwändig im Druck und die Kosten wurden von den Eltern oder Hinterbliebenen alleine getragen. Die Entscheidung, einen Totenzettel für einen Säugling, ein Waisen- oder ein Pflegekind drucken zu lassen, muss als deutliches Zeichen für die Relevanz und den Stellenwert dieser Kinder in der Gesellschaft betrachtet werden (Nebe 2013, 109; Jarzebowski 2018, 90). Diese gesellschaftliche Haltung spiegelt sich auch inhaltlich wider.

Bei der Betrachtung des ausgewerteten Textmaterials ist festzuhalten, dass es zwei zentrale Mechanismen gibt, die zur Darstellung der Wahrnehmung herangezogen werden können.

Da sind zum einen die christlichen Glaubensvorstellungen innerhalb der herrschenden Wert- und Normsysteme der Zeit. Das bedeutet, dass sich vor allem die Eltern auf religiös motivierte Glaubensinhalte stützen, die sich auch in den Kategorien der jeweilig gewählten Trauersprüche wiederfinden lassen. Hier sind die Kategorien Tugend, Trauer, Blume sowie Wille Gottes zu nennen, in denen die Aspekte von Vanitas, dem Glauben an das Jenseits und die Unfehlbarkeit des „Willen Gottes“ besonders ausgeprägt ist. Die

Frage nach dem Warum stellt sich nicht vordringlich. Auch findet der Ansatzpunkt von einem Wiedersehen im Jenseits seine Verwendung, um die Trauer über den Verlust des Kindes zu kompensieren („[...] Und wir seh'n uns einstens dort.“ (Nebe 2011, Totenzettel c. S. iv. Z. 8)).

Zum anderen deuten die verbliebenen Trauersprüche eine weitere Sichtweise an – dass, obwohl noch keine absolute Abkehr von bereits erwähnten christlichen Glaubensinhalten stattfindet, hier eine Verwässerung zu bemerken ist. Insbesondere in der Frage nach der Ursache für das frühzeitige Dahinscheiden des eigenen Kindes werden vor allem rationale Denkweisen herangezogen („In Dir schon den Todeskeim.“ (Nebe 2011, Totenzettel c. S. iv. Z. 4)). Ferner findet auch eine Abkehr vom Aspekt des absoluten Jenseitsglaubens unter der Kategorie „Zerbrochene Hoffnung“ statt.

Schlussendlich scheint die Trauerbewältigung aber ohne christliche Glaubensinhalte deutlich schwerer und schmerzhafter zu sein als mit diesen. Denn wenn nicht einmal die elterliche Liebe genügt, um das eigene Kind zu schützen, dann muss man jegliche Hoffnung verloren haben („[...] Könnten Eltern-Tränen Euch erwecken, so würde gewiß [sic] Euch nie kalte Erde decken.“ (Nebe 2011, Totenzettel c. S. iv. Z. 4.)).

Während die hohe Säuglingssterblichkeit aus religiöser Perspektive traditionell als unvermeidbares Schicksal betrachtet wird, schürt diese, in Anbetracht der sinkenden Geburtenraten, im Deutschen Reich gegen Ende des 19. Jahrhunderts im öffentlichen Diskurs diverse Befürchtungen. Die als konkurrierend betrachteten Länder wie England und Frankreich weisen zu diesem Zeitpunkt eine ungleich günstigere Säuglings- und Kindersterblichkeit auf, während in den 1880er Jahren in Deutschland noch jedes vierte Kind stirbt (Vögele 2009). Das bislang private Schicksal ist zur Schicksalsfrage der Nation geworden. Es scheint, als ginge es weniger um die Kindergesundheit als um „die ganze Zukunft des Staates, dessen Größe und Macht, dessen Wohlstand und Wehrkraft.“ (DGKJ 2008, 17)

Bereits 1805 hat der Berliner Professor August Friedrich Hecke betont, dass die Kinderheilkunde „zu einem der Hauptgegenstände der Staatsverwaltung werden muss.“ (Zitiert nach DGKJ 2008, 17)

An der Auseinandersetzung mit dem Thema von Seiten der Ärzteschaft hat es all die Jahre nicht gefehlt. So berichtet Prof. Dr. Carl Hennig bereits 1877 von „150 vorhandenen Lehr- und Handbüchern“, die sich mit dem Bereich der Kinderheilkunde beschäftigen (DGKJ 2008, 17). Im „Handbuch Kinderheilkunde“ findet sich ein Hinweis des deutschstämmigen amerikanischen Pädiaters Abraham Jacobi, „daß [sic] auf die Entwicklung und die erste Pflege und Erziehung ein Kapital verwandt wird, welches mit dem etwaigen Tode des Kindes ein absoluter Verlust ist.“ (DGKJ 2008, 17)

„Mit zunehmender gesellschaftlicher Bedeutung des bevölkerungswissenschaftlichen Diskurses sicherten sich die Ärzte beim Thema Säuglingssterblichkeit Aufmerksamkeit und wissenschaftliche Autorität.“ (Kalscheur 2017, 15)

Der Satz vom „Arzt als Erzieher“ macht die Runde. Der Erzieher, der nach Meinung Jacobis „durch eine richtige Ernährung und Erziehung [...] für einen geistig und körperlich zahlreichen Nachwuchs zu sorgen“ (zitiert nach Raspe 1973, 130, 176) hat. Ähnlich beschreibt es auch Adalbert Czerny 1908 in seinem Vorlesungszyklus (DGKJ 2008, 27). Die Folge ist die Schaffung einer Vielzahl von Säuglingsfürsorgestellen oder aber auch die Errichtung des „Kaiserin-Auguste-Viktoria-Hauses zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reich“ und die 1909 gegründete „Deutsche Vereinigung für Säuglingsschutz“. Der strukturbedingt eher mäßige Erfolg all dieser Maßnahmen wandelt sich erst in den Kriegsjahren. Angesichts sinkender Geburtsraten und hoher Verluste sieht die Kinderheilkunde – naturbedingt eng mit dem Thema der Kindersterblichkeit befasst – es als ihre Aufgabe an, „die Wiederaufforstung des deutschen Volksbestandes“ (Seidler 2008, 27) zu sichern. Die Einrichtung von 14 neuen Lehrstühlen an deutschen Universitäten ist die Folge (DGKJ 2008, 27).

Fazit

Bestandteil einer historischen Betrachtung zum Thema Kindersterblichkeit ist immer auch eine Auseinandersetzung mit den beiden konträren Denkrichtungen der schwarzen und weißen Legende (Jarzebowski 2018, 7). So zeigt auch bereits der kurze Rückblick dieses Berichtes auf die zurückliegenden Jahrhunderte die differierende Wahrnehmung der Kindersterblichkeit. Dies setzt sich in der Frühphase des 20. Jahrhunderts fort. Während sich die Öffentlichkeit um die Konkurrenzfähigkeit der Nation sorgt, wird der private Blick durch die unterschiedlichen Lebenswirklichkeiten bestimmt. Es zählt jedoch nicht nur das Milieu, sondern auch, wie anhand der Sterbebilder aufgezeigt, die religiöse Verortung.

Abschließend dürfte jedoch der Satz der französischen Psychologin Ginette Raimbault Gültigkeit haben: „Der Schmerz über den Verlust eines Kindes ist in einer Epoche so intensiv wie in den anderen.“ (Zitiert nach Groben 2002, 12)

M. A. Julia Nebe

Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin sowie Geschäftsführerin des Aachener Kompetenzzentrums für Wissenschaftsgeschichte (AKWG)

Universitätsklinikum Aachen

Pauwelsstr. 30

52074 Aachen

jnebe@ukaachen.de

Literaturangaben beim Verfasser.

Dunkle Seiten und Zeiten der Pädiatrie

Thomas Beddies

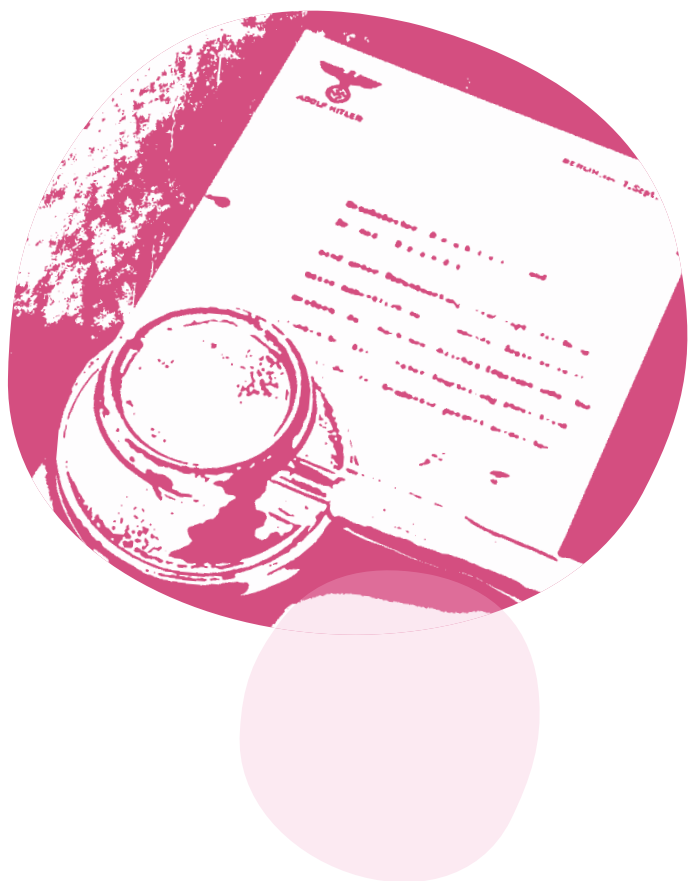
Mehr als 10.000 Kinder und Jugendliche wurden bis zum Ende des Zweiten Weltkriegs Opfer der verschiedenen Programme zur Vernichtung so genannten „lebensunwerten Lebens“. Viele von ihnen wurden von Kinderärzten an politisch indoktrinierte staatliche Gesundheitsbehörden gemeldet, begutachtet, für Experimente missbraucht und getötet. Die historisch-kritische Aufarbeitung der Verbrechen ist und bleibt wesentlich, um die Erinnerung an die Opfer wachzuhalten und ihrer angemessen gedenken zu können.

Erst durch beharrliche, intensive und auch Widerstände überwindende Forschungsarbeit konnten in den vergangenen Jahren die Dimensionen der Medizinverbrechen an Minderjährigen im Nationalsozialismus deutlich gemacht werden. Die Täter wurden benannt und die Strukturen von Absonderung und Vernichtung beschrieben, denen zahllose kranke und behinderte Kinder ausgeliefert wurden. Gleichzeitig wurden die Opfer namhaft gemacht und vor dem Vergessen bewahrt. Bis heute wird Einzelschicksalen engagiert nachgespürt, Lebensgeschichten werden erforscht und aufwändig dokumentiert. Eine lebendige Erinnerungskultur, die sich vor allem auch an junge Menschen richtet, soll dazu beitragen, die Geschichte des Nationalsozialismus wachzuhalten, der Opfer zu gedenken und Ausgrenzung und Rassismus entgegenzutreten.

Kinderheilkunde und Nationalstaat seit dem ausgehenden 19. Jahrhundert

Bereits im 19. Jahrhundert war die deutsche Kinderheilkunde über die Sozialhygiene und den Kampf gegen die Säuglingssterblichkeit eng mit dem Begehren des Nationalstaats verbunden, auf ein Volk möglichst zahlreicher, gesunder und leistungsfähiger Individuen zurückgreifen zu können (Seidler 1995). Ihren Beitrag zur Aufzucht (erb-)gesunden Nachwuchses versuchten die Kinderärzte auch zur Aufwertung ihrer Disziplin innerhalb des medizinischen Fächerkanons zu nutzen, doch gelang es zunächst nicht, die Erfolge, die sich nach 1900 auch am Sinken der Säuglings- und Kindersterblichkeit ablesen ließen (Stöckel 1996), in eine adäquate Ausstattung des Faches mit Lehrstühlen und Kliniken umzusetzen (Witt 1980). Erst der verlorene Erste Weltkrieg, der die Beschädigung oder den Tod unzähliger junger Männer und den Kollaps des hergebrachten politischen und gesellschaftlichen Systems mit sich brachte, führte zu einem nachhaltigen Bedeutungszuwachs der Kinderheilkunde, indem sie „als berufenste Hüterin aller gesundheitlichen Belange des Kindesalters“ nach 1918 in eine gesamtpolitische Agenda des deutschen Wiederaufstiegs eingebunden wurde: Die Zahl der Ordinariate stieg, die Kinderheilkunde wurde zum Prüfungsfach erhoben und Mitte der 1920er Jahre erfolgte auch die Anerkennung als Spezialdisziplin mit einer dreijährigen Ausbildungszeit (Jahnke-Nückles 1992). Obwohl so in der Weimarer Zeit die Etablierung der Kinderheilkunde durch die Einbindung in die „Wiederaufforstung des deutschen Volksbestandes“ wesentlich vorangetrieben wurde, sah man sich nach 1933 insbesondere in der Facharztfrage angesichts der Vorbehalte der NS-Medizin gegen „das Spezialistentum“ erneut in die Defensive gedrängt.

In das gesundheitspolitische Programm der Erhaltung und Förderung möglichst zahlreicher Kinder waren bereits in den 1920er Jahren zunehmend auch Argumente der Erbhygiene und Eugenik eingegangen, deren Diskussion zwischen den Polen einer



(„positiven“) systematischen Förderung erbgesunden Nachwuchses und der („negativen“) Vernichtung „lebensunwerten Lebens“ angesiedelt war. 1932 in Wien widmete sich auf der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde (DGfK) der Einladungsvortrag Meinhard von Pfandlers „Kinderärztlichen Fragen im Lichte der Genetik“. Pfandler, Ordinarius in München, erblickte die Ursachen der Zunahme krankhafter Mutationen in der Bevölkerung in der „Domestikation und in der Ausschaltung günstig wirkender Selektion“, der auch die Kinderärzte durch die individuelle Bekämpfung endokriner Störungen, der Rachitis und der Sterblichkeit künstlich ernährter Säuglinge in die Arme fallen würden (Bratusch-Marrain 1932).

Kinderheilkunde im Nationalsozialismus

Die Kinderärzte und die „Gesundheitsführung der Jugend“

Nach der „Machtergreifung“ 1933 unterlag auch die organisierte Kinderärzteschaft radikalen Maßnahmen zur Durchsetzung des „Führerprinzips“, der „Gleichschaltung“ und des Ausschlusses politisch und/oder „rassisch“ unliebsamer Kolleginnen und Kollegen. Widerstand gegen diese Zumutungen regte sich nicht; im Gegenteil: In einem Rundbrief vom 15. August 1933 an die Mitglieder rechtfertigte der amtierende Vorsitzende der DGfK, Karl Stolte (Breslau), die Entscheidung des Vorstandes zur Mitarbeit in einer neu geschaffenen „Reichsarbeitsgemeinschaft Mutter und Kind“ mit der Erklärung, die Gesellschaft könne die „Mitarbeit am Aufbau des Reiches nicht ablehnen“. Schriftführer Fritz Goebel (Halle/S.) hatte Stolte zuvor empfohlen, über diese Frage „entsprechend dem Führerprinzip“ erst gar keine Abstimmung vornehmen zu lassen (Pädiatrie-Archiv Berlin).

Eine Vorreiterrolle in der Anpassung an das NS-System nahmen 1933 die rheinisch-westfälischen Kinderärzte ein. Im Herbst des Jahres hatte der Direktor der Kölner Universitäts-Kinderklinik, Hans Kleinschmidt, „Ärztliche Leitsätze für die in Bünde eingeordnete deutsche Jugend des Pflichtschulalters“ mit der Bitte an Reichskanzler Hitler gesandt, diese in Anwendung bringen zu lassen. Er schrieb: „Die rheinisch-westfälischen Kinderärzte empfinden lebhaft und mit dankbarer Genugtuung, wie häufig die sich mehr und mehr durchsetzenden Grundsätze der nationalsozialistischen Weltanschauung sich mit alten Wünschen und Forderungen der Kinderärzte auf den Gebieten der körperlichen und gesundheitlichen Erziehung und Charakterbildung begegnen.“ Man begrüße die Einrichtung des „Jungvolks“ und bot Mitarbeit in allen Fragen der gesundheitlichen Entwicklung und Erziehung an, damit, so Kleinschmidt, „ein gesundes, lebensmutiges und opferwilliges, der nationalsozialistischen Idee entsprechendes Geschlecht heranwächst“ (Pädiatrie-Archiv Berlin). Und auch in Berlin beteiligte sich die Universitätspädiatrie am Aufbau einer „Gesundheitsführung der Jugend“. Anlässlich der Gründung der Berliner Gesellschaft für Kinderheilkunde im Herbst 1935 ging der eben gewählte Vorsitzende Georg Bessau, Ordinarius für Kinderheilkunde an der Berliner Universität, mit NS-geprägten Stereotypen auf das Verhältnis von Staat und Kind ein: „Für uns hat der Weltkrieg große

Verluste an Volksgut gebracht, und besonders Verluste der qualitativ Besten. Danach ist in der Systemzeit viel für das Kind getan worden, aber am Wesentlichen des Problems ging man vorbei, da man aus humanen Gesichtspunkten für die Schwächeren sorgte. Erst der neue Staat hat uns die wesentlichen Richtlinien gegeben, indem die Hauptsorge sich dem gesunden Nachwuchs zuwandte“ (Keppel 1936).

Kurt Hofmeier, Direktor des Kaiserin-Auguste-Viktoria-Hauses in Berlin, sah im Kinderarzt gar einen „politischen Gesundheitsführer“, dem im Rahmen der „Modifikation des Einzelnen im Sinne einer Steigerung seiner Lebenstüchtigkeit“ hohe (Erziehungs-) Pflichten auferlegt seien: „Richtig angewandte Abhärtung – im weitesten Sinne gefasst – erstreckt sich auf seelische und körperliche Maßnahmen und kann in hohem Maße dazu beitragen, erbmäßig ungünstig ausgestattete Kinder für ihr ganzes Leben zu kräftigen“ (Hofmeier 1937). In einer Denkschrift äußerte er sich zu der Rolle des Kinderarztes für die Erhaltung der Volksgesundheit: In der Vergangenheit habe das Versagen der Elternschaft und die „starke Verjudung“ des Faches den Kinderarzt zum „Arzt des einzigen Kindes“ werden lassen; jetzt gehe es weniger um das individuelle Wohlbefinden als um den Beitrag der Kinderheilkunde zur Erhaltung der Volkskraft (Seidler 2007). In diesem Sinne versuchten Hofmeier und der Wiener Ordinarius Franz Hamburger noch Anfang 1940 im Rahmen einer Sondersitzung des Vorstandes der DGfK mit NS-Parteifunktionären ihre Vorstellungen von einer Weiterentwicklung der Pädiatrie in Richtung einer „ärztlichen Kinderkunde“ durchzusetzen. Hamburger argumentierte, dass die biologisch richtige Aufzucht und die gesundheitliche Betreuung der Kinder Voraussetzung für ein „ewiges Deutschland“ sei. Und weiter: „Daraus ergibt sich schon, dass die Pädiatrie das wichtigste Fach neben der Frauenheilkunde für die Gesundheitsführung und Gesunderhaltung unseres Volkes ist, ferner, dass sich die Pädiatrie ganz besonders mit allen vorbeugenden Maßnahmen, also mit der Krankheitsverhütung zu beschäftigen hat, dass sie die großen Zusammenhänge zwischen Domestikation, Zivilisation und Großstadtleben einerseits und Degeneration andererseits klar vor Augen hat [...]“ (Pädiatrie-Archiv Berlin).

Es ist festzuhalten, dass sich nach 1933 zahlreiche „arische“ Kinderärzte in den die Jugendgesundheitspflege betreffenden Bereichen Konstitutionsforschung, Prävention und Erziehung engagierten. Sie eröffneten der Kinderheilkunde damit neben den traditionellen Tätigkeiten im Bereich der Säuglings- und Kleinkindfürsorge, der Infektionskrankheiten und der Ernährungsstörungen neue, im NS-Staat erwünschte und besonders geförderte Forschungs- und Tätigkeitsfelder (Hofmeier 1939). Das pädiatrische Terrain konnte damit erfolgreich gegenüber den Schulärzten des öffentlichen und den HJ-Ärzten des parteiamtlichen Gesundheitssystems abgegrenzt werden. Gleichzeitig wurde das eigene Tätigkeitsfeld auf die Gesundheitsvorsorge und die Gesundheitserziehung, also auf eine Medizin (Gesundheitsführung) für Gesunde gerade im Hinblick auf die NS-Jugendorganisationen erweitert.

Die Kinderärzte und die „Vernichtung lebensunwerten Lebens“

Aber auch im Bereich der „negativen“ Eugenik waren Kinderärzte vielfach tätig, indem sie kranke und behinderte Kinder im Rahmen der Aktionen zur Tötung kranker und behinderter Menschen meldeten und auslieferten, begutachteten und ermordeten. Als Ausgangspunkt der Krankentötungen wird allgemein die „Einschlüferung“ eines behinderten Neugeborenen am Vorabend des Zweiten Weltkriegs angesehen. Im Sommer 1939 soll der Säugling in der Universitätskinderklinik Leipzig auf Wunsch des Vaters, der deswegen direkt an Hitler geschrieben hatte, getötet worden sein. Vorausgegangen war die Begutachtung des Knaben durch Werner Catel, den Leipziger Ordinarius für Kinderheilkunde, und Karl Brandt, Hitlers Begleitarzt. Es soll dieser über die „Kanzlei des Führers“ vor Hitler gebrachte Fall einer auf dem Gnadenweg gewährten Tötung eines Kindes gewesen sein, der zu einer Generalermächtigung Hitlers führte, in ähnlich gelagerten Fällen analog zu verfahren. Doch ging es dabei nicht um aktive Sterbehilfe im Einzelfall, sondern um gut organisierten Massenmord.

Bereits im Spätsommer 1939 nahm ein „Reichsausschuß zur wissenschaftlichen Erfassung erb- und anlagebedingter schwerer Leiden“ zur „Erfassung missgebildeter Säuglinge“ seine Arbeit auf. Bei der Namensgebung dieser Einrichtung der Krankenmorde war darauf geachtet worden, der Aktion „einen möglichst wissenschaftlichen Anstrich zu geben und nicht zu erkennen zu geben, welche eigentliche Funktion hinter der Dienststelle stand“ (Aly 1987). Hebammen und Ärzte wurden vertraulich verpflichtet, Neugeborene und Kinder unter drei Jahren mit körperlichen und geistigen Behinderungen zu melden. Die Anzeigen wurden in der „Kanzlei des Führers“ zunächst „büromäßig erfasst“: Richard von Hegener (Bankkaufmann und Hauptstellenleiter in der Kanzlei) und Hans Hefelmann (Diplomlandwirt) leiteten die anhand der Meldebögen ausgewählten schwereren Fälle dann an einen Gutachterausschuss weiter. Gutachter waren die Kinderärzte Werner Catel (Leipzig) und Ernst Wentzler (Berlin) sowie der Kinder- und Jugendpsychiater Hans Heinze (Brandenburg). Die Kinder wurden zur Beurteilung ihres „Lebenswertes“ nicht persönlich vorgestellt; vielmehr fiel die Entscheidung nach Aktenlage. Keiner der medizinischen Gutachter wurde von einem deutschen Gericht verurteilt; sie waren nach dem Krieg in der Bundesrepublik wieder ärztlich tätig (Topp 2004).

Wurde ein Kind von den Gutachtern zur „Behandlung“ vorgeschlagen, erfolgte die Einweisung in eine „Kinderfachabteilung“. Dabei handelte es sich zumeist um Stationen regulärer Krankenhäuser, die unter Täuschung der Eltern der Tötung der als „lebensunwert“ selektierten Kinder dienten; etwa 30 dieser „Kinderfachabteilungen“ wurden reichsweit eingerichtet. Die Tötungen erfolgten durch Überdosierung von Beruhigungsmitteln oder auch durch Verhungernlassen. Die Zahl der durch Ärzte und Hebammen an den Ausschuss gemeldeten Kinder mit angeblich „erb- und anlagebedingten schweren Leiden“ wurde von den Tätern mit rund 100.000 angegeben, die Zahl der tatsächlich begutachteten Kinder mit etwa 20.000 und die Zahl der zur „Behandlung“ gekommenen (also getöteten) mit rund 5.000.

Als „Reichsschulstation“ für die mit der Tötung der Kinder beauftragten Ärztinnen und Ärzte diente seit Sommer 1940 die „Fachabteilung“ in der Landesanstalt Brandenburg-Görden, die von Hans Heinze geleitet wurde. Am Beispiel Gördens ist nachvollziehbar, dass es sich bei der Tätigkeit des „Reichsausschusses“ und der „Kinderfachabteilungen“ nur um eine von mehreren zusammenhängenden Aktionen handelte, in die minderjährige Patienten bis 1945 einbezogen wurden.

So hatte im Januar 1940 auch die so genannte „Aktion T4“ begonnen, die Menschen betraf, die sich in Anstaltspflege befanden. Diese wurden zentral erfasst, begutachtet und in einer von sechs eigens eingerichteten Tötungsanstalten vergast. Unter den 70.000 Opfern der „Aktion T4“ befanden sich etwa 3.000 minderjährige Patienten. Allein im Mai 1940 ermordete man mindestens 232 Kinder mit geistiger Behinderung aus der Landesanstalt Lübben in der Gaskammer des alten Zuchthauses der Stadt Brandenburg. Am 28. Oktober 1940 wurden in einer Sonderaktion 60 Kinder der Gördenener Anstalt vergast; ihre Gehirne wurden dem Hirnforschungsinstitut der Kaiser-Wilhelm-Gesellschaft in Berlin-Buch zur Verfügung gestellt. Ein Kalendereintrag Irmfried Eberls, des ärztlichen Leiters der Brandenburger Tötungsanstalt, zeigt, dass am 5. Oktober eine Vorbesprechung mit Hans Heinze und dem Neuropathologen Julius Hallervorden stattgefunden hatte. Der Eintrag vom 28. Oktober lässt darauf schließen, dass Hallervorden die Entnahme der Gehirne vor Ort überwachte: „Hallervorden abholen, Görden K[inder]“ notierte sich Eberl (Hauptstaatsarchiv Wiesbaden).

Für einen weiteren Tatkomplex – den zeitlich auf die „Aktion T4“ folgenden dezentralen Krankenmord der Jahre 1942 bis 1945 – können ebenfalls die Zahlen für Brandenburg-Görden als exemplarisch und besonders erschreckend herangezogen werden: Die Auswertung der Aufnahmebücher für den Zeitraum zwischen Mai 1938 und August 1944 ergab, dass insgesamt rund 4.000 Kinder und Jugendliche bis 20 Jahre in die Anstalt aufgenommen worden waren. 1.270 von ihnen starben in der Anstalt; von den unter 10-Jährigen starben 61 Prozent, von den unter 3-Jährigen sogar 91 Prozent. Die tatsächliche Zahl derjenigen, die das Dritte Reich nicht überlebten, dürfte noch höher gewesen sein, weil davon auszugehen ist, dass Kinder, die man in den Jahren 1942–45 in andere Anstalten des dezentralen Krankenmords verlegte (Hadamar; Obrawalde bei Meseritz), dort ebenfalls ermordet wurden.

Bei allen Unterschieden hinsichtlich der Erfassung, Begutachtung und Ermordung der in die Tötungsaktionen einbezogenen Kinder ist als gemeinsames Merkmal ihr behaupteter „Lebensunwert“ festzustellen, der sich aus mangelndem Nutzen für die Volksgemeinschaft ergab. Lediglich als Forschungsobjekte sollten die „leeren Menschenhülsen“ noch der Allgemeinheit dienen – sei es, um zu versuchen, den Ursachen von Krankheit und Behinderung nachzuspüren, sei es, um Kinder als Probanden für Impfversuche zu verwenden. Allen Versuchen an Kindern war gemein, dass Risiken für deren Leib und Leben billigend in Kauf genommen wurden. Zahlreiche Kinder wurden ohne Wissen und Einverständnis der Angehörigen in Experimente einbezogen, erlitten gesundheitliche Schäden oder wurden gar vorsätzlich getötet.

Die historischen Befunde belegen, dass im Nationalsozialismus Kinderärztinnen und Kinderärzte vielfach die körperliche Unversehrtheit ihrer Patienten missachtet und sie für politisch motivierte Interessen missbraucht haben. Rechtliche Konsequenzen hatten sie dabei nicht zu fürchten.

Im Gedenken an die Kinder

Im Rahmen einer Gedenkveranstaltung 2010 in Potsdam bekannte für die Fachgesellschaft der damalige Präsident der DGKJ, Prof. Dr. Fred Zepp (Mainz), die geistige Miturheberschaft und das aktive Mittun von Kinderärztinnen und Kinderärzten an diesen Verbrechen; er beklagte darüber hinaus jede Form von Mitläufertum und Meinungskonformismus, ohne die das Regime nicht hätte funktionieren können und die es den eigentlichen Tätern erst möglich machten, ihre Verbrechen zu begehen. Im Namen der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin bat er die Opfer und ihre Angehörigen um Verzeihung für das Leid, das ihnen zugefügt wurde (MoKi 59 Suppl. 1; 2011).

Prof. Dr. Thomas Beddies
 Stellvertretender Direktor des Instituts für Geschichte der
 Medizin und Ethik in der Medizin
 Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften (CCI)
 Charité – Universitätsmedizin Berlin
 Thielallee 71
 14195 Berlin-Dahlem
 thomas.beddies@charite.de

Literaturangaben beim Verfasser.

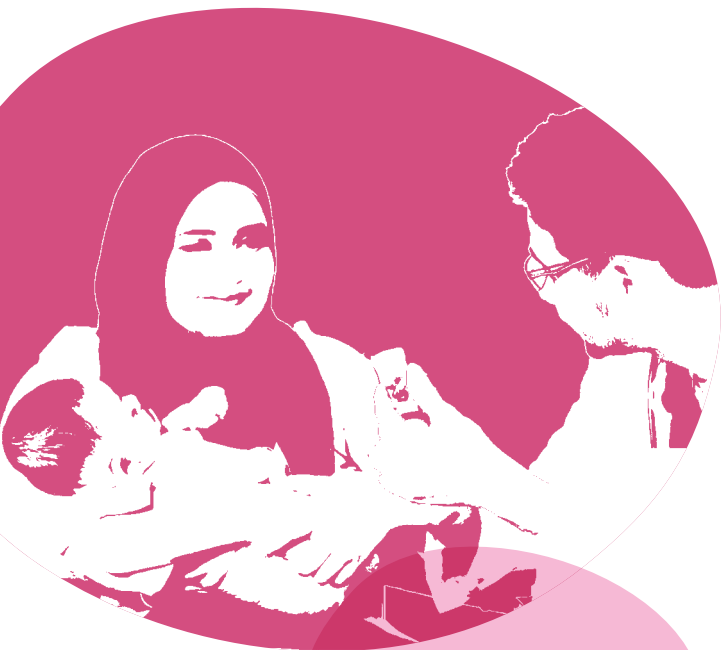
Eine Bronzetafel in der Tiergartenstraße 4 in Berlin erinnert an die Opfer des nationalsozialistischen „Euthanasie“-Mordprogramms.



Transkulturelle Pädiatrie

Erika Sievers

Aktuell liegt der Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund bei Kindern im Alter unter 5 Jahren bei 40%. Interkulturelle Kommunikation ist fester Bestandteil im pädiatrischen Alltag, kulturelle Kompetenz hat sich zu einer Schlüsselqualifikation entwickelt. Im letzten Jahrzehnt verdeutlichten die verstärkte Zuwanderung aus den neuen Mitgliedstaaten der Europäischen Union und die Fluchtmigration die Bedeutung globaler Gesundheit ebenso wie die der Transkulturellen Pädiatrie.



Die soziale und kulturelle Vielfalt unserer Gesellschaft spiegelt sich in kaum einem medizinischen Fachgebiet so unmittelbar wider wie in der Kinder- und Jugendmedizin. Auch demografischer Wandel durch Migration wird hier besonders deutlich. Herausforderungen der sprachlichen und interkulturellen Kommunikation mit Patienten und deren Angehörigen sind alltäglich. Diese erfolgt aber auch vor dem Hintergrund unterschiedlicher Bildung, Religion, Traditionen, Ethnien, Lebensstile und daraus resultierenden Werte-haltungen. Letztendlich steht vor allem die individuelle Situation des Kindes, Jugendlichen und der Familie im Mittelpunkt.

Ein Rückblick

Die Bedeutung der Barrieren für Menschen mit Migrationshintergrund, die einer gesundheitlichen Chancengleichheit entgegenstehen, wurde seit den 1990er Jahren verstärkt thematisiert. Erwartungen, dass im Wesentlichen Anpassungsleistungen an ein überwiegend monokulturell orientiertes Gesundheitssystem erfolgen, konnten sich nur teilweise erfüllen. Tatsächlich entstanden effektiv ungleiche Zugangschancen zu Präventions- und Versorgungsleistungen. Dies traf insbesondere kurz nach der Zuwanderung zu und war abhängig vom Aufenthaltsstatus sowie eingeschränkten Kenntnissen der deutschen Sprache und des Gesundheitssystems. Besonders in der Schwangerschaft, perinatal und im frühen Kindesalter erfolgen in engen Zeitfenstern Screening, Präventions- und Fördermaßnahmen. Sie sind später meist gar nicht, eingeschränkt oder nur mit großem Aufwand zu kompensieren. Schwangere und Säuglinge gehören daher zu den besonders vulnerablen Gruppen. Auch international wird wiederholt eine erhöhte Säuglingssterblichkeit berichtet.

Seit 2005 fanden Themen Transkultureller Medizin nicht nur in der Pädiatrie stärkere Beachtung. Umfassender Handlungsbedarf wurde verdeutlicht, u. a. in den Positionspapieren des Arbeitskreises Migration und öffentliche Gesundheit (2012), des Fachausschusses Transkulturelle Pädiatrie der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie (DGSPJ; 2009) sowie umfassend in dem ausführlichen Themenheft Migrantinnen und Migranten in der Pädiatrie des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ; 2013) (Tab. 1).

Tab. 1: Empfehlungen und Positionspapiere zum Thema Migration und Gesundheit, Transkulturelle Pädiatrie (Auswahl)

Herausgeber	Empfehlung, Positionspapier	Quelle
DAKJ	Stellungnahme der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ) zur Situation von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen (2018) Medizinische Maßnahmen bei immigrierenden Kindern und Jugendlichen, Kurzversion, Langversion (2018) Maßnahmen zur medizinischen Erstversorgung von Flüchtlingen und Asylbewerbern im Kindes- und Jugendalter in Deutschland (2016) Stellungnahme zur Beschneidung von minderjährigen Jungen, Kommission für ethische Fragen der DAKJ (2016)	www.dakj.de
GPI, GTP, BVKJ	Empfehlungen zur infektiologischen Versorgung von Flüchtlingen im Kindes- und Jugendalter in Deutschland (2015)	www.dgpi.de
DGSPJ	Kultursensible Versorgung von Eltern und Kindern mit Migrationshintergrund in einem Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) (2015) Transkulturelle Pädiatrie – aktuelle Perspektiven und Handlungsoptionen (2009)	https://www.dgspj.de/qualitaetsicherung/papiere-der-qualitaetszirkel/ https://www.dgspj.de/service/stellungnahmen/
Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit, Berlin	Positionspapier (2012)	https://www.bundesregierung.de/breg-de/themen/bundesweiter-arbeitskreis-425088
ISSOP	ISSOP position statement on migrant child health (2017) Budapest Declaration on the Rights, Health and Well-being of Children and Youth on the Move (2017)	www.issop.org
Bundesarbeitsgemeinschaft Landesjugendämter, Köln	Handlungsempfehlungen zum Umgang mit unbegleiteten Minderjährigen, Verteilungsverfahren, Maßnahmen der Jugendhilfe und Clearingverfahren (2017)	http://www.bagljae.de/content/empfehlungen/
Gesellschaft für Medizinische Ausbildung – Ausschuss Kulturelle Kompetenz und Global Health	Kulturelle Kompetenz und Global Health: Perspektiven für die medizinische Ausbildung (2018)	https://gesellschaft-medizinische-ausbildung.org/publizieren/positionspapiere.html

Die verstärkte Zuwanderung im letzten Jahrzehnt aufgrund der Erweiterung der Europäischen Union (EU) fokussierte sich zunächst vor allem auf eine begrenzte Zahl großer Kommunen, wie z. B. Duisburg und Dortmund. Aus Bulgarien und Rumänien kamen verstärkt auch Roma aus den dortigen nationalen Minderheiten, vielfach aus sozial schwierigen Lagen.

2015 stieg die Zahl der begleiteten und unbegleiteten Flüchtlingskinder in Deutschland deutlich. Ihre Verteilung erfolgt nach dem Königsteiner Schlüssel, d. h. Steueraufkommen und Bevölkerungszahl der Bundesländer bundesweit auch in Regionen mit zuvor niedrigen Anteilen der Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Beide Entwicklungen forderten Bildungs- und Gesundheitssystem in unterschiedlichster Hinsicht heraus. U. a. wurde die mangelnde systematische transkulturelle Ausrichtung der Versorgung deutlich. Probleme der sprachlichen Verständigung mit mangelnder Verfügbarkeit und Finanzierung der Dolmetscher oder geeigneter Informationsmedien zählten zu den offenkundigsten Problemen.

Pädiatrische Empfehlungen und Positionspapiere

Bereits 2009 wurde auf Handlungsbedarfe hingewiesen, die insbesondere für die Unterstützung besonders vulnerabler Gruppen bestehen, wie z. B. Kinder und Jugendliche ohne Papiere und Flüchtlingskinder bzw. chronisch kranke, behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder und Jugendliche aus Minderheiten und Migrantengruppen (DGSPJ; 2009). 2012 legte der Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit, der von der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration koordiniert wird, ein grundlegendes fach- und zielgruppenübergreifendes Positionspapier vor. Auch wenn manche Fortschritte erzielt wurden, bestehen viele Probleme fort, wie z. B. die strukturierte Krankenversorgung von Menschen ohne Papiere.

Seit 2015 wurden, dem großen Bedarf entsprechend, umfassende Empfehlungen und Leitlinien zu klinischen Bereichen der Versorgung von Migrantenkindern erstellt oder aktualisiert (Tab. 1), vor allem folgende:

- Empfehlungen zur infektiologischen Versorgung von Flüchtlingen im Kindes- und Jugendalter in Deutschland (DGPI, BVK, GTP; 2015)
- Kultursensible Versorgung von Eltern und Kindern mit Migrationshintergrund in einem Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) (DGSPJ; 2015)
- Maßnahmen zur medizinischen Erstversorgung von Flüchtlingen und Asylbewerbern im Kindes- und Jugendalter in Deutschland (DAKJ; 2016)
- Medizinische Maßnahmen bei immigrierenden Kindern und Jugendlichen (DAKJ; 2018)
- AWMF-Leitlinien, z. B. die S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung (federführend Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie; 2019)

Zur schulärztlichen Untersuchung von Seiteneinsteigenden bestehen unterschiedliche Regelungen und Empfehlungen in den Bundesländern, z. B. in Niedersachsen. Themen Transkultureller Pädiatrie wurden in weiteren pädiatrischen Stellungnahmen deutlich, wie z. B. zur Beschneidung von minderjährigen Jungen (DAKJ; 2016) und zur Situation von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen (DAKJ; 2018).

Internationale Stellungnahmen und Empfehlungen

2017 verabschiedete die International Society of Social Pediatrics (ISSOP) nicht nur ihr ausführliches Positionspapier zur Gesundheit von Migrantenkindern, sondern auch die Budapest Declaration on the Rights, Health and Well-being of Children and Youth on the Move. Diese wurde international von 30 pädiatrischen Organisationen, in Deutschland von BVKJ, DAKJ (Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin), DGSPJ (Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin) und DGKJ (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin) unterstützt. Auf der Basis der UN-Konvention über die Rechte des Kindes (KRK) umfasst sie auch die Gesundheit in der Schwangerschaft und ist ein starkes und umfassendes Plädoyer dafür, allen migrierenden Kindern und Jugendlichen die gleichen Rechte und die gleiche Gesundheitsversorgung zu geben wie denen des Aufenthaltslandes. Die große Herausforderung ist jetzt, die Erklärung von Budapest umzusetzen.

Die WHO, Regionalbüro Europa, nahm die Gesundheit von Geflüchteten und Migranten mit ihrem Strategie- und Aktionsplan 2016 in den Blick. Erst 2018 folgte die beachtenswerte Serie fachlicher Leitlinien mit gezielten Empfehlungen nicht nur für die Gesundheit von Migranten und Flüchtlingskindern bzw. Schwangeren und Neugeborenen. Zu den Kernpunkten zählt der selbstverständliche und gleichwertige Zugang zu Gesundheitsversorgung und Bildung. Betont wurde die Notwendigkeit einer individuellen Gesundheitsuntersuchung baldmöglichst nach der Zuwanderung auch als Ausgangspunkt für den Kontakt zur Primärversorgung. Seelische Gesundheit und Wohlbefinden bedürfen der sektorenübergreifenden Unterstützung. Die Probleme der Unterbringung in Sammelunterkünften wurden verdeutlicht, zumindest die Ausstattung mit Schutz- und Spielräumen angemahnt.

Alterseinschätzungen werden nach einem ganzheitlichen Ansatz empfohlen, medizinische bildgebende Verfahren sollten vermieden werden.

Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund – die Datenlage

Verfügbare Daten beziehen sich meist auf die Nationalität des Kindes oder, weiter gefasst, den Migrationshintergrund, d. h., wenn es selbst oder mindestens ein Elternteil nicht mit deutscher Staatsangehörigkeit geboren wurde. Dieser schließt auch Eingebürgerte, (Spät-)Aussiedler sowie die als Deutsche geborenen Nachkommen dieser Gruppen ein (2018: 25,5% der Gesamtbevölkerung, 40,6% der Kinder unter 5 Jahren). Die Zunahme der Kinder mit Migrationshintergrund wird an zwei Punkten deutlich (Tab. 2):

- Die Anzahl der ausländischen Neugeborenen ist in Deutschland von 2012 bis 2018 von 32.000 (4,75%) auf 104.887 (13,2%) gestiegen.
- Die Zuwanderung von Minderjährigen aus dem Ausland betrug 2017 bereits 115.299.

2019 waren 50,1% der Asylersantragsteller minderjährig und 73,8% jünger als 30 Jahre. Dieser Anteil ist besonders hoch und bei der Arbeitsmigration deutlich niedriger. Für die Konzeption und Ausrichtung von Versorgungs- und Integrationsmaßnahmen ist dies von grundlegender Bedeutung.

Zuwandernde Kinder und Jugendliche kommen aus EU-Mitgliedstaaten (EU-Binnenwanderung) oder Nicht-EU-Mitgliedstaaten, als Kinder und Jugendliche von Asylbewerbern, unbegleitet oder mit ihren Familien. Soziodemografische Faktoren vor, während und nach der Migration, wie z. B. Sozialstatus, Bildung und Familienstand, beeinflussen die aktuelle Situation ebenso wie Migrationsmotive (z. B. Arbeitsmigration oder Flucht), Aufenthaltsdauer, Aufenthaltsstatus und Sprachkenntnisse. Dies sind auch für Gesundheit und Gesundheitsverhalten entscheidende Einflussfaktoren.

2017 kam die größte Gruppe zugewanderter Minderjähriger aus Syrien (28,7%), gefolgt von Rumänien (8,8%), dem Irak (7,8%), Bulgarien (6,5%) und Kroatien (6,1%). Herkunftsländer haben unterschiedliche Gesundheitssysteme, die unterschiedliche Zugangswege und -chancen bieten und insbesondere in Kriegs- oder Konfliktgebieten ganz oder teilweise zerstört sein können. Im neuen Umfeld können individuell Gefahren bestehen, wenn das Gefährdungspotenzial nicht erkannt wird. Hier sind Themen der Kindersicherheit bedeutsam, wie z. B. Gefahrenquellen im Haushalt sowie das Erlernen des Schwimmens und der Verkehrsregeln.

Tab. 2: Neugeborene und neu zugewanderte Kinder und Jugendliche in Deutschland 2018*, 2017**

	Anzahl	Prozent
Lebendgeborene insgesamt*	787.523	100
Ausländische Nationalität*	104.887	13,2
Ausländische Mutter*	189.159	24,0
Ausländische Eltern*	140.780	17,9

Zuwandernde Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren**	115.299
Asylerstanträge Minderjähriger**	89.207
Unbegleitete Minderjährige, Inobhutnahmen*	12.201

Kinder und Jugendliche in Deutschland	
Insgesamt 13.597.428*	Ausländische Nationalität 1.560.920 (11,5%)*

Quelle: Statistisches Bundesamt, 2019; Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2019

* eigene Berechnung der Autorin

Ethnische und religiöse Vielfalt

Ethnische und religiöse Vielfalt wird in Kindertagesstätten, Schulen und der pädiatrischen Praxis besonders deutlich. Unterschiedliche Feiertage oder Fastenzeiten der Familien können nicht nur organisatorisch relevant sein. Interkulturelle Kalender oder aktuelle Handreichungen im Schulbereich sensibilisieren hierfür. Ein gesundheitsrelevantes Thema ist z. B. die Frage der Teilnahme von Schülerinnen und Schülern am Fasten im Ramadan. Islamische Fastenregeln lassen Ausnahmeregelungen für Kinder zu. So sind auch an das Kind angepasste altersgerechte Alternativen möglich.

Verfolgung, Diskriminierung oder ökonomische Benachteiligung in ihren Herkunftsländern zählen bei Angehörigen ethnischer oder religiöser Minderheiten in vielen Fällen zu den Gründen für die Migrationsentscheidung. Jesiden haben als ethnisch-religiöse Minderheit ihre ursprünglichen Hauptsiedlungsgebiete im nördlichen Irak, Nordsyrien und der südöstlichen Türkei. 2018 waren 5,6% der Asylerstantragstellenden Jesiden, deren größte Diasporagemeinschaft derzeit in Deutschland lebt. Roma leben als nationale Minderheiten in Ländern der europäischen Region mit Schwerpunkt Südosteuropa. Sie kommen oft aus sozial prekären und politisch schwierigen Lagen und mit unterschiedlichem Aufenthaltsrechtlichem Status nach Deutschland. Dies beeinflusst den effektiven Zugang zu Bildung, adäquater Wohnung und Gesundheit. Die gesundheitliche Situation der Roma wird sowohl von der WHO in der europäischen Region als auch von der EU mit der Roma-Strategie 2020 als wichtiges Thema in den Blick genommen.

Auch in Deutschland selbst sind vier nationale Minderheiten ebenso wie ihre Minderheitensprachen anerkannt: Die dänische Minderheit, die friesische Volksgruppe und das sorbische Volk siedeln in

bestimmten geografisch fest umrissenen Regionen Deutschlands. Kinder der dänischen Minderheit in Schleswig-Holstein können an mehreren Standorten dänische Schulen wählen. Das Vorbild der dort eingesetzten Schulgesundheitsfachkräften gab wichtige Impulse für die Einführung von Schulgesundheitsfachkräften in anderen Bundesländern. Die deutschen Sinti und Roma leben traditionell nahezu in ganz Deutschland. Zu Lebenslage, Gesundheit und Bildungssituation der Kinder deutscher Sinti und Roma wird teilweise Handlungsbedarf gesehen, aber auch ein Mangel an aussagekräftigen notwendigen Daten beklagt. Positive Ansätze liegen im Bildungsbereich durch den Einsatz von Roma-Schulmediatoren vor, ähnliche Ansätze mit Gesundheitsmediatoren wären sinnvoll, vor allem aber die Zusammenarbeit mit der Beteiligung der Communitys.

Sprachliche Verständigung, interkulturelle Kommunikation

Ein essentieller Bestandteil Transkultureller Pädiatrie ist eine gelingende Kommunikation mit Kindern, Jugendlichen und ihren Familien. Darüber hinaus wird die Zusammenarbeit mit Elternverbänden der Migrantenselbstorganisationen oder Neuen Deutschen Organisationen zukünftig noch bedeutsamer. Kenntnisse in interkultureller Kommunikation medizinischer Fachkräfte sind zur wichtigen Grundlage erfolgreicher Arbeit geworden. Hierzu zählt auch die ergänzende Qualifizierung des Fachpersonals zur Gesprächsführung bei Sprachbarrieren oder mit Dolmetschern. Strukturierte Abläufe werden in „DocCards“ für Sprachbarrieren bzw. Dolmetschen übersichtlich zusammengestellt.

Die bedarfsentsprechende Bereitstellung struktureller Voraussetzungen, insbesondere Dolmetscherdienste der Sprach- und Kulturmittler, sollte finanziell gesicherter verfügbarer Standard bei der medizinischen Versorgung werden. Bei Zuwandernden können zunächst weder ausreichende Kenntnisse noch Alphabetisierung in der deutschen Sprache vorausgesetzt werden. Hier gibt es unterschiedliche Angebote, wie z. B. professionelle Dolmetscher und – gerade bei seltenen Sprachen oder unvorhersehbaren Bedarfen – Video- und Telefondolmetscher. Sprach- und Integrationsmittler sowie Sprach- und Kulturmittler weisen auch Kenntnisse der jeweiligen Kultur auf und können diese einbringen. Werden Laiendolmetscher, z.B. Fachkräfte aus anderen Bereichen im Krankenhaus, eingesetzt, sollten sie zumindest eine Basisqualifizierung erhalten. Die Übersetzung durch Familienmitglieder ist insbesondere in der generationenübergreifenden Übermittlung kritischer Themen und Diagnosen problematisch, Kinder sollten möglichst gar nicht herangezogen werden.

Eine diversitätsorientierte Ausrichtung der Angebote wird nachhaltig unterstützt, wenn dies auch in der Personalentwicklung und der Einstellung berücksichtigt wird. Welche Ressourcen hier zu mobilisieren sind, wird seit 2016 in der Türkei durch die Kooperation von WHO, EU und Gesundheitsministerium deutlich, die ermöglichte, dass in der Türkei lebendes syrisches Gesundheitspersonal zur medizinischen Versorgung syrischer Flüchtlinge eingesetzt wird.

Wissenschaft, Gesundheitsmonitoring und -berichterstattung migrationssensibel gestalten

Wissenschaftliche und gesundheitspolitische Empfehlungen zur Umsetzung Transkultureller Pädiatrie sind auf valide Ergebnisse aus wissenschaftlichen Studien, Gesundheitsmonitoring und -berichterstattung angewiesen. Fehlende differenzierte Migrationssensibilität in Studien und Berichten ist eine der Ursachen für fehlende passgenaue strukturierte Interventionen im Gesundheitsbereich.

Ein entscheidender Fortschritt wurde hier durch die Aufnahme des Migrationshintergrundes in die Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland am RKI (KiGGS, Basiserhebung 2003-6) mit der Differenzierung nach ein- und beidseitigem Migrationshintergrund, Aufenthaltsdauer und unterschiedlichen Herkunftsländern erzielt. Aktuelle Ergebnisse aus KiGGS Welle 2 zeigen beispielsweise, dass Kinder und Jugendliche mit ein- sowie beidseitigem Migrationshintergrund häufiger von Übergewicht (einschließlich Adipositas) betroffen sind, aber andererseits seltener Alkohol in riskanten Mengen konsumieren als Kinder ohne Migrationshintergrund.

Seit 2015–2017 wurde die Gesundheitsberichterstattung zu Themen aus dem Bereich Migration und Gesundheit ausgeweitet und wissenschaftliche Projekte – meist befristet – verstärkt gefördert. Beispielhaft genannt seien die Projekte

- IMIRA (Improving Health Monitoring in Migrant Populations, Robert Koch-Institut, RKI) mit wesentlichen Erkenntnissen für die Umsetzung von migrationssensiblen Gesundheitsmonitoring,
- RESPOND (Entwicklung und Evaluation kontextspezifischer Interventionen zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Asylsuchenden, Universität Heidelberg) auch mit Ergebnissen für Kinder, wie z. B. schlechter Gesundheitsstatus bei 3 %, chronische Erkrankungen bei 18 % und einen erhöhten SDQ-Score, hinweisend auf Verhaltensauffälligkeiten, bei 18 %, sowie
- die Integrationsberichterstattung der Länder mit der bei der Schuleingangsuntersuchung erfassten Teilnahme an der Früherkennungsuntersuchung U8 als Indikator mit teilweise deutlichen Unterschieden (<https://www.integrationsmonitoring-laender.de/indikatoren/fi>). Methodische Einschränkungen bestehen hier durch heterogene Einladungsverfahren und die heterogene Umsetzung der 2013 von der Gesundheitsministerkonferenz verabschiedeten Referenzdefinition des Migrationshintergrundes bei den Einschulungsuntersuchungen in den Bundesländern.

Entgegen diesen positiven Entwicklungen wurde die Erfassung des Herkunftslandes der Mutter in dem Qualitätssicherungsverfahren Perinatalmedizin (Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen) im Jahr 2017 eingestellt.

Aus-, Fort- und Weiterbildung

Die Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA) verdeutlicht mit ihrer Stellungnahme von 2018 „Kulturelle Kompetenz und Global Health: Perspektiven für die medizinische Ausbildung“ (Tab. 1) die Bedeutung dieses Themenfeldes in der medizinischen Ausbildung. Fachkräfte mit bereits abgeschlossener Berufsausbildung, die jetzt im Bereich Medizin tätig sind, sind für diese Inhalte auf Fortbildungen angewiesen, die fortlaufend bedarfsgerecht neu ausgerichtet werden sollten. Im pädiatrischen Alltag ist interkulturelle Kommunikation eine Selbstverständlichkeit, kulturelle Kompetenz ist heute nicht nur hier eine Kernkompetenz.

Sensibilität für anderskulturelle Verständnisse von Gesundheit, Krankheit, Behinderung, Prävention und verschiedene Erziehungsstile oder ein anderes Rollenverständnis der Eltern kann für die Betreuung entscheidend sein. Diese sind auch familien-, kultur- und bevölkerungsspezifisch geprägt, manchmal allerdings auch Tradition. Oft führen auch fehlendes Gesundheitswissen oder mangelnde Struktur- oder Sprachkenntnisse zu Missverständnissen. Stereotypisierungen, Zuschreibungen und Kulturalisierung sollten hier vermieden werden. Eigene und anderskulturelle Einflüsse und Standards können sich ganz oder teilweise gegenüberstehen. In der Praxis sind dies z. B. die monochrome gegenüber der polychronen Zeitorientierung oder Direktheit gegenüber Indirektheit in der Kommunikation.

Informationsmaterialien und -portale

Qualität und Gestaltung von Informationsmaterialien für Eltern und Jugendliche haben sich im letzten Jahrzehnt deutlich verbessert. Dies wird deutlich in

- den Angeboten in einfacher Sprache und der Vielfalt der Sprachen (insbesondere auch Arabisch oder seltene Sprachen),
- der häufigeren Visualisierung wesentlicher Inhalte,
- der Vielfalt der Medien, wie bilingual gestaltete Printmedien, Filmmaterial, neue Medien, und
- der Kultursensibilität und Beteiligung der Zielgruppen an der Gestaltung der Materialien.

Pädiatrische Fachzeitschriften bilden häufiger Themen rund um Migration und Gesundheit ab. Die zentralen Dokumente für Schwangere, Kinder und Jugendliche – der Mutterpass und das Kinderuntersuchungsheft – sind aber erst seit 2016/7 in einer zweiten Sprache verfügbar (Englisch).

Beispiele für das Spektrum der verfügbaren Materialien sind die Gesundheitsfilme des DRK (<https://www.drk-gesundheitsfilme.de/>) sowie die Informationen zum Impfen des RKI (www.rki.de) und des Bundesfachverbandes unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (www.b-umf.de). Online-Kurse ergänzen das Angebot, z. B. Interkulturelles Verständnis, Kultursensibilität und Psychoedukation im Umgang mit belasteten, traumatisierten und kranken Flüchtlingskindern für Teilnehmer aus NRW (<https://elearning-refugeekids-nrw.de/>).

Trotz aller Fortschritte (Tab. 3) erscheint das Gesamtangebot fragmentiert. Eine aktuelle Bedarfsermittlung im pädiatrischen Bereich als Ausgangsbasis für Weiterentwicklungen wäre wichtig. Vor allem mangelt es an einem zentralen Portal wie z. B. „Caring for Kids New to Canada“ (<https://www.kidsnewtocanada.ca/>).

Tab. 3: Informationsportale zu den Themenbereichen Migration und Gesundheit, Transkulturelle Pädiatrie (Auswahl)

Herausgeber	Thema, Informationsangebot	Quelle
pro familia Bundesverband, Frankfurt am Main	Fachdialognetz medizinische und psychosoziale Angebote für schwangere, geflüchtete Frauen	https://www.fachdialognetz.de
IJAB – Fachstelle für Internationale Jugendarbeit	Fachkräfteportal Kinder- und Jugendhilfe Im Fokus: „Flucht und Migration“	https://www.jugendhilfeportal.de
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln	Arbeiten mit Flüchtlingsfamilien inforo (Portal für den Fachaustausch) InfoDienst Migration, Flucht und Gesundheit	https://www.kinder-gesundheit-info.de https://www.inforo.online https://www.infodienst.bzga.de/migration-flucht-und-gesundheit/
Technical Working Group on Humanitarian Collaboration; Medical Mission Institute Advisory Organization for International Health, Würzburg	MEDBOX – The Aid Library	https://www.medbox.org/
Informationsverbund Asyl und Migration e. V., Berlin	Beratungs- und Informationsangebote zu Flucht und Migration	https://www.asyl.net/start/
Canadian Paediatric Society, Ottawa	Caring for Kids New to Canada	https://www.kidsnewtocanada.ca
Bundesministerium für Gesundheit, Berlin	Migration und Gesundheit	https://www.migration-gesundheit.bund.de
Europäische Kommission, Brüssel	Gesundheit von Migranten	https://ec.europa.eu/health/social_determinants/migrants_de
WHO, Regionalbüro Europa, Kopenhagen	Migration and Health	http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/migration-and-health

Transkulturelle Pädiatrie – alle Kinder erreichen?

An wesentlichen Schnittstellen treffen Kinder regelhaft auf das Gesundheitssystem bzw. die Pädiatrie. Hier ist ein Angebot der

Sprach- und Kulturmittlung besonders wichtig und sollte zumindest an diesen zentralen Punkten gesichert sein:

- Krankenhäuser mit geburtshilflichen Abteilungen und Betreuung der Neugeborenen
- Früherkennungsuntersuchungen in den ersten Lebensjahren, auf Länderebene befördert durch verschiedene Einladungssysteme
- Einschulungsuntersuchungen zu Schulbeginn durch den öffentlichen Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD) bzw. die derzeitig unvollständig implementierte Untersuchung von Seiteneinsteigenden aus dem Ausland

Um Lücken zu schließen, sollte gerade bei vor kurzem Zugewanderten an jedem dieser Punkte beim Erstkontakt mit den Familien auch die Frage nach den Geschwisterkindern und deren Gesundheit bzw. ggf. bestehenden Versorgungsbedarfen stehen.

Die Ausrichtung der Pädiatrie auf die Vielfalt der Bevölkerung ist in der Schuleingangsuntersuchung essentiell. Alle Kinder unterliegen der Schulpflicht, insbesondere gesundheitliche Unterstützungs- und Förderbedarfe werden hier zu Schulbeginn erfasst und Maßnahmen können veranlasst werden. Bei Kindern, die in höheren Klassenstufen aus dem Ausland als Seiteneinsteigende in die Schule kommen, liegen oft weder ausreichende Vorinformationen vor, welche Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen in Schwangerschaft und Kindheit durchgeführt wurden, noch, welche Maßnahmen erfolgten. Umso wichtiger ist die Erhebung eines aktuellen, schulrelevanten individuellen Untersuchungsbefundes, um die Kinder entsprechend unterstützen zu können. Zudem kann hier auch der weitere Zugang zum Gesundheitssystem eröffnet werden.

Eine der größten Herausforderungen ist derzeit, nachholende Untersuchungen von Seiteneinsteigenden umzusetzen, die bereits im Schulsystem sind. Auch Kindertagesstätten und Schulen sind besonders wichtige Orte für die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen. Strukturen und Qualität der dortigen Angebote zur Gesundheitsförderung und Gesundheitsprävention sind besonders wichtig, da sie niederschwellig sind. Dies erfordert zukünftig vor allem auch eine deutliche Stärkung institutioneller Angebote in Kindertagesstätten und Schulen, idealerweise durch Schulgesundheitsfachkräfte und ergänzende offene Schulsprechstunden vor Ort über den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst.

Krankenversicherungsschutz

Nach der UN-KRK sollten alle Kinder und Jugendlichen den gleichen Zugang zur Gesundheitsversorgung erhalten; Unterschiede im Versicherungsstatus stehen dem entgegen. Konstruktive positive Ansätze wurden bisher auf Bundesländer oder Kommunen beschränkt bzw. befristet umgesetzt, nämlich

- die Gesundheitskarte für Flüchtlinge (z. B. in Hamburg),
- Clearingstellen (z. B. in NRW) und
- anonyme Krankenscheine (z. B. in Thüringen).

Die Gesundheitskarte für Flüchtlinge kann den nicht diskriminierenden Zugang zur Gesundheitsversorgung organisatorisch erleichtern. Clearingstellen unterstützen im Zugang zur

Gesundheitsversorgung und klären ggf. bestehende rechtliche Leistungsansprüche bzw. Krankenversicherung. Anonyme Krankenscheine sprechen insbesondere auch Menschen ohne Papiere an. Eine Kombination dieser drei Angebote würde eine chancengleiche gesundheitliche Versorgung der Kinder und Jugendlichen deutlich erleichtern.

In den letzten Jahren ist auch eine Ausweitung von überwiegend ehrenamtlichen Strukturen parallel zum Regelsystem erfolgt, z. B. Medibüros, Medinetze, Malteser Migrantenmedizin und Humanitäre Sprechstunden an öffentlichen Gesundheitsämtern. Sie sind als niederschwellige Anlaufstellen auch für Minderjährige ganz besonders bedeutsam, können aber nicht den Zugang zur Regelversorgung ersetzen.

Kinder und Jugendliche auf der Flucht

Seit 2015/6 rückt das Thema der unbegleiteten Minderjährigen, die nach Deutschland kommen, in den Fokus der öffentlichen Wahrnehmung. Schutz und Förderung von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen sind in Deutschland die prioritäre Aufgabe der staatlichen Kinder- und Jugendhilfe (DAK; 2018). Die psychosozialen Rahmenbedingungen durch die Migration (insbesondere auf der Flucht), individuelle und externe Belastungsfaktoren und traumatische Erfahrungen haben einen entscheidenden Einfluss auf ihre weitere Entwicklung. Auf dem Weg nach Deutschland kann es beispielsweise zu Verlust oder Trennung von Familienangehörigen oder Freunden, Unsicherheit der Lebensbedingungen, Folter, Misshandlungen, Zeugenschaft von Gewalt und Diskriminierung kommen.

Für diese Kinder und Jugendlichen sind anonyme Unterkünfte mit mangelnder Privatsphäre besonders belastend. Ist die Unterbringung in Sammelunterkünften unvermeidbar, sollte sie so kurz wie möglich sein. Aus dem Blickwinkel des Kindeswohls sind dann Konzepte für eine menschenwürdige und kindergerechte Unterbringung mit entsprechender Einrichtung wichtig und der Kinderschutz ist zu gewährleisten. Eine stabile Integration in Deutschland erfordert die nachhaltige Umsetzung der UN-KRK. Minderjährige mit Fluchterfahrung sind eine Risikogruppe für die Entwicklung von psychischen Störungen, wie z. B. Posttraumatische Belastungsstörung, Depression oder Angststörungen. Für psychisch belastete geflüchtete Kinder und Jugendliche wird jedoch nach wie vor ein Mangel an professioneller Unterstützung beklagt: Zugangsbarrieren erscheinen hoch, Wartezeiten lang und die Übernahme der Sprachmittlungskosten ist nicht immer gesichert.

Von großer Bedeutung sind auch die bundesweit vertretenen Jugendmigrationsdienste (JMD; <https://www.jugendmigrationsdienste.de/>), die junge Menschen mit Migrationshintergrund im Alter von 12 bis 27 Jahren begleiten. Online-Angebote wie [jmd4you](https://www.jmd4you.de/) bieten die Option einer mehrsprachigen Online-Anlaufstelle (<https://www.jmd4you.de/>). Zu den Aufgaben der JMD zählt die Vernetzung mit Schulen, Ausbildungsbetrieben, Integrationskursträgern und anderen Einrichtungen der Jugendhilfe. Individuelle Angebote und professionelle Beratung unterstützen den

schulischen, beruflichen und sozialen Integrationsprozess in Deutschland. Aktuelle Statistiken zeigen, wie bedeutsam hier weitere Unterstützung auch aus anderen Sektoren ist:

- Seit 2012 ist für Kinderarmut ein deutlicher Anstieg bei Minderjährigen mit Zuwanderungserfahrung sichtbar (2017 54%).
- Der Anteil der zugewanderten Jugendlichen, die eine Hauptschule besuchen, ist von 2013 bis 2017 von 8,9% auf 21,4% angestiegen (Sachverständigenrat deutscher Stiftungen für Integration und Migration (SVR); 2019).

Schwangerschaft und Perinatalgesundheit

Gerade in Schwangerschaft und Neugeborenenperiode können Traditionen, Kultur, familiäre Vorstellungen und Erfahrungen von besonderer Bedeutung sein. Gleichzeitig fehlt Migrantinnen oft das Wissen über Strukturen wie die Schwangerschaftsberatungsstellen, Qualifikation und Zuständigkeiten der Hebammen sowie Möglichkeiten der Hebammenhilfe, die medizinischen Vorsorgeuntersuchungen vor und nach der Geburt und die Frühen Hilfen. Zuwandernde sollten früh und möglichst präkonzeptionell über Zuständigkeiten und Präventionsmaßnahmen in Deutschland informiert werden.

In nahezu allen Bereichen hat man sich in den letzten Jahren vermehrt auf Familien mit Migrationshintergrund eingestellt, dennoch besteht hier weiterhin großer Handlungsbedarf. Ein Impulspapier zu Frühen Hilfen für geflüchtete Familien zeigt, dass hier viele Themen zu den Anliegen Transkultureller Pädiatrie korrespondieren, z. B. Traumasensibilität, der doppelte Übergang von Migration und Elternschaft, Sprach- und Kulturmittlung, das Dolmetschen als Unterstützung für alle Beteiligten. Von besonderer Bedeutung sind im Fluchtcontext eine Übergangsbegleitung von der Erstaufnahme in die Kommune bzw. die Regelversorgung, aber auch die Begrenzungen und Möglichkeiten durch rechtliche Rahmenbedingungen. Ein gutes Praxisbeispiel ist das Konzept von pro familia Bonn „Flüchtlinge im Blick“.

Der pro familia Bundesverband richtete das Fachdialognetz für schwangere geflüchtete Frauen als Modellprojekt zur professionellen Vernetzung, dem Austausch und der gegenseitigen Unterstützung von multidisziplinären Fachkräften, ehrenamtlichen Initiativen und Migrantenorganisationen ein, die z. B. aus dem Gesundheitswesen, der psychosozialen Beratung sowie aus Migrationsdiensten oder der Jugendhilfe kommen können. Niederschwellig zugänglich sind Informationen z. B. über das Portal „Zanzu, mein Körper in Bild und Sprache“ der BZgA (<https://www.zanzu.de>) mit mehrsprachigen Informationen zu sexueller und reproduktiver Gesundheit.

Besondere Aspekte zur Kindergesundheit

Der überwiegende Anteil der Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen aus anderen Ländern gleicht denjenigen der einheimischen. Darüber hinaus sind aber besondere Schwerpunkte zu setzen, beispielsweise durch Migrationsgründe (z. B. Flucht- und Traumaerfahrungen in Kriegsgebieten), unterschiedliche

Prävalenzen in den Herkunftsländern hereditärer Erkrankungen (z. B. Anämien, Sichelzellerkrankung und Thallasämie), Herkunftsland, Migrationsweg (z. B. Malaria) oder Migrationsbedingungen (z. B. bei Aufhalten in Massenunterkünften Skabies). Aktuelle Empfehlungen sind in Tab. 1 zusammengestellt, vier Punkte seien dennoch angesprochen:

- Auch die Ergebnisse der 2. Welle der KiGGS zeigten, dass Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status und Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund seltener an den U-Untersuchungen teilnehmen. Die Unterschiede haben im Vergleich zur KiGGS-Basiserhebung jedoch deutlich abgenommen. Zum einen wurde seit 2007 ein Erinnerungs- und Meldewesen eingeführt, zum anderen erfolgte eine breite wissenschaftliche und mediale Berichterstattung zu diesem Thema.
- Familien mit Migrationshintergrund reisen in ihre Herkunftsländer, um Freunde und Familie zu besuchen („Visiting friends and relatives“ (VfR)). Hiermit verbundene Faktoren führen nicht selten zu höheren Gesundheitsrisiken als bei anderen Reisenden, wie z. B. kurzfristige Reisen aufgrund dringender Familienangelegenheiten, seltenerer reisemedizinische Beratung aufgrund einer anderen Risikowahrnehmung, längere Aufenthalte auch in nicht touristischen Orten mit höherem Infektionsrisiko oder in Gebieten mit eingeschränkter Qualität der Gesundheitsversorgung.
- Mit Blick auf die Zahngesundheit ist eine deutliche Präventionslücke zwischen ausländischen und deutschen Kindern und Jugendlichen festzustellen. Die Kariesprävalenz bei ihnen ist deutlich erhöht, der Anteil der Kinder mit einem naturgesunden bleibenden Gebiss erniedrigt. Der Ansatz der Gruppen- und Individualprophylaxe ist in Deutschland erfolgreich etabliert, er sollte systematisch für alle Kinder und Jugendlichen umgesetzt werden.
- Besonders schwierig ist die Ausgangslage für chronisch kranke, behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder und Jugendliche – ebenso wie die von Jugendlichen mit psychisch, sucht- oder körperlich kranken Eltern. Sie sind auf die Berücksichtigung ihrer Situation in mehreren Unterstützungssystemen angewiesen, finden aber in Deutschland eine komplexe Gesundheits- und Versorgungsstruktur vor.

Entwicklungen in den Heimatländern der Familie prägen auch die Gesundheit und Gesundheitsversorgung ihrer Kinder. Mit Blick auf eine sich verstetigende hohe Zuwanderung aus verschiedenen Regionen der Welt kommt der internationalen pädiatrischen Kooperation eine besondere Bedeutung zu; dies gilt insbesondere für die Kooperation mit den pädiatrischen Gesellschaften der Hauptherkunftsländer.

Fazit

Bei einem gleichberechtigten transkulturellen Angebot und vor allem sprachlichen Zugang wäre die Regelversorgung im

Gesundheitsbereich in Deutschland für die meisten Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund völlig ausreichend. Dennoch bestehen Zugangsschwierigkeiten, teilweise durch rechtliche oder infrastrukturelle Rahmenbedingungen, mangelnde Systemkenntnis, aber auch durch die Unwissenheit über die Kultur der Familien oder deren Verständnis von Erkrankungen. Die Zusammenarbeit mit Elternorganisationen, insbesondere der Migrantenorganisationen und Neuen Deutschen Organisationen, ist besonders bedeutsam.

Manche Erkrankungsbilder oder Umstände der Migration erfordern spezielle pädiatrische oder kinder- und jugendpsychiatrische Angebote, die niederschwellig und ausreichend erreichbar werden müssen. Chronisch kranke, behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder und Jugendliche stehen ebenso wie Kinder und Jugendliche kranker Eltern aus Minderheiten und Migranten Gruppen einer Kombination von Anforderungen gegenüber und benötigen besondere Unterstützung.

Der Zugang zur Regelversorgung sollte zeitnah für alle Kinder und Jugendlichen konkret erleichtert werden, z. B. durch Gesundheitskarten für Flüchtlinge, anonyme Krankenscheine für Menschen ohne Aufenthaltsstatus bzw. ohne Krankenversicherung und ergänzend Clearingstellen zur Beratung und Unterstützung. Erstkontakte mit dem Gesundheitssystem können eine Schlüsselfunktion haben, ihre transkulturelle Ausrichtung und ein bedarfsentsprechendes Angebot zur Übersetzung sind wünschenswert. Dies gilt insbesondere für die Geburtsklinik, die Einschulungsuntersuchung und die flächendeckend umzusetzende Untersuchung von Seiteneinsteigenden. Eine Stärkung der schulischen Infrastrukturen, z. B. durch Schulgesundheitsfachkräfte und Schulsprechstunden, ist sehr wichtig.

Kinder und Jugendliche haben meist wenige Möglichkeiten, die Situation in ihrem Herkunftsland, die Entscheidung der Migration oder der Aufenthaltsdauer und Perspektive in Deutschland selbst zu beeinflussen. Fachliche Positionspapiere, Handlungsempfehlungen und Leitlinien konkretisieren aktuell die Möglichkeiten, Transkulturelle Pädiatrie zu realisieren. In der Budapest Declaration on the Rights, Health and Well-being of Children and Youth on the Move auf der Grundlage der UN-Kinderrechtskonvention haben pädiatrische Organisationen 2017 international ihre Schlüsselrolle in der Unterstützung der Kindergesundheit unterstrichen. Diese für Deutschland umzusetzen, ist jetzt besonders bedeutsam.

PD Dr. Erika Sievers, MPH

Kooptiertes Ausschussmitglied Kind, Schule und öffentlicher Dienst im BVKJ

Wettersberg 18

24819 Haale

sievers.paed@t-online.de

Literaturangaben beim Verfasser.

Digitalisierung in der Kinder- und Jugendmedizin

Wie sieht die pädiatrische Arbeit in 10 bis 20 Jahren aus?

Christoph Bornhöft

Digitalisierung meint eigentlich nur die reine Umwandlung von analoger in digitale Information. In der pädiatrischen Praxis betrifft dies bereits die Bereiche Dokumentation und Kommunikation. Die Zukunft kann die massenhafte Erhebung von Daten und deren Analyse durch Dritte bringen. Ob dies den Patienten nutzt oder schadet, soll die folgende Geschichte beleuchten. Und welche Rolle spielt der Kinder- und Jugendarzt dabei?



In einer Entbindungsklinik, nicht mehr in einer Kleinstadt ...

„Herzlichen Glückwunsch, Familie Klapp-Handi, es ist ein strammer Bub! Kommen Sie bitte hier lang für seine Chipimplantation.“

Herr Klapp schaut ungläubig, seine Gattin, Frau Klapp-Handi, schwächelt. Sie hatte gehofft, diese Entbindungsklinik nähme noch nicht an dieser Vorgehensweise teil. „Man hat uns in einem Internetforum davon abgeraten, wir möchten das nicht.“

„Wie Sie wollen“, entgegnet die Pflegekraft, „dann unterschreiben Sie mir aber diese Aufklärungsdokumentation, dass Sie mit der Mindestanforderung, einem Iris-Scan, einverstanden sind.“ Frau Klapp-Handi nickt. Diese Mindestanforderung war ihr bekannt, sie dient der eindeutigen Identifizierung in allen heutigen Online-Datenbanken des Gesundheitswesens.

Frau Klapp-Handi schaut verzweifelt zu ihrem Mann. Dieser hatte mit Hilfe von vielen Bonusheften einen sehr guten Premium-Ver sicherungsstatus bei seiner Krankenversicherung errungen. Die jetzige Verweigerung des Chipimplantats würde zu einer deutlichen Herabstufung führen. Aber das war es ihnen wert.

Nach erfolgtem Scan verlassen sie mit ihrem kleinen Retro die Klinik.

Zeitgleich:

In der Kinder- und Jugendarztpraxis von Dr. Futurama, dem aus Indien zugewanderten Kollegen (Doppelstudium Medizin und Informatik in Mumbai), werden von der Medizinisch-digitalen Fachangestellten (MDA) die neu zugestellten Datenpakete aus dem TI-Tresor heruntergeladen und analysiert. Eine Erstzuteilung eines Neugeborenen ist darunter, versehen mit einer Warnmeldung über die Verweigerung der Chipimplantation. Die MDA rollt die Augen. Für die Erstvorstellung im Rahmen der U₃ wird sie gleich mehr Zeit und Personal disponieren, den entsprechenden Termin sendet sie direkt an die Kontaktadresse der Eltern.

Zuhause bei Familie Klapp-Handi:

„Oje“, entfährt es dem Vater, als er die Push-Mitteilung auf seinem Handy sieht. „Nicht Dr. Futurama! Das ist doch dieser KI-Freak aus Indien!“ Aber er weiß: Eine Arztänderung wird nicht gestattet werden, nicht in dieser Stadt und nicht bei seinem jetzt reduzierten Kassentarif ...

Akribisch führt er möglichst viele Beobachtungsdaten über seinen kleinen Retro per Hand in Formulare über, die er demnächst in der KJA-Praxis vorlegen muss. Dabei fragt er sich, wie dann wohl die Daten in den Medizincontainer der eBA (elektr. Bürgerakte) gelangen werden. Darüber hatten sich die Anti-Implantat-Internetforen natürlich nicht ausgelassen. Zu seinem Bedauern fanden sich in den Formularen ohnehin keine Rubriken für die Dinge, die seine Frau und ihn in den letzten Tagen beschäftigt hatten: häufiges Aufstoßen, viel Weinen, Winden und Krümmen nach jeder Mahlzeit. Stattdessen wurde nach Hauttemperatur bei Sonnenaufgang und Gewicht des Stuhlgangs gefragt.

4 Wochen später:

Die MDA knobeln per Zufallsgenerator aus, wer sich heute mit der „Irisgläubigen“ abgeben muss. Es ist Ariadne (eine echte Rakete, wie Dr. Futurama findet), die das Los trifft. Vorsorglich wirft sie sofort den Iris-Scanner an, der wegen längerem Nichtbenutzen erstmal einige Updates installieren muss. Dank 6G-Datennetz eine Sache von Sekunden. In diesem Augenblick betritt die Familie Klapp-Handi die Praxis. Sie wird in einen Behandlungsraum geleitet, der Iris-Scan wird sogleich durchgeführt und in den Medizincontainer der eBA geschickt. Aus der nächststehenden Rechneinheit kommt eine freundliche Männerstimme: „Für das Individuum Retro Klapp-Handi fehlen im Medizincontainer noch 756 Datenpakete. Möchten Sie diese nun ergänzen?“ Dabei meint man beinahe eine gewisse Geringschätzung im Ton des Voice-Generators zu erkennen, als er den Namen „Retro Klapp-Handi“ ausspricht.

„Eine Menge Holz“, entfährt es Ariadne. Sie fragt die Familie: „Können Sie dazu etwas beisteuern?“ Eifrig nickt Papa Klapp und kramt seine Papieraufzeichnungen heraus. Nach erneutem Scan- und Texterkennungsvorgang ertönt es wie zuvor aus der Rechneinheit: „Datenupdate! Für das Individuum Retro Klapp-Handi fehlen im Medizincontainer noch 332 Datenpakete.“

„Und jetzt?“, fragt Frau Klapp-Handi. „Ist denn wenigstens dokumentiert, wie oft unser kleiner Retro Aufstoßen und Bauchkoliken hatte? Das belastet uns sehr und das möchten wir mit dem Doktor besprechen.“ „Ich fürchte, dazu kann nichts gesagt werden, da durch das Fehlen des Chips noch die 24/7-Daten der Zwerchfellspannung, der Refluxphasen, des Magen-pH und der Peristaltikwellen fehlen. Wie soll der Doktor da wissen, woran das liegt?“

In diesem Moment betritt Dr. Futurama schmunzelnd den Raum. Vor der Tür hatte er den Namen des Kindes registriert und sich vorgenommen, ihn in der Kolumne des „Kinder- und Jugendarzt“ über besondere Namensgebungen zu melden. Er schaut in die verzweifelten Gesichter der jungen Eltern. Nach kurzem Blick auf die Datenzusammenfassung des neuen Patienten wendet er sich erneut an die Eltern: „Leider erlaubt Ihre Chip-Verweigerung und das damit verbundene Downgrading in der Versicherung keine persönliche und individuelle Beratung bei sogenannten weichen Belastungsfaktoren. Sprechmedizin hat nun mal ihren Preis. Nur datenbasierte und ICD-verschlüsselbare Diagnosen werden heute Thema sein können.“

Danach macht er Ariadne ein doppeldeutiges Handzeichen. Sie versteht sofort und unterbricht die automatische Stimmenaufzeichnung des MDK, die mittlerweile in allen Kassenpraxen Standard ist.

„Wir haben nur 20 Sekunden Zeit, bevor die Unterbrechung durch den MDK geahndet wird, also hören Sie genau zu“, feuert es aus Dr. Futurama heraus. „Aufstoßen ist in Retros Alter ganz normal, für die Koliken versuchen Sie mal eine Comfort-Milch und die gute alte Bauchmassage. Manche nehmen auch ein warmes Kirschkernkissen. Falls das nicht hilft, kommen Sie in 2 Wochen noch mal wieder.“ Dr. Futurama beschließt für sich im Stillen, Retros Eltern seine Videosprechstunden für solche Fälle erst anzubieten, wenn diese wenigstens den Standard-Impfungen zugestimmt haben. Für Ewiggestrige hat er nämlich wenig übrig ...

Ein kurzes Piepen meldet die erneute automatische Stimmenaufzeichnung seitens des MDK. „Ich empfehle Ihnen im Übrigen das neue BVKJ-Package mit diversen Zusatzleistungen, Facharztgarantie und extragroßem Sprechmedizinkonto für Ihr Kind bis zum Schulabschluss! Dadurch verbessert sich Ihr Versicherungsstatus wenigstens so weit, dass die Daten der Eltern-Kind-Bindungsaktivität an eine Kita übertragen werden. Das erhöht dann Ihre Chance auf einen Betreuungsplatz ab dem 1. Lebensjahr um einiges.“

„Wie bekommen Sie denn dann ohne Chip die Daten der Eltern-Kind-Bindungsaktivität?“, möchte Papa Klapp wissen und ahnt dabei, dass das Erfassen der entsprechenden Marker wieder an ihm hängen bleiben würde. „Meine Assistentin Ariadne wird Sie in die Anwendung einer eigens dafür entwickelten BVKJ-App einführen, die auch den Transfer der erhobenen Daten in den Medizincontainer der eBA regelt.“ „Das ist doch dann wieder Überwachung pur!“, ereifert sich Frau Klapp-Handi. Ihr Mann versucht zu beschwichtigen. „Aber wenigstens nicht per implantiertem Chip. Das ist doch schon ein Trost.“

„Schlussendlich“, ergänzt Ariadne, „haben sich Patienten doch schon immer ihrem Arzt des Vertrauens gegenüber detailliert geäußert, um seine fachliche Expertise zu erhalten. Lediglich die Übermittlungsart hat sich geändert. Außerdem bestimmen ja Sie, welche Daten Sie in die App eingeben. Ein großer Unterschied zum

Chip.“ „Und wir vom BVKJ haben dann noch unsere eigenen Algorithmen vorgeschaltet, bevor die Daten in die eBA übergehen. Das geschieht zu Ihrem Schutz, Frau Klapp-Handi. Aber ohne eine Interoperabilität mit der eBA wäre die App sonst nie zugelassen worden.“ Dr. Futurama macht eine entschuldigende Geste. Bei diesen Worten schickt Ariadne vorsorglich und unbemerkt einen Info-Text über „Interoperabilität in der Medizin“ zum Nachlesen an Herrn Klapps Account.

Nach den Erlebnissen der vergangenen Nächte mit Retro können seine Eltern den Betreuungsplatz kaum erwarten und willigen deshalb – diesmal halbwegs erfreut – ein, das BVKJ-Package inklusive BVKJ-App zu bekommen. Ariadne klärt im Beisein von Dr. Futurama über das Package und die App auf und implementiert die nächsten Impftermine in den gemeinsamen Kalendern der Familie, der Praxis, der Krankenkasse und des Gesundheitsamtes. Auf verwunderte Nachfrage seitens Frau Klapp-Handi erklärt Dr. Futurama, dass die Teilnahme am BVKJ-Package inzwischen verpflichtend an die komplette Durchimpfung des Kindes gekoppelt werden darf. „Das hat seinen Ursprung in dem Masernschutzgesetz von damals, ich glaube 2019 war das.“ Retros Eltern schauen ihn entgeistert an. Ein Baby zu haben, klang im Internet so einfach. „Bis in 4 Wochen dann“, verabschiedet sich Dr. Futurama.

Zurück zuhause bei Familie Klapp-Handi:

Kaum durch Ariadne in den Medizincontainer gestellt, meldet das Smartphone von Herrn Klapp (natürlich nicht seine eigene Idee, er muss aber eines haben durch seinen Job), dass sein Versicherungsstatus durch die Teilnahme verbessert wurde. Er freut sich: Als Prämie gibt es ein WLAN-taugliches Babyfon dazu. Komischerweise genau das Modell, das er sich im Internet schon einige Tage zuvor angesehen hatte, aber von seiner Frau abgelehnt worden war. In dieses Gerät war nämlich so ein komischer Chip eingebaut ...

Wie sieht die pädiatrische Arbeit in 10 bis 20 Jahren aus?

Digitalisierung meint eigentlich nur die reine Umwandlung von analoger in digitale Information. Unsere tägliche Arbeit in der Praxis ist bereits durchzogen von digitalen Prozessen in den Bereichen Dokumentation und Kommunikation – und das war vor 10 oder 20 Jahren auch schon absehbar. Da der digitale Wandel immer schneller voranschreitet, fragt man sich allerdings, wie gut Vorhersagen für die Jahre 2030 oder 2040 zu treffen sind. Aber hier und da müssten sich schon Anzeichen entdecken lassen, die ein Schlaglicht auf die Zukunft werfen. Gleichsam dem Smartphone, bei dem sich vor 10 Jahren (aber noch nicht vor 20!) schon andeutete, dass es durch Apps Einzug in die Medizin finden würde.

In der Medizin werden aber schon jetzt im Kleinen, wie auch in der Zukunft in breiter Anwendung, anamnestiche und biologische Daten und Prozesse des Patienten durch Messgeräte zeitnah

erhoben, an Datenverarbeitungseinheiten übermittelt und für den Arzt analysiert. Als Beispiel sei hier das Sensorimplantat bei Diabetes mellitus genannt. Diese Einheiten stehen wiederum in direkter Kommunikation mit Patient oder Arzt. In diesem Kontext der klassischen Arzt-Patienten-Beziehung sind weitere Entwicklungen erwünscht.

Eine neue Ebene würde aber durch die massenhafte Datenerhebung ganz vieler Körperfunktionen ohne definierten Anlass beschritten. Die Weiterverarbeitung im Sinne von Datenpools und Patientenanalysen durch Dritte erfolgte bisher im Rahmen von Studien, zielgerichtet und anonymisiert. Die fortschreitende Technik wird es aber ermöglichen, große Datenmengen aus verschiedensten Quellen zusammenzuführen und zu analysieren.

Das Schlüsselwort hier ist Algorithmus. Ein Algorithmus gibt Vorgehensweise vor, um ein Problem zu lösen. Eine Formel. „Unser modernes Leben ist abhängig von Algorithmen, ohne dass uns dies immer bewusst ist. Die Einsatzgebiete von Algorithmen sind sehr vielfältig: Im Navi zeigen sie uns den kürzesten Weg, schlagen uns als Computergegner im Schach, kontrollieren unseren Satzbau in Microsoft Word oder empfehlen uns einen passenden Partner beim Online-Dating. Ein Algorithmus steckt in vielen technischen Geräten sowie hinter unserer elektronischen Kommunikation.

Problematisch wird es, wenn Daten ohne unser direktes Einverständnis und v.a. ohne unser Verständnis von den Folgen davon weiteren Algorithmen zugeführt werden. Die Verwendung wäre nicht nur retrospektiv analytisch, sondern auch vorausblickend und quasi interpretierend. Die Schlussfolgerungen, die gezogen würden, gehörten aber dann nicht uns selbst.

Google, Facebook und Co. berechnen, was wir noch selbst nicht wissen, und zeigen uns im Internet die Dinge, die wir sehen sollen bzw. dürfen. So erhalten beispielsweise zwei Nutzer unterschiedliche Ergebnisse, wenn sie in der Suchmaschine den gleichen Begriff eingeben. Am Ende entscheidet der Suchalgorithmus, welche Inhalte dem Nutzer angezeigt werden.

Es klingt fast wie unser Vorgehen als Arzt. Wir analysieren die uns zur Verfügung stehenden Daten des Patienten und zeigen individualisierte Lösungswege zur Behandlung auf.

Diese Vorgehensweise ist auch für Krankenversicherungen denkbar. Wenn die Algorithmen zu Verträgen führen, die an die Bedürfnisse der Versicherten angepasst sind (z. B. Übernahme von Reiseimpfungskosten bei reisefreudigen Menschen), so sind sie vielleicht willkommen. Die Grenze zum nachteiligen Gebrauch von Daten ist jedoch schnell und leicht überschritten. Man könnte für dieselbe Gruppe reisefreudiger Menschen eine Kostenbeteiligung bei der Therapie von Hautkrebs einfordern. (Sofern nicht der Hautsensor das regelmäßige Auftragen von Sonnenschutzcreme im Reisegebiet gemeldet hat, behauptet Dr. Futurama.)

Wie in der Geschichte über den kleinen Retro Klapp-Handi erlebt, kommt auf den Arzt der Zukunft und sein Praxisteam eine zentrale

Funktion zu: für den Patienten die Bedürfnisse an das Gesundheitssystem nach besten Möglichkeiten und Gewissen erfüllen, selber Freude und Zufriedenheit in seiner Arbeit finden und darüber wachen, dass seinem Schutzbefohlenen, dem Patienten, durch das System kein Schaden entsteht.

Diese Funktionen werden sich ohne Engagement für einen politisch stark aufgestellten Berufsverband nicht erledigen lassen. Insofern wird bei allem Wandel der BVKJ in der täglichen Arbeit in der kinder- und jugendärztlichen Praxis eine Konstante der nächsten 20 Jahre sein.

Dr. Christoph Bornhöft
Ehemaliges Vorstandsmitglied im BVKJ
Margarethenstr. 3
64625 Bensheim
info@kinderarzt-auerbach.de

Literaturangaben beim Verfasser.

Pädiatrie in Europa

Karin Geitmann

Die pädiatrische Versorgung in den verschiedenen europäischen Staaten ist vielfältig. Der folgende Artikel soll einen Überblick über die unterschiedlichen pädiatrischen Institutionen in Europa geben und deren Strukturen und Zielsetzungen darstellen. Ein besonderer Fokus liegt auf der pädiatrischen Grundversorgung.



Historischer Überblick: UEMS / EAP

1958 schlossen sich die nationalen Berufsverbände der Fachärzte aus den Ländern der 1957 gegründeten EWG (B, D, F, I, L, ND) zur europäischen Vereinigung UEMS (= Union Européenne des Médecins Spécialistes) zusammen. Die UEMS diente initial zur Interessenvertretung der Fachärzte als Gegenpol zu den Hausärzten/GPs (general practitioners).

1961 gründeten engagierte Pädiater dieser Länder die CESP (= European Confederation of National Syndicates and Professional Associations of Paediatricians) mit dem Ziel einer besseren Versorgung von europäischen Kindern. Schon damals waren die Themen Weiterbildung, Beziehung zwischen Pädiatern und Hausärzten, Beziehung zwischen Pädiatern und Ärzten anderer Fachgebiete, Prävention, Kinder im Krankenhaus, perinatale Versorgung, Versorgung von Kindern mit Behinderung u. Ä.

Bis in die 80er Jahre ignorierte die UEMS jedoch alle zur Verabschiedung vorgelegten „Gesuche“ der CESP. Erst vermehrte Publikationen und vor allen Dingen die Definition von Pädiatrie (= Fachgebiet für Kinder- und Jugendmedizin) im Jahre 1986 brachten den Durchbruch. Jetzt lag der Fokus auf „Pädiatrie entspricht medizinischem Spezialfach, das sich mit Fragen zu Wachstum und Entwicklung des Menschen beschäftigt“. Durch Umbenennung der CESP in Confederation of European Specialists in Paediatrics konnten die nationalen wissenschaftlichen Gesellschaften mit den nationalen berufsständigen Organisationen auf europäischer Ebene zusammenarbeiten. Ein großes Ziel war die Harmonisierung der pädiatrischen Weiterbildung in der EU.

Mit dem Fall des Eisernen Vorhangs 1989 und dem Zerfall des Ostblocks änderte sich die geopolitische Lage in Europa grundlegend und damit auch die Zusammenarbeit und Ausrichtung aller europäischen Institutionen.

Als formaler Teil der UEMS wurde 1993 das European Board of Paediatrics (= EBP) gebildet. Aufgabe: Harmonisierung der Weiterbildungsprogramme für Pädiatrie und pädiatrische Subdisziplinen über ganz Europa, größtmöglicher Standard in Bezug auf pädiatrische Aus- und Weiterbildung, Arbeitsweise und Forschung; Arbeitsgruppen für primäre (= ambulante Grundversorgung), sekundäre (= allgemeine Pädiatrie im Krankenhaus) und tertiäre Pädiatrie (= hochspezialisierte pädiatrische Einrichtungen).

Der Vertrag von Lissabon regelte 2007 das völkerrechtliche Miteinander der inzwischen auf 27 Staaten angewachsenen Europäischen Union. In Anlehnung an die AAP (= American Academy of

Paediatrics) in den USA wurde 2008 die EAP (= European Academy of Paediatrics) mit Mitgliedern von nationalen pädiatrischen Organisationen aus bis heute mehr als 40 Ländern, Vertretern europäischer pädiatrischer Subdisziplinen, Beobachterländern und individuellen Mitgliedern ins Leben gerufen (www.eapaediatrics.eu). Dadurch wurde die CESP abgelöst. Sowohl die DGKJ als auch der BVKJ entsenden jeweils einen Delegierten zu den jährlichen Meetings (zurzeit: Prof. Dr. Peter Hoyer und Karin Geitmann).

Abb. 1: European Confederation of Primary Care Paediatricians



Innerhalb der Strukturen der UEMS mit der pädiatrischen Sektion fühlten sich die PCP (primary care paediatricians) zunehmend unzureichend vertreten. So gründeten 1999 engagierte PCP – hauptsächlich aus dem Südwesten Europas – die ESAP (European Society of Ambulatory Paediatrics).

Die CESP/EAP hatte sich strukturell verändert. Jedes EU-Mitgliedsland sendet(e) 2 Delegierte in die Sektionen – einen Delegierten aus der primary/secondary care (ambulant / im Krankenhaus tätig) und einen Delegierten aus der tertiary care. Es gab aber nur noch wenige pädiatrische Delegierte, die in der Primärversorgung arbeiteten, so dass naturgemäß deren Interessenvertretung immer mehr an Bedeutung zu verlieren schien.

Es gelang nun der ESAP, die Arbeit in der primären ambulanten Pädiatrie zu definieren und z. B. die Unterschiede in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen durch PCP und GP aufzuzeigen. Allein die politische Durchschlagskraft fehlte in Bezug auf die zunehmende Änderung der Gesundheitssysteme in Europa hin zur Primärversorgung der Bevölkerung – auch der Kinder – durch GPs.

2009 entschlossen sich die Berufsverbände der PC-Pädiater unter Federführung des BVKJ, die ESAP in die **ECPCP** umzuwandeln (**E**uropean **C**onfederation of **P**rimary **C**are **P**aediatricians). Die erste Präsidentin war Dr. Elke Jäger-Roman (Berlin). Aktuell sind mehr als 30.000 PCP aus 19 Ländern Mitglied der ECPCP. Als eine der mitgliedstärksten nationalen pädiatrischen Organisationen ist der BVKJ mit 5 Delegierten bei den regelmäßigen Versammlungen vertreten.

Das Arbeitsgebiet der ECPCP umfasst – wie bei der Vorgängerorganisation – u. a. die ambulante Versorgungsforschung, Lehre und Weiterbildung, Verbesserung der hausärztlichen pädiatrischen Versorgung, Zusammenarbeit der ambulanten Pädiatrie mit der universitären Pädiatrie und internationalen pädiatrischen Vereinigungen (www.ecpcp.eu).

Parallel zu den o.g. Organisationen wurde 1976 die **UNEPSA** (= **U**nion of **N**ational **E**uropean **P**aediatric **S**ocieties and **A**ssociations)

gegründet, überwiegend eine Dachorganisation der nationalen wissenschaftlichen pädiatrischen Gesellschaften (seit 2007 **EPA/UNEPSA** [= European Paediatric Association]), und mehrere europäische Vereinigungen von pädiatrischen Subdisziplinen.

Aktuelle europäische Pädiatrie

Bereits 2012 schlossen sich EAP, ECPCP und EPA zu einer strategischen Allianz zusammen: der SPA (= Strategic Pediatric Alliance). Ziel war ein effektives Arbeiten aller Pädiater in Europa und durch Bündelung der Aktivitäten eine stärkere Beeinflussung von Politik und Regierungen zum Wohlergehen der Kinder und Jugendlichen in Europa. Die Zusammenarbeit dieser 3 Organisationen „auf Augenhöhe“ gestaltet sich immer wieder schwierig und bedarf ständig neuen Einsatzes und Kooperationswillens der Beteiligten.

Abb. 2: MOCHA



Models of Child Health Appraised

(A Study of Primary Healthcare in 30 European countries)

Von 2015 bis 2018 wurden in 30 europäischen Staaten (28 EU-Mitgliedsländer und 2 EEA) unter der Leitung von Professor Mitch Blair, UK, Daten zur Gesundheitsversorgung von Kindern in Europa erhoben. Dieses MOCHA-Projekt (Models of Child Health Appraised) der EU hatte zum Ziel, die verschiedenen Systeme der medizinischen Grundversorgung im Kindes- und Jugendalter zu erkunden, das beste System herauszufinden und dann Verbesserungsvorschläge für die Umsetzung von primary care in dieser Altersgruppe zu geben.

Das Ergebnis war desillusionierend. Die Diversität der verschiedenen Systeme war zu groß, als dass ein allgemeingültiges Gesundheitsmodell hätte entwickelt werden können. Allerdings veröffentlichte die Arbeitsgruppe Schlussfolgerungen, die sie aus der Auswertung der erhobenen Datenmenge zog.

Quintessenz:

- Primärversorgung von Kindern ist vielfältig; Zugangsmöglichkeit, Leistungsfähigkeit und Zusammenarbeit scheinen einen stärkeren Einfluss zu haben als die Versorgung durch entweder GP oder PCP.
- Effektivität hängt vor allen Dingen von z. B. Zugangsmöglichkeit, Arbeitskräftepotential, Koordination und Kontinuität des Angebots, soziokulturellen Zusammenhängen und Finanzierung ab. (Es fehlen aber robuste Daten!)

- Optimale Primärversorgung von Kindern ist kindzentriert, angemessen, proaktiv, integriert Spezialisten, soziale Betreuung und Bildungssystem und soll evidenzbasiert sein.
- Wechselwirkung von Gesundheit, Ökonomie und Gesellschaft ist einflussreicher als Systemkonstrukte.
- Kinder sind in Europa in inakzeptabler Weise unsichtbar in Bezug auf Gesundheitsdaten und -politik einschließlich der Definition von Rechten, Datenerhebung, Versorgungsforschung, „e-health“ und politischen Neuerungen.

Die Projektleiter fordern intersektorale Zusammenarbeit innerhalb Europas, mehr Versorgungsforschung und weitere Datenerhebungen zugeschnitten auf die Altersgruppe der 0- bis 18-jährigen Europäer (www.childhealthservicemodels.eu).

Wo sind Unterschiede, wo Gemeinsamkeiten?

Bevor wir den Blick wieder auf Europa richten, ein paar kurze Bemerkungen zur Pädiatrie in Deutschland. Die pädiatrische Versorgungsstruktur besteht bei uns aus den beiden fast gleich großen Säulen ambulante Grundversorgung („primary care“) mit Begleitung der Entwicklung der Kinder und Jugendlichen, Prävention und psychosozialer Betreuung und stationäre Versorgung von schwer erkrankten Kindern und Jugendlichen als „secondary care“ bzw. in hochspezialisierten Einrichtungen als „tertiary care“. Weniger als 10 % aller berufstätigen Pädiater arbeiten bei Behörden und weiteren Institutionen. Die ambulante Grundversorgung von Kindern und Jugendlichen wird in Deutschland sowohl von Kinder- und Jugendärzten als auch von Allgemeinmedizinerinnen vorgenommen. Über 90 % der Kinder im Vorschulalter werden primär vom Pädiater betreut. Erst in der Adoleszenz beginnt die mehrheitliche Versorgung durch den nicht pädiatrischen Hausarzt.

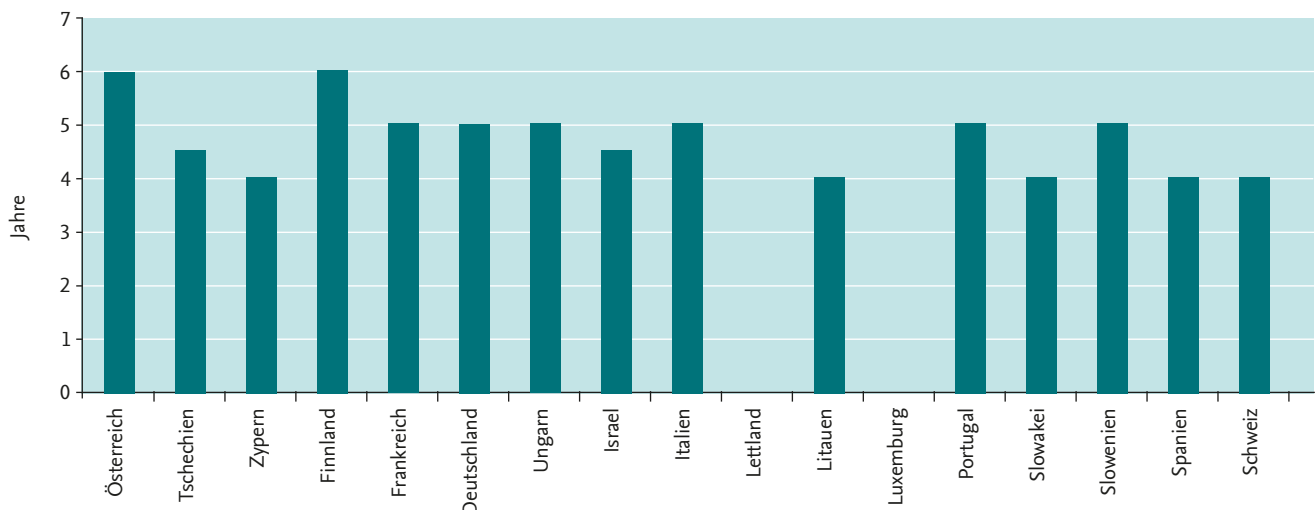
Pädiatrische Aus- und Weiterbildung

In den meisten Ländern Europas dauert die Ausbildung zum Facharzt für Pädiatrie 4 bis 5 Jahre, vorausgegangen sind in der Regel 5 bis 6 Jahre Studium der Humanmedizin (Abb. 3). Überwiegend wird eine Abschlussprüfung zur Erlangung des Facharztes gefordert. Aber in manchen Ländern erhält man den FA-Status auch ohne entsprechende Prüfung allein durch den Nachweis der absolvierten Zeiteinheiten. Die EAP empfiehlt mindestens 5 Jahre Vollzeit-Ausbildung für den Facharztstatus Pädiatrie mit 3 Jahren Grundausbildung entsprechend dem Curriculum für den Common Trunk (2014) und anschließend 2 Jahren weiterer Spezialisierung innerhalb der Pädiatrie. Das Curriculum für Primary Care Paediatrics der ECPCP wird zurzeit überarbeitet, Grundlage bilden die EPAs (= Entrustable Professional Activities).

In einer aktuellen Umfrage der ECPCP von 2019 zur Ausbildung zum Pädiater wiesen 14 von 17 Ländern eine spezielle Weiterbildung in allgemeiner ambulanter Pädiatrie auf, allerdings war diese nur in 8 Ländern verpflichtend. Die Dauer des PCP-Trainings lag hier zwischen 2 und 6 Monaten.

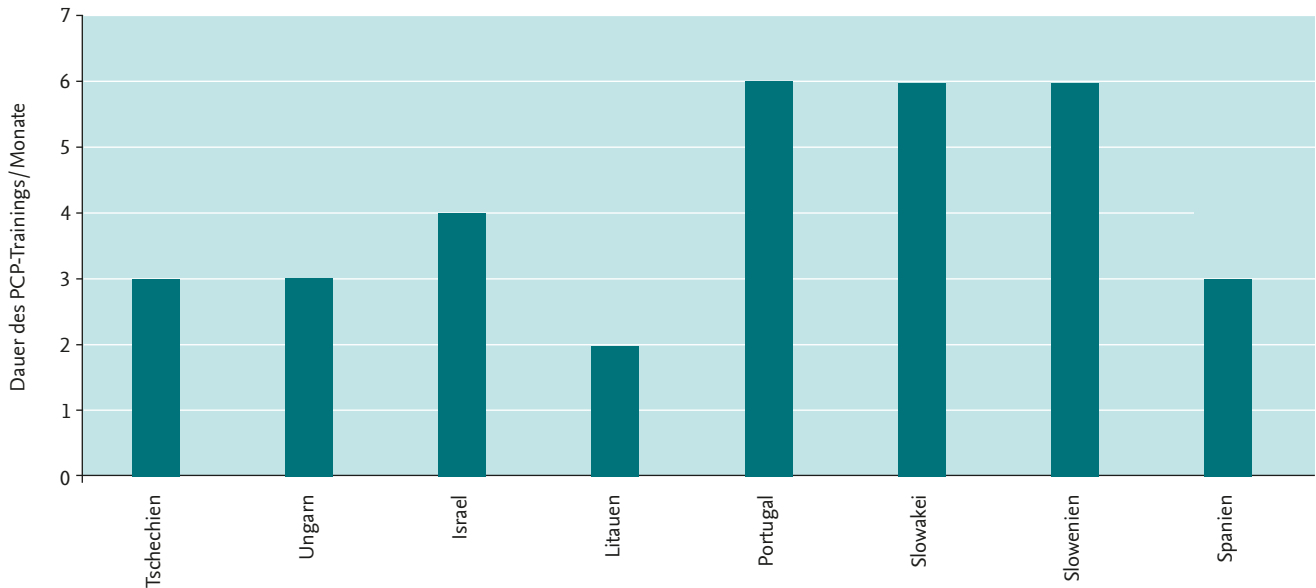
Ein Pädiater ohne jede Grundkenntnisse der allgemeinen ambulanten Pädiatrie ist für einen in der Grundversorgung arbeitenden Kinder- und Jugendarzt schlicht unvorstellbar. Kooperationsmodelle zwischen Klinik und Praxis sind erforderlich. Modelle gibt es bereits in verschiedenen Ländern. Auch in der neuen MWBO in Deutschland geht der Weg in diese Richtung.

Abb. 3: Dauer der Ausbildung zum Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde



Quelle: ECPCP CWG Bratislava April 2019

Abb. 4: Dauer des Primary-Care-Trainings während der Facharzt-Weiterbildung



Quelle: ECPCP CWG Bratislava April 2019

Pädiatrische Primärversorgung

Die medizinische Grundversorgung von Kindern und Jugendlichen sieht in den verschiedenen europäischen Ländern sehr unterschiedlich aus (Abb. 5). In vielen europäischen Ländern findet pädiatrische Versorgung hauptsächlich im Bereich der „secondary care“ statt – d. h. im Krankenhaus oder ähnlichen Institutionen.

In Ländern wie Irland, den Niederlanden, Skandinavien und Großbritannien sind Hausärzte/GPs die erste Anlaufstation für Eltern mit kranken Kindern. Eine Primärversorgung durch Pädiater ist nicht vorgesehen.

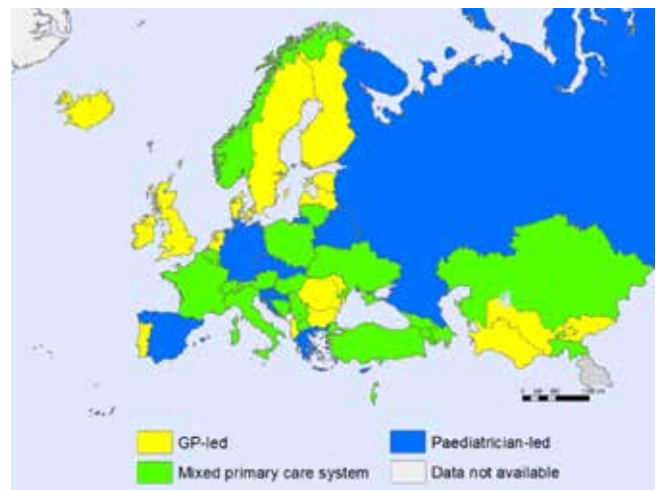
In Spanien, der Slowakei, Slowenien, Ungarn und Deutschland erfolgen primärmedizinische Maßnahmen sowie kurative und präventive Interventionen für Kinder hauptsächlich durch pädiatrische Fachärzte.

In Italien werden die Kinder bis einschließlich 6 Jahre in der Regel ausschließlich von Pädiatern versorgt, bei den älteren Kindern und Jugendlichen teilen sich Haus- und Kinder-/Jugendärzte gemeinsam diese Aufgabe. Auch in Frankreich gibt es eine gemeinsame Primärversorgung durch GP und Pädiater, allerdings werden nur ca. 1/3 aller Kinder und Jugendlichen primär von einem Pädiater versorgt.

Während z. B. in Deutschland der niedergelassene Pädiater üblicherweise in der Praxis von einer oder mehreren MFA unterstützt wird, hat fast die Hälfte der französischen Kollegen keine weiteren Angestellten. In Spanien arbeiten mehrere primärversorgende Pädiater zusammen als Angestellte des staatlichen Gesundheitsdienstes im Team mit Sekretärinnen und Schwestern.

In gut der Hälfte der europäischen Länder umfasst die Definition Kinder- und Jugendalter den Zeitraum von 0 bis 18 Jahre, aber das Spektrum für die Pädiatrie reicht von 0 bis 11 Jahre bis zu 0 bis 19 Jahre.

Abb. 5: Modelle der primärärztlichen Versorgung für Kinder und Jugendliche in der europäischen Region (WHO, 2018)



In den letzten Jahren fand ein Wechsel in den Gesundheitsversorgungssystemen Europas statt. 2002 beschrieben Katz et al. noch 35 % pädiatrische Systeme, 47 % kombinierte GP/PCP-Systeme und nur in 18 % reine GP/familienmedizinische Systeme in der Erstkontaktversorgung; 2010 fanden van Esso et al. nur noch 24 % pädiatrische Systeme und 35 % kombinierte GP/PCP-Versorgungssysteme. Bereits in 41 % der Länder wurde die Primärversorgung von unter 18-Jährigen ausschließlich von Allgemeinmedizinern/Familienärzten vorgenommen – Tendenz bis heute steigend.

Gründe für diese Veränderung – weg von der Primärversorgung von Kindern und Jugendlichen durch ausgebildete Pädiater, hin zu deren Primärversorgung durch Allgemeinmediziner/Familienärzte (mit oder ohne Ausbildung in der Pädiatrie) – werden in ökonomischen und soziopolitischen Aspekten gesehen. Fachkräftemangel, aber auch historische und geographische Faktoren beeinflussen diese Entwicklung.

Personalstand

In allen europäischen Ländern erhöht sich zunehmend der Anteil der Frauen in den ärztlichen Berufen. Mittlerweile sind 70 % der Assistenzärzte in der Pädiatrie weiblich. Der Anteil der in Teilzeit arbeitenden Ärzte ist in der Pädiatrie von allen Fachgebieten am höchsten. Von den in Teilzeit arbeitenden Pädiatern sind 87 % Frauen. Die Work-Life-Balance von Frauen erfordert mehr Personen, doch ist das nicht allein ein Genderproblem. Die gesamte junge (Ärzte-)Generation hat europaweit eine andere Vorstellung von Einsatzzeiten für Beruf-Familie-Freizeit als vor 30 Jahren.

Der Wunsch der Bevölkerung nach einer medizinischen Rund-um-die-Uhr-Versorgung mit Gestaltung von Notdienst-Strukturen erfordert weitere Ressourcen.

In rund der Hälfte der europäischen Länder nimmt die Zahl der Pädiater insgesamt ab, meist dort, wo die Grundversorgung von den GPs übernommen wurde. In jeweils 25 % bleibt die Gesamtzahl stabil oder nimmt zu. In allen Ländern wird eine Überalterung der arbeitenden Pädiater beobachtet. Insgesamt gesehen gleicht die Zahl der Berufseinsteiger nicht die Zahl der Pädiater aus, die aus Altersgründen ausscheiden.

Ausblick für die Zukunft

Die Herausforderungen für die medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen sind enorm. Dies betrifft sowohl den stationären Bereich als auch besonders die Grundversorgung:

1. Gesundheitszustand: Sich ändernde Krankheitsprofile („Neue Morbidität“) und soziodemographische Strukturen führen wiederum zu neuen Mustern von Morbidität und Mortalität. Kinder wachsen immer häufiger außerhalb einer „klassischen“ Familienstruktur auf. Kinderarmut wächst. Migration erfordert interkulturelles Morbiditätsverständnis. Vorstellungsanlässe in der ambulanten Pädiatrie werden weniger akute Erkrankungen, sondern vielmehr chronische Erkrankungen und auch pädagogisch/soziale Fehlentwicklungen.

2. Wissenschaftlicher Fortschritt: Beispielsweise Genetik, Molekularbiologie und Medizintechnik machen Pädiater für spezielle genetische Familienberatung und Krankheitsprävention mit den entsprechenden ethischen Aspekten erforderlich. Lebenslanges Lernen bleibt eine *Conditio sine qua non*.

3. Technologischer Fortschritt: Medizingeräte werden immer besser, kleiner und damit transportabler. Dies wird Diagnostik und auch Therapie vom Krankenhaus in die Grundversorgung vor Ort verschieben. Die Informationstechnologie ermöglicht verbessertes Datenmanagement (Impfstatus, Diagnosen etc.), Internetnutzung für Kommunikation, Datensammlung und Information und IT wird auch die Art und Weise der medizinischen Grundversorgung beeinflussen (s. a. Telemedizin).

4. Veränderung in Demographie und Arbeitskraftpotential: Pädiater werden weniger, weiblich und arbeiten mehr in Teilzeit. Arbeitslast muss verteilt werden, auch auf nichtärztliche Mitarbeiter. Kooperationsmodelle inner- und auch intersektoral sind erforderlich.

5. Gesundheitsversorgungssysteme: Wechsel innerhalb der 3 verschiedenen europäischen Systeme zur pädiatrischen Grundversorgung (1. Pädiater, 2. GP/Familienmediziner, 3. kombiniertes System mit Pädiater und GP).

Diese zahlreichen Aufgaben erfordern eine Kooperation aller Kräfte, die sich mit Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen beschäftigen. Dies muss sowohl auf nationaler als auch europäischer Ebene stattfinden. Plattformen dafür stellen EAP und ECPCP.

Prof. A. Tenore, ehemaliger Präsident der EAP und Verteidiger der Belange der pädiatrischen Grundversorger in Europa, sagt zu Recht: „Die Hauptaufgabe für die Pädiatrie und die Pädiater ist es zu überleben.“ Und: „Jeder alte Mensch war einmal ein Kind, aber nicht jedes Kind wird einmal ein alter Mensch werden.“

Wir Pädiater müssen dafür sorgen, dass Kinder und Jugendliche in Europa die bestmögliche Gesundheitsversorgung erhalten. Nur Ärzte, die eine Ausbildung für die speziellen Belange von Gesundheit, Wachstum und Entwicklung in dieser Altersgruppe erhalten haben, sollten auch Kinder und Jugendliche medizinisch versorgen dürfen.

Karin Geitmann
Vorstandsmitglied im BVKJ
Liebigstr. 41
58095 Hagen
karin.geitmann@uminfo.de

Literaturangaben beim Verfasser.

Pädiater setzen sich weltweit für Kindergesundheit ein

Gottfried Huss

Der Großteil der Kinder und Jugendlichen lebt in Entwicklungsländern. Viele leiden an Hunger und Krankheiten, unter Kriegsfolgen und fristen ihr Leben unter unvorstellbaren Bedingungen unterwegs oder in Flüchtlingslagern. Tagtäglich werden die in der UN-Kinderrechtskonvention formulierten Rechte massiv verletzt. Kinder können sich kaum wehren und sind auf Schutz und Hilfe angewiesen.

Im Ausland medizinisch tätig zu werden, ist der Traum fast jeden Arztes – bei Pädiatern ist dieser Wunsch noch ausgeprägter. Albert Schweitzer hat auch in diesem Jahrhundert weiterhin eine wichtige Vorbildfunktion. Wer die Absicht, im Ausland zu arbeiten, ernsthaft angeht, findet Unterstützung von Organisationen, die sich in der Vorbereitung von Ärzten für Auslandseinsätze professionalisiert haben.

In diesem Artikel soll ein Einblick in das weltweite Engagement von deutschen Pädiatern aus der Praxis gegeben werden. Wie können Pädiater sich auf Auslandseinsätze vorbereiten? Welche sind die am meisten frequentierten Entsendeorganisationen und Anlaufstellen? Welche Pädiater haben für ihr Engagement einen Preis vom BVKJ erhalten? Wo und mit wem haben sie gearbeitet?



Grundsätzliche Überlegungen vor einem Auslandseinsatz

Eine Reihe von Faktoren ist zu beachten: Wer kurzfristig oder langfristig humanitäre Hilfe bzw. Entwicklungszusammenarbeit plant, braucht viel Motivation. Er soll gleichzeitig aber nicht zu hohe Erwartungen haben. Realistische Ziele, die Bereitschaft, sich selbst zu hinterfragen, und eine hohe Frustrationstoleranz müssen mitgebracht werden.

Eine stabile körperliche und seelische Gesundheit ist eine wichtige Voraussetzung. Wer einige Wochen oder Monate ins Ausland geht, sollte sich überlegen, was man seiner Praxis, Familie und Freunden damit zumutet. Wie hoch ist die Risikobereitschaft? Eine Flucht vor Problemen zuhause gehört eher zu den ungünstigen Faktoren für das Gelingen eines Auslandseinsatzes.

Zur persönlichen Vorbereitung gehören die sprachliche Vorbereitung, die persönliche Gesundheitsvorsorge mit Impfungen (ggf. mit Malariaprophylaxe), die Vorbereitung auf die Sicherheitslage und die fachliche Vorbereitung.

Vor Ort gilt es, durch die ärztliche Arbeit und die Kooperation mit lokalen Helfern die Not zu lindern und gleichzeitig die Würde des Menschen zu respektieren. Nächstenliebe, Barmherzigkeit und Mitgefühl müssen Grundgedanken humanitärer Hilfe sein. Die Hilfe muss unparteilich jedem, unabhängig von Geschlecht, Religion, Konfliktpartei sowie ethnischer und sozialer Stellung, geleistet werden. Neutralität zu wahren, heißt, dass keine Konfliktpartei begünstigt werden darf. Viele Rückkehrer berichten von enormen Bereicherungen, einschneidenden Erlebnissen und Erfahrungen, die ihr Leben verändert haben.

Durch kurzfristige Einsätze oder Auslandsfamulaturen kann der Weg für ein längerfristiges Engagement für eine Tätigkeit in der Entwicklungszusammenarbeit, z. B. mit einer der Organisationen der staatlichen Entwicklungszusammenarbeit, gebahnt werden.

Man muss aber nicht ins Ausland gehen. Man kann sich auch hierzulande für die Integration von Flüchtlingen, benachteiligte Bevölkerungsgruppen wie Sinti und Roma und Hospize engagieren.

Materialien für die Vorbereitung

Eine umfassende Materialsammlung mit vielen Details findet sich im „HANDBUCH 2015: Im Ausland medizinisch tätig werden, Wege in die humanitäre Hilfe und Entwicklungszusammenarbeit“, verfasst durch foring - Forum für Internationale Gesundheit. Das

vom Kinderarzt Dr. R. Klinkott koordinierte und immer wieder aktualisierte Handbuch ist herunterzuladen unter: http://www.foring.org/uploads/1/4/2/0/14206959/foring_-_handbuch_2015.pdf.

Eine weitere umfassende Einführung in die globale Gesundheit als Vorbereitung auf Auslandsaufenthalte – auch schon im Studium, für ein Praktikum, eine Famulatur, einen Freiwilligendienst oder ein Auslandssemester – ermöglicht „Eine Einführung in die globale Gesundheit als Vorbereitung auf Auslandsaufenthalte“ – herausgegeben von Medizinstudenten: <https://www.bvmd.de/fileadmin/redaktion/Projekte/GandH/360Grad-web.pdf>

Gesellschaft für Tropenpädiatrie und Internationale Kindergesundheit (GTP)

Diese Fachgesellschaft wurde 1983 als Arbeitsgruppe der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin gegründet. Sie ist ein Netzwerk aus Ärztinnen und Ärzten der Kinderheilkunde und anderer Spezialisierungen wie den Gesundheitswissenschaften und der Pflege, das sich für die Qualität der präventiven und kooperativen pädiatrischen Versorgung in Ländern mit limitierten Ressourcen einsetzt. Die Gesellschaft organisiert Aus- und Fortbildung im Bereich der Tropen und der internationalen Kindergesundheit. Sie unterstützt und betreut auch die Forschung in diesen Bereichen.

Sie verfügt über verschiedene Arbeitsgruppen: AG Studenten und junge Ärzte; AG Ultraschall; AG Gesundheitsfachberufe; AG ETAT (Emergency Assessment and Treatment); AG Öffentlichkeitsarbeit.

Zur Vorbereitung von Auslandseinsätzen organisiert sie seit mehr als 10 Jahren jedes Jahr einen sehr beliebten tropenpädiatrischen Intensivkurs, der 5 Tage dauert. Es kommen Kinderärzte aus Entwicklungsländern und solche, die dort gearbeitet haben oder arbeiten wollen, zum Erfahrungsaustausch und zur intensiven Weiterbildung zusammen (<https://globalchildhealth.de>).

Einmal jährlich (meistens Ende Januar) findet eine Jahrestagung mit einem wissenschaftlichen Programm statt. Als erfolgreiche aktuelle Kooperationsprojekte sind zu erwähnen: eine Klinikpartnerschaft mit einer Neugeborenen-Abteilung in Daressalam, Tansania, eine Klinikpartnerschaft in Malawi und die Förderung der pädiatrischen Facharztausbildung in Tansania.

Auf Initiative der GTP wurde an der Universität Witten Herdecke mit Unterstützung der Friede Springer Stiftung eine Stiftungsprofessur für globale Kindergesundheit etabliert. Die Stiftungsprofessur ist die erste ihrer Art in Deutschland und wird aktuell von Prof. Ralf Weigel besetzt. Er hat Lehrerfahrung in Liverpool und Projekterfahrung mit der Versorgung von AIDS-kranken Kindern in Afrika gesammelt.

Die Gesellschaft hat ein hohes Maß an Expertise für die kinderärztliche Tätigkeit in Entwicklungsländern. Die GTP freut sich über jeden Interessenten für die Teilnahme an den Jahrestagungen, am tropenpädiatrischen Intensivkurs und an den Projekten.

Einige der Nichtregierungsorganisationen, mit denen sich Einsätze realisieren lassen:

- Cap Anamur: <https://www.cap-anamur.org/>
- Médecins Sans Frontières – Ärzte ohne Grenzen: <https://www.aerzte-ohne-grenzen.de/>
- German Doctors (früher Ärzte für die Dritte Welt): <https://www.german-doctors.de>
- Swiss Doctors: <https://www.swiss-doctors.org>
- Austrian Doctors: www.austrian-doctors.at

Der Preis des BVKJ „Pädiater für Kinder in Krisenregionen“

Der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. unterstützt humanitäre Einsätze von Pädiatern für notleidende Kinder und vergibt daher jährlich den Preis „Pädiater für Kinder in Krisenregionen“ an Kollegen. Diese Kollegen haben sich über eine längere Zeit in einem Entwicklungsland oder einer Krisenregion engagiert – sei es durch direkten pädiatrischen Dienst am Kind oder auch durch Förderung oder Verwaltung von Projekten, die Kindern und Jugendlichen in Krisenregionen zugutekommen.

Dank der Anstrengungen der BVKJ-Geschäftsführung gelingt es immer wieder, Firmen zur Übernahme des Preisgeldes (zurzeit 5.000 €) zu gewinnen. Beim BVKJ gehen in jedem Jahr Vorschläge von Berufskollegen oder auch von der Arbeitsgemeinschaft Tropenpädiatrie ein. Die Preisträger werden auf Vorschlag des Beauftragten „Pädiater für Kinder in Krisenregionen“ dem Präsidenten und dem Vorstand des BVKJ unterbreitet, der dann die endgültige Auswahl trifft.

Früher kamen viele Belobigte aus dem Kreis der Unterstützer des Komitees „Ärzte für die Dritte Welt“, das heute German Doctors heißt. Die Kollegen hatten ihren oft mehrwöchigen Urlaub mehrfach für unentgeltliche Sprechstundeneinsätze auf den Philippinen, in Bangladesch oder in afrikanischen Ländern geopfert. In den vergangenen Jahren wurde bei der Preisvergabe der Fokus auch auf Pädiater gelegt, die sich viele Jahre (oder ein ganzes Berufsleben) in der ambulanten oder stationären Versorgung in Entwicklungsländern eingesetzt haben.

Einige der Preisträger haben bewusst auf eine sichere, einträgliche, bequeme Tätigkeit in Deutschland und auch auf eine Hochschulkarriere verzichtet. Diese Kollegen machen oft nicht viel von sich reden und sind uns häufig kaum bekannt. Die Preisverleihung soll Anerkennung und Dank für ihr nachhaltiges Engagement für notleidende Kinder sein. Bei den Preisträgern handelt es sich um außergewöhnliche Persönlichkeiten unseres Berufsstandes.

Tab. 1: Liste der Preisträger von 1988 bis 2018

Jahr	Name des Pädiaters	Organisation	Einsatzländer
1988	Georg Bönig		
1989	Sigrun von Loh		Indonesien
1990	Hans-Rainer Pleser		Zimbabwe
1991	Ulrich Mowitz	Ä3W German Doctors	Philippinen, Bangladesh
1992	Elisabeth Borgmann		
1993	Marie Coen-Schäfer		
1994	Albrecht Römhild		
1995	Matthias Gelb	Ä3W German Doctors	Philippinen
1998	Anneli Newill	Ä3W German Doctors	Indien, Ruanda
1999	Margot Richter	Ä3W German Doctors	Philippinen, Kolumbien, Indien
2000	Karлhorst Bacus	Ä3W German Doctors	Philippinen, Kenia, Indien
2000	Klaus Kevenhörster	Ä3W German Doctors	Indien, Indonesien, Osttimor, Bangladesh
2000	Jacob Minah		Sierra Leone
2000	Joachim Schüürmann	CIM, GTZ	Saudi-Arabien, Nicaragua, Malawi, Kenia
2000	Jochen Schuster		Eritrea
2001	Gudrun Kern	Ä3W German Doctors	Indien, Ruanda, Kenia, Bangladesh
2002	Gisela Sperling	Cap Anamur	Gambia, Vietnam
2003	Johannes Helmig	Cap Anamur	Afghanistan, Somalia, Libanon
2004	Anett Pfeiffer / Konrad Pfeiffer	CIM	Mosambik
2005	Hans-Henning Koch		Indien, Kenia
2006	Peter Stankowski		Nicaragua, Deutschland
2007	Bernhard Höhmann	AGEG	Nigeria, Uganda, Lybien, Kirgisistan
2008	Hartmuth Kasischke	GTZ	Bolivien, Peru, El Salvador
2009	Gabriele Hullmann	Orden Gem.Selig-Pr	Zaire, Kongo, Ruanda
2010	Eva Grabosch	DED	Yemen, Malawi, Ruanda, Namibia, Guinea
2011	Angelika Krug	kirchl. Organsiationen	Südafrika
2012	Werner Strahl	Cap Anamur, IPPNW	Sierra Leone, Somalia, Kambodscha
2013	Antke Züchner	AGEH	Tansania, Togo, Palästina
2014	Rolf Huenges	DED	Tansania
2015	Werner Deigendesch	Caritas	Westbank Palästina
2016	Matthias Röbbelen	Archemed	Eritrea
2018	Kathrin Baumgartner	Cap Anamur	Sudan, Sierra Leone

Abb. 1: Kathrin Baumgartner, Preisträgerin 2018



Dr. Gottfried Huss
 Beaufragter „Pädiater in Krisenregionen“ des BVKJ
 Sonnenweg 7
 79618 Rheinfelden
gorehuss@googlemail.com

Literaturangaben beim Verfasser.

Globale Kindergesundheit

Vivien Hülsen, Susanne Carai, Martin Weber

Global ist die Kindersterblichkeit stark gesunken. Dennoch sterben jährlich weiterhin mehr als 6 Millionen Kinder und Jugendliche unter 15 Jahren – oft an vermeidbaren oder gut behandelbaren Krankheiten. Häufig fehlen Ländern, besonders im Globalen Süden, die Kapazitäten und Ressourcen, um Mortalität und Morbidität zu senken und die nachhaltigen Entwicklungsziele (SDGs) zu erreichen. Der Artikel befasst sich mit dem Stand der globalen Kinder- und Jugendgesundheit und stellt Programme vor, die von der WHO und anderen Organisationen der Vereinten Nationen initiiert worden sind, um die Situation der Kindergesundheit in der Welt zu verbessern.

Globale Trends in Kinderkrankheiten und Mortalität

Weltweit sterben jährlich mehr als 6 Millionen Kinder und Jugendliche unter 15 Jahren – oft an vermeidbaren Krankheiten. Zwar ist die Sterblichkeitsrate für Kinder unter 5 Jahren seit den 90er Jahren stark gesunken (Abb. 1), dennoch lag sie global 2018 immer noch bei 39 pro 1.000 Lebendgeburten. Das bedeutet, dass von 26 Kindern eines stirbt, bevor es sein 5. Lebensjahr erreicht. Dies ist noch weit vom Ziel der 25 Todesfälle pro 1.000 Lebendgeburten der Ziele für nachhaltige Entwicklung (Sustainable Development Goals, SDGs) der Vereinten Nationen entfernt. Die SDGs sehen weiterhin vor,

die Sterblichkeit an vermeidbaren Krankheiten von Kindern und Neugeborenen bis 2030 vollständig zu eliminieren. 2 Sekundärziele sollen bis 2030 erreicht werden: die Säuglingssterblichkeit auf 12 pro 1.000 Lebendgeburten und die Kindersterblichkeit (Kinder unter 5) auf 25 pro 1.000 Lebendgeburten zu reduzieren.

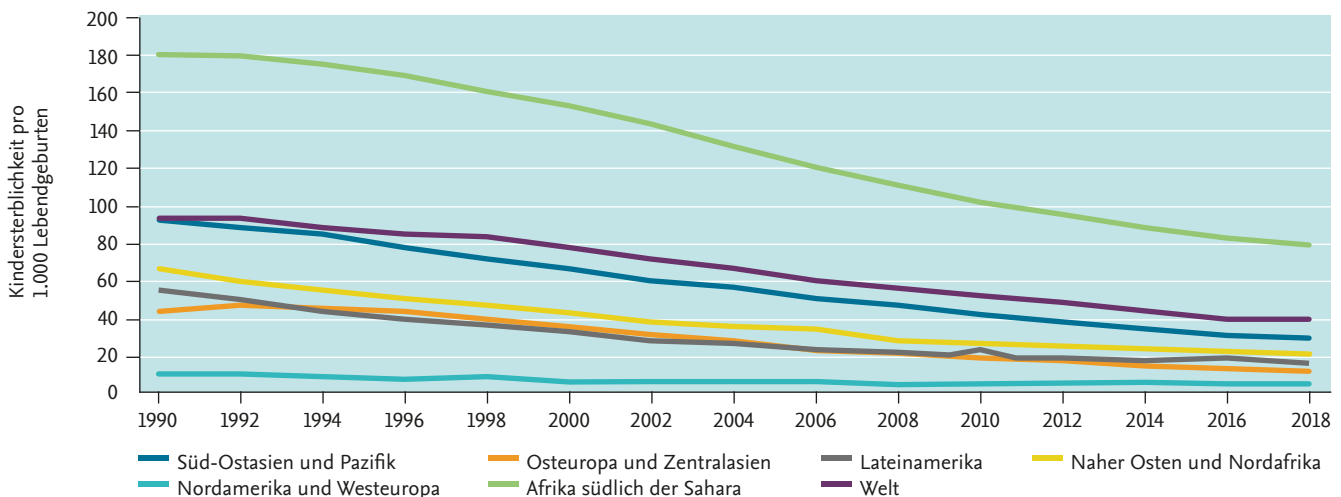
Global sind die Haupttodesursachen für Kinder unter 5 Jahren Pneumonie, Durchfall, Verletzungen und Malaria (Abb. 2). Für Kinder mit Mangelernährung – besonders prävalent im Globalen Süden – ist es noch wahrscheinlicher, an diesen Krankheiten zu sterben. Ernährungsbedingte Faktoren tragen zu etwa 45% der Todesfälle bei Kindern unter 5 Jahren bei.

Führende Todesursachen bei Neugeborenen sind Frühgeburtlichkeit, Geburtskomplikationen und Sepsis. Die Säuglingssterblichkeit sank seit den 90er Jahren weniger stark als die der Kinder unter 5 Jahren (2,6% bzw. 3,6%), was für einen relativen Anstieg der Säuglingssterblichkeit von 40% auf 47% sorgte (Abb. 2), bezogen auf alle Todesfälle von Kindern unter 5 Jahren von 1990 bis 2018.

Die meisten dieser Krankheiten könnten durch Prävention und adäquate Behandlung verhindert werden, doch oft scheitert es am Zugang zum Gesundheitssystem, besonders für Kinder, die in extremer Armut leben. Dies sind laut Schätzungen der Weltbank (2016) ca. 19,5% aller Kinder weltweit, im Vergleich zu 9,2% der Erwachsenen.

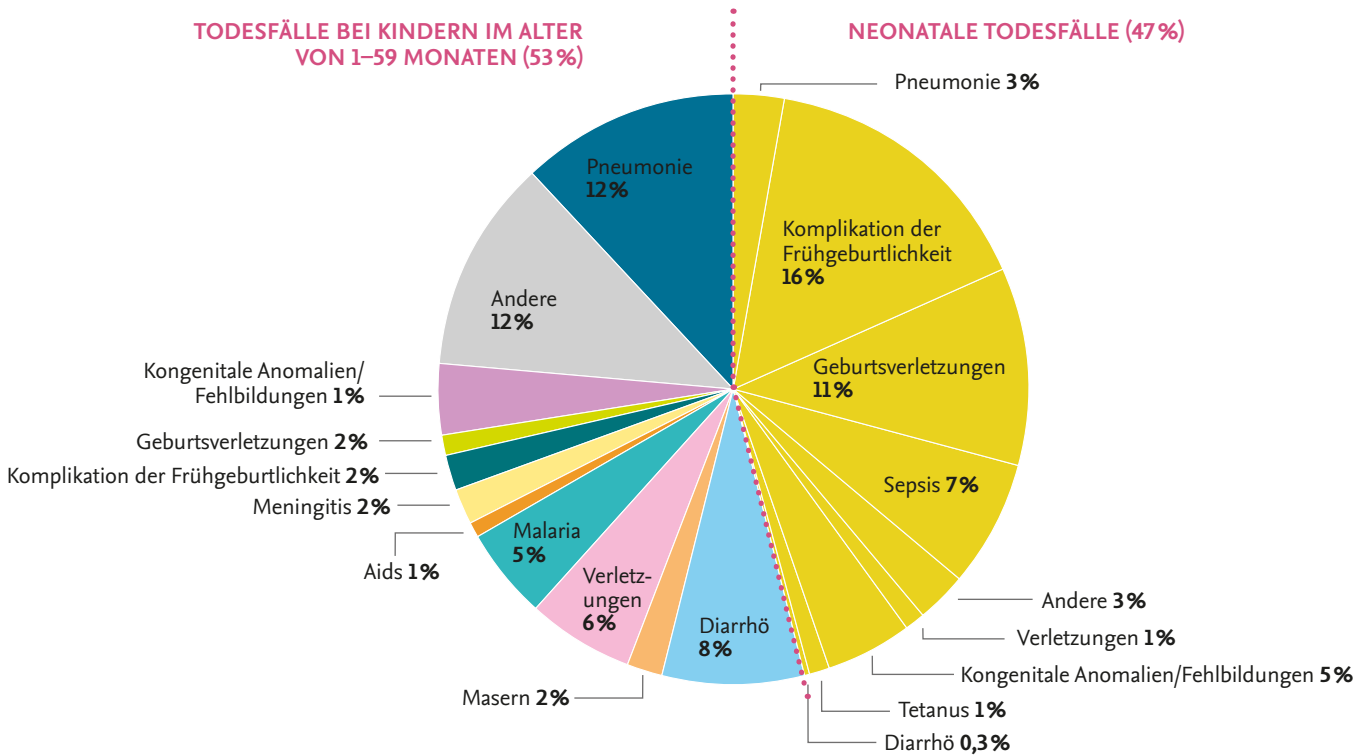
Deutliche Unterschiede zeigen sich in der Kinder- und Jugendsterblichkeit bei Disaggregation nach Alter des Kindes und

Abb. 1: Kindersterblichkeitsrate pro 1.000 Lebendgeburten unter 5 Jahren nach Region



Quelle: UN IGME 2019

Abb. 2: Todesursachen von Neugeborenen und Kindern unter 5 Jahren

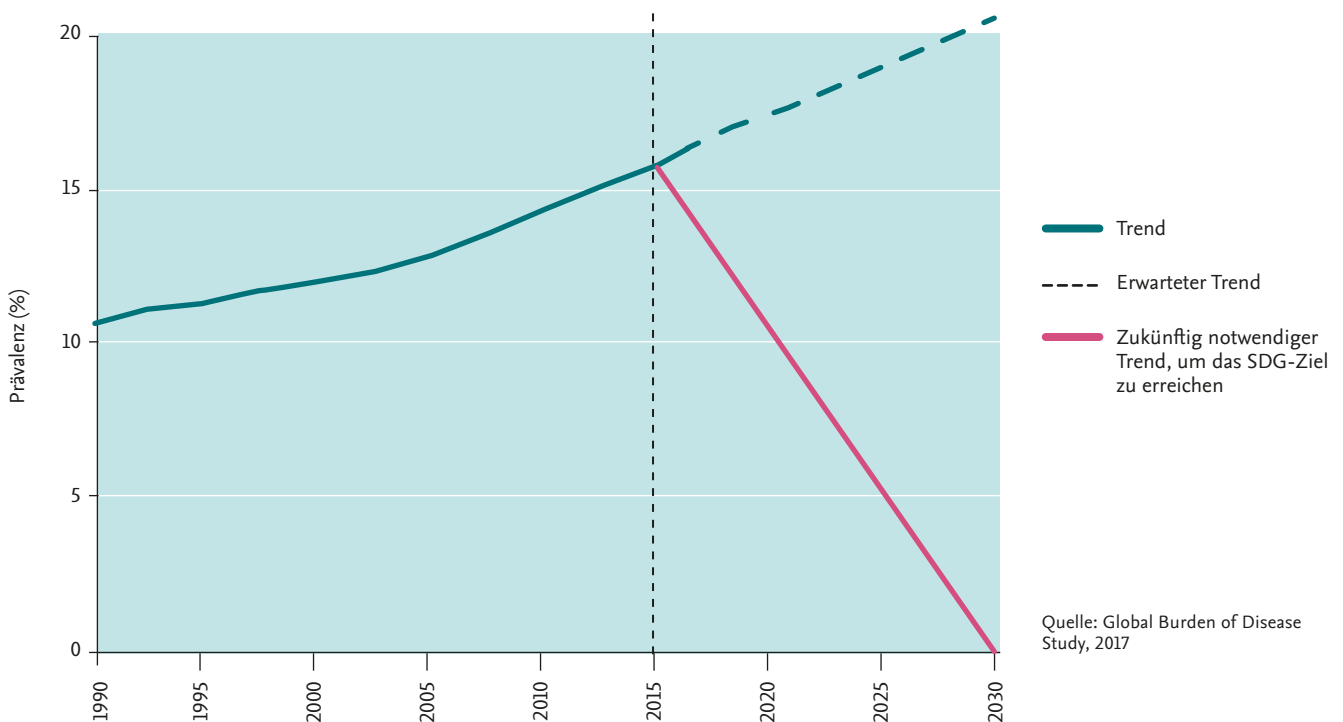


Quelle: UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation – UN IGME 2019

Einkommensstand des Landes. Kinder in Entwicklungsländern im Alter von 1 bis 9 Jahren sterben hauptsächlich an übertragbaren Krankheiten, während Kinder in Industrieländern an nichtübertragbaren Krankheiten sterben. Erst im Jugendalter gleichen sich

Todesursachen an (mit Ausnahme von HIV/Aids und intestinalen Infektionskrankheiten). Mit 520.000 HIV-Neuinfektionen pro Jahr für 15- bis 24-Jährige ist Afrika südlich der Sahara maßgeblich an diesem Trend beteiligt.

Abb. 3: Globale Prävalenz von Übergewicht bei Kindern im Alter von 2 bis 4, 1990 bis 2015 mit einer Projektion bis 2030 und der Linie, die für das Erreichen der SDGs nötig wäre



Etwa 13 % der Kinder unter 5 Jahren weltweit sind untergewichtig und etwa 22 % ernährungsbedingt minderwüchsig (engl: stunted), was bedeutet, dass sie für so lange Zeit unterernährt gewesen sind, dass ihr Wachstum gehemmt wurde. Dies ist damit ein Langzeitindikator für Mangelernährung. Jedoch sind nicht nur Untergewicht und Minderwuchs problematisch. Die globale Prävalenz für Übergewicht von Kindern zwischen 2 und 4 Jahren liegt bei knapp 16 % (mit einer stark steigenden Tendenz), was eine zusätzliche Belastung für die öffentliche Gesundheit und die Zukunft des Einzelnen darstellt (Abb. 3).

Im Kontext von sich verändernden Ernährungsstrukturen, Einkommenswachstum, Urbanisierung und Globalisierung ist eine weitere Problematik entstanden: das Doppelproblem der Mangelernährung (engl.: double burden of malnutrition oder auch hidden hunger) – ein Zustand, in dem ein Kind übergewichtig ist und gleichzeitig einen Mikronährstoffmangel hat. Das Doppelproblem betrifft Länder mit hohem Einkommen und niedrigem Einkommen gleichermaßen und resultiert aus kalorienreicher, aber nährstoffarmer Nahrung. Unterschiedlich ist das Vorkommen im sozialen Gefälle – während in Ländern mit hohen Einkommen vor allem ärmere Schichten betroffen sind, sind es reichere Schichten in Ländern mit niedrigen Einkommen. Das Doppelproblem kann sich auch auf Haushalts- und Bevölkerungsebene manifestieren. Dies drückt sich durch das Vorhandensein von Unter- und Übergewicht im gleichen Haushalt beziehungsweise der gleichen Population aus.

Maßnahmen zur Förderung von Kinder- und Jugendgesundheit

Um die globalen Probleme der Kindergesundheit anzugehen, haben WHO und UNICEF globale Programme ins Leben gerufen: WaSH – ein Akronym für water, sanitation and hygiene – propagiert universalen, bezahlbaren und nachhaltigen Zugang zu Wasser, sanitären Anlagen und Hygiene, um Durchfall und anderen durch verunreinigtes Wasser verursachten Krankheiten vorzubeugen. 2018 hatten weltweit nur 69% aller Schulen Zugang zu sauberem Wasser. Verunreinigtes Wasser verursacht nicht nur akute Erkrankungen, sondern kann auch langfristig chronische Darm-erkrankungen zur Folge haben. Dies verhindert die Aufnahme von Mikronährstoffen und führt zu Mangelernährung, was wiederum die Anfälligkeit für andere Krankheiten erhöht.

Der Integrated Global Action Plan for the Prevention and Control of Pneumonia and Diarrhoea (GAPPD) hat zum Ziel, die Sterblichkeit von Kindern unter 5 Jahren durch Lungenentzündung auf 3 pro 1.000 Lebendgeburten und für Durchfall auf 1 pro 1.000 zu senken. Hier gilt es vor allem, bestehende Evidenz in die Praxis umzusetzen. Erfolgreiche bekannte präventive Maßnahmen sind Stillen bis zum Ende des 6. Monats, Impfungen, Händewaschen und Zugang zu sauberem Trinkwasser. Für erkrankte Kinder ist das Case Management, die adäquate Behandlung mit einfachen Behandlungsalgorithmen, die Hauptkomponente (siehe unten, IMCI). Fortschritte in 136 Ländern werden anhand von Indikatoren gemessen und in Länderprofilen bereitgestellt.

Das World Food Programme und das Kinderhilfswerk UNICEF der Vereinten Nationen unterstützen Ernährungsprogramme in Schulen, wo Kinder mit nährstoffreichem Essen versorgt werden. Darüber hinaus gibt es in vielen Ländern Supplementierungsprogramme mit Vitamin A und Eisen, um Anämie und Vitamin-A-Mangel vorzubeugen.

Die WHO initiierte 1975 das Expanded Programme of Immunization (EPI) mit dem Ziel, allen Kindern die wichtigsten Impfungen zukommen zu lassen. 1984 enthielt der Standard-Impfplan 6 Hauptantigene: BCG gegen Tuberkulose, die orale Polio-Vakzine, den Dreifachimpfstoff gegen Diphtherie, Pertussis und Tetanus und die Masernimpfung. Später kamen Gelbfieberimpfungen in Afrika und Südamerika sowie Hepatitis B und Hämophilus influenzae Typ B (Hib) auf allen Kontinenten hinzu. Die Global Alliance for Vaccines and Immunization (GAVI) ermöglicht die Bereitstellung von kostenlosen oder stark subventionierten Impfungen für die ärmsten Länder. Trotzdem haben Schätzungen zufolge 19 Millionen Kinder im Jahr 2019 nicht alle grundlegenden Impfungen bekommen. Länder mit mittlerem Einkommen, aber unzureichender Gesundheitsversorgung, werden von GAVI nicht berücksichtigt. EPI ist zudem relativ langsam in der Einführung neuer Impfungen, wie zum Beispiel der Pneumokokkenvakzine (PCV) und der gegen das humane Papillomvirus. Eine Welle von Impfszurückhaltung (engl: vaccine hesitancy) tritt verstärkt in Industrieländern auf. Mitte November 2019 lag die Anzahl der Todesfälle durch Masern global bei bereits 140.000, was ein Anstieg von 16,9% im Vergleich zum gesamten Vorjahr ist.

Mortalität und Morbidität beschränken sich jedoch nicht nur auf Kinder unter 5 Jahren.

Mehr als 3.000 Jugendliche sterben jeden Tag – ebenfalls an weitgehend vermeidbaren Krankheiten. Der Plan der Global accelerated action for the health of adolescents (AA-HA!) hilft Regierungen in der Planung und Umsetzungen von konkreten Maßnahmen zur Verringerung der Jugendsterblichkeit.

Qualitätsverbesserung von Gesundheitsleistungen für Kinder und Jugendliche

Integrated Management of Childhood Illness

Die WHO hat in Zusammenarbeit mit UNICEF eine Strategie zur integrierten Behandlung kindlicher Erkrankungen (Integrated Management of Childhood Illness, IMCI) entwickelt. IMCI wurde ursprünglich für Länder mit niedrigem Pro-Kopf-Einkommen und einer Säuglingssterblichkeit von über 40 pro 1.000 Lebendgeburten konzipiert, in denen auch Malaria endemisch ist. Diese Strategie verbindet Richtlinien zur Behandlung kranker Kinder mit Maßnahmen zur Verbesserung der Ernährung, Schutzimpfungen, der Krankheitsprävention und der Unfallprophylaxe sowie Schritte zur Verbesserung des psychosozialen Umfeldes des Kindes und des gesundheitlichen Wohlbefindens der Mutter. Ziel der Strategie ist es, durch verschiedene Maßnahmen Mortalität, Häufigkeit

und Ausmaß von Erkrankungen und Behinderungen zu reduzieren sowie Wachstum und Entwicklung zu fördern.

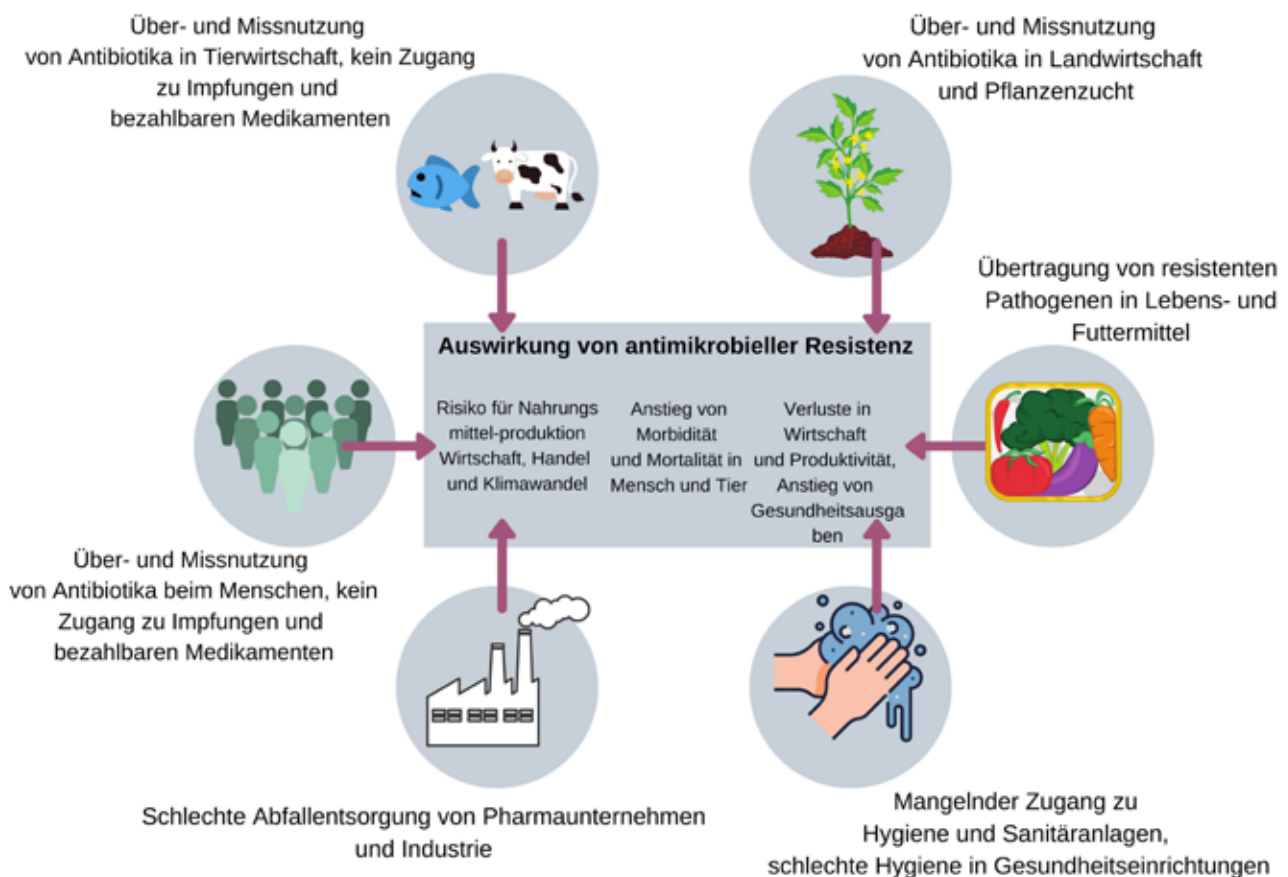
Pocketbook of Hospital Care for Children

2005 richtete die WHO ein Programm zur Qualitätsverbesserung in Krankenhäusern in Entwicklungsländern ein und publizierte das Pocketbook of Hospital Care for Children. Dieses Handbuch gilt als Leitfaden zur Behandlung von Kinderkrankheiten unter den Rahmenbedingungen begrenzter Ressourcen und ist das Kernstück des Programms. Das Buch wurde in viele Sprachen übersetzt und im Rahmen des Programmes zusammen mit Trainingskursen in Krankenhäusern eingeführt. Neben der stationären Behandlung eignet sich das Handbuch ebenfalls für Ärzte, die in einer Ambulanz in Entwicklungsländern oder im Rahmen der Katastrophenhilfe tätig sind. Die WHO arbeitet momentan am „Pocketbook of Primary Health Care for Children and Adolescents“, einem Leitfaden für Ärzte, die in der medizinischen Grundversorgung auch in Europa arbeiten.

Antimikrobielle Resistenzentwicklung

Trotz erheblicher Verbesserungen haben Millionen von Menschen noch immer keinen Zugang zu angemessener Gesundheitsversorgung, einschließlich des Zugangs zu Antibiotika, wenn diese indiziert sind. Die Gründe sind vielfältig: mangelnder physischer Zugang und hohe persönliche Gesundheitsausgaben (engl: out-of-pocket expenditures) sorgen dafür, dass die Gesundheitsversorgung nicht genutzt werden kann. Der Anteil der Gesundheitsausgaben, die vom Individuum selbst getragen wurden, variierte von knapp 20% in Ländern mit hohem Einkommen bis zu 76% in Ländern mit niedrigem Einkommen (2016). Diese Gesundheitsausgaben können Familien, besonders mit Kindern, in die Armut treiben. Problematisch ist jedoch nicht nur der Zugang: Als Folge von Übernutzung und Missbrauch von Antibiotika ist wirksame Versorgung ein zunehmendes Problem. Die Antibiotikaresistenz wird durch mehrere Faktoren verursacht (Abb. 4), von denen viele durch eine gut funktionierende medizinische Grundversorgung und eine Förderung von Gesundheitskompetenz angegangen werden können.

Abb. 4: Antriebskräfte von mikrobieller Resistenzentwicklung



Quelle: adaptiert von IACG, 2019

Globale Standards für Gesundheit in der Schule

Schulen sind die ideale Plattform, um Kindern viele der Gesundheitsleistungen zu bieten, die sie brauchen. 1995 hat die WHO die School Health Initiative gegründet, mit dem Ziel, Schulen in allen Ländern zu Health Promoting Schools (HPS) zu machen.

Das Konzept der gesundheitsfördernden Schulen basiert auf 6 Punkten: (1) gesunde Schulpolitik (2) aktives Schulumfeld (3) soziales Schulumfeld (4) Gesundheitskompetenz (5) Verbindung zu Eltern und Gemeinde und (6) Zugang zu (Schul-)Gesundheitsdiensten.

Um jede Schule zu einer gesundheitsfördernden Schule zu machen, müssen Gesundheits- und Bildungssektor eng zusammenarbeiten. Das Netzwerk Schools for Health in Europe ist für die Implementierung von HPS in europäischen und zentralasiatischen Ländern verantwortlich.

Globale und regionale Strategien

Die Globale Strategie für Frauen-, Kinder- und Jugendgesundheit

Um die Ziele der SDGs umzusetzen, hat die WHO die Global Strategy for Women's, Children's and Adolescent's Health 2016-2030 ins Leben gerufen. Politische Führungskräfte und Entscheidungsträger sollen inspiriert werden, ihre Arbeit zur Verbesserung der Gesundheit und des Wohlbefindens von Frauen, Kindern und Jugendlichen weiter zu beschleunigen. Die Strategie soll als Leitfaden dienen, der es Menschen und Gemeinschaften ermöglicht, Veränderungen voranzutreiben, ihre Rechte geltend zu machen und politische Führungskräfte zur Verantwortung zu ziehen.

Regionale Strategie für Kinder- und Jugendgesundheit in Europa

Für die Europäische Region der WHO gibt es eine spezifische Strategie zur Förderung der Kinder- und Jugendgesundheit (2015–2020). Diese haben die Mitgliedsstaaten verabschiedet, um identifizierte Versorgungslücken zu schließen. Das Regionalbüro der WHO hat Länderprofile der 53 Mitgliedsstaaten erstellt, um Fortschritte bei der Umsetzung der Strategie zu verfolgen. Diese Länderprofile werden auf dem European Health Information Gateway der WHO zur Verfügung gestellt und basieren auf Daten einer Basiserhebung von 2017, die von der WHO mit den Gesundheitsministerien durchgeführt wurde, und anderen bereits veröffentlichten Daten. An einer Strategie für 2021–2030 wird gegenwärtig gearbeitet.

Systemprobleme

Programme und Strategien sind wichtige Ansätze, um Länder bei der Verbesserung der Gesundheitsversorgung zu unterstützen. Sie sind jedoch nicht ausreichend, um nachhaltigen Fortschritt zu erreichen, wenn die zugrundeliegenden Gesundheitssysteme rigide, unterfinanziert und korrupt sind.

Im Jahr 2016 variierte der Anteil der Gesundheitsausgaben gemessen am Bruttoinlandsprodukt (BIP) in den Ländern von 1,32 % in Ländern mit niedrigem Einkommen bis zu 10 % in Ländern mit hohem Einkommen. In Ländern mit mittlerem Einkommen im unteren Bereich liegt der Wert nur bei 1,28 %. Der Anteil an Militärausgaben, prozentual am BIP gemessen, lag 2016 bei allen Länder-Einkommensgruppen zwischen 6 und 8 %. Dies spiegelt die Prioritätensetzung der Länder deutlich wider. Um eine universale Gesundheitsversorgung (universal health coverage) und niedrige Kindersterblichkeit zu erreichen, müssen seitens der Regierungen massive Investitionen ins Gesundheitssystem und in die Kinder- und Jugendgesundheit vorgenommen werden.

Fazit

Trotz erheblicher Verbesserung sterben Neugeborene, Kinder und Jugendliche weiterhin an vermeidbaren Krankheiten und erhalten nicht die Versorgung, die ihnen zusteht, weshalb sie ihr volles Potenzial nicht ausschöpfen können. Internationale Organisationen müssen eng und effizient mit Regierungen zusammenarbeiten, um die Ziele der SDGs zu erreichen. Um nachhaltige Verbesserungen zu bewirken, müssen darüber hinaus erhebliche Investitionen in die Gesundheitssysteme erfolgen. Globale und regionale Kinder- und Jugendstrategien helfen bei der Umsetzung dieser Ziele.

Vivien Hülsen, B. Sc.
Stipendiatin Carlo Schmid Programm für
Praktika in Internationalen Organisationen
WHO Regional Office for Europe
Abteilung für Kinder- und Jugendgesundheit
UN City
Marmorvej 51
DK-2100 Copenhagen

Susanne Carai, Ärztin, M. Sc.
Universität Witten/Herdecke, Witten
WHO Regional Office for Europe
Abteilung für Kinder- und Jugendgesundheit
UN City
Marmorvej 51
DK-2100 Copenhagen

Priv.-Doz. Dr. M. W. Weber, Ph.D.
Programme Manager für Kinder- und Jugendgesundheit
in der WHO
WHO Regional Office for Europe
Abteilung für Kinder- und Jugendgesundheit
UN City
Marmorvej 51
DK-2100 Copenhagen
weberm@who.int

Literaturangaben bei den Verfassern.



Jahre BVKJ e.V.



Ach, mein Gott,

**wenn man ganz ehrlich
zu sich ist, färbt die Zeit
die Erinnerungen
natürlich schön.**



**Wolfgang Niedecken,
Sänger und Songwriter der Rockband BAP aus Köln,
dem Sitz der Geschäftsstelle des BVKJ**

**Rückblicke,
Einblicke
und Ausblicke ▶**

Der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte im 50. Jahr

Wo kommen wir her? Wo stehen wir? Welche Perspektiven gibt es?

Ronald G. Schmid

Der BVKJ wurde in Folge eines Beschlusses der Mitgliederversammlung der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde (DGK; später DGKJ) im September 1970 als eingetragener Verein gegründet. Die Vorgeschichte der Gründung reicht allerdings bis in das Jahr 1926 zurück. Im Jahr 1926 wurde auf der 37. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde eine „wirtschaftliche Abteilung“, damals unter der Leitung von Dr. Dünzelmann aus Leipzig, gegründet. Wenn diese wirtschaftliche Abteilung als Grundlage der BVKJ-Entstehung herangezogen würde, würde der BVKJ im Jahr 2026 sein 100-jähriges Jubiläum feiern.

Die Vorläufer des BVKJ von 1926 bis 1950

Wie waren in den 1920er Jahren die Rahmenbedingungen? Auf der Jahrestagung 1926 fasste die Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde (DGK) folgenden Beschluss: „Kinder in Krankenhäusern sind einem Facharzt für Kinderheilkunde zu unterstellen, gleichgestellt zu Internisten und Chirurgen.“ Dies drückt die Stellung der Pädiatrie im Krankenhaus und im Allgemeinen deutlich aus. Die Diskussion in der wirtschaftlichen Abteilung war aber eher geprägt von den problematischen finanziellen Rahmenbedingungen in der Praxis.

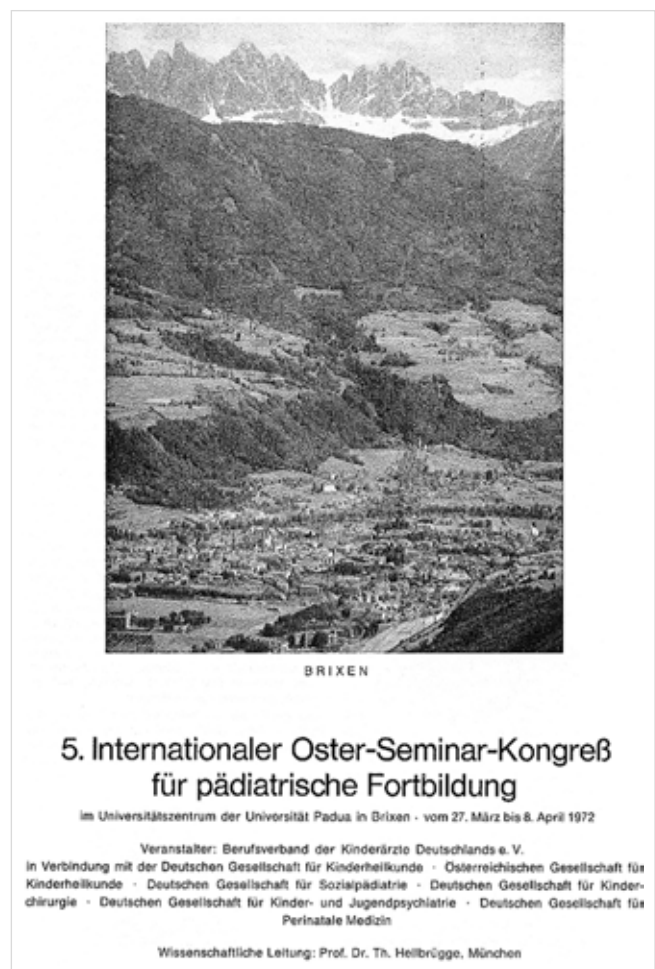
Ein Rundschreiben der wirtschaftlichen Abteilung im Jahr 1929 an die Mitglieder der DGK stellt die Probleme dar: „Eine Zusammenarbeit sämtlicher Kinderärzte als Kampforganisation hält der Ausschuss heute noch nicht für zulässig. Ob eine derartige Organisation, wenn die Bedrückungen der Kinderärzte so fortgesetzt werden, einmal nötig wird, muss die Zukunft lehren.“ Die wirtschaftliche Situation der Ärzte wurde im weiteren Verlauf wesentlich durch die Gründung der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) im Jahr 1932 geprägt, allerdings vorwiegend auf Betreiben des Hartmannbundes.

Die Nachkriegszeit bis zur Gründung des BVKJ

Ein weiterer Schritt zum BVKJ war 1951 die Gründung einer „Abteilung für Berufsfragen in der Deutschen Gesellschaft“, koordiniert von Prof. Dr. Klinke und Dr. Selter.

Die wirtschaftliche Situation der Kinder- und Jugendärzte gestaltete sich in den nächsten 20 bis 40 Jahren zunehmend problematisch. Einen zunächst gar nicht so geplanten Einfluss auf dieses Problem nahm der erste pädiatrisch organisierte und geleitete Kongress 1968 in Brixen. Veranstalter war der Berufsverband der Kinderärzte Deutschlands e.V. in Zusammenarbeit mit anderen Gesellschaften unter der wissenschaftlichen Leitung von Professor Hellbrügge (Abb. 1). Zuvor waren pädiatrische Fortbildungsveranstaltungen nur im Rahmen von größeren Veranstaltungen der Bundesärztekammer (Grado, Meran, Davos u. a.) als ein Segment im Gesamtkongress angeboten worden.

Abb. 1: Der vom BVKJ veranstaltete Internationale Oster-Seminar-Kongress in Brixen war die Kernzelle der Gründung des BVKJ.



Auf diesen damals noch 2-wöchigen Kongressen in Brixen wurde die wirtschaftliche Situation erstmals in größerem Rahmen diskutiert. Eine Gruppe um Dr. Fölsing, Dr. Wollinger, Dr. Böllhoff, Prof. Dr. Schmid und Prof. Dr. Hellbrügge traf sich im Rahmen des Kongresses regelmäßig im „Pacherhof“ und anderen Weinstuben in Brixen und beschloss, „etwas zu unternehmen.“

Die Gründung des BVKJ

Auf dem 3. Oster-Seminar-Kongress 1970 wurde von 175 Tagungsteilnehmern eine Resolution an die Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde gerichtet, mit dem Anliegen, die Abteilung für Berufsfragen als selbständigen Berufsverband tätig werden zu lassen. Die Mitgliederversammlung der DGK nahm dies im September 1970 mit nur einer Gegenstimme an. Der Berufsverband der Kinderärzte (BVK; später BVKJ) wurde gegründet.

Im Oktober 1973 fand der 1. Kongress des Berufsverbandes der Kinderärzte in Deutschland selbst statt, und zwar in Bad Orb. Dieser Kongress wurde damals vom Vorstand als notwendig angesehen und von Prof. Dr. Franz Schmid aus Aschaffenburg und Prof. Dr. Palitzsch aus Gelnhausen organisiert und über die ersten Jahrzehnte erfolgreich durchgeführt. Die optischen Eindrücke aus dem Kinder- und Jugendarzt im Januar 1974 zeigen die recht bescheidenen Rahmenbedingungen der Anfänge des Kongresses, u. a. das alte Kurhaushotel, das später durch das Steigenberger Hotel ersetzt wurde, aber auch das alte Mineral-Sole-Bewegungsbad (Abb. 2).

Abb. 2: Der erste Kongress des BVKJ fand im Oktober 1973 mit ca. 80 Teilnehmern im Kurhaushotel in Bad Orb statt.



Bad Orb wurde als Kongressort, aber auch als Ort der Fortentwicklung des BVKJ, insbesondere durch die dort stattfindenden Delegiertenversammlungen, Wahlen und Vorstandssitzungen, im Laufe der nächsten Jahrzehnte Mittelpunkt der BVKJ-Arbeit (Abb. 3).

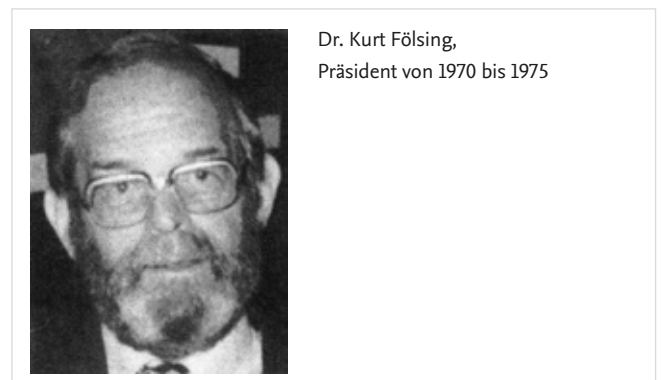
Abb. 3: Die Delegiertenversammlung 1976 in Bad Orb. Dort fanden bis 2019 alle Delegiertenversammlungen, Wahlen und zahlreiche Sitzungen statt.



Die Führung des BVKJ von 1970 bis 2020

Von der Gründung bis zum 50. Geburtstag des BVKJ wurde der Verband von 7 Präsidenten (Abb. 4) und von 10 Vizepräsidenten (Tab. 1) regiert. Die 3 ersten Präsidenten Dr. Fölsing, Dr. Wollinger und Dr. Schmidt waren in den ersten 21 Jahren unermüdlich tätig und ein Glücksgriff für den BVKJ. Es gelang ihnen – zum Teil unter großen Widerständen –, die Grundlagen für den Einfluss, den der BVKJ heute hat, zu schaffen. In den ersten 10 Jahren musste erst das Fundament für die Akzeptanz des BVKJ in der politischen Landschaft gelegt werden. Dr. Schmidt ist als der „Wiedervereinigungspräsident“ in die Geschichte eingegangen. Ihm kam zugute, dass er selbst aus dem Osten stammte und immer den richtigen Ton in einer schwierigen Zeit fand. Als Sprecher des Ausschusses Klinikärzte kam ich in dieser Zeit viel in den neuen Bundesländern herum. Es war immer das Gleiche: Dr. Schmidt war schon dagewesen und hatte die Grundlagen für eine gute Zusammenarbeit gelegt. Die Zeit nach 1991 wird im nächsten Beitrag vom Ehrenpräsidenten geschildert.

Abb. 4: Die 7 Präsidenten des BVKJ von 1970 bis 2020





Dr. Rolf Wollinger,
Präsident von 1975 bis 1983



Dr. Thomas Fischbach,
Präsident seit 2015



Dr. Werner Schmidt,
Präsident von 1983 bis 1991



Dr. Wolfgang Meinrenken,
Präsident von 1991 bis 1997



Dr. Klaus Gritz,
Präsident von 1997 bis 2003



Dr. Wolfram Hartmann,
Präsident von 2003 bis 2015

Tab 1: Die 10 Vizepräsidenten

- 1970–1983 Prof. Dr. Franz Schmid, Aschaffenburg
- 1983–1987 Dr. Rolf Wollinger, Bingen
- 1987–1990 Dr. Klaus Gritz, Hamburg
- 1991 Dr. Wolfgang Meinrenken, Bremen
- 1991–2007 Prof. Dr. Hans-Jürgen Nentwich, Zwickau
- 2007–2019 Prof. Dr. Ronald Schmid, Altötting
- 2015–2019 3 Vizepräsidenten
Prof. Dr. Ronald Schmid, Altötting
Dr. Sigrid Peter, Berlin-Wildau
Dr. Roland Ulmer, Lauf bei Erlangen
- 2019– 2 Vizepräsidenten
Dr. Sigrid Peter, Berlin-Wildau
Prof. Dr. Wolfgang Kölfen, Mönchengladbach

Die Bedeutung der Zeitschrift „Kinder- und Jugendarzt“

Eine bedeutende Ebene der Tätigkeit des BVKJ waren von Anfang an die Aktivitäten durch Publikationen. In erster Linie ist das Publikationsorgan „Der Kinderarzt“ (später „Kinder- und Jugendarzt“), das auch im 50. Jahr noch monatlich erscheint, zu erwähnen. Der Beginn der Zeitschrift „Der Kinderarzt“ ist sehr eng mit dem Namen Prof. Dr. Theodor Hellbrügge verbunden, der diese Zeitschrift in den ersten Jahrzehnten intensiv geprägt hat und die heute eine unersetzliche Dokumentation der Geschichte des BVKJ bietet. Prof. Dr. Hellbrügge war als verantwortlicher Schriftleiter tätig. Vorstand und Redaktionsausschuss waren über alle Jahrzehnte sehr eng miteinander verknüpft und bestimmten in wesentlichen Anteilen die Richtlinien der Publikationspolitik. Als Beispiel für das Anliegen der umfassenden Vertretung der Interessen von Kindern und Jugendlichen seien 3 Publikationen aus dem Jahr 1989 aufgeführt:

Abb. 5: Die operative Versorgung von Kindern in der Bundesrepublik Deutschland, zusammen mit zahlreichen anderen Verbänden



Abb. 6: Die Stellungnahme zur Charta für Kinder im Krankenhaus



Abb. 7: Aufbau der stationären pädiatrischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland



Auch das Kernanliegen des BVKJ, die Kinder- und Jugendärzte bei der Abrechnung in der pädiatrischen Praxis zu unterstützen, ist im „Kinderarzt“ seit der ersten Ausgabe zentraler Bestandteil.

Die Zahl der beruflich tätigen Kinder- und Jugendärzte

Die Zahl der Kinderärzte bzw. später Kinder- und Jugendärzte hat sich in den letzten 50 Jahren mehr als verfünffacht. Auch die Einkommensverhältnisse haben sich, nicht zuletzt durch die Tätigkeit des BVKJ, deutlich verbessert. Dies gilt auch für die Betrachtung des Rankings innerhalb der Arztgruppen. Dazu einige Zahlen:

Im Jahr 1960 waren im Bundesgebiet 2.621 Fachärzte für Kinderheilkunde tätig. 1976 waren es 4.586 (darüber hinaus waren damals 121 Kinderchirurgen und 138 Kinder- und Jugendpsychiatern tätig). Diese Zahl ist bis zum Jahr 2016 auf 14.666 beruflich tätige Kinder- und Jugendärzte (KJÄ) angestiegen. 2016 waren 7.244 KJÄ ambulant, 5.984 stationär und 535 in Behörden tätig.

Die Kinder- und Jugendärzte in der Praxis

Kinderärzte bzw. später Kinder- und Jugendärzte verdienten 1964 bei durchschnittlich 1.800 RVO-Patienten à 10 DM und 845 Ersatzkassenpatienten à 17,15 DM plus Privathonorar bei Unkosten von ca. 1/3 einen Praxisnettoertrag als zu versteuerndes Einkommen von 16.000 € (ca. 31.000 DM) pro Jahr.

Der durchschnittliche Kinderarzt verdiente 1975, nach Abzug der Unkosten von damals schon 43%, 75.000 bis 80.000 €.

Im Jahr 2016 lag diese Summe bei ca. 163.000 € (Zipp-Daten). Damit haben sich die Verdienste bis 1975 um den Faktor 4,7 erhöht, bis 2016 um den Faktor 10. Der vergleichbare Bruttoverdienst für Arbeitnehmer ohne Kinder hat nach den Daten des Statistischen Bundesamtes von 1965 bis 2017 um den Faktor 7,2 zugenommen.

Ursache dieser Honorarsteigerung ist zunächst einmal die etwas günstigere Verteilung der Honorare zugunsten der Hausärzte und Kinder- und Jugendärzte innerhalb der Arztgruppen. Wesentliche Faktoren sind aber auch die zunehmende Arbeitsverdichtung bis hin zur Arbeitsüberlastung. Derzeit sind die Kinder- und Jugendarztpraxen oft nicht mehr in der Lage, die regionale Basisversorgung ohne große Anstrengungen und interne Absprachen aufrechtzuerhalten. Ursache dafür ist bei abnehmender Auslastung der Praxen durch Akutkrankheiten (z. B. durch den Wegfall der Kinderkrankheiten durch den Impfschutz) die Ausweitung der Leistungen in der Prävention und durch die „neuen Morbiditäten“. Eben durch den Ausbau der Prävention konnte die Zahl und Bedeutung der Akutkrankheiten und dadurch die Morbidität und Mortalität erheblich gesenkt werden.

Prävention als neue Aufgabe

Im Mittelpunkt der Prävention stehen die Durchführung von Impfungen und Früherkennungsuntersuchungen. Früherken-

nungsuntersuchungen wurden im Januar 1971 eingeführt, mittlerweile enthält das Programm 10 Früherkennungsuntersuchungen bis zum 5. Geburtstag und 1 Jugendgesundheitsuntersuchung. Diese Früherkennungsuntersuchungen enthalten umfangreiche Maßnahmen wie u.a. Stoffwechseluntersuchungen, Höruntersuchungen und Entwicklungsuntersuchungen.

Die „neue Morbidität“

Die „neue Morbidität“ ist geprägt von Krankheiten, die in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich zugenommen haben. Ursache sind Veränderungen in der Gesellschaft und damit im sozialen Umfeld der Kinder und Jugendlichen (KiGGs-Studie, 2018). Bei einem breiten Krankheitsspektrum stehen psychosomatische Erkrankungen, Bauchschmerzen, Kopfschmerzen, Schulprobleme, Teilleistungsstörung, Störungen des Sozialverhaltens und andere durch die Anforderungen der Leistungsgesellschaft getriggerte Erkrankungen im Mittelpunkt.

Die Selektivverträge

Ein weiteres Angebot zur Stärkung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen sind die Selektivverträge. In diesen Verträgen werden mit den Krankenkassen zusätzliche Vereinbarungen zur Versorgung der jeweils der Krankenkasse angehörenden Versicherten abgeschlossen. Diese Leistungen werden in der Regel über die BVKJ-Service GmbH mit den Krankenkassen abgerechnet. Selektivverträge decken insbesondere Früherkennungsuntersuchungen zwischen dem 6. und 16. Lebensjahr ab, die nicht im Versorgungspaket der gesetzlichen Krankenversicherung enthalten sind, aber auch spezifische Untersuchungen wie besondere Hör-, Seh- und Entwicklungsdiagnostik sowie die Unterstützung der Familien zur Vermeidung von Krankheitsentwicklungen über das Früherkennungsprogramm hinaus.

Der Kinder- und Jugendarzt als Anwalt der Kinder und Jugendlichen

Durch all diese Maßnahmen und andere Entwicklungen in der Kinder- und Jugendmedizin im klinischen Bereich (u.a. Neonatologie, Subspezialisierung der Pädiater, Intensivmedizin) konnte die Mortalität und Morbidität erheblich gesenkt werden. Der BVKJ sieht in der Verbesserung von Morbidität und Mortalität, aber auch von Lebensqualität der Kinder und Jugendlichen eine seiner wesentlichen Aufgaben. Die Kinder- und Jugendärzte sehen sich als Anwälte des Kindes und versuchen dies, in den letzten Jahren auch verstärkt auf der politischen Ebene, zu Gehör zu bringen und in Verordnungen und Gesetze einzubringen.

Dieses Anliegen hat zwischenzeitlich bei der Tätigkeit des BVKJ einen sehr hohen Stellenwert erreicht und damit die Aufgaben bei der Gründung des BVKJ als Vertretung der niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte ergänzt. Dieses Anliegen wird von nahezu allen Kinder- und Jugendärzten uneingeschränkt mitgetragen bzw. der Vorstand wird zur Priorisierung dieses Anliegens von den Mitgliedern immer wieder motiviert. Der hohe Stellenwert dieses

Tätigkeitsbereiches wurde erstmals durch Dr. Werner Schmidt, dem 3. Präsidenten des BVKJ von 1983 bis 1991, zentral thematisiert. Durch die Wende ergaben sich bei der Versorgung der Kinder und Jugendlichen in 2 getrennten deutschen Systemen neue Aspekte. Gestärkt wurde der zentrale Stellenwert des Kinder- und Jugendarztes als Anwalt des Kindes. Durch alle gesellschafts- und (sozial-)politisch orientierten Studien, Forschungsaufträge und Befragungen hat sich in den letzten Jahren die hohe Bedeutung dieses Themenkomplexes bestätigt. Der Zusammenhang zwischen Gesundheit bzw. Krankheit und sozialen Rahmenbedingungen ist zwischenzeitlich anerkannt und unbestritten. Unabhängig davon ergeben sich immer wieder neue Problemstellungen wie zuletzt die Entwicklung der Medien und deren Einfluss auf Kinder und Jugendliche.

Damit wird der BVKJ auch weiterhin einen breiten Fächer von Aufgaben zu bewältigen haben.

Prof. Dr. Ronald G. Schmid
Ehemaliger Vizepräsident des BVKJ (2007–2019)
Josef-Neumeier-Str. 18
84503 Altötting
praxis@schmid-altoetting.de

Literaturangaben beim Verfasser.

Die Geschichte des BVKJ nach der Amtszeit von Dr. Werner Schmidt ab 1991

Wolfram Hartmann

Dr. Wolfgang Meinrenken aus Bremen löste am 01.11.1991 Dr. Werner Schmidt als Präsident ab, ihm folgte 1997 Dr. Klaus Gritz aus Hamburg. Ab 01.11.2003 war Dr. Wolfram Hartmann aus Kreuztal für 12 Jahre Präsident des BVKJ und mir folgte am 01.11.2015 der jetzige Präsident Dr. Thomas Fischbach aus Solingen. Vizepräsidenten in dieser Zeit waren Prof. Dr. Hans-Jürgen Nentwich (1991 bis 2007) und Prof. Dr. Ronald Schmid (2007 bis 2019).

Die Wende in Deutschland

Immer in Erinnerung wird mir die Zeit der Wende von 1989 bis 1991 bleiben. Zusammen mit dem damaligen Vorstand unter Präsident Dr. Werner Schmidt aus Regensburg war ich bei der Gründung des ersten LV (Sachsen-Anhalt) des BVKJ in den neuen Bundesländern dabei und habe 1990 und 1991 zusammen mit dem damaligen Sprecher des Honorarausschusses, dem inzwischen verstorbenen San.-Rat Dr. Hans Blatt aus dem Saarland, alle neuen Bundesländer bereist und die Kolleginnen und Kollegen auf ihre Tätigkeit im Gesundheitssystem der Bundesrepublik vorbereitet.



Abb. 1: Einladung zur ersten Informationswoche in den neuen Bundesländern 1990

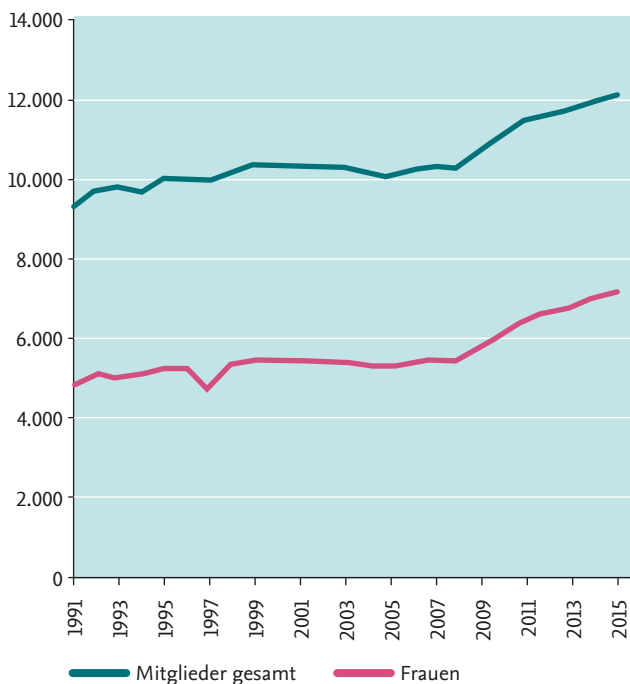


Es waren bereichernde Erlebnisse und ich habe bei diesen Reisen viele nette Kolleginnen und Kollegen kennengelernt und bleibende Eindrücke aus Gegenden in Deutschland gewonnen, die ich vorher nicht gekannt habe. Nahezu alle im ambulanten Versorgungsbereich tätigen Pädiater aus den neuen Bundesländern traten dem BVKJ bei und unsere Mitgliederzahlen stiegen steil an. Da die Umsätze unserer Kolleginnen und Kollegen aus den neuen Bundesländern aufgrund politischer Vorgaben niedriger waren als in den alten Bundesländern, lagen die Mitgliedsbeiträge für diese Gruppe deutlich niedriger. Dies hat der BVKJ bis einschließlich 2009 durchgehalten, erst ab 2010 wurden die Mitgliedsbeiträge angeglichen. Über diese aufregende Zeit berichtet Prof. Dr. Nentwich in einem gesonderten Beitrag.

Turbulente Jahre

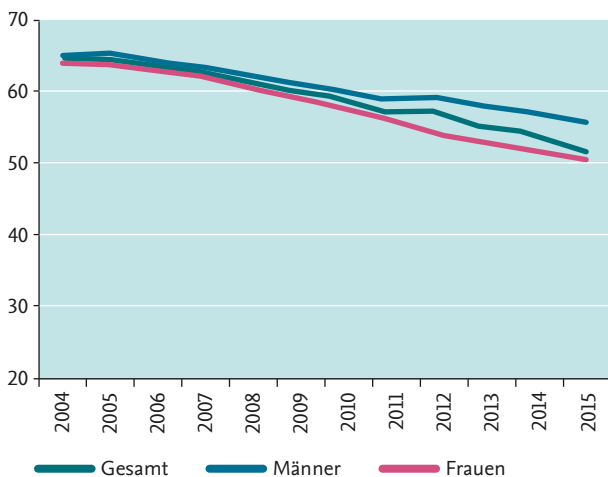
In diesen 24 Jahren hat es einen gewaltigen Wandel in unserem Verband gegeben. Aus Kinderärztinnen und -ärzten wurden Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte, aus dem BVKD wurde im Jahr 2000 der BVKJ und unsere Mitgliederzahlen sind deutlich angestiegen.

Abb. 2: Anstieg der Mitgliederzahlen im BVKJ von 1991 bis 2015 (Mitglieder gesamt, Frauen)



Quelle: Wolfram Hartmann, Daten aus Mitgliederstatistik des BVKJ

Abb. 3: Entwicklung des Altersdurchschnitts unserer berufstätigen Mitglieder von 2004 bis 2015



Quelle: Wolfram Hartmann, Daten aus Mitgliederstatistik des BVKJ

Mit dem Aufgabenzuwachs und vielen neuen Dienstleistungen für unsere Mitglieder hat sich die Zahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in unserer Geschäftsstelle in Köln deutlich erhöht, wir haben unsere Büroflächen in Köln mehrfach erweitert und ein zusätzliches Büro in Berlin angemietet.

Unsere bewährten Fortbildungsangebote mit einem Kinder- und Jugendärztetag im Sommer (zunächst an verschiedenen Orten in Deutschland von Garmisch-Partenkirchen bis Travemünde) und dem Herbst-Seminar-Kongress in Bad Orb wurden unter der Leitung von

Prof. Dr. Palitzsch fortgesetzt, ihm folgten dann Prof. Dr. Wirth, Prof. Dr. Schulte-Wissermann/Dr. Schriever und Prof. Dr. Keller.

Hinzu kam dann im Jahr 1994 als bundesweiter Kongress der Kongress Jugendmedizin in Weimar, anfangs unter der Leitung von Prof. Dr. Palitzsch, dem dann Dr. Stier und Dr. Weissenrieder folgten. Über 20 Jahre leitete Dr. Büsching mit seinem Team diesen Kongress, der in Deutschland einzigartig war und ab dem Jahr 2020 wegen zu geringer Teilnehmerzahlen eingestellt wurde.

Auf Initiative von Dr. Gritz wurden zahlreiche regionale Fortbildungsveranstaltungen („Paediatric zum Anfassen“ ab 1987) ins Leben gerufen. Seit 2010 gibt es zusätzlich eine bundesweite Veranstaltungsreihe unter der Überschrift „Immer etwas Neues“, auf der schwerpunktmäßig über die Selektivverträge der BVKJ-Service GmbH berichtet wird.

Auch für die MFA hat der BVKJ seit 2003 regionale Fortbildungsveranstaltungen unter dem Titel „Paediatric“, die sehr gut angenommen werden. Eine bundesweite Fortbildungsveranstaltung für MFA unter dem Titel „PRAXISfieber-live“ findet seit 2005 parallel zum Kinder- und Jugendärztetag in Berlin statt. Die Leitung dieser Veranstaltungsreihe hat Dr. Michael Mühlischlegel aus Lauffen.

Mit dem Hausärzterverband unter der Leitung von Prof. Dr. Kossow gab es zunächst eine intensive Zusammenarbeit, aus der dann die Gemeinschaft Hausärztlicher Berufsverbände (GHB) entstand, der auch der Berufsverband Hausärztlicher Internisten (BHI) angehörte. Zusammen mit Dr. Haas vom Hausärzterverband habe ich damals einen EBM-Entwurf für die hausärztliche Versorgung erarbeitet, der unterschiedliche Leistungen für die verschiedenen Hausarztgruppen entsprechend der jeweiligen Weiterbildung vorsah. Als der Gesetzgeber Ende der 90er Jahre die KBV verpflichtet hat, auf Bundesebene einen Beratenden Fachausschuss für die Hausärztliche Versorgung einzurichten, dem neben den Allgemeinärzten auch Kinder- und Jugendärzte sowie Hausärztliche Internisten angehören sollten, schief die GHB ein. Wir waren dann nur noch in der Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände (GFB) vertreten.

Bereits unter den Präsidenten Dr. Meinrenken und Dr. Gritz wurde die politische Arbeit des BVKJ zunächst in Bonn und später auch in Berlin intensiviert. Die Hauptgeschäftsführerin des Verbands, Frau Johanne Radbruch, wurde 1997 von Herrn Stefan Eßer abgelöst, der diese Position bis zum 31.12.2012 bekleidete. Ihm folgte dann als Geschäftsführerin unsere langjährige Mitarbeiterin Frau Christel Schierbaum.

Frau Schierbaum hat dann 2014 den Kooperationspartnertag des BVKJ in Berlin ins Leben gerufen, der sowohl bei unseren unterschiedlichen Kooperationspartnern in der Industrie, Verbänden und Organen der Selbstverwaltung als auch bei Gesundheits- und Familienpolitikern auf großes Interesse stößt.

Der BVKJ hat viele Kooperationspartner: von der Pharma- (hier insbesondere die Impfstoffhersteller) und Lebensmittelindustrie

(insbesondere Hersteller von Spezialnahrungen für Säuglinge und Kinder mit angeborenen Stoffwechselstörungen) über Verbände der Heilmittelerbringer, Kinderschutzverbände, Elternverbände, Selbsthilfegruppen und Krankenkassen bis hin zu Bildungseinrichtungen und politischen Gruppierungen.

Leider mussten wir unsere Elternzeitschriften („Jung und Gesund“, „Kinderpraxis“) trotz mehrerer Anläufe und großen Engagements von Dr. Gritz, Frau Dr. Kilian-Kornell, Frau Regine Hauch, Frau Monika Traute, Frau Dr. Sylvia Schuster und Frau Barbara Mühlfeld wieder einstellen, da die Finanzierung nicht gesichert war.

In Zusammenarbeit mit der Fa. „happy youth“ haben wir den Babykompass „Happy Baby“ und für Jugendliche die Informationschriften „Happy Youth“ getrennt für männliche und weibliche Jugendliche herausgegeben.

Unsere umfangreichen Elterninformationen auf der Internetseite www.kinderaerzte-im-netz.de werden dank der hervorragenden Öffentlichkeitsarbeit der Fa. Monks in München intensiv genutzt.

Die Öffentlichkeitsarbeit des BVKJ wurde zunächst von Frau Dr. Gunhild Kilian-Kornell als Bundespressesprecherin (1997 bis 2007) hervorragend gestartet. Ihr folgte Dr. Ulrich Fegeler (2007 bis Oktober 2015), der zusammen mit Frau Regine Hauch im Jahr 2009 den Medienpreis des BVKJ ins Leben rief, der inzwischen in der deutschen Medienlandschaft große Beachtung findet und sehr begehrt ist. Von November 2015 bis Oktober 2019 war Dr. Hermann-Josef Kahl aus Düsseldorf der Bundespressesprecher.

Der BVKJ war auch auf europäischer Ebene sehr aktiv, wo er im Berichtszeitraum von Frau Dr. Elke Jäger-Roman vertreten wurde. In diesen Zeitraum fällt auch die Gründung der ECPCP im Jahr 2009, deren erste Präsidentin sie war. Weiter tatkräftig unterstützt wurde sie von Herrn Dr. Gottfried Huss und in ihrer Nachfolge hat Frau Karin Geitmann die Vertretung des BVKJ auf europäischer Ebene übernommen.

Die Mitgliederstruktur änderte sich im Laufe der Jahre ganz erheblich. War unser Verband früher hauptsächlich ein Verband der Niedergelassenen, so wurden insbesondere durch das große Engagement der Vizepräsidenten, Prof. Dr. Hans-Jürgen Nentwich aus Zwickau (1991 bis 2007) und Prof. Dr. Ronald Schmid aus Altötting (2007 bis 2019), auch die Kliniker und die Weiterbildungsassistentinnen und -assistenten durch spezielle Angebote für diese Gruppen (Klinikerseminar, Assistentenkongress) angesprochen.

Mit der Zunahme der Selektivverträge mit den Krankenkassen (zunächst beginnend in Bayern, dann in Niedersachsen, später auch in anderen Bundesländern und auf Bundesebene) war es erforderlich, die BVKJ-Service GmbH im Jahr 2009 zu gründen, weil der BVKJ als Verein aus steuerrechtlichen Gründen solche Verträge nicht auf Dauer schließen und verwalten durfte. Geschäftsführer war Herr Klaus Lüft, der 2016 von Frau Anke Emgenbroich abgelöst wurde. Der Gesamtumsatz aus diesen Selektivverträgen lag im Jahr 2017 bei ca. 80.000.000 €.

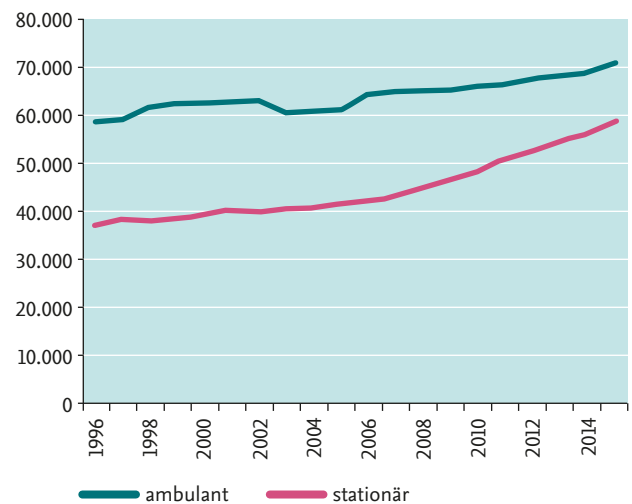
Der Anteil der weiblichen Mitglieder des BVKJ ist im Laufe der Jahre kontinuierlich gestiegen. Gegenwärtig sind etwa 70 % der Mitglieder des BVKJ Frauen. Bei den Funktionsträgern war aber das männliche Geschlecht stets in der Überzahl. Allerdings hatten wir mehrfach Frauen als LV-Vorsitzende:

Tab. 1: Weibliche LV-Vorsitzende seit 1991

Landesverband	Name	von ... bis
Baden	Dr. Marianne Haas	1996–2000
Bayern	Dr. Waltraud Knipping	2000–2002
Berlin	Dr. Elke Jäger-Roman	2000–2008
Brandenburg	Dr. Dagmar Möbius	1991–1999
Mecklenburg-Vorpommern	Dr. Ingrid Müller	1991–1998
	Dr. Ute Klien	1998–2006
	Dr. Susanne Schober	2006–2014
Nordrhein	Dr. Christiane Thiele	2015–
Rheinland-Pfalz	Dr. Ingrid Mayer	2003–2009
Sachsen-Anhalt	Dr. Cordula Worch	1994–1998
Westfalen-Lippe	Dr. Irmgard Gockel	2000–2004
	Dr. Mechthild Westermann	2004–2008

Seit 2015 hat der Verband auch eine Vizepräsidentin. Im Vorstand waren aber immer Frauen als gewählte Vorstände vertreten.

Abb. 4: In den letzten 20 Jahren ist der Anteil der stationär tätigen Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte rasant angestiegen, was natürlich ganz wesentlich auf die tariflich vereinbarten Arbeitszeitregelungen zurückzuführen ist.



Quelle: Wolfram Hartmann, Daten aus Ärztestatistik der BÄK

Die Abbildung 4 zeigt, dass sich in den letzten 20 Jahren die Zahl der stationär tätigen Fachärztinnen und -ärzte in unserem Fachgebiet um über 2.163 erhöht hat (Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung sind hier nicht mitgezählt), die Zahl der im ambulanten Versorgungsbereich tätigen Kolleginnen und Kollegen ist hingegen nur um 1.210 angestiegen.

Ebenso bemerkenswert ist der Anstieg der im ambulanten Versorgungsbereich angestellten Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte (s. Abb. 5). Dieser Trend setzt sich unvermindert fort. Auch Medizinische Versorgungszentren (MVZ) nehmen immer mehr zu und bilden einen zunehmend größeren Anteil an den Versorgungsstrukturen der Kinder- und Jugendmedizin.

Abb. 5: Anstieg der im ambulanten Versorgungsbereich angestellten Kinder- u. Jugendärztinnen u. -ärzte innerhalb von 10 Jahren



Quelle: Wolfram Hartmann, Daten aus Ärztestatistik der BÄK

Diese Entwicklung zeigt den Wandel in der Pädiatrie. Der Anteil der Kolleginnen nimmt kontinuierlich zu und macht 2017 bereits 76,95% aus (s. Abb. 6). Wir haben zwar gleichbleibend hohe Weiterbildungsabschlüsse, aber die Kolleginnen und Kollegen streben zum großen Teil Tätigkeiten im Angestelltenverhältnis, aber auch Teilzeitstellen an, nicht nur in der Klinik, sondern auch in der Praxis. Dies ist eine ganz große Herausforderung für die Zukunft, nicht nur in der Pädiatrie.

Abb. 6: Facharztanerkennungen Kinder- und Jugendmedizin (Gesamt-/Frauenanteil) seit 2005



Quelle: Wolfram Hartmann, Daten aus Ärztestatistik der BÄK

Was hat sich alles in den letzten 12 Jahren im BVKJ bis 2015 verändert?

- Gründung der BVKJ-Service GmbH (2009)
- Selektivverträge mit den Krankenkassen außerhalb der Regelversorgung
- Entwicklung eines komplett neuen Kindervorsorgeprogramms (PaedCheck) ab 2004
- Einführung der U7a in die Regelversorgung (2008)
- Komplette Überarbeitung der Früherkennungsuntersuchungen für Kinder im G-BA mit ganz wesentlichem Input durch unsere Experten (Prof. Dr. Ronald Schmid, Dr. Josef Kahl, Ausschuss Prävention und Frühtherapie) und Entwicklung eines neuen Vorsorgeheftes
- Schließen der Vorsorgelücke im Grundschulalter auch in der Regelversorgung durch entsprechende Bestimmungen im Präventionsgesetz und Einführung einer weiteren Untersuchung für Jugendliche (politische Arbeit des BVKJ)
- Politisches Bekenntnis zum Impfen und Forderung einer Impfberatung vor Aufnahme in Betreuungseinrichtungen für Kinder (weniger, als wir gefordert haben, aber trotzdem ein wichtiger politischer Schritt)
- Mitwirkung in Gremien im BMG, BMFSFJ, BMEL, BMBF
- Dr. Hartmann Einzelsachverständiger bei Anhörungen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP und im Rechtsausschuss des Deutschen Bundestages
- Dr. Hartmann Einzelsachverständiger im Europarat (Thema: Beschneidung minderjähriger Knaben)
- Teilnahme des BVKJ an zahlreichen Podiumsdiskussionen unterschiedlicher Veranstalter (u. a. Friedrich-Ebert-Stiftung, Bertelsmann-Stiftung, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Krankenkassenverbände, Kindernetzwerk, BÄK)
- Intensive politische Arbeit in Berlin und Gespräche mit allen Gesundheitsministern, mit allen Familienministerinnen, mit zahlreichen Abgeordneten aus dem Gesundheitsausschuss und dem Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und der Kinderkommission des Deutschen Bundestages
- Mitwirkung an Gesetzesvorlagen, Resolutionen der Kinderkommission und gesundheitspolitischen Statements von SPD und FDP
- Dr. Hartmann Mitglied der Sachverständigenkommission der Bundesregierung zur Erstellung des 13. Kinder- und Jugendberichts
- Medienpreis (Initiator Dr. Fegeler als Bundespressesprecher von 2007 bis 2015)
- Jahresschwerpunktthemen (mit entsprechenden Themenheften)
- Jährliches Pressegespräch in Berlin
- Zahlreiche Pressekonferenzen in Berlin, Weimar und Bad Orb mit ganz erheblicher bundesweiter Resonanz in allen Medien
- Ausweitung der Pressesprechertätigkeit (Pressesprecher in den einzelnen Landesverbänden)
- Jährliches Pressesprecherseminar (initiiert durch Frau Dr. Kilian-Kornell als Bundespressesprecherin von 1997 bis 2007)
- Regelmäßige Pressemitteilungen und politische Stellungnahmen (s. auch unter www.bvkj.de)

- Neuorganisation der Geschäftsstelle und neue Geschäftsführung
- Aufwertung des Länderrats als Beschlussgremium mit eigenem Sprecher (kooptiert im Vorstand)
- Kooptierung der Vertreter der Weiterbildungsassistenten im Vorstand
- Kostenlose Mitgliedschaft für Weiterbildungsassistenten im BVKJ mit allen Vergünstigungen
- Ausschuss Subdisziplinen im BVKJ
- Bildung einer Finanzkommission
- Bildung einer Satzungscommission
- Übernahme der Stiftung „Kind und Jugend“
- Neu: www.bvkj.de
- Neugestaltung des Internetauftritts www.kinderaerzte-im-netz.de
- PraxisApp
- Bestellung eines Datenschutzbeauftragten
- 4-mal jährlich Newsletter via PädInform (für alle Mitglieder mit E-Mail-Adresse direkt)
- Übernahme der Praxisbörse von InfectoPharm und Ausbau des Angebots
- Famulaturbörse
- Mitgliederbefragungen
- Neue Elternzeitschrift „KinderPraxis“
- Magazin für MFA (Praxisfieber), Kongress für MFA (PRAXISfieberlive), spezieller Intranetzugang für MFA (Praxisfieber online)
- Zusätzliche Fortbildungsangebote (psychosomatische Grundversorgung, „Immer etwas Neues“, Sozialpädiatrie)
- Funktionsträgerleitfaden
- Imagebroschüre des BVKJ
- Taschenkalender für Funktionsträger
- Niederlassungsseminar „Sprung in die Praxis“ als Ersatz für Orientierungskongress
- Neue Plakate für Klinik und Praxis
- Kooperationspartnertag
- Säuglingskompass
- Happy Youth und Happy Baby
- Flyer (Mann o Mann, Achte auf Deine Nüsse)
- Patienteninformationsflyer zusammen mit der DGKJ
- Regressleitfaden für ambulant abrechnende Praxen und Klinikärzte

Dr. Wolfram Hartmann
 Ehrenpräsident des BVKJ (Präsident von 2003 bis 2015)
 In Wenigen Bruch 5
 57223 Kreuztal
dr.wolfram.hartmann@uminfo.de

Literaturangaben beim Verfasser.

Und der Verband entwickelt sich ständig weiter. Inzwischen sind wir als Kinder- und Jugendärzte sowohl bei KVen, KBV, Krankenkassen, G-BA, LÄK und BÄK anerkannte Gesprächs- und Verhandlungspartner für alle Fragen rund um die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen und auch die Politik schätzt unser Auftreten als Anwälte für Kinder und ihre Familien. Wir sind aus dem vielfach etwas mitleidig belächelten Schattendasein der Jahre vor 1985 herausgetreten.

Meine Zeit im BVKJ von 1990 bis 2007

Hans-Jürgen Nentwich

Während meiner Zeit im BVKJ habe ich mich bemüht, die berufspolitische Vertretung des Verbandes für die Kinderklinikmitarbeiter zu intensivieren. Die Periode nach der Wiedervereinigung Deutschlands im Jahre 1989 war dabei ein besonderer Schwerpunkt. Wir haben Kongresse – zum Beispiel zur Unterstützung der Weiterbildung zum Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin –, aber auch eine große Zahl von Seminaren zu Organisationsstrukturen von Kinderkliniken durchgeführt. Die Zusammenarbeit mit anderen Organisationen, welche sich mit einer ähnlichen Thematik beschäftigten, stand dabei im Mittelpunkt.



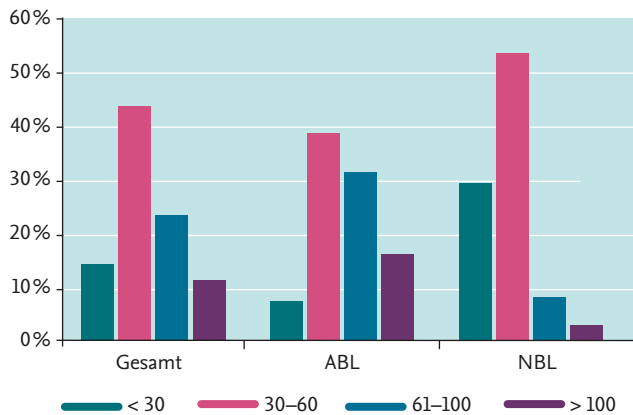
Die Wiedervereinigung der beiden deutschen Staaten im Jahre 1989 stellte viele Bürger der ehemaligen DDR vor zum Teil sehr kritische Situationen. Arbeitslosigkeit und Karrierebrüche konnten zu finanziellen Schwierigkeiten führen. Aber auch Entscheidungen im täglichen Leben mussten gefällt werden, ohne dass die notwendigen Erfahrungen vorhanden waren. Die politische Aufarbeitung geschah teilweise auch nicht ohne neue Ungerechtigkeiten.

Im Gesundheitswesen erfolgte der grundsätzliche Aufbau neuer Strukturen. Im Folgenden möchte ich aus dieser Zeit über meine Erfahrungen als Chefarzt einer Kinderklinik berichten.

Ausgangspunkt der notwendigen Umstrukturierung war die aktuelle Situation der stationären Pädiatrie in der DDR:

Die Struktur der stationären Kinderheilkunde in der DDR

- Es bestand ein enges Netz von Kinderkliniken (Erreichbarkeit um 10 km).
- 50 % der Kinderkliniken hatten nur 30 oder weniger Betten (s. Abb. 1).
- Lange Verweildauer (12 Tage)
- Überkapazität (460 Betten/EW unter 18 Jahren)
- Niedrige Auslastung (60 %)
- Großzügige Indikation zur stationären Aufnahme
- Die Chefarzte waren für das fachliche Niveau in der Klinik verantwortlich.
- Die Finanzierung der Klinik (Erlöse, Kosten, Investitionen) wurde staatlich geregelt. Statistisch bewertet wurden nur Bettenanzahl, Bettenauslastung und Verweildauer.
- Ausreichende personelle Besetzung
- In allen Kreisen und Bezirken bestanden „Säuglings- und Kindersterblichkeitskommissionen“ mit einer fachlichen und organisatorischen Auswertung jedes Sterbefalles.
- Die Intensivneonatologie war zum Teil zentralisiert.
- Die statistische Auswertung der Säuglingssterblichkeit war ein Politikum. Die Perinatalogie erfuhr staatliche Förderung. Damit konnte die DDR mit dem Kriterium der Säuglingssterblichkeit international mithalten.
- Eingeschränkte psychologische Patientenbetreuung (Elternmitaufnahme, Besuchszeit)
- Größtenteils schlechte bauliche Situation
- Mangelhafte apparative Ausstattung
- Eingeschränktes Medikamentenangebot

Abb. 1: Wie groß sind Deutschlands Kinderkliniken?


Quelle: https://www.bakuk.de/fileadmin/dokumente/0306_Aktuelle_Situation_stat_KJM_2003.pdf (zuletzt aufgerufen am 26.02.2020)

Es wäre sinnvoll gewesen, diese Aufstellung in die Kategorien „nützlich und erhaltenswert“ oder „dringender Änderungsbedarf“ einzuordnen, um die Zukunft sinnvoller und strukturierter zu gestalten.

Aus Zeitdruck und Unerfahrenheit für solch einen gigantischen Prozess erfolgte fast ausschließlich eine Übernahme der Strukturen aus den alten Ländern.

Um die notwendigen Veränderungen zu bewältigen, war entsprechende Hilfe notwendig. Diese erhielten wir zum einen von Kollegen der alten Bundesländer, zum anderen beschäftigten sich aber auch zahlreiche Verbände und Vereinigungen mehr oder weniger gezielt mit den berufspolitischen Problemen in der stationären Pädiatrie.

Der „Berufsverband der Kinderärzte Deutschlands“ erschien mir ein geeignetes Gremium, um entsprechende Hilfe und Unterstützung zu erhalten.

Anlässlich der Gründungsversammlung des Landesverbandes Sachsen im Berufsverband der Kinderärzte Deutschlands am 19.05.1990 in Karl-Marx-Stadt unterschrieb ich meine Mitgliedschaft und wurde gleichzeitig bis 1993 zum Landesverbandsvorsitzenden von Sachsen gewählt.

So schnelllebig war diese Zeit. Heute nennt sich unser Verband „Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte“ und Karl-Marx-Stadt Chemnitz.

Ich befand mich mit meinem Schritt in guter Gesellschaft, denn in weiteren neuen Bundesländern wurden klinisch tätige Kollegen als Landesverbandsvorsitzende gewählt.

So stellten sich in Brandenburg Frau Dr. Dagmar Möbius und in Sachsen-Anhalt Herr Dr. Wolfgang Lässig dieser Aufgabe. Für Thüringen nahm Herr Dr. Andreas Lemmer (ab 1998) und für Sachsen Herr Dr. Klaus Hofmann (ab 1993) diese Funktion wahr.

Die neuen Funktionsträger wurden sehr herzlich im Vorstand des BVKJ aufgenommen und in dessen Arbeit integriert.

Es wurde jedoch schnell erkennbar, dass sich die Arbeit des Berufsverbandes vordergründig um Probleme aus dem niedergelassenen Bereich kümmerte.

So konnten nur schrittweise Fragestellungen der stationären Kinderheilkunde und insbesondere die Zusammenarbeit zwischen dem stationären und ambulanten Sektor in die Arbeit einbezogen werden.

Da ich der Meinung war und bin, dass der Titel „Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte“ die berufspolitische Vertretung aller Pädiater unabhängig ihres Arbeitsbereiches impliziert, hielt ich meine Wahl zum Vizepräsidenten des BVKJ im Jahr 1991 für einen Schritt in die richtige Richtung, um auch den Klinikärzten eine Stimme im BVKJ zu geben. Ich habe diese Funktion bis zum Jahr 2007 ausgeübt.

Neugestaltung der stationären Kinderheilkunde nach 1989 in den neuen Bundesländern

- Die notwendigen fachlichen Veränderungen wurden von in den Kinderkliniken verantwortlich tätigen Kollegen – dank hoher Kompetenz und organisatorischer Erfahrung – zügig gemeistert.
- Als viel problematischer erwies sich die Arbeit mit den neuen Organisationsstrukturen:
 - Plötzlich gab es einen Träger mit zum Teil wenig Erfahrung, aber hoher Verantwortung.
 - Die Zusammenarbeit mit dem Geschäftsführer erforderte Fingerspitzengefühl.
 - Das Controlling forderte von den Chefärzten Budgetverantwortung.
 - Mit der Ärztekammer mussten Weiterbildungsbefugnisse und mit der Kassenärztlichen Vereinigung Ermächtigungen zur Teilnahme an der ambulanten Versorgung ausgehandelt werden.

Hier war Hilfe westdeutscher Kollegen sehr willkommen, aber auch die pädiatrischen Gesellschaften und Verbände der Bundesrepublik leisteten einen großen Anteil.

Unterstützt von den Präsidenten Dr. Wolfgang Meinrenken (1991–1995), Dr. Klaus Gritz (1995–1999) und Dr. Wolfram Hartmann (ab 1999) sowie allen Vorstandsmitgliedern konnten folgende Initiativen realisiert werden:

Durchführung von Seminaren und Kongressen

- Ab 2000 führten wir jährlich ein Klinikärzteseminar für Chef- und Oberärzte durch. Organisatorische und berufspolitische Themen standen dabei im Mittelpunkt, zum Beispiel: interdisziplinäre Station, Fehlermanagement, Arbeitszeitgesetz, MVZ, Patientenspade, Weiterbildung und Integrierte Versorgung.
- Ab 2004 ergänzte dieses Seminar ein jährlicher Chefarztbrief mit aktuellen Informationen.
- Zur Einführung der DRG-Abrechnung realisierten wir 2003 und 2004 mehrere Veranstaltungen.
- Im Jahr 2004 erfolgte der 1. Assistentenkongress mit jährlicher Fortsetzung. Es wurden dabei besonders Themen, welche in der Klinik für die Weiterbildungsassistenten schwer vermittelt werden können, berücksichtigt, wie zum Beispiel Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen.
- Seit 2006 wurde ein Weiterbildungsassistent als Assistentenvertreter in den Vorstand des BVKJ kooptiert.

Vernetzung mit anderen Verbänden

Neben der engen Beziehung des BVKJ mit der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin, der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin sowie der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie schien es sinnvoll, sich auch mit den anderen Gremien, welche berufspolitische Themen der stationären Pädiatrie bearbeiteten, enger zu vernetzen.

Aus diesem Grund habe ich Verbindungen zu folgenden Verbänden aufgenommen: Vereinigung der leitenden Kinderärzte und Kinderchirurgen Deutschlands e. V. (VLKKD); Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e. V. (GKiND); Bundesarbeitsgemeinschaft Kind und Krankenhaus e.V. (BaKuK) und Aktionskomitee KIND IM KRANKENHAUS e. V. (AKIK).

Ich habe fast alle Veranstaltungen dieser Verbände regelmäßig besucht und die Verantwortlichen zur Zusammenarbeit mit dem Berufsverband eingeladen. Aus dieser Kooperation entstanden eine verbesserte Zusammenarbeit und einige wegweisende Dokumente:

Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Mindestanforderungen)

Zur Jahrestagung der DGKJ 2006 in Mainz wurde ein Entwurf der GKiND zum Thema Mindeststandards für die Strukturqualität in pädiatrischen Abteilungen vorgelegt. Herr Prof. Dr. Niethammer, Generalsekretär der DAKJ, organisierte dazu eine Zusammenkunft zur Bildung einer Arbeitsgruppe, um dieses Thema zu bearbeiten.

Folgende Personen waren zur Mitarbeit bereit: Frau Julia von Seiche (AKIK), Frau Dr. Nicola Lutterbüse (GKiND), Herr Prof. Dr. Werner Andler (BaKuK) und Herr Jochen Scheel (GKiND). Mir wurde der Vorsitz übergeben.

In einer Reihe von Arbeitssitzungen wurden die in Abbildung 2 dargestellten Kriterien erarbeitet sowie einvernehmlich beschlossen. Nach Abstimmung mit Vertretern der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin, der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin, der Vereinigung der leitenden Kinderärzte und Kinderchirurgen und des Berufsverbandes der Kinderkrankenschwestern erfolgte am 28.02.2007 die Einreichung des Papiers an den Gemeinsamen Bundesausschuss.

Abb. 2: Mindeststandard für die Strukturqualität pädiatrischer Abteilungen

- **Facharztstandard:**
Eingehende Erfahrung in Notfallbehandlung, Neugeborenenbehandlung und Sonografie
- **Pflegebereich:**
Kinderkrankenschwestern nach PPR
- **Technische Ausrüstung:**
Zur Überbrückung gestörter Vitalfunktionen; Zugang zu leistungsfähigem Sonogerät, CT und MRTL; 24-stndl. Labor-dienst mit Mikromethoden
- **Psychische Betreuung:**
Internationale Charta für das Kind im Krankenhaus
- **Schulische Betreuung:**
Landesgesetzgebung
- **Sonstige Forderungen:**
Kooperation mit Kinderchirurgie, Zugriff auf therapeutisches Fachpersonal (Physiotherapie u. a.)

Alternative Betriebsmodelle für Kinderkliniken (2004)

Um die geforderte Qualität in Kinderkliniken zu gewährleisten, ist ein positives Erlös-Kosten-Verhältnis anzustreben, welches bei kleineren Kinderkliniken schwer erreichbar ist. Bei nach 1990 abnehmenden Geburten und zurückgehender Krankenhaus-häufigkeit sowie zunehmenden Personalkosten drohen Klinik-schließungen und damit eine niedrigere Flächendeckung und lange Anfahrtszeiten.

Aus diesem Grund haben wir deutschlandweit nach bewährten alternativen Betriebsmodellen gefragt und sind fündig geworden. Insgesamt elf Betreiber von alternativen Betriebsmodellen, vorwiegend Fusions- und Kooperationsmodelle, haben sich gemeldet und waren bereit, über praktische Erfahrungen zu berichten.

In zwei Arbeitstagen am 17.08.2002 und 27.09.2003 in Kassel wurde intensiv über praktische Umsetzung sowie Vor- und Nachteile der einzelnen Modelle diskutiert.

Eine Zusammenfassung der Ergebnisse erfolgte in der Broschüre „Alternative Betriebsmodelle“ (herausgegeben vom Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Redaktion und Herstellung: Basse & Lechner, München).

Tab. 1: Strukturalternativen für die stationäre Pädiatrie

Betriebsmodell	Vorteil	Nachteil
Kooperationsmodell	Qualität gewährleistet	Finanzielle Verrechnung schwierig
Fusionsmodell	Qualität gewährleistet	Verlegung von Arbeitsorten; möglicher Arbeitsplatzabbau
Interdisziplinäres Modell	Erhalt von Arbeitsplätzen	Eigenständigkeit der Pädiatrie gefährdet
Tagesklinik		Isoliert nicht betreibbar
Belegabteilung	Beitrag zur flächendeckenden Versorgung	Facharztstandard schwierig realisierbar; Finanzierung kritisch

Ich möchte an dieser Stelle allen an diesen Prozessen Beteiligten sehr herzlich danken. Wir haben dem BVKJ mit der zunehmenden berufspolitischen, nicht gewerkschaft- und nicht fachwissenschaftlich orientierten Vertretung der Klinikärzte ein wichtiges erweitertes Profil gegeben.

Mit der hochgradig engagierten Arbeit meines Nachfolgers im Vizepräsidentenamt Herrn Prof. Dr. Ronald Schmid (Altöttingen) und seinem Nachfolger Herrn Prof. Dr. Wolfgang Kölfen (Mönchengladbach), der seit 2019 im Amt ist, wird die berufspolitische Vertretung der Kinderklinikärzte sowie die Zusammenarbeit vom stationären und ambulanten Sektor weiterhin große Beachtung finden. Ein Garant dafür ist die auf über 2.500 Klinikärzte und 2.800 Weiterbildungsassistenten angewachsene Mitgliederanzahl im Berufsverband.

Im November 2017 fand in Düsseldorf eine Zusammenkunft unter Moderation des DAKJ-Generalsekretärs Prof. Dr. Huppertz mit Teilnehmern aller Gesellschaften und Verbände aus dem stationären und ambulanten Bereich der Pädiatrie statt, in welcher die Zusammenarbeit und die aktuellen Schwerpunkte erarbeitet wurden (siehe Kinder- und Jugendarzt 49. Jg. (2018) Nr.2/18).

Damit ist eine vernetzte, abgestimmte zukünftige Arbeit für die berufspolitische Vertretung der Kinder- und Jugendärzte gut strukturiert.

Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Nentwich
 Ehemaliger Vizepräsident des BVKJ (1991–2007)
 Friedrich-Staude-Str. 2
 08060 Zwickau
hans.nentwich@freenet.de

Literaturangaben beim Verfasser.

Bewahren und Verändern: der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte auf dem Weg in die Zukunft

Thomas Fischbach

Der BVKJ vertritt wie jeder Berufsverband die Interessen seiner Mitglieder. Darüber hinaus setzt er sich für die gesundheitlichen und sozialen Belange der Kinder und Jugendlichen in unserem Land ein. Diese Form der „Child Advocacy“ ist seit Beginn des neuen Jahrtausends zunehmend wichtig geworden. Ich sehe sie als bedeutenden Teil meiner Verantwortung als Präsident und als Arbeitsauftrag für meine beiden Amtsperioden.

Unsere Patienten

Die Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen ändert sich gegenwärtig epochal – sowohl im familiären als auch im institutionellen Rahmen. Immer mehr Kinder wachsen außerhalb der traditionellen Familienstruktur auf. Viele Eltern haben ihre intuitive Sicherheit im Umgang mit kleinen Kindern verloren und können kaum auf Vorbilder und Unterstützung im Familienkreis zurückgreifen. Etwa 2,4 Millionen Kinder wachsen in Deutschland in Haushalten auf, die weniger als 60 Prozent des durchschnittlichen Nettoeinkommens haben. Sie gelten per definitionem als arm. Die Zahl der armen und von Armut bedrohten Kinder ist damit zwar geringfügig gesunken, aber immer noch erschreckend hoch.

Zu der materiellen Armut kommen in vielen Fällen Bildungsferne und eine Verarmung der sozialen Lebenswelt hinzu. Bildschirmmedien ersetzen Entwicklungsanregung durch interaktives Spiel, Sport und Vorlesen. Eine Chance, Kinder kompensatorisch zu fördern und ihnen Entwicklungsanregung zu bieten, die es zu Hause nicht gibt, könnte das öffentliche Bildungs- und Betreuungssystem sein. Kinder besuchen in immer jüngerem Alter und für zunehmend längere Zeit am Tag Betreuungseinrichtungen. Die meisten dieser Einrichtungen sind derzeit jedoch aufgrund mangelnder personeller Ausstattung nicht in der Lage, familiär bedingte Entwicklungsdefizite auszugleichen. Hilfe wird dann häufig im Medizinsystem gesucht. Dies führt zu einer Verschiebung und auch Ausweitung unserer Arbeitsaufgaben. Wir erbringen einerseits mehr und inhaltlich umfangreichere Vorsorgen (auch mehr Impfungen) und werden andererseits zunehmend wegen psychosozialer oder pädagogischer Probleme aufgesucht. Neben heilpädagogischen Maßnahmen der Frühförderung können wir hier aber weitgehend nur die Hilfen anbieten, die das Medizinsystem bereithält, etwa Heilmittel wie Sprach- oder Ergotherapien. Letztere sind jedoch ungeeignet, Lebenssituationen von Kindern so zu verändern, dass diese sich zu starken Kindern entwickeln, die ihre Kompetenzen in allen Bereichen entfalten können.

Unser Engagement gegen die Medikalisierung sozialer Probleme und für gut und niederschwellig erreichbare Hilfe- und Unterstützungseinrichtungen

Bereits unter meinem Vorgänger Wolfram Hartmann wurde die Zunahme der so genannten „Neuen Morbidität“ erkannt. Der BVKJ hat früh Positionen entwickelt, die wir gegenüber der Politik vertreten: einerseits die Verbindung zu den Familien als dem dominierenden Lebensraum für Kinder unter der Berücksichtigung der Familienbedürfnisse neu gestalten und andererseits die Intensivierung der Zusammenarbeit von Institutionen und Familien im jeweiligen Sozialraum, der aus sozialen, kulturellen, medizinischen und therapeutischen Unterstützungssystemen besteht, die eng zusammenarbeiten.

Unsere Lobbyarbeit hat mit dazu beigetragen, dass in den letzten zehn Jahren fast überall in Deutschland Familien- und Eltern-Kind-Zentren entstanden sind, in denen versucht wird, die Versäulung der Hilfesysteme aufzubrechen, Kooperationen zwischen Institutionen und Familien zu schaffen und Kinder und Familien in ihrem individuellen Lebens- und Erfahrungsraum zu unterstützen. Nach unseren Erfahrungen wäre es allerdings gerade für bildungsferne Familien sinnvoll, wenn Hilfe- und



Unterstützungseinrichtungen aktiv auf sie zugehen würden. Für solche aufsuchenden Strukturen müssen wir uns politisch noch mehr einsetzen. Wir befürworten vor allem den Ausbau der Frühen Hilfen. Frühe Hilfen umfassen praktische Hilfen, Beratung, Vermittlung und Begleitung durch Familienhebammen oder Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger (FGKiKP), Elterntreffs, Willkommensbesuche, die Beratung in Familien- und Erziehungsberatungen oder offene Sprechstunden. Jedes Netzwerk hat eine oder mehrere Anlaufstellen für Eltern. Sie lotsen Eltern zu den Hilfen, die sie brauchen. Frühe Hilfen halten wir für ideal, weil sie primärpräventiv, aufsuchend, niedrigschwellig, umfassend und kostenlos sind. In Deutschland gibt es in fast allen Kommunen Frühe Hilfen. Wir wünschen uns, dass das Netz bald lückenlos und noch engmaschiger als heute ist, damit uns kein Kind verloren geht.

Abb. 1: BVKJ-Vorstand nach Wahl 2019 in Bad Orb (v. l. n. r.): Dr. Klaus Rodens, Karin Geitmann, Prof. Dr. Wolfgang Kölfen (Vizepräsident), Dehtleff Banthien, Dr. Thomas Fischbach (Präsident), Dr. Ronny Jung, Dr. Sigrid Peter (Vizepräsidentin), Dr. Reinhard Bartzky, Dr. Sebastian Bartels, Dr. Tilman Kaethner (Schatzmeister)



Durch intensive Presse- und Öffentlichkeitsarbeit und auch durch projektbezogene Kooperation mit Verbündeten wie etwa der Deutschen Allianz Nichtübertragbarer Krankheiten (DANK) oder Foodwatch hat der BVKJ das Thema „Neue Morbidität“ immer wieder auf die Agenda von Medien und damit auch der Politik gebracht und sich mit seinen Positionen am öffentlichen Diskurs über mögliche Lösungen beteiligt. Inzwischen suchen vor allem das Gesundheits-, Familien- und Ernährungsministerium, aber auch Krankenkassen, die ärztliche Selbstverwaltung, Verbände und Institutionen zunehmend die Expertise der Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte und des BVKJ, wenn es um Fragen von Entwicklungsstörungen, Sucht, Adipositas und anderen soziogen bedingten körperlichen Erkrankungen sowie ihre Vermeidung und Bekämpfung geht.

Unser Berufsstand

Das Durchschnittsalter der niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte steigt kontinuierlich an – 2009 lag es bei 51,3 Jahren und die Zahl der mindestens 60-Jährigen bei 17,4 Prozent, 2019 schon bei

52,7 Jahren und 24,7 Prozent. Auch in unseren Reihen steht der Renteneintritt der Babyboomer-Generation also unmittelbar bevor.

Aufgrund des demografischen Wandels, d.h. kleiner werdender Jahrgangskohorten, und rigider Zulassungsbeschränkungen zum Medizinstudium zeichnet sich aber schon heute ein Ärztemangel ab. Zwischen 3.000 und 6.000 Medizin-Studienplätze pro Jahr müssten laut einer Bedarfsprojektion des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung zusätzlich geschaffen werden, um das aktuelle Versorgungsniveau aufrechtzuerhalten. Vor allem die niedergelassene Pädiatrie muss sich auf Nachwuchsprobleme gefasst machen. Im Wintersemester 2018/19 waren 62 Prozent der Medizinstudierenden Frauen. Nicht nur sie, sondern auch ihre männlichen Kommilitonen legen großen Wert auf Teamarbeit und geregelte Arbeitszeiten. Dies suchen und finden sie am ehesten als Angestellte. Vor allem in Westdeutschland befördert die vielerorts mangelnde Kinderbetreuung den Wunsch nach Teilzeitarbeitsplätzen. Der Traum von der Selbstständigkeit in der inhabergeführten Praxis mit ihren guten Verdienstmöglichkeiten hat seine Attraktivität stark eingebüßt. Am 31.12.2018 veröffentlichte die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) ihre Zahlen dazu: 2.386 Praxisinhabern in Einzelpraxen standen 3.149 Kinder- und Jugendärzte gegenüber, die in der vertragsärztlichen Versorgung tätig sind, aber eben nicht als Inhaber einer Einzelpraxis.

Der BVKJ hat sich in den letzten Jahren sehr intensiv mit dieser Entwicklung, aber auch mit anderen Zukunftsthemen wie etwa der Digitalisierung, der Telemedizin oder der sektorenübergreifenden Versorgung beschäftigt und daran gearbeitet, die ambulante Pädiatrie im Interesse unserer Fachgruppe und im Interesse der uns anvertrauten Patienten zukunftsfest zu machen. Dieser Prozess wird fortgesetzt. Wir müssen Antworten auf die Frage nach der neuen Rolle des Kinder- und Jugendarztes im Gesundheitssystem finden. Wir müssen schauen, wie sich die veränderten Wünsche unseres ärztlichen Nachwuchses auf unseren Beruf auswirken, wie wir es schaffen, die pädiatrische Grundversorgung auch auf dem Land und in sozialen Brennpunkten zu erhalten, welchen Einfluss der digitale Fortschritt auf die Pädiatrie haben wird, wie viel Pädiatrie künftig über digitale Medien stattfinden, wie viel im persönlichen Kontakt zwischen Arzt und Patient bzw. Eltern stattfinden wird und welche Kompetenzen Ärzte in Zukunft besonders brauchen. Ich bin sicher, dass wir in Zukunft vor allem die Therapien für unsere Chroniker gemeinsam mit diesen bzw. ihren Eltern digital diskutieren, planen und kontrollieren.

Abb. 2: Dr. Thomas Fischbach und Dr. Sigrid Peter mit Bundesfamilienministerin Dr. Franziska Giffey



Unsere Aufgaben werden sich ändern, wir werden von Heilenden zu Fallmanagern, die für die uns anvertrauten Patienten bedarfsgerechte Hilfsnetze knüpfen und sie mit Hilfe nichtärztlicher Partner durch den Dschungel der Versorgungsebenen und sozialen Dienste lotsen. Zu unseren nichtärztlichen Partnern gehören in erster Linie auch die Medizinischen Fachangestellten. Wir werden in Zukunft mehr von unseren Leistungen an sie delegieren, um uns auf unsere Kernaufgaben konzentrieren zu können. Die Delegation kinder- und jugendärztlicher Aufgaben an MFA erfordert die Neudefinition von Tätigkeitsrahmen und verbindlichen Ausbildungsinhalten. Hierzu wurde bereits ein Fortbildungscurriculum entwickelt, das die Bundesärztekammer zertifiziert hat. Wir setzen darauf, dass die Kostenträger diese Delegationsleistungen zukünftig innerhalb der Vergütungssystematik des einheitlichen Bewertungsmaßstabs adäquat honorieren. Ich bin auch guter Hoffnung, dass sich die Betreuungssituation in Deutschland weiter verbessern wird, so dass junge Ärztinnen und Ärzte den Spagat zwischen Familie und Beruf besser schaffen als bisher. Zugleich müssen dann aber auch Kliniken flexiblere Arbeitszeitmodelle für die Work-Life-Balance-Bedürfnisse ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entwickeln. Bei anderen Themen fällt es mir und auch meinen Kolleginnen und Kollegen noch schwer, abzusehen, was die Zukunft bringt.

Werden zum Beispiel das finanzielle Ausbluten und Sterben der Kinderkliniken und die Verlagerung der pädiatrischen Subdisziplinen von der Klinik in die Praxis weitergehen und werden wir zunehmend als Spezialisten gefordert, während wie in anderen Ländern Hausärzte die pädiatrische Grundversorgung übernehmen? Aus meiner Sicht ist das jedenfalls nicht erstrebenswert und daher ein Thema, mit dem wir uns in Zukunft dringend beschäftigen werden. Genauer werden wir demnächst hoffentlich im Pädiatrischen Versorgungsatlas des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (Zi) nachlesen können. Nach bisher vorliegenden Informationen zeigt er, dass sich die Allgemeinärzte zunehmend aus der Versorgung von Kindern und Jugendlichen zurückziehen. Sie machen deutlich weniger Vorsorgen und Impfungen als früher. Das ist zunächst

einmal die gute Nachricht, denn wir Kinder- und Jugendärzte sind die Fachärzte für junge Menschen. Kinder und Jugendliche haben ein Recht darauf, von uns medizinisch betreut zu werden. Wir müssen mit daran arbeiten, dass ihre Betreuung auch in Zukunft gesichert ist. Alleine schaffen wir das aber nicht.

Beste Aussichten auf Return on Investment: Investitionen in die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

Die medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen ist verglichen mit der medizinischen Versorgung alter Menschen preiswert und überaus erfolgreich. Über 90 Prozent der behandelten minderjährigen Patienten werden wieder gesund. Unsere Arbeit lohnt sich also – für die behandelten Kinder und Jugendlichen und für unsere Gesellschaft. Aber wir können sie nur leisten, wenn die Politik dafür auch die entsprechenden Rahmenbedingungen schafft. Daher haben die pädiatrischen Gesellschaften und Verbände im Januar 2020 die Politik in einer Petition zur Beendigung der Benachteiligung von Kindern und Jugendlichen in der medizinischen Versorgung gemäß den Vorgaben der UN-Kinderrechtskonvention aufgefordert.

Wir haben uns mit Nachdruck zu Wort gemeldet und der Politik unsere Vorstellungen zum Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG), Masterplan 2020, zur Weiterbildungsförderung und zur Bedarfsrichtlinie nahegebracht. Vielfach konnten wir unsere Positionen durchsetzen. In unserer Verbandszeitschrift haben wir ausführlich und fortlaufend darüber berichtet. Aber es gibt auch noch hier jede Menge Handlungsbedarf. Ein Beispiel: In dem Entwurf einer neuen Approbationsordnung, der uns vorliegt, hat die Politik nach wie vor ausschließlich die Allgemeinmedizin im Blick. Das halte ich für einen Skandal. Primary Care, die medizinische Grundversorgung, kann nicht nur Erwachsene in den Blick nehmen. Sie muss mehr sein als Allgemeinmedizin und auch die medizinische Versorgung der Kinder und Jugendlichen fokussieren. Fakt ist: Zu den hausärztlichen Grundversorgern zählen gemäß § 73 Abs. 1a Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) auch die Kinder- und Jugendärzte.

Abb. 3: Dr. Thomas Fischbach und Dr. Sigrid Peter mit Bundesgesundheitsminister Jens Spahn



Und es geht weiter

Wir wehren uns gegen die zunehmende Ökonomisierung der Pädiatrie. Sie bedroht die Qualität der Versorgung, insbesondere in den Kliniken, aber indirekt auch die Qualität der pädiatrischen Grundversorgung (s. o.). Bei der Analyse der Versorgungsrealität müssen – wie es die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ), die Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland (GKinD) und der Verband Leitender Kinder- und Jugendärzte und Kinderchirurgen Deutschlands (VLKKD) gefordert haben – die tatsächlich betreibbaren Betten/Kapazitäten zugrunde gelegt werden. Die Auslastung kann nicht anhand von Durchschnittszahlen bewertet werden. Es müssen die großen Belegungsschwankungen in Kinderkliniken berücksichtigt werden. Außerdem: Nicht Kopfzahlen, sondern nur Vollzeitäquivalente können Grundlage für die Bewertung der ärztlichen Versorgung sein.

Um Kinder und Jugendliche besser zu versorgen, brauchen wir aber auch mehr Wissen. Im Koalitionsvertrag wurden die Förderung und der Ausbau der Forschung im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin festgeschrieben. Der BVKJ setzt sich seit langem gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin und der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin für ein Nationales Forschungszentrum für Kinder- und Jugendmedizin ein, um gemeinsam pädiatrischen Fragestellungen aus allen Subspezialitäten und benachbarten Disziplinen nachgehen zu können und um insbesondere die Versorgungsforschung zu stärken, die wir mindestens für ebenso relevant halten wie die Forschung, die sich in Universitäten und Instituten mit seltenen Krankheiten beschäftigt.

Wir haben unsere Vorstellungen zu einem solchen Forschungszentrum gemeinsam mit den anderen pädiatrischen Gesellschaften oft in den Gesprächen mit dem Bundesministerium für Bildung und Forschung und anderen politischen Verantwortlichen

gefordert. Der Startschuss für das Zentrum ist am 06.09.2018 gefallen. Ich hoffe, dass ich noch während meiner Amtszeit die Einweihung erleben darf.

Unser berufspolitisches Engagement ist zeit- und personalintensiv. Man kann dies kritisieren, etwa einwenden, der BVKJ sollte sich nur um sein „Kerngeschäft“ – die unmittelbaren Interessen seiner Mitglieder – kümmern und um Honorarfragen und Ähnliches. Abgesehen davon, dass wir uns kontinuierlich intensiv dafür einsetzen, dass unsere Arbeit angemessen bezahlt wird, glaube ich, dass eine Beschränkung auf unsere ureigenen und vor allem finanziellen Interessen unserem Berufsstand schadet, ihn vielleicht sogar zum Verschwinden bringt. Nur wenn wir von unseren Patienten und ihren Bedürfnissen her denken, wenn wir unsere Kompetenzen nutzen, um unser Gesundheits- und Sozialsystem weiterzuentwickeln, können wir als Berufsgruppe überleben. Dieser Perspektivwechsel wird inzwischen von den meisten Kolleginnen und Kollegen mit vollzogen, so dass ich guter Dinge bin, dass unser Beruf zukunftsfähig ist und bleibt.

Dr. Thomas Fischbach

Präsident des BVKJ (seit 2015)

Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte BVKJ e.V.

Mielenforster Str. 2

51069 Köln

thomas.fischbach@uminfo.de

Literaturangaben beim Verfasser.

Späte Genugtuung

Werner Schmidt

Mehr als siebenzig Jahre sind vergangen, seit ich im Sommer 1946 nach bestandem Abitur versuchte, einen Studienplatz für Medizin an der Universität Leipzig zu bekommen. In der damaligen sowjetischen Besatzungszone gab es keine zentrale Studienplatzvergabe. Man konnte sich direkt bewerben.

Ich hatte Pech: Obwohl oder gerade weil Kriegsteilnehmer und Akademikerkind (Vater Arzt, schwer verwundet, noch in Gefangenschaft), bekam ich eine Ablehnung. Der akademische Vater war auch 1947 Grund der Ablehnung. Ich begann eine Ausbildung als Krankenpfleger, schloss sie mit bestem Examen ab und hoffte nun, als Zugehöriger der Arbeiter- und Bauernklasse endlich einen Studienplatz in Leipzig zu bekommen. Es blieb bei der Ablehnung aus bekannten systemimmanenten Gründen.

1951: Republikflucht und Studienbeginn in Tübingen, später West-Berlin und Freiburg. Facharztausbildung in Berlin, Nürnberg, Landeskinderklinik Neunkirchen/Saar.

Frühjahr 1964: Praxis-Niederlassung in Regensburg.

Ab Ende der 60er-Jahre zunehmende Aktivität im Berufsverband der Kinderärzte.

1979: Als Referent für Gebührenfragen in den Vorstand gewählt und 1983 zum Verbandspräsidenten. Wiederwahl 1987.

Den 9. November 1989 erlebte ich während meines Besuches von Freunden in meiner Heimatstadt Chemnitz, damals Karl-Marx-Stadt.

Den Pädiatern in der DDR verpflichtet, entwarf ich schon auf der Heimreise einen Plan für die Hilfsmaßnahmen, die nötig sein würden, um den Kolleginnen und Kollegen in Praxis und Klinik den Übergang in unser westdeutsches Gesundheitssystem so schonend wie möglich zu gestalten. Wie erfolgreich unsere Aktionen waren, ist bekannt.

Für mich war es eine späte Genugtuung, Anfang Juli 1991 als Präsident des Berufsverbands der Kinderärzte Deutschlands in Leipzig in den Räumen der Universitätsklinik die Festansprache zur Wiedergründung der Sächsisch-Thüringischen Kinderärztesellschaft halten zu dürfen. So bekam ich also doch noch einen Fuß in die Leipziger Universität. Spät – aber immerhin!

„Beharrlichkeit führt zum Ziel!“, sagte ich damals und fuhr fort: „Beharrlichkeit wird auch von uns deutschen Kinderärzten gefordert werden müssen auf unserem Weg zu gemeinsamen Zielen.“

Dr. Werner Schmidt
Ehrenpräsident (Präsident von 1983 bis 1991)
Prebrunnstr. 1
93049 Regensburg
drwh@schmidt-system.de

Literaturangaben beim Verfasser.

Erinnerung eines alten Kinder- und Jugendarztes an seine Jahre im BVKJ

Paul Wirtz

Es ist schwierig, sich nach über 20 Jahren an Highlights aus der Zeit, als man aktiv für den BVKJ tätig war, zu erinnern. Die Zeit meiner 12-jährigen Tätigkeit im Landesverband Nordrhein und im Gesamtvorstand war dadurch gekennzeichnet, dass der Verband die Einführung neuer Tätigkeiten, der Vorsorgeuntersuchungen, wissenschaftlich und berufspolitisch begleiten musste. Die Zeit, zu der wir reine Kinderärzte waren, die die so genannten Kinderkrankheiten behandelten, also nur kurativ tätig waren, lag hinter uns. Der Erfolg durch Impfungen drohte uns arbeitslos zu machen. Es gab schon Angebote aus der Reihe der Allgemeinärzte, unseren Verband zu übernehmen.

Zu dieser Zeit waren die Vorsorgeuntersuchungen gesetzlich eingeführt worden. Aufgabe des Berufsverbandes war es, den Kolleginnen und Kollegen das Wissen über Inhalt und Durchführung dieser standardisierten Untersuchungen zu vermitteln und die Akzeptanz zu fördern, wozu eine Reihe von Fortbildungsveranstaltungen organisiert werden mussten.

Im Landesverband Nordrhein gab es die Fortbildungsveranstaltung „Pädiatref“ mit Vorträgen und Seminaren. Gründer und Namensgeber waren Dr. Herpertz, der Vorsitzende des Landesverbandes, und Dr. Arnold, der Obmann aus Bonn. Gedacht war diese Veranstaltung als ein Treffen der Familien der Pädiater, weshalb auch ein Begleitprogramm für Begleiter und Kinder angeboten wurde.

Besonders in Erinnerung ist mir ein Pädiatref in der Beethoven-Halle in Bonn mit einer Schiffsrundfahrt am Abend auf dem Rhein das Siebengebirge entlang. Es herrschte bei Musik und rheinischer Kost eine fröhliche Stimmung an Bord und es war insgesamt ein fröhliches Familientreffen der Pädiaterfamilien, die in großer Zahl gekommen waren.

Meinen letzten Pädiatref hatte ich in der Kongresshalle der Messe Düsseldorf organisiert. Zum Abschluss wurden Ansprachen zu meinem Abschied von den Ämtern gehalten, die mich sehr gerührt haben, u. a. sprach der damalige Präsident Dr. Gritz aus Hamburg.

Als die Veranstaltung sich dem Ende zuneigte, öffnete sich die Tür und herein kam der Chor des Görres-Gymnasiums und der St. Andreas-Kirche in voller Besetzung mit den jugendlichen Sängern, den Schülerinnen und Schülern des Gymnasiums, die uns

mit Begeisterung das „Halleluja“ aus dem „Messias“ von Georg Friedrich Händel vortrugen. Die Kolleginnen und Kollegen aus Düsseldorf hatten mir diese Überraschung vorbereitet, über die ich mich sehr gefreut habe. Übrigens: Nach den vorangegangenen Ansprachen war ich mir sicher, dass man das „Halleluja“ nicht aus Dank dafür sang, dass ich nach 12 Jahren endlich weg war.

Ich könnte noch berichten, wie wir sowohl Ärztekammer als auch KV mit der Einführung der Bezeichnung „Kinder- und Jugendarzt“ überrumpelt haben. Wir hatten keine offizielle Erlaubnis für die Änderung unserer Fachgruppenbezeichnung. Kolleginnen und Kollegen anderer Facharztgruppen in KVen und Ärztekammern hatten sich gegen eine Veränderung gewehrt. Wir haben einfach unsere Praxisschilder geändert, uns die Fachbezeichnung Kinder- und Jugendärzte zugelegt und warteten auf die Folgen, aber es geschah nichts. Schnell änderten auch die Kinderkrankenhäuser ihre Fachbezeichnung und übrigens auch unser Berufsverband seinen Namen, und bald war eine Änderung von Amts wegen nicht mehr möglich.

In guter Erinnerung sind mir noch heute die Klausurtagungen des erweiterten Vorstandes im Januar eines jeden Jahres in der Klinik in Rotenburg an der Fulda. Hier konnten wir an einem Wochenende die Jahresprogramme miteinander erarbeiten.

Anlässlich seines 50-jährigen Bestehens wünsche ich dem BVKJ, seinen Mitgliedern und seinen Mitarbeitern eine gute Zukunft mit Kolleginnen und Kollegen, die sich mit Begeisterung und Ausdauer für die ärztliche Versorgung der Kinder und Jugendlichen in unserem Land sowie für deren Ärzte einsetzen.

Dr. Paul Wirtz
Vorstandsmitglied bis 1999, Ehrenmitglied des BVKJ
Am Heidbergdamm 5
40668 Meerbusch

Literaturangaben beim Verfasser.

Aufbruch zur Politik

Klaus Gritz

Mitte der 90er Jahre entschlossen wir uns im Verband, den Weg zur Politik zu suchen, um unsere Wünsche zum Wohl der Kinder an die gesetzlichen Entscheidungsträger heranzutragen. Anfang 1998 wagten wir das erste Forum für Gesundheits- und Sozialpolitik in Bonn, an dem der damalige Gesundheitsminister Horst Seehofer, zahlreiche Abgeordnete, Vertreter der Krankenkassen und viele Pädiater teilnahmen.

Überraschend wurde ich wenige Wochen später vom damaligen Bundeskanzler Helmut Kohl zu seinem „Gipfel für Kinder“ am 17.06.1998 ins Kanzleramt eingeladen, an dem neben Kohl die Ministerin Claudia Nolte, Finanzminister Theo Waigel und 70 Experten teilnahmen. Der Kanzler beendete die Veranstaltung mit der Zusage eines zweiten Kindergipfels im nächsten Jahr und dem Satz „Kinder haben Vorfahrt“. Kurz darauf hieß der neue Bundeskanzler Gerhard Schröder, und dieser fühlte sich an das Versprechen seines Vorgängers nicht gebunden.

Aber wir ließen uns nicht entmutigen und setzten in den Folgejahren unsere Gespräche mit den politischen Entscheidungsträgern fort. Es gab

- mehrfach Besuche bei den Ministern für Gesundheit und Familie,
- jährliche Foren und parlamentarische Abende,
- Anhörungen im Gesundheitsausschuss und der Familienkommission des Deutschen Bundestages und
- zahlreiche Einzelgespräche mit Politikern aller Fraktionen.

Die „großen“ Termine nahmen wir gemeinsam mit den anderen pädiatrischen Gesellschaften wahr und erlebten einen Vertrauensbeweis seitens der Politik: Der Vorsitzende des Gesundheitsausschusses Wolfgang Zöllner (CSU) bat uns, den Entwurf eines Antrags für den Bundestag zur gesundheitlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen zu ergänzen und zu glätten. Das taten wir gern und gründlich. Und so erlebte die Pädiatrie eine Sternstunde, als dieser Antrag am 27.06.2002 einstimmig vom Parlament angenommen wurde.

Erfreulich ist, dass unserem Aufbruch besonders in den letzten Jahren eine intensive Weiterführung der Öffentlichkeitsarbeit folgte; der BVKJ ist in allen Medien präsent und der Einfluss auf die Politik unverkennbar.

Dr. Klaus Gritz
Ehemaliger Präsident des BVKJ (1997–2003)
Zollstr. 22
21354 Bleckede
klaus@gritz.de

Literaturangaben beim Verfasser.

Was mir in besonderer Erinnerung geblieben ist ...

Wolfram Hartmann

Das Jahr 2006 war von massiven Protesten von Ärztinnen und Ärzten gekennzeichnet. Es begann am 18. Januar in Berlin mit einem gemeinsamen Protestmarsch vieler ärztlicher Verbände (der BVKJ war Mitglied im Organisationskomitee) am Potsdamer Platz über die Leipziger Straße und die Wilhelmstraße (dort war damals das BMG).

Dieser Protest wurde beim NATIONALEN PROTESTTAG am 24. März 2006 in Berlin eindrucksvoll fortgesetzt. Er stand unter dem Motto „Gesundheit erhalten statt Mangel verwalten“.

Wir protestierten gemeinsam mit den Patienten für

- medizinischen Fortschritt für alle Patienten,
- freie Arztwahl,
- Therapiefreiheit,
- eine wohnortnahe Versorgung durch Haus- und Fachärzte,
- den Erhalt der ärztlichen Schweigepflicht,
- die Abschaffung der unterschiedlichen Kopfpauschalen in der GKV, ein einheitliches Vergütungssystem in Euro und Übernahme des Morbiditätsrisikos durch die Krankenkassen und
- die Abschaffung unsinniger Budgetregelungen bei Heilmitteln sowie gegen
- Wartelisten-Medizin und
- die katastrophalen Rahmenbedingungen in der ärztlichen Praxis.

Ein weiterer Protesttag fand dann am 19. Mai 2006 ebenfalls in Berlin statt. Der BVKJ war an allen Protesten eindrucksvoll beteiligt, was die Fotos belegen.

Abb. 1/2: Rollerkommando der Kinder- und Jugendärzte:
Bleiben in Zukunft die Kinderwagen leer?



Dr. Wolfram Hartmann
Ehrenpräsident des BVKJ (Präsident von 2003 bis 2015)
In Wenigen Bruch 5
57223 Kreuztal
dr.wolfram.hartmann@uminfo.de

Literaturangaben beim Verfasser.

Keine Sternstunde des Berufsverbandes

Wie an einem Tag über 2.000 im Ausland wohnende Kollegen Mitglied im BVKJ wurden

Hans-Jürgen Nentwich

1993 war die Anpassung an die neuen Arbeitsbedingungen der Kinderärzte aus den neuen Bundesländern noch Thema ihrer täglichen Arbeit. Die Bewältigung der fachlichen Arbeit gelang problemlos. Allerdings galt es, zum Teil sehr gravierende persönliche Probleme zu überwinden. Besonders schwerwiegend waren z.B. Karrierebrüche und finanzielle Probleme. Die Aufarbeitung der politischen Vergangenheit verlief auch nicht ohne Ungerechtigkeiten. In dieser Situation war es nicht verwunderlich, dass Vorgänge mit, aus heutiger Sicht, eigentlich nur episodischem Charakter sehr große Aufregung hervorgerufen haben.

Das routinemäßig übersandte, gedruckte Mitgliederverzeichnis von 1993 beinhaltete eine große Anzahl von Namen mit einem kleinen Sternchen. Bei näherer Analyse stellte sich heraus, dass allen „Neubundesländern“ ein Stern beschied wurde. Die Fußnote zum Stern rief Ernüchterung, Unverständnis und Protest hervor. Es war zu lesen: * bedeutet: „Im Ausland wohnende Mitglieder“. Damit waren entstandene Emotionen nachzuvollziehen.

Sofort nach der Wende angebotene Beratungshilfe vom Berufsverband wurde dankend angenommen und eine große Zahl von Kollegen engagierte sich, neben der fachlichen Tätigkeit, in der berufspolitischen Arbeit. Enttäuschungen sind dabei nicht ausgeblieben.

In dieser sensiblen Phase erscheint das Mitgliederverzeichnis 1993 mit dem aus Zeitdruck entstandenen Fehldruck. Die dadurch entstandenen Emotionen waren nachvollziehbar, ebten aber schnell wieder ab und man ging bald zum Tagesgeschäft über.

Sehr positiv wurde in diesem Zusammenhang die Stellungnahme der Redaktion aufgenommen:

„Die Redaktion dieses Verzeichnisses bittet Sie hiermit in aller Form um Entschuldigung. Als Ausdruck des Bedauerns leistet der Verlag zusätzlich eine namhafte Spende für den Wiederaufbau der Frauenkirche in Dresden.“

Mit dieser persönlichen Reminiszenz wollte ich nach über 25 Jahren daran erinnern, dass es bei dem Prozess der Wiedervereinigung auch bemerkenswerte Nebenschauplätze gegeben hat.

Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Nentwich
Ehemaliger Vizepräsident des BVKJ (1991–2007)
Friedrich-Staude-Str. 2
08060 Zwickau

Literaturangaben beim Verfasser.

Atemlos – neue Zeiten und anderes Tempo in der Gesundheitspolitik

Thomas Fischbach

Schnellebigkeit und Termindruck haben sich während meiner Amtszeit auch in der Berufspolitik sehr verstetigt. Die Zeiten, in denen man sich in Ruhe mit einem Gesetzentwurf auseinandersetzen konnte, sind vorbei.

Alleine 2019 hat das Bundesministerium für Gesundheit eine Flut von wegweisenden Gesetzen auf den Weg gebracht, die die Pädiatrie fast alle in teilweise erheblichem Ausmaß betroffen haben bzw. betreffen werden. Allen Gesetzentwürfen war neben der Entstehungseile gemein, dass sie sehr vieles regeln wollten und wollen, was in der Tat lange, ja viel zu lange, aufgeschoben worden war. Längst überfällige Regelungen gegen den Pflegenotstand, Schaffung moderner Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen unter Einbeziehung der nichtärztlichen Gesundheitsberufe, Digitalisierung in der Medizin und Sicherstellung der ärztlichen Versorgung durch eine moderne Ärztliche Approbationsordnung, Weiterbildungsförderung und eine angemessene Bedarfsplanung bis hin zu Maßnahmen zur Eradikation der Masern wurden getroffen bzw. auf den Weg gebracht. Die Regelungstiefe einiger Gesetze wie des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) stand und steht jedoch oftmals in klarem Gegensatz zu Angemessenheit und Erfolgsaussicht getroffener Bestimmungen. Welchen Erfolg weitere genannte gesetzliche Regelungen haben werden, bleibt abzuwarten. Ich sehe insbesondere in der teilweise erfolgten staatlichen Überregulierung einen Angriff auf die ärztliche Freiberuflichkeit, infolge dessen die Gefahr eines Rückzuges aus der Versorgung gerade der Babyboomer-Generation unter uns droht – ein Verlust, den das Gesundheitssystem nicht verschmerzen würde.

Mit diesem riesigen Themenstrauß waren und sind im BVKJ neben dem Präsidium und Bundesvorstand viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unserer Geschäftsstelle beschäftigt worden und immer noch befasst. Ein Ende der Gesetzesflut ist nicht in Sicht, weitere wichtige Regelungen werden den ärztlichen Bereitschaftsdienst/ die Notfallversorgung und die Digitalisierung betreffen. Wir haben in variabler Konstellation mit zahlreichen Gesundheitspolitikern – u. a. natürlich auch Gesundheitsminister Jens Spahn – gesprochen und Änderungswünsche begründet vorgetragen.

Trotz in einigen Bereichen kontroversen Positionen mit deutlich voneinander abweichenden gesundheitspolitischen Vorstellungen zwischen Berlin (BMG) und Köln (BVKJ) ist es ein Gebot der Fairness gegenüber dem Bundesgesundheitsminister – in positivem Kontrast zu vielen Politikergesprächen aus der Vergangenheit –, zu betonen, dass Jens Spahn nicht nur thematisch gut vorbereitet war und zugehört hat, sondern auch zu z. T. grundlegenden Entwurfsänderungen an Gesetzentwürfen bereit war, wenn solche nicht nur lapidar gefordert, sondern gut begründet werden konnten.

Dem BVKJ gelang es so – im Gegensatz zu vielen anderen Verbänden – sehr erfolgreich, seine fachliche Expertise wiederholt einzubringen. Bei allem, auch berechtigten, Lamentieren über die hereinbrechende Flut an Neuregelungen werden die so erzielten (wichtigen) Erfolge schnell vergessen. Beispielhaft die Verhinderung der „freien Sprechstunde“, die Zurücknahme der Aussetzung der Bedarfsplanung, die in Vierteln teilbare Zulassung, die Verbesserung der Weiterbildungsförderung unter Verpflichtung eines Quorums für die Pädiatrie und nicht zuletzt die längst überfällige Fixierung unserer Fachgruppenbezeichnung „Kinder- und Jugendarzt/-ärztin“ im Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V).

Dr. Thomas Fischbach
Präsident des BVKJ (seit 2015)
Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte BVKJ e.V.
Mielenforster Str. 2
51069 Köln
thomas.fischbach@uminfo.de

Literaturangaben beim Verfasser.

Autorenverzeichnis

A

Dr. med. univ. (H). Olaf Anklam
Niedergelassener Kinder- und Jugendarzt
Lange Str. 37
89542 Herbrechtingen
dr.anklam@t-online.de

B

Dr. Sebastian Bartels
Vorstandsmitglied im BVKJ
Praxis für Kinder- und Jugendmedizin
Gerichtsstr. 1
56410 Montabaur
sebastian.bartels@uminfo.de

Prof. Dr. Thomas Beddies
Stellvertretender Direktor des Instituts für Geschichte der
Medizin und Ethik in der Medizin
Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften (CC1)
Charité – Universitätsmedizin Berlin
Thielallee 71
14195 Berlin-Dahlem
thomas.beddies@charite.de

Sabine M. Beuttler
Medizinische Fachangestellte in pädiatrischer Praxis
Ostendstr. 233
90482 Nürnberg
sabine.beuttler@gmx.de

Dr. Christoph Bornhöft
Ehemaliges Vorstandsmitglied im BVKJ
Margarethenstr. 3
64625 Bensheim
info@kinderarzt-auerbach.de

Prof. Dr. Peter Borusiak
Sozialpädiatrisches Institut – Kinderzentrum
Klinikum Bremen-Mitte
Friedrich-Karl-Str. 55
28205 Bremen
peter.borusiak@klinikum-bremen-mitte.de

Dr. Uwe Büsching
Ehemaliges Vorstandsmitglied im BVKJ
Beckhausstr. 171
33611 Bielefeld
ubbbs@gmx.de

C

Susanne Carai, Ärztin, M. Sc.
Universität Witten/Herdecke, Witten
WHO Regional Office for Europe
Abteilung für Kinder- und Jugendgesundheit
UN City
Marmorvej 51
DK-2100 Copenhagen

D

Prof. Dr. Jörg Dötsch
Vizepräsident der DGKJ,
designierter Präsident der DGKJ (ab 2021)
Universitätsklinikum Köln
Kerpener Str. 62
50937 Köln
joerg.doetsch@uk-koeln.de

Dr. med. Gabriele Ellsäßer
Fachärztin für Öffentliches Gesundheitswesen
Umweltmedizin
Grolmannstr. 21
10603 Berlin

E

Dr. Dominik A. Ewald
Landesverbandsvorsitzender LV Bayern im BVKJ
Gemeinschaftspaxis für Kinder- und Jugendmedizin
Bahnhofstr. 22–24
93047 Regensburg
info@praxis-ewald.de

F

Dr. Ulrich Fegeler
Ehemaliges Vorstandsmitglied im BVKJ
Bäkeweg 37
16515 Oranienburg
ul.fe@t-online.de

Dr. Folkert Fehr
Sprecher des Ausschuss Fort- und Weiterbildung im BVKJ
Karlsplatz 5
74889 Sinsheim
folkert.fehr@t-online.de

Dr. Thomas Fischbach
Präsident des BVKJ (seit 2015)
Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte BVKJ e.V.
Mielenforster Str. 2
51069 Köln
thomas.fischbach@uminfo.de

G

Karin Geitmann
Vorstandsmitglied im BVKJ
Liebigstr. 41
58095 Hagen
karin.geitmann@uminfo.de

Dr. Klaus Gritz
Ehemaliger Präsident des BVKJ (1997-2003)
Zollstr. 22
21354 Bleckede
klaus@gritz.de

H

Dr. Wolfram Hartmann
Ehrenpräsident des BVKJ (Präsident von 2003 bis 2015)
Im Wenigen Bruch
57223 Kreuztal
dr.w.hartmann-kreuztal@t-online.de

Vivien Hülsen, B. Sc.
Stipendiatin Carlo Schmid Programm für
Praktika in Internationalen Organisationen
WHO Regional Office for Europe
Abteilung für Kinder- und Jugendgesundheit
UN City
Marmorvej 51
DK-2100 Copenhagen

Dr. Gottfried Huss
Beauftragter „Pädiater in Krisenregionen“ des BVKJ
Sonnenweg 7
79618 Rheinfelden
gorehuss@googlemail.com

J

Dr. Elke Jäger-Roman
Köhlerstr. 23
12205 Berlin
jaeger-roman@snofu.de

K

Dr. Hermann-Josef Kahl
Ehemaliger Bundespressesprecher
Uhlandstr. 11
40237 Düsseldorf
d.kahl@googlemail.de

Prof. Dr. med. Klaus-Michael Keller
Sprecher Fortbildungsausschuss im BVKJ
DKD Helios Klinik, Betriebsstätte HSK Wiesbaden
Ludwig-Erhard-Str. 100
65199 Wiesbaden
klaus-michael.keller@helios-gesundheit.de

Prof. Dr. Wolfgang Kölfen
Vizepräsident des BVKJ
Städtische Kliniken Mönchengladbach –
Standort Elisabeth-Krankenhaus Rheydt
Hubertusstr. 100
41239 Mönchengladbach
wolfgang.koelfen@sk-mg.de

Prof. Dr. med. Olga Kordonouri
Kinder- und Jugendkrankenhaus AUF DER BULT Hannover
Janusz-Korzak-Allee 12
30173 Hannover
kordonouri@hka.de

Dr. med. Claudia Korebrits, M. Sc.
Fachärztin für Öffentliches Gesundheitswesen
Kinder- und Jugendärztlicher Dienst
Gesundheitsamt Stadt Leipzig
Friedrich-Ebert-Str. 19 a
04109 Leipzig

Prof. Dr. Ingeborg Krägeloh-Mann
Präsidentin der DGKJ
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Hoppe-Seyler-Str. 1
72076 Tübingen
ingeborg.kraegeloh-mann@med.uni-tuebingen.de

Dr. Christoph Kretschmar
Chefarzt Sozialpädiatrisches Zentrum
Städtisches Klinikum Dresden
Industriestr. 40
01129 Dresden
christoph.kretschmar@klinikum-dresden.de

Dr. Thomas Kugler
2. Vorsitzender des Berufsverbandes der
niedergelassenen Kinderchirurgen Deutschlands
Steingasse 10
89073 Ulm
thomas.kugler@kinderchirurgie-ulm.de

L

Dr. Burkhard Lawrenz
Landesverbandsvorsitzender LV Westfalen-Lippe im BVKJ,
Sprecher Ausschuss Prävention des BVKJ
Praxis für Kinder- und Jugendmedizin
Grafenstr. 80
59821 Arnsberg
blawrenz@t-online.de



Prof. Dr. Volker Mall
Lehrstuhlinhaber Sozialpädiatrie (TU München)
Ärztlicher Direktor (kbo-Kinderzentrum München)
Heighofstr. 65
81377 München
volker.mall@kbo.de

Dr. Michael Mühlshlegel
Delegierter LV Baden-Württemberg, Fachbeauftragter für
Medizinische Fachangestellte im BVKJ
Kinder- und Jugendarzt
Mühlstorstr. 2
74348 Lauffen am Neckar
michaelandreas@t-online.de



M. A. Julia Nebe
Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Geschichte,
Theorie und Ethik der Medizin sowie Geschäftsführerin des
Aachener Kompetenzzentrums für Wissenschaftsgeschichte
(AKWG)
Universitätsklinikum Aachen
Pauwelsstr. 30
52074 Aachen
jnebe@ukaachen.de

Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Nentwich
Ehemaliger Vizepräsident des BVKJ (1991–2007)
Friedrich-Staude-Str. 2
08060 Zwickau
hans.nentwich@freenet.de



Dr. Andreas Oberle
Vizepräsident der DGSPJ
Beauftragter Aus-, Fort- und Weiterbildung des
LV Baden-Württemberg im BVKJ
Olgahospital – Sozialpädiatrisches Zentrum
Bismarckstr. 8
70176 Stuttgart
a.oberle@klinikum-stuttgart.de



Dr. med. Markus Röbl
Universitätskinderklinik Göttingen
Robert-Koch-Str. 40
37075 Göttingen
markus.roebl@med.uni-goettingen.de

Dr. Klaus Rodens
Vorstandsmitglied im BVKJ
Angertorstr. 6
89129 Langenau
klausrodens@t-online.de



Prof. Dr. Ronald G. Schmid
Ehemaliger Vizepräsident des BVKJ (2007–2019)
Josef-Neumeier-Str. 18
84503 Altötting
praxis@schmid-altoetting.de

Dr. Werner Schmidt
Ehrenpräsident (Präsident von 1983 bis 1991)
Prebrunnstr. 1
93049 Regensburg
drwh@schmidt-system.de

Dr. Arnold Schwarz
Beauftragter für Jugendmedizin im LV Baden-Württemberg
des BVKJ
Vaihinger Str. 8
71665 Vaihingen
praxis@dr-schwarz-vaihingen.de

PD Dr. Erika Sievers, MPH
Kooptiertes Ausschussmitglied Kind, Schule und öffentlicher
Dienst im BVKJ
Wettersberg 18
24819 Haale
sievers.paed@t-online.de

Dr. Irene Somm
Netzwerk Handlungsforschung und Praxisberatung
Venloer Str. 511
50825 Köln
irene.somm@netzwerk-handlungsforschung.de

Dr. Thomas Spindler
Leiter einer Rehabilitationsklinik für Kinder und Jugendliche
Hochgebirgsklinik Davos
Hermann-Burchard-Str. 1
CH-7265 Davos
thomas.spindler@hgk.ch

Dr. Christian Steuber
Delegierter/Beauftragter Honorar LV Baden-Württemberg
im BVKJ
Praxis Arche für Kinder und Jugendliche
Am Bahnhof 2 a
79232 March
steuber@kinderaerzte-team.de

Albert Storcks
Niedergelassener Neuropädiater
Praxis für Kinderneurologie
Contrescarpe 14
49377 Vechta
storcks-ag@t-online.de

T

Prof. Dr. Ute Thyen
 Kooptiertes BVKJ-Vorstandsmitglied
 Präsidentin der DGSPJ
 Universität zu Lübeck
 Universitätsklinikum Schleswig-Holstein
 Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
 Ratzeburger Allee 160
 23538 Lübeck
 ute.thyen@uksh.de

Dr. med. Gabriele Trost-Brinkhues
 Kooptiertes Vorstandsmitglied, Sprecherin Ausschuss Kind,
 Schule und öffentlicher Dienst im BVKJ
 Fachärztin für Kinderheilkunde und Jugendmedizin
 Medizinische Genetik
 An der Rast 47
 52072 Aachen

V

Dr. med Lukas Vogler
 FA für Kinder- u. Jugendmedizin
 SP Neuropädiatrie
 Kinderrheumatologie
 Gersbach 1/1
 74569 Satteldorf
 praxis@kinderarzt-dr-vogler.de

W

Priv.-Doz. Dr. M. W. Weber, Ph.D.
 Programme Manager für Kinder- und Jugendgesundheit
 in der WHO
 WHO Regional Office for Europe
 Abteilung für Kinder- und Jugendgesundheit
 UN City
 Marmorvej 51
 DK-2100 Copenhagen
 weberm@who.int

Dr. Christoph Weiß-Becker
 Mitglied Ausschuss Fort- und Weiterbildung im BVKJ
 Gemeinschaftspraxis für Kinder- und Jugendmedizin
 Erichsenweg 16
 25813 Husum

Dr. Paul Wirtz
 Vorstandsmitglied bis 1999, Ehrenmitglied des BVKJ
 Am Heidbergdamm 5
 40668 Meerbusch



Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

Stand dieser Ausgabe: Januar 2020

© BVKJ e.V.

Geschäftsstelle:

Berufsverband der Kinder und Jugendärzte e.V.

Mielenforster Straße 2, 51069 Köln

Telefon: 0221-68909-0 | Telefax: 0221-683204

bvkj.buero@uminfo.de

www.bvkj.de

Pädiatrische Wege und Welten

ISBN 978-3-9821633-0-7



Jahre BVKJ e.V.