

U. Fegeler K. Rodens C. Weiß-Becker (Hrsg.)

Praxishandbuch der pädiatrischen Grundversorgung

3. Auflage



Leseprobe


ELSEVIER

Urban & Fischer

Herausgeber



Dr. Ulrich Fegeler, Kinder- und Jugendarzt, war 26 Jahre in der ambulanten Grundversorgung tätig. Er ist Gründungsmitglied der Deutschen Gesellschaft für ambulante allgemeine Pädiatrie (DGAAP), von Anfang an Mitglied der Lenkungs- und Entwicklungsgruppe des DGAAP-Weiterbildungscurriculums und war 8 Jahre lang Bundespressesprecher sowie Vorstandsmitglied des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e. V. (BVKJ).



Dr. Klaus Rodens arbeitete 30 Jahre lang als Kinder- und Jugendarzt mit der Zusatzweiterbildung Kinderendokrinologie und -diabetologie in einer Praxis in Langenau (bei Ulm). Er ist Gründungsmitglied der DGAAP und war viele Jahre Vorstandsmitglied des BVKJ und der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ).



Dr. Christoph Weiß-Becker, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, arbeitet in einer Gemeinschaftspraxis in Husum. Er ist Vizepräsident der DGAAP und Mitglied im Ausschuss Aus- und Weiterbildung des BVKJ. In Schleswig-Holstein engagiert er sich im Weiterbildungsverbund Pädiatrie für die sektorenübergreifende Weiterbildung angehender Ärztinnen und Ärzte für Kinder- und Jugendmedizin.

Inhaltsverzeichnis

1	Der ärztliche Rahmen zur Grundversorgung von Kindern und Jugendlichen	1	1.6	Kinderrechte im Praxisalltag – „Advocacy“	19
1.1	Ambulante Allgemeine Pädiatrie (AAP)	2	1.6.1	Bedeutung für die Grundversorgung	20
	Christoph Weiß-Becker, Ulrich Fegeler und Klaus Rodens		1.6.2	Definition der Kinderrechte	20
1.1.1	Selbstverständnis und Aufgaben	2	1.6.3	Kinderrechtewirklichkeit	21
1.1.2	Stellenwert der pädiatrischen Grundversorgung im Spektrum pädiatrischer Tätigkeit.	2	2	Patientensicherheit, Fehlervermeidung, Qualitätsverbesserung und Delegation in der pädiatrischen Praxis	25
1.1.3	Arbeitsweisen und Methoden	2	2.1	Patientensicherheit und Fehlervermeidung	27
1.2	Ärztliche Kompetenzen zur Grundversorgung von Kindern und Jugendlichen	4		Gottfried Huss	
	Folkert Fehr		2.1.1	Stellenwert der Patientensicherheit	27
1.2.1	Stellenwert in der ambulanten Grundversorgung	5	2.1.2	Terminologie.	27
1.2.2	Definition	5	2.1.3	Fehlerbereiche in der Kinderarztpraxis	27
1.2.3	Grundstruktur für Kompetenzen.	5	2.1.4	Häufige Diagnosefehler in der Pädiatrie	29
1.2.4	Erscheinungsbild	6	2.1.5	Umgang mit Fehlern	30
1.3	Mit Kindern und Eltern sprechen	8	2.1.6	Kognitive Fehler im ärztlichen Alltag	31
	Manfred Mickley		2.1.7	Gemütszustände und Fehler	31
1.3.1	Mit Kindern sprechen	8	2.2	Qualitätsmanagement – Qualitätsverbesserungen	31
1.3.2	Mit Eltern sprechen	13		Gottfried Huss	
1.4	Aufgabe, Auftrag und Auftraggeber im Praxisalltag	14	2.2.1	Strukturqualität in der Praxis und Praxisausstattung	31
	Stephan Heinrich Nolte		2.2.2	Prozessqualität	34
1.4.1	Stellenwert in der Grundversorgung	15	2.2.3	Ergebnisqualität	36
1.4.2	Aufgabe, Auftrag und Auftraggeber.	15	2.2.4	Beziehungsqualität	37
1.4.3	Behandlung und Beratung.	16	2.2.5	Vorgaben im gesetzlichen Rahmen	37
1.5	Kontinuierliche Betreuung: der „rote Faden“	17	2.2.6	Zertifizierungsangebote	38
	Stephan Heinrich Nolte		2.2.7	COSI: Europäische Indikatoren für gute pädiatrische Praxis	39
1.5.1	Der Auftrag.	17	2.3	Arbeiten im Team und Delegation in der pädiatrischen Praxis	39
1.5.2	Die Fallverantwortung.	17		Gottfried Huss	
1.5.3	Der rote Faden	18	2.3.1	Delegationsfähige Leistungen	39
			2.3.2	Besonderheiten in der pädiatrischen Praxis	39

2.3.3	Nicht delegierbare Leistungen, Pflichten des Arztes, Arzthaftung	40	3.3.2	Essenzielle Bedürfnisse in früher Kindheit	79
2.3.4	Delegation der MFA an den Arzt . . .	41	3.3.3	Einfluss sozioökonomischer Bedingungen.	80
2.4	Antibiotic Stewardship (ABS)	42	3.3.4	Schutzfaktoren und das Phänomen der Resilienz	81
	Roland Tillmann		3.3.5	Die wichtige Beteiligung der Kinder- und Jugendmedizin	82
2.4.1	ABS in der kinder- und jugendärztlichen Praxis	42	3.4	„Entwicklungsfürsorge“ – eine besondere Herausforderung in der pädiatrischen Grundversorgung² . .	84
2.4.2	Antibiotic Stewardship in der ambulanten Pädiatrie	44		Ulrich Fegeler und Elke Jäger-Roman [†]	
2.5	Telemedizinische Vernetzung	46	3.4.1	Stellenwert in der Grundversorgung	84
	Martin Lang		3.4.2	Definition Entwicklungsfürsorge. . . .	84
2.5.1	Stellenwert in der Grundversorgung	46	3.4.3	Soziogene Entwicklungsstörungen . .	85
2.5.2	Praktisches Vorgehen	47	3.5	Kultur: die Umwelt für Entwicklung	90
2.5.3	Patientenkommunikation – Patientensteuerung	47		Heidmarie Keller	
2.5.4	Digitale Expertise	49	3.5.1	Stellenwert	90
2.5.5	Digitale Versorgung aus einer Hand	51	3.5.2	Kultur als Zentrum der Conditio humana	91
2.5.6	Technik und Datenschutz.	51	3.5.3	Kultur als Modulator der Eltern-/ Mutter-Kind-Bindung	91
2.5.7	Erfahrungen	52	3.5.4	Kultur und ihr Bezug zu Beziehungen und Bindungen	92
2.5.8	Fazit	52	3.5.5	Multiple Bindungsnetzwerke und monotrope Beziehungen	93
			3.5.6	Konsequenzen für die Praxis	93
3	Wachstum und Entwicklung	55	4	Prävention	97
3.1	Wachstum und Wachstumsstörungen: „zu klein oder zu groß?“	56	4.1	Primäre Prävention	98
	Dirk Schnabel		4.1.1	Impfungen	98
3.1.1	„Zu klein“	56	4.1.2	Unfallprävention von Anfang an . . .	104
3.1.2	„Zu groß“	61	4.1.3	Sprachentwicklung anregen.	114
3.2	Entwicklungsbeurteilungen mit Grenzsteinen	64	4.1.4	Bildschirmmedienkonsum bei Kleinkindern	118
	Richard Michaelis [†] , Renate Berger und Ingeborg Krägeloh-Mann		4.1.5	Säuglinge und Kleinkinder kognitiv und motorisch unterstützen	120
3.2.1	Grenzsteine der Entwicklung: Definition	65	4.1.6	Hautkrebsprävention	122
3.2.2	Wie werden Grenzsteine für Entwicklungsbeurteilungen genutzt?	65	4.1.7	Kinder(zahn)medizin – Kompaktwissen für Pädiaterinnen . .	124
3.2.3	Grenzsteine der Entwicklung in den ersten 6 Lebensjahren	66	4.2	Sekundäre Prävention	132
3.2.4	Kommentare zum Verständnis und zur Bewertung einiger Items	71	4.2.1	Kinderfrüherkennungsuntersuchungen in Deutschland	132
3.3	Entwicklungsaufgaben im Kindesalter: notwendige Voraussetzungen, Risiken, Präventionsbedarf	77	4.2.2	Kinderfrüherkennungsuntersuchungen in Österreich	141
	Claudia Oberle, Andreas Oberle und Hans G. Schlack [†]				
3.3.1	Was sind Entwicklungsaufgaben? . .	78			

4.2.3	Kinderfrüherkennungsuntersuchungen in der Schweiz	143	5.5.4	Diagnosen und Differenzialdiagnosen	183
			5.5.5	Beratung und Behandlung	184
5	Der Säugling	147	6	Akute Vorstellungsanlässe	187
5.1	Der normale Säugling	148	6.1	Husten	193
	Ulrike Gitmans und Ralf Gitmans			Otto Laub und Elke Jäger-Roman [†]	
5.1.1	Was braucht der Säugling?	148	6.1.1	Stellenwert in der Grundversorgung	193
5.1.2	Ernährung	149	6.1.2	Definition	193
5.1.3	Supplementierung	150	6.1.3	Klinisches Erscheinungsbild	193
5.1.4	Entwicklung (Osteopathie, Lagerung/ Handling)	151	6.1.4	Diagnosen und Differenzialdiagnosen	197
5.2	Stillen und Stillprobleme	152	6.2	Husten bei hyperreagiblen Bronchien/ Asthma bronchiale	204
	Gabriele Kewitz und Denise Both			Otto Laub	
5.2.1	Stellenwert in der Grundversorgung . .	152	6.2.1	Stellenwert in der Grundversorgung	204
5.2.2	Definitionen	153	6.2.2	Definition	205
5.2.3	Diagnosen und Differenzialdiagnosen	155	6.2.3	Klinisches Erscheinungsbild	205
5.2.4	Beratung und Behandlung	156	6.2.4	Diagnose	205
5.3	Pflege	158	6.2.5	Beratung und Behandlung bei Asthma bronchiale	208
	Ulrike Gitmans und Ralf Gitmans		6.3	Husten bei Tuberkulose	213
5.3.1	Stellenwert in der Grundversorgung	158		Thomas Spindler und Antonio Pizzulli [†]	
5.3.2	Definition	158	6.3.1	Stellenwert in der Grundversorgung	213
5.3.3	Klinisches Erscheinungsbild	158	6.3.2	Epidemiologie	213
5.3.4	Diagnosen und Differenzialdiagnosen	159	6.3.3	Klinisches Bild der Tuberkulose	213
5.3.5	Beratung und Behandlung	159	6.3.4	Diagnose	214
5.4	Probleme im Säuglingsalter	160	6.3.5	TB-Screening bei asylsuchenden Kindern und Jugendlichen	216
	Ulrike Gitmans und Ralf Gitmans		6.3.6	Therapie der Tuberkulose	217
5.4.1	Erstvorstellung mit sozialer Risikoanamnese	160	6.4	Fieber	219
5.4.2	Geburtsverletzungen	162		Christoph Weiß-Becker	
5.4.3	Ikterus, insbesondere Neugeborenenikterus	164	6.4.1	Stellenwert in der Grundversorgung	220
5.4.4	Schreien	167	6.4.2	Definition	220
5.4.5	Schlafprobleme	170	6.4.3	Klinisches Erscheinungsbild	221
5.4.6	Ernährungs- und Fütterungsprobleme	174	6.4.4	Diagnosen und Differenzialdiagnosen	221
5.4.7	Gedeihstörung im 1. Lebensjahr . . .	178	6.4.5	Beratung und Behandlung	223
5.5	Frühgeborene	181	6.5	Fieberkrampf	226
	Ulrike Gitmans und Ralf Gitmans			Christoph Weiß-Becker	
5.5.1	Stellenwert in der Grundversorgung	182	6.5.1	Stellenwert in der Grundversorgung	226
5.5.2	Definition	182	6.5.2	Definition	227
5.5.3	Besonderheiten der Betreuung von Frühgeborenen in der kinder- und jugendärztlichen Praxis	183	6.5.3	Klinisches Erscheinungsbild	227
			6.5.4	Diagnosen und Differenzialdiagnosen	227
			6.5.5	Beratung und Behandlung	228

6.6	Halsschmerzen	230	6.12.1	Stellenwert in der Grundversorgung	265
	Christoph Weiß-Becker		6.12.2	Definitionen	266
6.6.1	Stellenwert in der Grundversorgung	230	6.12.3	Klinisches Erscheinungsbild	266
6.6.2	Definition	230	6.13	Nahrungsmittelassoziierte	
6.6.3	Klinisches Erscheinungsbild	231		Erkrankungen	269
6.6.4	Diagnosen und			Markus Schmitt	
	Differenzialdiagnosen	231	6.13.1	Stellenwert in der Grundversorgung	269
6.6.5	Beratung und Behandlung.	233	6.13.2	Definition	269
6.7	Ohrenscherzen	235	6.13.3	Klinisches Erscheinungsbild	269
	Christoph Weiß-Becker		6.14	Gastrointestinale Blutungen	271
6.7.1	Stellenwert in der Grundversorgung	235		Markus Schmitt	
6.7.2	Definitionen	235	6.14.1	Stellenwert in der Grundversorgung	271
6.7.3	Klinisches Erscheinungsbild	236	6.14.2	Klinisches Erscheinungsbild	272
6.8	Rote und verklebte Augen	239	6.15	Gastrointestinale Fremdkörper	273
	Klaus Rodens			Markus Schmitt	
6.8.1	Stellenwert in der Grundversorgung	239	6.16	Gedeihstörungen im Kleinkind- und	
6.8.2	Definition	240		Schulalter	274
6.8.3	Klinisches Erscheinungsbild	240		Stephan Wienhold	
6.8.4	Diagnosen und		6.16.1	Stellenwert in der Grundversorgung	274
	Differenzialdiagnosen	241	6.16.2	Definition und Pathogenese.	274
6.8.5	Beratung und Behandlung.	241	6.16.3	Klinisches Erscheinungsbild	275
6.9	Kopfschmerzen	242	6.16.4	Diagnose	275
	Sabine Koch		6.16.5	Beratung und Behandlung.	283
6.9.1	Stellenwert in der Grundversorgung	243	6.17	Hautausschlag	287
6.9.2	Klassifikation der Kopfschmerzen.	243		Wolfgang Gemppe	
6.9.3	Klinisches Erscheinungsbild	243	6.17.1	Stellenwert in der Grundversorgung	287
6.9.4	Diagnose und Differenzialdiagnose der		6.17.2	Definitionen	288
	Kopfschmerzen	244	6.17.3	Klinisches Erscheinungsbild:	
6.9.5	Beratung und Behandlung.	246		Exantheme	288
6.10	Schmerzen am		6.17.4	Klinisches Erscheinungsbild: Akne	292
	Bewegungsapparat	248	6.17.5	Klinisches Erscheinungsbild: Papeln,	
	Regina Gaissmaier, Elke Jäger-			Bläschen, Pusteln	293
	Roman [†] und Wolfram Singendonk [†]		6.17.6	Klinisches Erscheinungsbild:	
6.10.1	Stellenwert in der Grundversorgung	248		Ekzeme	298
6.10.2	Das muskuloskeletale System	249	6.17.7	Klinisches Erscheinungsbild:	
6.10.3	Klinisches Erscheinungsbild	249		Windeldermatitis.	303
6.10.4	Diagnosen und		6.17.8	Hauterkrankungen des Neugeborenen	
	Differenzialdiagnosen	251		und des jungen Säuglings	304
6.10.5	Beratung und Therapie	255	6.18	Allergologische Erkrankungen	307
6.11	Bauchschmerzen	257		Karl Paul-Buck und Dietke Buck	
	Markus Schmitt		6.18.1	Inhalationsallergie: allergische Rhinitis,	
6.11.1	Akute Bauchschmerzen	257		allergische Konjunktivitis, allergisches	
6.11.2	Chronisch rezidivierende			Asthma bronchiale	307
	Bauchschmerzen	262	6.18.2	Insektengiftallergie	316
6.12	Durchfall und/oder Erbrechen	265	6.18.3	Nahrungsmittelallergie	320
	Markus Schmitt				

6.18.4	Grundsätzliches zur Allergieprävention und zum Vorgehen bei Nahrungsmittelallergien	327	6.22.3	Klinisches Erscheinungsbild	398
6.19	Jungenmedizin	330	6.22.4	Diagnose und Differenzialdiagnosen	400
	Bernhard Stier		6.22.5	Beratung und Behandlung	402
6.19.1	Definition	330	6.23	Leistungsknick, Müdigkeit und Blässe – kardiologische Sicht	405
6.19.2	Stellenwert in der Grundversorgung	331		Christoph Kupferschmid	
6.19.3	Balanitis/Balanoposthitis	335	6.23.1	Stellenwert in der Grundversorgung	406
6.19.4	Hodenhochstand	337	6.23.2	Definition	406
6.19.5	Hypospadie	342	6.23.3	Diagnosen und	
6.19.6	Phimose und Zirkumzision	345		Differenzialdiagnosen	406
6.19.7	Lichen sclerosus (Balanoposthitis xerotica obliterans)	350	6.23.4	Vorgehen, Beratung und	
6.19.8	Varikozele	352		Behandlung	409
6.19.9	Hodentorsion	356	6.24	Blässe – hämatologische Sicht	410
6.19.10	Epididymitis	359		Wilhelm Geilen und Christian	
6.19.11	Orchitis/Epididymoorchitis (Panorchitis)	362		Kebelmann-Betzing	
6.20	Kindergynäkologie	366	6.24.1	Stellenwert in der Grundversorgung	411
	Maija Gemp		6.24.2	Definition	411
6.20.1	Definition	366	6.24.3	Klinisches Erscheinungsbild	411
6.20.2	Stellenwert in der Grundversorgung	366	6.24.4	Diagnosen und	
6.20.3	Hymen	368		Differenzialdiagnosen	411
6.20.4	Sexualhormone in verschiedenen Lebensperioden	369	6.24.5	Notfälle	418
6.20.5	Infektiöse Erkrankungen im Anogenitalbereich	375	6.25	Blutungsneigung	420
6.20.6	Akzidentelle genitale Verletzungen – Differenzialdiagnose sexueller Kindesmissbrauch	377		Michael Sigl-Kraetzig	
6.20.7	Kleine kindergynäkologische Operationen	378	6.25.1	Stellenwert in der Grundversorgung	420
6.21	Auffälliger Urin und Schmerzen beim Wasserlassen	378	6.25.2	Definition	420
	Marcus R. Benz		6.25.3	Klinisches Erscheinungsbild	421
6.21.1	Auffälliger Urin	378	6.25.4	Diagnosen und	
6.21.2	Schmerzen beim Wasserlassen – Harnwegsinfektion	386		Differenzialdiagnosen	422
6.21.3	Ödeme – nephrotisches Syndrom	392	6.25.5	Beratung und Behandlung	424
6.21.4	Blutiger Urin – nephritisches Syndrom	394	6.26	„Das Herz“	427
6.22	Vergrößerte Lymphknoten	397		Christoph Kupferschmid	
	Stefan Eber, Lisa Wiederer, Alexandra Wagner und Kilian Hierdeis		6.26.1	Angeborene Herzfehler	427
6.22.1	Stellenwert in der Grundversorgung	397	6.26.2	Herzrhythmusstörungen	431
6.22.2	Definition	397	6.26.3	Bluthochdruck	435
			6.27	„Die Hormone“	438
				Klaus Rodens	
			6.27.1	Früh- und Spätentwickler	438
			6.27.2	Schilddrüsenerkrankungen: „Kann es die Schilddrüse sein?“	443
			6.27.3	„Viel Durst und Bauchschmerzen – zuckerkrank?“	447
			6.27.4	Metabolisches Syndrom	449
			6.28	Kinder mit niedriger Muskelspannung, Schwäche oder Anfällen	453
				Folkert Fehr	

6.28.1	Das muskelhypotone Kind	453	7.2.3	Vorhofseptumdefekt Sekundumtyp (ASD2)	494
6.28.2	Kinder mit Schwäche und Bewegungsstörungen	457	7.2.4	Pulmonalstenose	495
6.28.3	Bewusstseinsstörungen	460	7.2.5	Fallot-Tetralogie	495
6.29	Das auffällig aussehende Kind	464	7.2.6	Aortenisthmusstenose	497
	Herbert Grundhewer		7.2.7	Atrioventrikuläre Septumdefekte	497
6.29.1	Stellenwert in der Grundversorgung	464	7.2.8	Transposition der großen Arterien	499
6.29.2	Ausgewählte Erkrankungsbilder	465	7.2.9	Aortenstenosen	500
6.30	Kinderchirurgie in der Grundversorgung	473	7.2.10	Leben mit angeborenem Herzfehler – Beratungsthemen	501
	Regina Pankrath und Klaus Pankrath		7.3	Herzmuskelerkrankungen	503
6.30.1	Stellenwert in der Grundversorgung	473		Christoph Kupferschmid	
6.30.2	Verletzungen	473	7.3.1	Stellenwert in der Grundversorgung	503
6.30.3	Entzündung	475	7.3.2	Hypertrophe Kardiomyopathie	503
6.30.4	Spezielle Krankheitsbilder, die chirurgisch behandelt werden sollten	478	7.3.3	Dilatative Kardiomyopathie	504
6.30.5	Krankheiten, die immer dem Kinderchirurgen vorgestellt werden sollten	481	7.3.4	Restriktive Kardiomyopathie	505
6.31	Schädelprellung, Schädel-Hirn-Trauma	481	7.3.5	Arrhythmogene ventrikuläre Kardiomyopathie (AVC)	505
	Ulrich Fegeler		7.3.6	Endokardfibroelastose (EFE)	506
6.31.1	Stellenwert in der Grundversorgung	482	7.3.7	„Non compaction“ des linken Ventrikels (LVNC)	506
6.31.2	Epidemiologie	482	7.4	Neuromuskuläre Erkrankungen, Zerebralpareesen, Epilepsien	507
6.31.3	Definition	482		Folkert Fehr	
6.31.4	Klinisches Erscheinungsbild	482	7.4.1	Aufgaben des Grundversorgers bei neuropädiatrischen Erkrankungen	507
6.31.5	Diagnostik	482	7.4.2	Krankheitsspezifische Maßnahmen in der Grundversorgung	511
6.31.6	Beratung und Behandlung	483	7.5	Pädiatrische Endokrinologie	512
7	Kinder und Jugendliche mit chronischen Erkrankungen – Schnittstellen zwischen Grund- und Spezialversorgung	487		Klaus Rodens	
7.1	Grundversorgung von chronisch kranken Kindern und Jugendlichen und Transition	489	7.5.1	Allgemeine Aufgaben in der Grundversorgung	512
	Elke Jäger-Roman [†]		7.5.2	Störung der Pubertätsentwicklung	513
7.1.1	Stellenwert in der Grundversorgung	489	7.5.3	Schilddrüsenfunktionsstörung	515
7.1.2	Aufgaben in der Grundversorgung	489	7.5.4	Diabetes mellitus Typ 1	519
7.1.3	Transition	490	7.6	Chronische gastroenterologische Erkrankungen	522
7.2	Angeborene Herzfehler	491		Markus Schmitt	
	Christoph Kupferschmid		7.6.1	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen (CED)	522
7.2.1	Ventrikelseptumdefekte	491	7.6.2	Obstipation und Enkopresis (organische Ursachen)	526
7.2.2	Isolierter persistierender Ductus arteriosus	493	7.7	Harntransportstörungen	529
				Marcus R. Benz	
			7.7.1	Allgemeine Aufgaben in der Grundversorgung	529

7.7.2	Definition	529	8.3.2	Leitgedanken zur Heilmittelverordnung.	570
7.7.3	Klinisches Erscheinungsbild	530	8.3.3	Diagnostik vor der Indikation von Heilmitteln	570
7.7.4	Diagnosen und Differenzialdiagnosen	530	8.3.4	Wer benötigt Therapie?	572
7.7.5	Beratung und Behandlung.	532	8.3.5	Umgang mit Heilmittelpfehlungen von Dritten: Aktion statt Reaktion	572
7.7.6	Krankheitsspezifische Notfälle oder Exazerbation	533	8.3.6	Kinderförderung ist häufiger angebracht als Therapie	573
7.7.7	Krankheitsspezifische Beratungsthemen	534	8.3.7	Wie erhält man das Vertrauensverhältnis zu den Eltern?	574
7.8	Rheumatologische Erkrankungen. .	534	8.4	Die Versorgung im Sozialraum. . . .	575
	Regina Gaissmaier			Ulrich Fegeler	
7.8.1	Stellenwert in der Grundversorgung	534	8.4.1	Stellenwert in der Grundversorgung	575
7.8.2	Definition und klinisches Erscheinungsbild	535	8.4.2	Sozialraum	576
7.8.3	Erstvorstellung beim pädiatrischen Rheumatologen.	535	8.4.3	Therapie und Beratung mit Blick auf den Sozialraum	580
7.8.4	Beratung und Behandlung bei JIA . .	537	8.5	Frühe Hilfen	582
7.8.5	Prognose rheumatischer Erkrankungen	540		Gabriele Trost-Brinkhues	
8	Entwicklungs-, Verhaltens- und psychosomatische Störungen . .	543	8.5.1	Stellenwert in der Grundversorgung	583
8.1	Entwicklungs- und Verhaltensstörungen (IVAN-Konzept)	546	8.5.2	Definition und gesetzliche Rahmenbedingungen	583
	Ronald Schmid		8.5.3	Konkretisierung und Erfahrungen. . .	584
8.1.1	Einführung	546	8.6	Die spezifischen Aufgaben des ÖGD/KJGD	585
8.1.2	Stellenwert in der Grundversorgung	549		Gabriele Trost-Brinkhues	
8.1.3	Definition	549	8.6.1	Stellenwert des ÖGD in der kinder- und jugendmedizinischen	
8.1.4	Diagnostisches Stufenkonzept: IVAN-Diagnostik und Differenzialdiagnostik	550		Grundversorgung	586
8.1.5	Beratung und Behandlung.	554	8.6.2	Notwendige Felder der Kooperation	586
8.2	Sprachentwicklung und ihre Störungen	563	8.6.3	Aufgaben des KJGD.	587
	Klaus Rodens		8.7	AD(H)S im Praxisalltag.	589
8.2.1	Stellenwert in der Grundversorgung	564		Klaus Skrodzki	
8.2.2	Definition	564	8.7.1	Stellenwert in der Grundversorgung	589
8.2.3	Klinisches Erscheinungsbild	564	8.7.2	Definition	589
8.2.4	Diagnosen und Differenzialdiagnosen	565	8.7.3	Diagnostische Maßnahmen	589
8.2.5	Beratung und Behandlung.	567	8.7.4	Differenzialdiagnostik und komorbide Störungen	593
8.3	Therapien (Heilmittel) oder fördern (im Setting Familie)	569	8.7.5	Pathogenese	594
	Rupert L. Dernick		8.7.6	Therapie	594
8.3.1	Stellenwert in der Grundversorgung	569	8.7.7	Verlauf und Prognose	596
			8.8	Das autistische Kind.	597
				Anita Zacharias	
			8.8.1	Stellenwert in der Grundversorgung	598
			8.8.2	Definition	598
			8.8.3	Klinisches Erscheinungsbild	599

8.8.4	Diagnose und Differenzialdiagnosen	600	9.2.1	„Bin ich normal?“	649
8.8.5	Beratung und Therapie	602	9.2.2	Unterbauchschmerzen	651
8.9	Tic-Störungen	604	9.2.3	Zyklusstörungen	652
	Harald Tegtmeyer-Metzdorf		9.2.4	Ausfluss, Jucken, Brennen	654
8.9.1	Stellenwert in der Grundversorgung	605	9.2.5	Verhütungsberatung	656
8.9.2	Definition und klinisches Erscheinungsbild	605	9.3	Alkohol, Zigaretten und illegale Drogen	659
8.9.3	Diagnose und Differenzialdiagnosen	605		Matthias Brockstedt	
8.9.4	Beratung und Behandlung	606	9.3.1	Stellenwert in der Grundversorgung	659
8.10	Psychosomatische Störungen	607	9.3.2	Definition	660
	Uwe Büsching		9.3.3	Klinisches Erscheinungsbild	661
8.10.1	Ausscheidungsstörungen	607	9.3.4	Beratung und Behandlung	661
8.10.2	Essstörungen bei Kleinkindern	614	9.4	Digitale Bildschirmmedien und Spielsucht	663
8.10.3	Somatoforme Schmerzstörungen	616		Uwe Büsching	
8.11	Anorexia nervosa	620	9.4.1	Stellenwert in der ambulanten Grundversorgung	663
	Harald Tegtmeyer-Metzdorf		9.4.2	Definition	663
8.11.1	Stellenwert in der Grundversorgung	621	9.4.3	Klinisches Erscheinungsbild der Krankheitsbilder	664
8.11.2	Definition und klinisches Erscheinungsbild	621	9.4.4	Diagnosen und Differenzialdiagnosen	665
8.11.3	Diagnose und Differenzialdiagnosen	621	9.4.5	Beratung und Behandlung	665
8.11.4	Beratung, Behandlung und Prognose	622	10	Gewalt gegen Kinder und Jugendliche	669
8.12	Übergewicht und Adipositas	623	10.1	Vernachlässigung, psychische und körperliche Misshandlung	670
	Thomas Kauth			Herbert Grundhewer	
8.12.1	Stellenwert in der pädiatrischen Grundversorgung	623	10.1.1	Stellenwert in der Grundversorgung	670
8.12.2	Epidemiologie	623	10.1.2	Hinweise auf eine mögliche Misshandlung oder Vernachlässigung	671
8.12.3	Definition	625	10.1.3	Vernachlässigung	673
8.12.4	Klinisches Erscheinungsbild	625	10.1.4	Situation von Jugendlichen	673
8.12.5	Diagnose und Differenzialdiagnose	626	10.1.5	Vorgehen bei Verdacht auf Kindesmisshandlung oder Vernachlässigung	673
8.12.6	Beratung und Behandlung	627	10.1.6	Rahmenbedingungen	674
8.12.7	Ausblick und Möglichkeiten der Adipositasprävention	632	10.1.7	Prävention	675
9	Jugendmedizin	635	10.2	Sexueller Missbrauch	677
9.1	Jugendmedizin allgemein	636		Maija Gemp	
	Michael Achenbach		10.2.1	Stellenwert in der Grundversorgung	677
9.1.1	Stellenwert in der Grundversorgung	636	10.2.2	Definition und Erscheinungsformen	678
9.1.2	Entwicklungsaufgaben Jugendlicher	637	10.2.3	Ärztliche Untersuchung – Grenzen und Möglichkeiten	679
9.1.3	Herausforderungen für den Jugendmediziner	639	10.2.4	Prävention	683
9.1.4	Rechtliche Rahmenbedingungen bei der Behandlung Jugendlicher	642			
9.1.5	Krisen in der Adoleszenz	643			
9.1.6	Betreuung von Trans* Jugendlichen	645			
9.2	Jugendgynäkologie	649			
	Birgit Delisle				

10.3	Mobbing unter spezieller Berücksichtigung von Cybermobbing	684
	Harald Tegtmeyer-Metzdorf	
10.3.1	Stellenwert in der Grundversorgung	685
10.3.2	Definition	685
10.3.3	Klinisches Erscheinungsbild	686
10.3.4	Diagnose und Differenzialdiagnosen	686
10.3.5	Beratung und Behandlung	686
11	Notfälle in der Praxis	689
11.1	Zeitkritische Vorstellungsanlässe . .	690
	Klaus Rodens, Ulrich Fegeler und Christoph Weiß-Becker	
11.1.1	Stellenwert in der Grundversorgung	690
11.1.2	Definitionen	690
11.1.3	Klinisches Erscheinungsbild	690
11.1.4	Diagnosen und Differenzialdiagnosen	692
11.1.5	Untersuchung und Anamnese	692
11.1.6	Beratung und Behandlung	692
11.2	Pädiatrische Notfallmedizin	693
	Burkhard J. Wermter	
11.2.1	Stellenwert in der Praxis	694
11.2.2	Notfalltraining	695
11.2.3	Schwere Atemnot	699
11.2.4	Fremdkörperaspiration („Ersticken“)	702
11.2.5	Schock	704
11.2.6	Reanimation	709
11.2.7	Der kardiale Akutfall	712
11.2.8	Neugeborenen-erstversorgung	716
11.2.9	Ungelöste Herausforderungen	719
	Anhang	721
A1	Spezifische Aufgaben von ÖGD/KJGD: rechtliche Grundlagen	721
A2	Europäische Indikatoren für gute pädiatrische Praxis (COSI)	724
A3	Anthropometrische Daten: Wachstum und Pubertät	730
A4	Entwicklungsdaten	767
A5	Checklisten Kinderernährung und Kinderfreizeit	781
	Register	785

Online-Material

COSI: Europäische Indikatoren für gute pädiatrische Praxis. e1
Gottfried Huss

Schlafstörungen – Erstberatung in der pädiatrischen Praxis. e3
Ursula Ulmer, Katja Maier und Klaus Rodens

Das Schreibaby – Erstberatung in der pädiatrischen Praxis. e5
Ursula Ulmer, Katja Maier und Klaus Rodens

Fütterstörungen – Erstberatung in der pädiatrischen Praxis. e7
Ursula Ulmer, Katja Maier und Klaus Rodens

Das Elterngespräch im Kinderschutzfall. e11
Paul L. Plener und Klaus Rodens

1

Der ärztliche Rahmen zur Grundversorgung von Kindern und Jugendlichen

1.1	Ambulante Allgemeine Pädiatrie (AAP)	2
	Christoph Weiß-Becker, Ulrich Fegeler und Klaus Rodens	
1.1.1	Selbstverständnis und Aufgaben	2
1.1.2	Stellenwert der pädiatrischen Grundversorgung im Spektrum pädiatrischer Tätigkeit	2
1.1.3	Arbeitsweisen und Methoden	2
1.2	Ärztliche Kompetenzen zur Grundversorgung von Kindern und Jugendlichen	4
	Folkert Fehr	
1.2.1	Stellenwert in der ambulanten Grundversorgung	5
1.2.2	Definition	5
1.2.3	Grundstruktur für Kompetenzen	5
1.2.4	Erscheinungsbild	6
1.3	Mit Kindern und Eltern sprechen	8
	Manfred Mickley	
1.3.1	Mit Kindern sprechen	8
1.3.2	Mit Eltern sprechen	13
1.4	Aufgabe, Auftrag und Auftraggeber im Praxisalltag	14
	Stephan Heinrich Nolte	
1.4.1	Stellenwert in der Grundversorgung	15
1.4.2	Aufgabe, Auftrag und Auftraggeber	15
1.4.3	Behandlung und Beratung	16
1.5	Kontinuierliche Betreuung: der „rote Faden“	17
	Stephan Heinrich Nolte	
1.5.1	Der Auftrag	17
1.5.2	Die Fallverantwortung	17
1.5.3	Der rote Faden	18
1.6	Kinderrechte im Praxisalltag – „Advocacy“	19
	Wolfram Hartmann	
1.6.1	Bedeutung für die Grundversorgung	20
1.6.2	Definition der Kinderrechte	20
1.6.3	Kinderrechtewirklichkeit	21

1.1 Ambulante Allgemeine Pädiatrie (AAP)

Christoph Weiß-Becker, Ulrich Fegeler und Klaus Rodens

1

! Pädiatrische Grundversorgung

Die Ambulante Allgemeine Pädiatrie (AAP) als medizinische Grundversorgung der Kinder und Jugendlichen ist eine eigene Fachdisziplin im Fächerkanon der Kinder- und Jugendmedizin. Die wissenschaftliche Fachgesellschaft DGAAP (Deutsche Gesellschaft für Ambulante Allgemeine Pädiatrie) befasst sich mit Inhalten der AAP, der Versorgungsforschung und der Weiterbildung in zahlreichen Praxen für Kinder- und Jugendmedizin in Deutschland.

Fragen

- Was ist pädiatrische Grundversorgung, und wie unterscheidet sie sich von der klinischen Versorgung in der Kinder- und Jugendmedizin?
- Welchen Stellenwert hat pädiatrische Grundversorgung im Gesamtkontext pädiatrischer Versorgung?
- Was macht die Arbeit in der ambulanten allgemeinen Pädiatrie so besonders?

1.1.1 Selbstverständnis und Aufgaben

Noch bis in die 1950er-Jahre wurden Kinder und Jugendliche ambulant fast ausschließlich in der Allgemeinmedizin behandelt. Seitdem hat sich in großem Tempo die spezialisierte hausärztliche Kinder- und Jugendmedizin entwickelt, die heute überwiegend die pädiatrische Grundversorgung darstellt. Die Deutsche Gesellschaft für Ambulante Allgemeine Pädiatrie (DGAAP) hat es sich als wissenschaftliche Gesellschaft zur Aufgabe gemacht, die pädiatrische Grundversorgung – die Ambulante Allgemeine Pädiatrie (AAP) – mit ihren Inhalten und Aufgaben als größte eigenständige Fachdisziplin innerhalb der Kinder- und Jugendmedizin zu beschreiben, zu beforschen und eigene Weiterbildungskonzepte zu entwickeln.

Ambulant tätige Kinder- und Jugendärzte behandeln in der hausärztlichen Grundversorgung Kinder und Jugendliche von der Geburt bis zum 18. Geburtstag. Sie fokussieren sich auf die Gesundheit und das

Wohlergehen von Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern, Schulkindern und Jugendlichen im Kontext ihrer Familien, ihrer Kultur, ihres sozialen und pädagogischen Umfelds und der gesellschaftlichen Gegebenheiten. Das Kind und der Jugendliche mit seinen Rechten stehen grundsätzlich im Mittelpunkt der Betrachtungen (➤ Tab. 1.1).

1.1.2 Stellenwert der pädiatrischen Grundversorgung im Spektrum pädiatrischer Tätigkeit

Zum Aufgabengebiet der AAP gehören Gesundheitserziehung, primäre, sekundäre und tertiäre Prävention, die Behandlung von akut und chronisch kranken Kindern, und von Kindern mit Behinderung, mit Wachstums-, Entwicklungs-, somatischen und psychosozialen Störungen sowie die Beratung von Eltern und Bezugspersonen.

Mehr als die Hälfte aller Fachärzte für Pädiatrie in Deutschland sind ambulant tätig; sie versorgen weit mehr als 90 % aller Kinder und Jugendlichen mit ihren Erkrankungen und Problemen (➤ Abb. 1.1 und ➤ Abb. 1.2). In der medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen spielt damit die AAP eine große Rolle.

1.1.3 Arbeitsweisen und Methoden

Pädiatrische Grundversorgung stellt andere Herausforderungen an Kinder- und Jugendärzte, als diese das aus der klinischen Versorgung gewohnt sind.

Neben der Betreuung und Behandlung der Kinder und Jugendlichen über die Zeit (longitudinale Versorgung) und einer sich daraus entwickelnden engen Patientenbindung und im besten Fall eines engen Vertrauensverhältnisses ist es das **große Spektrum der Vorstellungsanlässe** von zuvor nicht selektierten Kindern und Jugendlichen. Dieses reicht von der akuten einfachen oder komplexen Symptomatik eines zuvor gesunden Kindes über die Betreuung von chronisch Kranken bis zum pädiatrischen Notfall in der Praxis, von der Beratung besorgter Eltern, dem Gesprächsangebot für die Probleme und Sorgen von Jugendlichen bis zur Prävention (z. B. Früherkennungsuntersuchungen und Impfungen) sowie vorausschauender

Tab. 1.1 Positionspapier zum Selbstverständnis der Ambulanten Allgemeinen Pädiatrie (AAP; Elke Jäger-Roman, Ulrich Fegeler, Wolfgang Gemp)

Die Arbeit der ambulant tätigen Kinder- und Jugendärzte in der allgemeinpädiatrischen Praxis (KJÄ).	
1.	KJÄ sind in der Regel die ersten Ansprechpartner für Kinder und ihre Familien bei allen medizinischen und psychosozialen Problemen und Fragen zu Wachstum und Entwicklung.
2.	KJÄ versorgen Kinder kontinuierlich von der Geburt bis zu ihrer somatischen Reife und dem Übergang in die Erwachsenenmedizin.
3.	KJÄ arbeiten primär kindzentriert. Dazu gehört eine effektive und altersgerechte Kommunikation mit Kindern und Jugendlichen aller Altersstufen unter Einbeziehung ihrer Familien in ihrem jeweiligen kulturellen und sozialen Kontext und ihrer Erzieher/Lehrer und anderer Bezugspersonen.
4.	KJÄ berücksichtigen bei allen differentialdiagnostischen und therapeutischen Entscheidungen die für die kindliche Entwicklung charakteristischen Wachstums- und Reifungsschritte, die je nach Alter unterschiedliche somatische und psychosoziale Auswirkungen haben. Hierbei tragen sie der großen Variationsbreite des Normalen Rechnung.
5.	KJÄ beziehen bei allen therapeutischen und präventiven Maßnahmen Überlegungen mit ein, um die nachhaltigen Auswirkungen dieser Maßnahmen auf eine stabile gesundheitliche Entwicklung und die künftigen sozialen Chancen der Kinder und Jugendlichen zu berücksichtigen.
6.	KJÄ arbeiten in kindgerechter Umgebung und mit kindgerechtem Instrumentarium. Sie versorgen ihre Patienten entsprechend dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis unter Ausschöpfung aller speziellen analytischen und technischen Möglichkeiten.
7.	KJÄ sind Lotsen im Gesundheits- und Sozialsystem. Sie streben die bestmögliche Versorgung der Kinder und Jugendlichen an, indem sie <ol style="list-style-type: none"> a) mit ärztlichen Kolleginnen und Kollegen anderer Fachdisziplinen kooperieren, die auf ihrem Gebiet eine besondere pädiatrische Kompetenz erworben haben, b) mit pädiatrischen Subspezialisten und Spezialeinrichtungen zusammenarbeiten, die chronisch kranke und behinderte Kinder und Jugendliche multiprofessionell versorgen, c) bei notwendiger stationärer Diagnostik und Therapie ausschließlich in Kinderkliniken oder pädiatrische Fachabteilungen überweisen und d) auf kommunaler Ebene in Netzwerken mit Behörden und Institutionen zusammenarbeiten, die Förder- und Hilfsangebote für Kinder und Jugendliche und Familien vorhalten.
8.	KJÄ sind Anwälte der Kinder und Jugendlichen auf allen gesellschaftlichen Ebenen. Sie sind frühe und empfindliche Monitore gesellschaftlicher Fehlentwicklungen, die die Gesundheit und Entwicklungschancen von Kindern und Jugendlichen negativ beeinflussen. Sie bewahren ihre Patienten vor unnötigen diagnostischen und therapeutischen Belastungen und vermeiden möglichst Angst und Schmerz auslösende Maßnahmen.

Beratung und Aufklärung; von Normvarianten der Entwicklung über soziogene Entwicklungsstörungen bis hin zur Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit komplexer Mehrfachbehinderung.

Und bei jedem einzelnen Vorstellungsanlass muss dem Anliegen der Patienten und ihrer Familien Rechnung getragen werden. Neben wertschätzendem, altersgerechtem und kultursensiblen Auftreten führen eine fokussierte, anlassbezogene Anamnese und Untersuchung zu Einschätzungen und Entscheidungen, die verständlich kommuniziert und praktisch umgesetzt werden müssen. Gegebenenfalls werden apparative oder laborchemische Untersuchungen nötig, um mögliche Differenzialdiagnosen auszuschließen. Zeitmanagement und Ressourcenverfügbarkeit sind

dabei im Blick zu behalten. In kurzer Zeit muss ein unbekannter Sachverhalt anhand der medizinischen Situation unter Berücksichtigung der Möglichkeiten von Patient und Familie sowie der Gegebenheiten im Sozialraum gemanagt werden.

Verschiedene Vorgehensweisen kommen zum Tragen:

- Mit einer Beratung oder der Erstellung eines einfach umsetzbaren Behandlungsplans kann die Situation gelöst werden.
- Durch „abwartende Beobachtung“ und Verlaufskontrolle kann ein unklarer Befund oder eine nicht eindeutige Situation im Verlauf geklärt werden, ohne dabei Red Flags zu übersehen oder zu missachten.

Anzahl der Ärztinnen und Ärzte für Kinder- und Jugendmedizin 2023

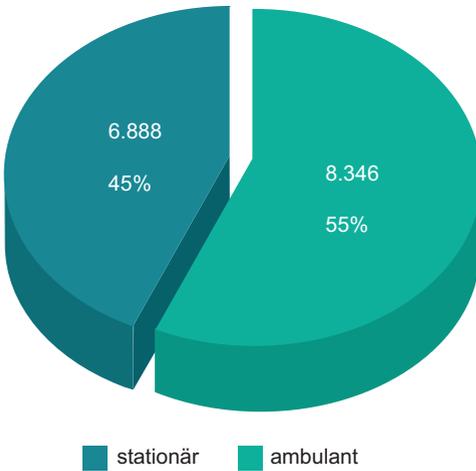


Abb. 1.1 Tätigkeit von Kinder- und Jugendärzten (nach Ärztestatistik der Bundesärztekammer 2023) [L138]

Versorgungsebenen

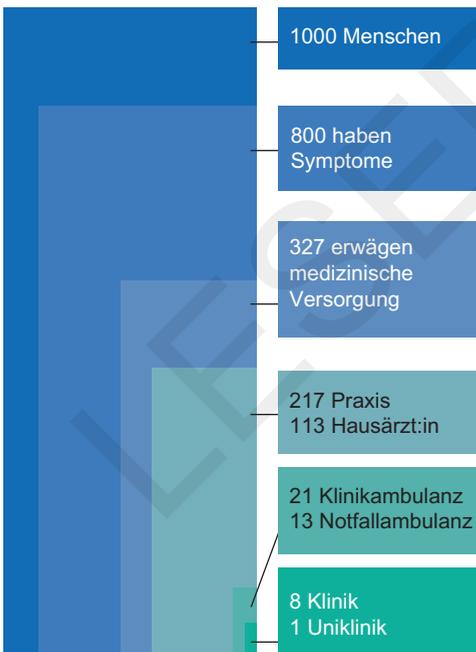


Abb. 1.2 Versorgungsrealität (stabile Datengrundlage in einem Bevölkerungsquerschnitt der USA, von der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM) in Deutschland veröffentlicht, da aktuelle Daten für Deutschland für die Allgemeinmedizin und die Pädiatrie fehlen, die Daten werden als übertragbar auf die Versorgung in Deutschland angesehen) (nach Green et al. 2001, 2016) [L138]

- Durch Reevaluation und Wiedervorstellung können begonnene Behandlungen überprüft werden.
- Eigene Diagnostik in der Praxis kann zur Klärung beitragen und erweiterte Diagnostik an medizinische Partner delegiert werden; pädiatrische Subspezialisten als Partner können bei komplexen Problemen weiterhelfen, und eine stationäre Einweisung in die Klinik kann in bedrohlichen Situationen mit abwendbar schwerem Verlauf erforderlich werden.

In jedem Fall müssen eigenverantwortliche Entscheidungen getroffen und in Absprache mit den Patienten umgesetzt werden (partizipative Entscheidungsfindung). Neben medizinischer Expertise gehören Kommunikation, interdisziplinäre Zusammenarbeit, Management und weitere zu den ärztlichen Kompetenzen, die zu entwickeln wir während unseres gesamten Tuns bestrebt sein sollten (> Kap. 1.2).

LITERATUR

- Green LA, et al. The ecology of medical care revisited. *New Engl J Med* 2001; 344(26): 2021–2025.
- Green LA, et al. Reexamining the ecology of medical care. *New Engl J Med* 2016; 37(5): 495–496.

1.2 Ärztliche Kompetenzen zur Grundversorgung von Kindern und Jugendlichen

Folkert Fehr

II Fallbeispiel

Wenn ich in meinen Terminkalender schaue: Morgens U2en in der Klinik, dann Akutsprechstunde mit Terminen zwischen 5 und 10 Minuten, Fallvorstellungen der Ärztin in Weiterbildung, dann Früherkennungsuntersuchungen zu je 20 Minuten, Vorstellungen chronisch kranker Kinder, Eltern mit Besorgnis wegen Entwicklung oder Verhalten, mittags Treffen mit der Steuerungsgruppe unseres interdisziplinären Qualitätszirkels, Befunde, Post sichten, nachmittags Vorstellungen von Kindern mit Schulschwierigkeiten und von Jugendlichen mit riskantem Verhalten, eingestreut mehr akut kranke Kinder, Telefonate, Personalgespräch, Abrechnung, abends Ärztekammer. II

Fragen zum Fallbeispiel

- Wie kann eine Person das alles gut schaffen?
- Wie kann sie – auf die Bedürfnisse der Kinder fokussiert – Selbstachtung, Selbstwirksamkeit, Orientierung, Bindung und Freude fördern und bewahren und dabei sich selbst, der Familie, dem Arbeitsumfeld, Sozialraum und der Gesellschaft gerecht werden?
- Was braucht es, damit sich Kinder- und Jugendärzte in einer außer Kontrolle geratenen Welt zurechtfinden?

1.2.1 Stellenwert in der ambulanten Grundversorgung

Jede dieser Tätigkeiten braucht einen anderen Arzt: mal Kenner, mal Symptomatologe, mal beides. Am Ende des Tages ist viel davon eingetreten und abgearbeitet, vieles kam noch dazu. Der Tag fühlt sich an wie eine rasende Fahrt in einer Bergwerkslore. Die größten Hindernisse umsteuern, nicht aus der Bahn fliegen, dabei selbst Objekt der unkontrollierbaren Rahmenbedingungen.

Dazu braucht es ein **Konzept**, das erklärt, wie sich Pädiater in einer außer Kontrolle geratenen Welt verstehen und entwickeln können. Dieses Konzept muss die Antriebskräfte und Möglichkeiten der Pädiater selbst und die ihres Umfelds berücksichtigen. Die ambulante Grundversorgung braucht ihre eigene Theorie.

Dazu lohnt es sich, die **Identität von Pädiatern** näher zu beleuchten. Da die Identität nicht direkt beobachtbar ist, kommen die **Handlungen von guten Pädiatern** in den Fokus. Um als Pädiater zu handeln, sind Gedanken und Worte erforderlich, die wir **Kompetenzen** nennen.

1.2.2 Definition

Kompetenz ist ein vieldeutiger Begriff. Oft haben wir keine allzu klare Vorstellung davon, was Kompetenz ist, warum es so viel davon gibt oder welche Funktionen Kompetenz hat. Wir brauchen eine gewissenhaft entwickelte kritische Diskussion, was Kompetenz oder Kompetenzen für uns bedeuten. Vorläufig schlagen wir deshalb eine provisorische, tastende Definition

vor, deren Leistungen noch weiter untersucht werden müssen.

! Kompetenzen

Unter Kompetenzen sollen vorläufig die Bedingungen für Tätigkeiten verstanden werden, die Pädiater meisterlich ausführen müssen, um Kinder und ihre Familien sehr gut zu begleiten, zu beraten und im Bedarfsfall zu behandeln.

In einer **ersten Dimension** geht es um:

- Spezifisches Wissen
- Fähigkeiten
- Haltungen

In einer **zweiten Dimension** geht es um:

- Antriebskräfte: Was bewegt uns?
- Identitäten: Wer sind wir?
- Lernorte: Wo spielt unsere Realität?

Wissen ist sehr präsent, nicht zuletzt deshalb, weil es sich in dem in der Ausbildung beliebten Multiple-Choice-Format objektiv, reliabel und valide prüfen lässt. Die Prüfbarkeit von spezifischen Fähigkeiten erfreut sich z. B. durch *Objective Structured Clinical Examinations* zunehmender Beachtung. Bei Haltungen wird es schon schwieriger, wobei gerade sie es sind, die oft als die Essenz des Pädiater-Seins beschrieben werden. Professionelle Vorbilder imponieren insbesondere dadurch, wie sie mit Kindern, Familien, dem Arbeitsumfeld, Sozialraum, der Gesellschaft und sich selbst umgehen.

1.2.3 Grundstruktur für Kompetenzen

Für den Rahmen, in dem ärztliche Tätigkeiten beschrieben werden können, sind verschiedene Systeme vorgeschlagen worden, beispielsweise das „Arztbild der Zukunft“ (Murrhardter Kreis), die „Theorie der Humanmedizin“ (von Uexküll und Wesiack), „The Scottish Doctor Project“, um nur einige zu nennen. Ein besonders einflussreiches System ist das **CanMEDS Physician Competency Framework** (➤ Abb. 1.3). Dieses Rollensystem trägt der Beobachtung Rechnung, dass die Tätigkeiten, zu denen wir willens, bereit und in der Lage sind, auch vom Kontext abhängen. Der Kontext führt gewissermaßen Regie: Es ist relevant, wo ich in der Hierarchie eines interprofessionellen Teams stehe, welche Verantwortung ich trage, was

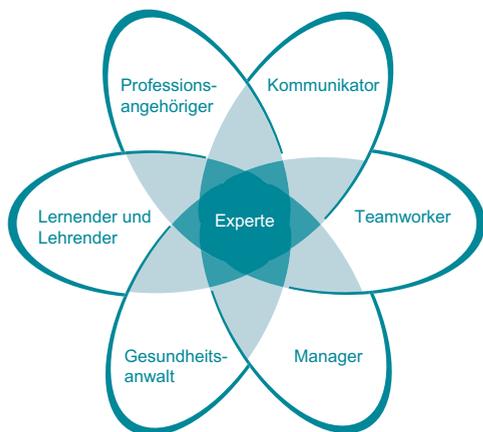


Abb. 1.3 CanMEDS-Rollenmodell (adapted from the CanMEDS Physician Competency Framework with permission of the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. Copyright © 2015) [W992-001]

die Eltern von mir erwarten und schließlich: was ich selbst von mir in einer gegebenen Situation erwarte.

Beispiel: Ein 6 Monate altes Mädchen wird zur Früherkennungsuntersuchung U5 vorgestellt. Die Eltern sind mit der Entwicklung zufrieden. Das Kind zeigt frühe Zeichen einer Zerebralparese. Medizinische Expertise bedeutet hier, sowohl das Mädchen altersgemäß zu untersuchen als auch präventive und therapeutische Maßnahmen zu erklären, zu planen und umzusetzen. Das Niveau der Versorgung und der Bedarf an Mitbehandlung durch andere werden vom Ausbildungsstand des Arztes abhängen: Ist er Arzt in Weiterbildung, Facharzt oder Neuropädiater? Welchen Auftrag die Eltern formulieren, wird von ihren kulturellen, sozialen, sozioökonomischen und weltanschaulichen Bedingungen beeinflusst. Dem Auftrag bzw. der Entwicklung des Auftrags über die Zeit steht der Arzt als Auftragnehmer gegenüber, der Eltern- und Kinderwillen mit dem Kindeswohl vereinbaren soll. Im günstigsten Fall wird eine gemeinsame Realität geschaffen. Davon ist abhängig, wie das doppelte Arbeitsbündnis mit Kind und Familie geartert ist und funktioniert.

1.2.4 Erscheinungsbild

Im Zentrum des CanMEDS-Rollenmodells steht die **medizinische Expertise** (> Abb. 1.3). Damit ist die

Fähigkeit zum Lernen mit, von und über Kinder und ihre Familien gemeint, Fähigkeiten zur Erhebung der Anamnese, zur Durchführung der Untersuchung, Diagnostik, Behandlung, Betreuung und Rehabilitation von Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern, Schulkindern und Jugendlichen. Dazu braucht es die detaillierte Kenntnis der Besonderheiten der verschiedenen Altersgruppen, der Entwicklung und möglicher Fehlentwicklungen. Mithilfe dieser Kenntnisse üben Pädiater kindzentrierte Fertigkeiten und nehmen Haltungen ein, um dem Bedarf der Kinder und Familien gerecht zu werden.

Medizinische Expertise im CanMEDS-Rollenmodell beinhaltet aber auch andere Aspekte, die aufgrund ihrer besonderen Bedeutung weiter ausgeleuchtet werden: kommunizieren, im Team arbeiten, managen, Fürsprecher für Kindergesundheit sein, lehren und lernen sowie Vorbild sein. Diesen Rollen werden spezifische Kompetenzen zugeordnet:

- **Kommunizieren:**
 - Beziehungen zu Kindern und Jugendlichen und ihren Familien eingehen
 - Essenzielle Informationen im individuellen und sozialen Kontext sammeln und teilen
 - Ein gemeinsames Verständnis aller Beteiligten für effektive Gesundheitspflege vermitteln
- **Verantwortung tragen:**
 - Zu Effizienz, Sicherheit und Qualität in der Praxis beitragen
 - Aufgaben in der ärztlichen Selbstverwaltung und im öffentlichen Gesundheitsbereich übernehmen
- **Für die Verbesserung der Gesundheit der Schwächsten eintreten:**
 - Expertise und Einfluss für die gesunde Entwicklung der Kinder und Jugendlichen im Sozialraum einbringen
 - Bedürfnisse feststellen und verstehen, um gesundheits- und gesellschaftspolitisch einzuwirken
- **Interprofessionell zusammenarbeiten:**
 - Gemeinsam mit anderen Fachkräften des Gesundheits- und Sozialwesens sichere, hochwertige und kindzentrierte Versorgung anbieten
 - Die eigenen Grenzen erkennen und lernen, Rat und Hilfe einzuholen
- **Lehren und lernen:**
 - Sich lebenslang für Spitzenleistungen in der Praxis einsetzen

- Informationen und Quellen kritisch evaluieren zur Erzeugung, Verteilung, Anwendung und Übersetzung medizinischen Wissens
- Beständig von, mit und über Kinder, Jugendliche, Bezugspersonen und der Öffentlichkeit lernen
- **Professionelles Vorbild sein:**
 - Einsatz für Patienten, Beruf und Gesellschaft durch vorbildliche Haltungen zeigen
 - Sich Selbstverwaltung, politischer Pädiatrie, eigener Gesundheit und gesunden Arbeitsbedingungen verpflichtet fühlen

Anzuvertrauende professionelle Tätigkeiten

Kompetenzen können Personen zugeschrieben werden. Sie sind nicht direkt beobachtbar. Was wir sehen können, sind Tätigkeiten, individuelle Handlungen. Diese Prozesse sind gut gemacht oder nicht gut gemacht. Wer eine relevante Tätigkeit verlässlich gut ausführt, dem kann man sie getrost anvertrauen. Der Bildungswissenschaftler Olle ten Cate nennt dies „Anvertraubare professionelle Tätigkeiten“. Sie sind die Brücke von der Theorie, dem Curriculum, zur Praxis, der guten klinischen Praxis mit Kindern und ihren Familien.

! Professionelle Aktivität

Darunter wird eine abgeschlossene, für den Kontext wichtige Handlung verstanden, z. B. „Früherkennungsuntersuchung am bislang gesunden Kind“ oder „Impfung“.

Der Tätigkeitsbereich der Kinder- und Jugendmedizin in der Grundversorgung kann durch zwölf anvertraubare professionelle Tätigkeiten weitgehend beschrieben werden. Jeder dieser Tätigkeiten sind spezifische Lernziele zugeschrieben und einige den sieben Rollen nach CanMEDS (> Abb. 1.3) zugeordnet. Dies stellt sicher, dass in der Weiterbildung auch alle wichtigen Aspekte abgebildet sind. Nur was gelernt und geprüft werden kann, ist ein bedeutsames Element der Weiterbildung. Den Weiterzubildenden werden vor der Facharztprüfung zunehmend mehr Aktivitäten ohne direkte Supervision anvertraut, die Entscheidung dazu wird gemeinsam getroffen. Dabei entsteht mosaikartig ein Bild von Meisterschaft, von immer mehr und aus-

gefeilteren Kompetenzen. Im Kern ist diese Entwicklung also nicht von der (Bildungs-)Zeit, sondern vom standardisierten Ergebnis gesteuert.

II Fallbeispiel

Auflösung

Das Skript für die jeweilige Rolle entsteht zum einen durch Vorinformationen im eigenen Kopf, zum anderen wird es von den Rollen der anderen Beteiligten, den Umständen und Rahmenbedingungen beeinflusst. Es kann je nach Inanspruchnahme sehr unterschiedlich sein. Die Ausgestaltung der Rolle liegt in der Verantwortung der Einzelnen, entwickelt sich aber im Wechselspiel mit den anderen Akteuren zu einem Gesamtwerk. Das Wechselspiel oder die Kommunikation kommt ohne das Fachwissen nicht aus, das jedoch allein nicht genügt. Erfahrene Kinder- und Jugendärzte wissen, dass die sichtbaren Dinge an der Oberfläche oft nur ein Teil der Geschichte sind. Aber das, was nicht gesagt, nicht gesehen, nicht gefühlt wird, ist auch wichtig. Aus dieser Perspektive ist es sinnvoll, Kinder und ihre Familien wie Texte zu lesen. Besonders deutlich kann das werden, wenn Kinder mit Autismus-Spektrum-Störungen vorgestellt werden. Gerade das, was diese Kinder nicht sagen und nicht tun, führt zu einem besseren Verständnis ihrer Schwierigkeiten. Sensibilität und Feingefühl in den unterschiedlichen Rollen oder Facetten ihrer Identität ermöglichen es uns, die größtmögliche Vielfalt an Registern zu ziehen, um sich auf die vielfältigen Herausforderungen des Praxisalltags gut vorzubereiten. ■■

LITERATUR UND INTERNETQUELLEN

Letzter Zugriff auf die angegebenen Internetseiten:
25.6.2024

Fehr F. Medizinische Ausbildung am Scheideweg: Wie können wir die Krise der Weiterbildung bewältigen? *Kinder- und Jugendarzt* 2012; 43(3); www.dgaap.de/fileadmin/Bilderdatenbank/PDF/Fehr_1.pdf

Fehr F, et al. Entrustable professional activities in post-licensure training in primary care pediatrics: Necessity, development and implementation of a competency-based post-graduate curriculum. *GMS J Med Educ* 2017; 34(5): Doc67.

Montgomery K. Authentic tasks and rubrics: Going beyond traditional assessments in college teaching. *College Teaching* 2002; 50(1): 34–39; web.uri.edu/assessment/files/Montgomery_2002_Authentic-Tasks_Rubrics.pdf

1.3 Mit Kindern und Eltern sprechen

Manfred Mickley

1

II Fallbeispiel

Die Mutter der fast 9-jährigen Josefin berichtet, dass Josefin seit Wochen und Monaten immer wieder über heftige Bauchschmerzen an den Wochenenden klagt. Josefin wirkt auf die Mutter sehr belastet, aber all ihre Bemühungen, mit der Tochter darüber zu sprechen, waren bislang erfolglos. Sie kennen Josefin seit deren 3. Lebensjahr, als die Mutter nach der Trennung der Eltern aus einem kleinen ländlichen Ort zusammen mit Josefin in ein großstädtisches Neubaugebiet zog, in dem auch Ihre Praxis liegt. Sie wenden sich direkt an Josefin, schauen sie an und warten einen Moment, bis Josefin Sie ebenfalls anschaut. Sie lächeln und fragen dann den Kuschelhasen, den Josefin immer mit zu ihren Arztterminen mitbringt: „Du, Hasi, ob ich heute Josefin wieder etwas fragen darf?“ Josefin schaut fragend zu ihrer Mutter, die ihr wiederum zunickt, schaut dann wieder Sie an und lässt den Hasen ganz kurz nicken. Sie strahlen Josefin an und sagen dem Hasen, wie sehr Sie sich freuen, dass Sie Josefin etwas fragen dürfen. Jetzt schauen Sie Josefin an und sagen ihr, dass Sie der Mama gerne helfen möchten zu verstehen, ob sie, die Josefin, Kummer hat oder keinen Kummer hat. Am liebsten würden Sie deshalb mit Josefin allein sprechen. „Erlaubst du mir das auch, Josefin, mit dir allein zu reden?“ fragen Sie Josefin direkt. Sie merken, dass Josefin, diesmal ohne zu zögern, Ihnen heftig zunickt und dabei nicht nach der Mutter schaut. Auch der Hase wird nicht angeschaut. Ein kurzer Blick von Ihnen auf die Mutter zeigt, dass diese sehr erleichtert wirkt und bereits dabei ist, das Sprechzimmer zu verlassen. Sie rufen der Mutter ein kurzes „Danke, Frau XY“ zu, drehen sich mit Ihrem Stuhl wieder zu Josefin und sagen ihr, sodass die Mutter es noch hören kann: „Du bist klasse, Josefin! Und danke, Hasi, dass du mir geholfen hast.“ ■■

Fragen zum Fallbeispiel

1. Welche Bedeutung haben körpersprachliche, sprachliche und symbolisch-magische Kommunikationsanteile?
2. Wie können Sie Metakommunikation (Kommunikation über die gerade stattfindende Kom-

munikation) auch bereits mit jungen Kindern im Grundschulalter nutzen?

3. Welche Rolle spielt das Interaktionsdreieck Eltern-Kind-Ärztin in Ihrer Arbeit?

1.3.1 Mit Kindern sprechen

Stellenwert in der Grundversorgung

Ärztliche Kommunikation mit Kindern verläuft über viele Kontaktanlässe und Jahre und stellt einen kontinuierlichen Prozess dar. Dieses Kapitel formuliert grundsätzliche Überlegungen, die sich nicht in *jedem* einzelnen Kontakt umsetzen lassen. Wichtig ist folgender Gedanke: Beziehung ist nicht alles, aber ohne Beziehung ist alles nichts.

MERKE

Eine gute Beziehungsgestaltung zum Kind hat positive Folgen für die Wirksamkeit medizinischer Behandlungen und baut das Vertrauen des Kindes zu Ihnen auf.

Insofern ist es gut, bei *jeder* Konsultation *direkt* mit dem Kind (vom Säugling bis zum Jugendlichen) zu sprechen. Dies berücksichtigt auch den Wunsch von Eltern, dass ihr Kind eigenständig wahrgenommen wird. Kinder verfügen über herausragende Fähigkeiten, körpersprachliche Signale ihres Interaktionspartners feinfühlig zu lesen.

Gesprächs- und Kontaktanlässe mit Kindern

Gesprächs- und Kontaktanlässe mit Kindern gibt es

- bei *jeder* anstehenden medizinischen Untersuchung,
- bei Vorsorgeuntersuchungen,
- wenn es um ein vertiefendes Erfassen der von den Eltern berichteten psychosozialen Probleme aus der Sicht des Kindes und um Compliance bei Untersuchungen oder medizinischen Eingriffen geht.

Das Interaktionsdreieck Arzt-Eltern-Kind entwickelt sich mit dem Alter des Kindes: von der Elternfokussierung zu Ihrem direkten Gespräch mit dem Kind.

MERKE

Jeder Arztbesuch sollte zur Beziehungsgestaltung genutzt werden!

Körpersprache

Körpersprache wird stark durch die eigene *innere Haltung* beeinflusst: Je neugieriger man ist und wissen will, was das Kind empfindet und denkt, umso günstiger wird sich die eigene Körpersprache gestalten. Wir können körpersprachlich weniger „lügen“. *„Kommunikation mit Kindern verlangt Verspieltheit und die Loslösung von festen Mustern“* (Martine Delfos). Wichtige Elemente sind:

Proxemik (räumlich-personeller Abstand):

- Säugling: Beachten Sie die sich rasch wandelnde physiologische Kurzsichtigkeit in den ersten 3 Lebensmonaten.
- Kinder ab der Fremdelphase: < 60 cm Abstand = „intime Zone“, ein Abstand > 150 cm wird wahrscheinlich als ungefährlich erlebt.
- Soweit medizinische Erfordernisse es zulassen, „spielen“ Sie während eines Kontakts mit diesem Abstand und achten Sie einfühlsam auf die Reaktionen des Kindes.
- Etwa gleiche Augenhöhe (z. B. Kind auf dem Schoß des Elternteils oder Kind auf der Untersuchungsliege) gestaltet den Kontakt für Kinder angenehmer.
- Blickkontakt zu jüngeren Kindern ab der Fremdelphase wie „nebenbei“ gestalten.

Paraverbale Ebene (Lautstärke, Stimmlage und Prosodie):

- Reduzieren Sie Ihr Sprechtempo, sprechen Sie in einem ruhigen, herzlichen Ton.
- Setzen Sie bewusste Pausen zwischen Ihren Sätzen. Nutzen Sie Füllwörter wie „mmh“ oder „äh“ oder heben Sie einzelne Wörter durch stärkere Betonung hervor.

Mimik und Gestik:

- Ein aktives Lächeln von Ihrer Seite zum Kind und zu den Eltern (optimalerweise „aus dem Herzen“) ist ein gutes Startsignal.
- Wenn möglich, gestalten Sie Ihre Mimik und Gestik intensiv, d. h. im Vergleich zur gesellschaftlich akzeptierten Dosis etwas gesteigert.
- So kommt Humor in die Kommunikation, was in der Regel für alle Beteiligten hilfreich ist.

TIPP

- Beachten Sie eine gute (räumliche) Nähe-Distanz-Regulation zum Kind und erlauben Sie sich „Übertreibungen“ in Ihrer Körpersprache. Humor kann (muss nicht) ein gutes Hilfsmittel bei der Beziehungsgestaltung sein. Seien sie langsam!
- Vorsicht – paradoxe Aufforderung: Verhalten Sie sich auch normal, spontan!
- Eine hilfreiche Frage: Würde ich mich selbst mit meinem aktuellen körpersprachlichen Ausdruck sympathisch und einladend für ein Gespräch erleben, wenn ich mir jetzt gegenüber säße?

Der kognitive Entwicklungsstand des Kindes beeinflusst die Beziehung zwischen Arzt und Kind. Hilfreich kann die Orientierung am **Stufenmodell von Piaget** sein (➤ Tab. 1.2):

Worauf ist bei medizinischen Untersuchungen oder Vorsorgen zu achten?

Geburt bis 6 Monate: U2–U5

In der Regel haben Kinder in diesem Alter keine Furcht vor unbekanntem Menschen.

- Sprechen Sie zum Kind und „erzählen“ Sie ihm z. B., was Sie gerade tun.
- Begrüßen, *imitieren* und antworten Sie auf ein ggf. vorhandenes Lallen oder Lächeln des Kindes.
- Sie geben so jungen oder unsicheren Eltern ein gutes Modell.
- Fragen Sie hier auch gezielt nach dem Wohlbefinden der Mutter, um Hinweise auf eine etwaige postpartale Depression nicht zu übersehen.

7 Monate bis 3 Jahre: U6–U7/U7a

Aufgrund oft vorhandener Angst vor oder Unsicherheit gegenüber fremden Personen spielen in dieser Altersstufe die Körpersprache des Arztes/der Ärztin (vor allem Proxemik und paraverbale Aspekte) und der Anfang des Kontakts eine große Rolle. Krankheit wird vom Kind in erster Linie als unangenehme körperliche Erfahrung erlebt.

- Wenn Sie bei der Kontaktaufnahme mit den Eltern anfangen, erhält das Kind die Botschaft: „Schau, deine Eltern vertrauen mir.“

Tab. 1.2 Entwicklungsphasen des Kindes und ihr Bezug zur Interaktionsgestaltung Arzt/Kind

0–2 J.	Sensomotorisch	Kind sammelt seine Erfahrungen über die Welt durch aktives Handeln, also mithilfe des sensorischen und motorischen Systems Ärztin-Kind-Interaktion: durch ein feinfühliges Handeln und Tun der Ärztin mit dem Kind geprägt
2–7 J.	Präoperativ	Denken des Kindes stark durch die eigene Wahrnehmung geprägt: egozentrisch; prälogisch, magisch, animistisch und anthropomorph = „höhere“ Kräfte haben Bedeutung und Macht, Gegenstände werden vermenschlicht Ärztin-Kind-Interaktion: stark durch das „magische“ Denken des Kindes geprägt. Sprachliche „Missverständnisse“ aufseiten des Kindes häufig, mangelhaftes abstraktes Denken beim Kind. Erst allmähliche Herausbildung eines „Theory-of-Mind“-Verständnisses, d. h. die Möglichkeit, sich in die Perspektive einer anderen Person (z. B. Erwachsenen als Gesprächspartner) hineinzusetzen
7–11 J.	Konkret-operativ	Denken vollzieht sich anhand sinnlich wahrnehmbarer Handlungen und anhand tatsächlich vorhandener Objekte; mehrere Dimensionen einer Situation können vom Kind beachtet werden Ärztin-Kind-Interaktion: medizinische Erläuterungen durch anschauliche Vergleiche, einfache Abbildungen etc. begleiten
11–15 J.	Formal-operativ	Logisches, abstraktes, hypothetisches Denken, Denken über das Denken möglich Ärztin-Kind-Interaktion: kann vorwiegend sprachlich erfolgen

- Nehmen Sie „nebenbei“ Kontakt zum Kind auf, indem Sie ihm z. B. interessante Gegenstände geben.
- Geben Sie während des Gesprächs mit den Eltern weitere Aufmerksamkeits-, Kontakt- oder Spielangebote an das Kind. Antwortet das Kind, gehen Sie darauf positiv verstärkend ein.
- Achten Sie feinfühlig auf „fragende“ Blicke des Kindes (ca. zwischen 12 und 18 Monaten), wenn es einen Gegenstand nimmt, ihn ausprobiert und dann in Ihr Gesicht schaut, als ob es eine Frage stellen würde.
- Greifen Sie die Begrifflichkeiten auf, die das Kind benutzt.
- Führen Sie medizinische Untersuchungen beim Kind so weit wie möglich auf dem Schoß oder Arm eines Elternteils oder auf der Untersuchungsliege mit Körperkontakt zum Elternteil durch.
- Kuschteltiere, Übergangsobjekte: Begrüßen Sie diese und sprechen Sie mit ihnen, machen Sie ggf. Untersuchungsschritte beim Kuschtier vor.
- Beginnen Sie mit wenig invasiven Untersuchungen und setzen Sie unangenehmere Untersuchungen ans Ende.

4 Jahre bis ca. 7 Jahre: U8–U10

Krankheit wird vom Kind oft magisch im Zusammenhang mit äußeren Umständen ihres Beginns gesehen, manchmal sogar als Strafe. Die Bedeutung sprachlicher Kommunikationsanteile nimmt zu. Soziale und verhaltensbezogene Konsequenzen von Krankheit stehen im Vordergrund.

- **Langsam gesprochene, einfache Sprache:** pro Satz eine Aussage; wenig Relativsätze; sparsames Verwenden von Pronomen (stattdessen immer wieder Name oder explizite Bezeichnung benutzen); keine Passivkonstruktionen.
- Wenig Aussagen mit Verneinungen, lieber: „Mach jetzt XY“ anstelle von „Lass YZ, mach YZ nicht“.
- Ein leicht griffbereiter „Helfer“ (z. B. Reflexhammer in Form einer Giraffe): Diese Figur kann sich in den Kontakt zum Kind einmischen: „Du, Dr. Müller, sag mir noch mal, was du von mir wissen willst/was du jetzt mit mir machen willst!“
- **Vorsicht bei metaphorischen Wendungen** der Erwachsenensprache: Kinder verstehen diese oft wortwörtlich (Bsp. „Wie *findest* du das?“) und reagieren verwirrt.
- Erwachsenenwörter (Bsp.: „jetzt nach der OP ...“; „als wir in der *Reha* waren ...“) werden vom Kind oft nicht verstanden. Fragen Sie nach. Fragen Sie

nach dem Wortgebrauch in der Familie, wenn über eine Krankheit (besonders eine chronische) gesprochen wird.

- Vermeiden Sie bedrohliche, suggestive Wörter, auch wenn sie – in Form einer Verneinung – eingesetzt werden („Du brauchst jetzt keine *Angst* zu haben“; „Das tut jetzt nicht *weh*“). Benutzen Sie abgemilderte Formulierungen („Du brauchst jetzt etwas *Mut*“; „Das wird sich *doof* anfühlen“).
- Bieten Sie dem Kind Gelegenheiten, etwas zu tun, indem es z. B. etwas holt, Ihnen hilft.

Ärzte kennen ihren Arbeitsplatz mit den Routinen und Abläufen. Das Kind hat andere Eingangsvoraussetzungen. Es weiß vielleicht nicht, warum es heute da ist. Vielleicht gab es im Vorfeld Drohungen („... du musst sonst ins Krankenhaus“; Arztbesuch als „Strafe“), oder es hat ungünstige Vorerfahrungen mit medizinischen Untersuchungen.

- Kinder in diesem Alter denken oft, dass Erwachsene alles wissen. Teilen Sie dem Kind mit, dass *Sie* nicht alles wissen. Sagen Sie, warum Sie einige Dinge fragen.
- Sagen Sie dem Kind, wie wichtig es Ihnen ist, von ihm selbst (und nicht nur von den Eltern) zu erfahren, wie es ihm geht, wo es ihm möglicherweise weh tut, was es denkt, wie es bestimmte Dinge erlebt, und dass Sie deswegen Fragen stellen.
- Pro Interaktionseinheit nur *eine* Frage an das Kind richten.
- Fragen Sie konkret, z. B. „*Wo* (war was)?“ oder „*Wer* (war dabei)?“. So unterstützen Sie das Kind, sich zu erinnern. Fragen nach zeitlichen Aspekten (wann? wie lange?) sind für ein Kind schwerer zu beantworten.
- Einfache Ja-/Nein-Fragen mit *beiden* Alternativen ausformulieren, z. B. „Tut das Kackern weh, oder tut das Kackern nicht weh?“
- Das Kind braucht **ausreichend Zeit**, um nachzudenken. Das Schweigen eines Kindes muss kein Zeichen dafür sein, dass man die „falsche“ Frage gestellt hat.
- Nach entsprechender Wartezeit: bei gleichbleibend freundlicher Stimme die frühere **Frage noch mal stellen**.
- Greifen Sie körpersprachliche Antwortzeichen des Kindes unterstützend (Kopfnicken, freundlicher Blick) auf.

- Antwortet das Kind, unterbrechen Sie nicht: Sagen Sie später *unabhängig* von der Qualität der kindlichen Antwort, dass es großartig ist, wie gut das Kind mitmacht. Für Ihre medizinische Arbeit ist das eine wunderbare Sache; vielleicht hilft es dem Kind sogar, schneller wieder gesund zu werden.
- Geben Sie dem Kind explizit die Erlaubnis, Fragen zu stellen oder Ihnen zu sagen, dass es z. B. vor etwas Angst hat.

7 Jahre bis ca. 11 Jahre: U11

Ab 7 Jahren macht das Kind einen Entwicklungssprung. Im Sprachlichen vollzieht sich eine Vertiefung der Begriffsbildung. Themen wie „Krankheit“ oder „Tod“ werden „richtiger“ verstanden. Krankheit wird mit inneren körperlichen, nicht direkt sichtbaren Prozessen im Zusammenhang gesehen. Der Vergleich mit anderen Kindern spielt eine Rolle und kann zu Versagensängsten oder Minderwertigkeitsgefühlen führen. Kinder haben jetzt ein tieferes Verständnis von Gesprächssituationen, in denen Erwachsene ihnen Fragen stellen. Sie können sich besser darauf einstellen.

- Erklären Sie weiterhin, warum Sie dieses oder jenes fragen.
- Beginnen Sie mit konkreten Fragen, die das Kind beantworten kann.
- Nutzen Sie die Frage „Was noch?“ oder die Aufmunterung „Erzähl mir noch mehr, ich höre weiter zu“; oder heben Sie ein Wort aus dem Satz des Kindes fragend hervor.
- Sie können gerne nach dem Zuhören das Gesagte des Kindes aufzählen und sortieren.
- Sprechen Sie das Kind ab und zu mit seinem Namen an.
- Zeigen Sie anhand einer Antwort des Kindes auf, dass genau diese Ihnen jetzt gerade sehr hilft. So erfährt das Kind, dass sein Beitrag bei Ihnen eine Wirkung erzielt.
- Vermeiden Sie Warum-Fragen. Formulieren Sie stattdessen: „Ich überlege/Ich würde gerne von dir wissen, wie du ...“.
- Zeigt das Kind während des Gesprächs große emotionale Betroffenheit, ist es Ihre Aufgabe, dies auszuhalten. Wenn Sie darauf ruhig, nahezu gelassen reagieren, signalisieren Sie dem Kind, dass

es für Sie in Ordnung ist, dass es jetzt z. B. weint. Sagen Sie, dass viele Menschen weinen, wenn sie von solchen belastenden Sachen reden.

- Den Kindern ist aus der Schule das Melden vertraut. So können Sie im Gespräch gut steuern, indem *Sie* sich melden.
- Im Alter von ca. 6–7 Jahren entwickeln sich Schamgefühle. Achten Sie auf einen geschützten Rahmen bei körperlichen Untersuchungen (z. B. Sichtblenden, Vorhänge). Bitten Sie um das Einverständnis des Kindes, dass es sich z. B. auszieht.
- Geben Sie indirekte Hinweise: „Letztes war ein Junge/ein Mädchen da, der/das sagte mir ...“. So kann man heikle Themen wie Ängste des Kindes ansprechen, ob es jetzt ins Krankenhaus muss, ob es eine ganz schlimme Krankheit hat oder gar sterben muss.

Ab 11 Jahre: U11; J1, J2

Jugendliche und Kinder in der Präpubertät haben zwei Grundbedürfnisse: Sie wollen ihre Autonomie leben und ausbauen, und sie wollen (wohlwollend) wahrgenommen werden. Jugendliche wollen nicht bevormundet werden; sie wollen nicht, dass ihre Schwächen oder Probleme (aus ihrer Sicht: ständig) thematisiert werden. Sie sind mehr und mehr zu abstraktem Denken in der Lage. Krankheit wird als differenzierter Prozess der (inneren) Organe und ihrer Funktionen erkannt.

- Betonen Sie die **Wahlfreiheit** der Jugendlichen, auch wenn es sich manchmal „nur“ um Pseudo-Wahlmöglichkeiten handelt („Willst du erst über das Thema X oder über das Thema Y sprechen?“).
- Betonen Sie das **Recht** des Jugendlichen, auf unangenehme Fragen **zu schweigen** („Mir ist es lieber, du antwortest mit ‚Ich *will* keine Antwort geben‘ anstatt mit ‚keine Ahnung‘ o. Ä.“).
- Betonen Sie, dass Sie aus ärztlicher Sicht Positionen vertreten oder ein Anliegen an die Jugendliche haben. Die Jugendliche bestimmt aber darüber, ob sie etwas mit Ihren Gedanken anfangen kann.
- Thematisieren Sie existierende Diskrepanzen zwischen Zielen und Wünschen des Jugendlichen und der aktuellen Wirklichkeit. Betonen Sie die

Ambivalenzen aufseiten des Jugendlichen gegenüber einer notwendigen Veränderung.

- Fragen Sie die Jugendliche, was andere ihrer Meinung nach über sie denken.
- Informieren Sie Jugendliche ab einem entsprechenden psychologischen Entwicklungsstand (spätestens ab ca. 14–15 Jahren) über Ihre ärztliche **Schweigepflicht**.
- Vermeiden Sie einen bei Ihnen künstlich wirkenden Jugendlichenjargon, benutzen Sie Ihre Erwachsensprache.
- Vermeiden Sie die Rückfrage „Verstehst du?“. Bieten Sie stattdessen ab und zu eine Zusammenfassung des bislang Gesagten an.
- Wenn Sie Jugendlichen eine medizinische Empfehlung geben, sprechen Sie erst darüber, was *dagegen* spricht, der Empfehlung zu folgen. Danach sprechen Sie darüber, was *dafür* spricht: besser ein **Wider und Für** als ein Für und Wider.
- Etablieren Sie Metakommunikation, denken Sie „laut“: „Wir reden jetzt schon einige Zeit miteinander, aber ich weiß gar nicht, was *du* von dem Gespräch hältst.“
- Bitten Sie explizit um Einverständnis für eine körperliche Untersuchung, therapeutische Maßnahme mit klar formulierten Hinweisen, warum diese notwendig oder sinnvoll ist.

Weitere interaktionelle Aspekte

- Gehen Sie bei notwendigen, zeitlich nicht aufschiebbarer körperlichen Untersuchungen oder Eingriffen in eine klare, wohlwollende **Führungsposition** dem Kind gegenüber. Sagen Sie dem Kind, was Sie gleich tun werden und was das Kind dabei tun soll. Sagen Sie dem Kind noch einmal, *warum* es das tun soll. Fragen Sie nicht, ob das Kind das machen *will*. Verwässern Sie Ihre Aufforderung nicht mit einem „Okay?“ am Ende Ihrer Aufforderung.
- Vermeiden Sie, dass Sie sich im Gespräch *gleichzeitig* an die Eltern und an das Kind wenden. Machen Sie klar – am besten unterstützt durch eine Veränderung Ihrer Körperhaltung und Raumpositionierung –, an wen Sie sich im Moment wenden. Unterstützen Sie das sprachlich: „Anton, jetzt stell ich dir wieder eine Frage“.

1.3.2 Mit Eltern sprechen

Das Dreieck „Eltern-Kind-Ärztin“ beachten

Je jünger das Kind ist, desto eher richtet sich die pädiatrische Kommunikation an die Eltern. Die Kommunikation mit den Eltern bezieht sich dabei auf das Kind als eigentlichen Patienten. Kontinuierlich, mit zunehmendem Alter des Kindes richtet sich die pädiatrische Kommunikation direkt an das Kind. Beachten Sie: Eltern sind (in der Regel) nette und liebenswürdige Menschen. In offiziellen Situationen wie beim Arztbesuch möchten sie, dass ihre Kinder sich „benehmen“ und einen „guten Eindruck“ hinterlassen. Vor diesem Hintergrund „mischen“ sie sich oft in das Gespräch zwischen Ihnen und dem Kind ein, besonders wenn dieses Gespräch – scheinbar – stockt („Du kannst der Frau Doktor ruhig alles erzählen“; „Du brauchst doch keine Angst zu haben“).

- „Wehret den Anfängen“: Machen Sie den Eltern *humorvoll* klar, dass Sie gerne eigenständig mit dem Kind reden möchten, dass Sie die persönliche Meinung des Kindes kennenlernen möchten.
- Vermitteln Sie, dass Kinder nicht so gut wie Erwachsene „auf Kommando“ in ein Gespräch einsteigen können. Kinder brauchen *Zeit* und Übung.
- Bedanken Sie sich bei den Eltern für deren Unterstützungsversuch. Teilen Sie mit, dass Sie es gerne erst einmal allein probieren wollen, sich mit dem Kind zu unterhalten. Eventuell kommen Sie später auf das Unterstützungsangebot der Eltern zurück.
- Geben Sie den Eltern Sicherheit, dass Sie auch deren Meinung (falls noch nicht geschehen) (etwas später) erfragen werden.

Eltern direkt ansprechen

Eltern sind keine homogene Gruppe. Sie unterscheiden sich in vielerlei Hinsicht untereinander. Ein Gespräch mit einer Mutter kann andere Akzente haben als ein Gespräch mit dem Vater desselben Kindes. Die aktuellen Lebensumstände und Aspekte der Biografie der Eltern führen weitere Unterschiede ein. Bleiben Sie neugierig darüber, *welche* Art von Elternteil mit welcher Geschichte gerade mit Ihnen spricht.

Nachfolgend werden ausgewählte Aspekte in der Kommunikation mit Eltern hervorgehoben, die nicht auf jeden Elternteil zu jeder Zeit zutreffen müssen. Auf allgemeine Aspekte einer gelingenden ärztlichen Kommunikation mit (erwachsenen) Patienten wird nicht eingegangen.

- Sagen Sie den Eltern immer wieder etwas Gutes, Nettos über ihr Kind – und auch über die Eltern.
- Fragen Sie die Eltern bei jedem Kontakt nach ihren aktuellen **Hauptsorgen oder Ängsten**.
- Versuchen Sie, sich nach und nach ein Bild über aktuell belastende und positive Lebensumstände der Familie zu machen.
- Werden Probleme und Belastungen des Kindes oder der Eltern angesprochen, reagieren Sie nicht sofort mit Lösungsideen. Lassen Sie sich und den Eltern (ggf. auch dem Kind, der Jugendlichen) **Zeit**. Hören Sie „einfach nur“ zu. Ihr(e) Gesprächspartner können so die Erfahrung machen, von Ihnen wahrgenommen zu werden. Sie erleben, mit Ihnen gemeinsam und nicht *allein* zu sein.
- Setzen Sie bei sog. schwer erreichbaren Eltern auf den **Faktor Zeit**. Sie werden nicht in *einem* einzelnen Kontakt eine vertrauensvolle Beziehung aufbauen können.
- Vermitteln Sie den Eltern, dass Erziehung und Begleitung der Entwicklung eines Kindes *anstrengend* sein dürfen. Sie sind mit einer langen Wanderung vergleichbar (optimalerweise in sicherer Bindung) und *kein* Spaziergang.
- Nehmen Sie entgegen weitverbreiteter Partnerschaftsrhetorik auch eine **ärztliche Führungsposition** ein. Erlauben Sie sich, Eltern mit deren Fehlverhalten entsprechend Ihrer eigenen Bewertung (auch vor dem Hintergrund Ihres professionellen Wissens) respektvoll zu konfrontieren („Ich möchte Ihnen gerne etwas sagen, was mir schon die ganze Zeit durch den Kopf geht und mein Bild über Sie als Mutter/Vater mitbestimmt. Das, was ich denke, wird Ihnen wahrscheinlich nicht gefallen. Darf ich es Ihnen (dennoch) sagen?“).
- Eltern lassen sich nur von jemandem beeinflussen, dem sie das selbst zugestehen. Sie als Arzt oder Ärztin haben eine gesellschaftlich hoch bewertete Position inne. Nutzen Sie diese dafür, auch **kritische Einschätzungen** zu formulieren.

Vertrauensvolle Beziehungen entstehen nicht dadurch, dass man permanent und ohne Ausnahme nur Positives über seine Gesprächspartner erzählt.

- Erwarten Sie nicht, dass die bloße Formulierung Ihrer kritischen Einschätzungen Veränderungen bei den Eltern bewirkt, möglichst sogar noch sofortige. Bleiben Sie gegenüber Skepsis und/oder Empörung der Eltern respektvoll und demütig. Eltern müssen Ihnen und Ihren Positionen nicht glauben oder vertrauen. Eltern dürfen an Ihrer ärztlichen Position zweifeln.
- Aber: Elterliche Zweifel sind keine „objektive Realität“. Sie bedeuten nicht *automatisch*, dass Sie ein schlechter Arzt oder eine schlechte Ärztin sind. Insofern können Sie auf eine reflexhafte Verteidigung und Rechtfertigung Ihrer Position verzichten. Die Zweifel der Eltern bedürfen einer gemeinsamen Überprüfung. Eine kinderärztliche Praxis ist nicht mit einem Supermarkt vergleichbar, in dem *beliebig* eingekauft werden kann.
- Lernen Sie durch elterliches Feedback, indem Sie ggf. folgende **Feedbackfragen** (nach Rufer) für Eltern benutzen:
 - Würden Sie mich einem guten Bekannten/Freund weiterempfehlen? (1) = „Ja, auf jeden Fall“ ... bis (10) = „Nein, keineswegs“.
 - Was ist der Hauptgrund Ihrer Bewertung, die Sie gerade abgegeben haben?
 - Was sollte ich Ihrer Meinung nach anders machen, damit Ihre Bewertung näher bei 1 liegen würde?

II Fallbeispiel

Auflösung

Körpersprachliche Aspekte Ihrer Kommunikation mit einem Kind haben eine sehr große Bedeutung. Insbesondere Ihr langsames Interaktionstempo erlaubt Ihnen, Ihre eigene Körpersprache bewusst zu gestalten (Bsp.: Wem wenden Sie sich durch Ihre Körperhaltung, durch Ihre Positionierung im Raum, durch Ihren freundlichen Blickkontakt explizit zu?). Dies hilft wiederum dem Kind, Sie zu verstehen. Setzen Sie in Ihrer Kommunikation nicht allein auf die Kraft Ihrer Worte.

Metakommunikative Aspekte (z. B. dem Kind sagen, dass Sie ihm jetzt gerne eine Frage stellen möchten)

wirken zwar „komisch“ oder umständlich, helfen aber dem jungen, kommunikativ noch wenig geübten Kind bei der Orientierung im Gespräch mit Ihnen. Indirekte Kommunikationsangebote und -wege (z. B. Ansprechen mitgebrachter Kuscheltiere) entlasten.

Positive Verstärkung, eine von Herzen gemeinte Anerkennung der Bemühungen des Kindes und der Eltern sind wichtige Bausteine, um über die Jahre ein stabiles Beziehungsdreieck Eltern-Kind-Arzt aufzubauen, in dem Sie immer wieder als Kommunikator und Vermittler agieren. ■■

LITERATUR

- Ball J, Lohaus A. Kindliche Krankheitskonzepte. Ein Überblick über zur Forschungslage. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie 2010; 18: 3–12.
- Delfos MF. „Sag mir mal ...“ – Gesprächsführung mit Kindern. 10. überarb. u. erw. A. Weinheim: Beltz 2015.
- Grover G. Talking with children. In: Berkowitz C (ed.): Pediatrics. A Primary Care Approach. Philadelphia: Saunders 2014; 15–18.
- Kölfen W. Ärztliche Gespräche, die wirken. Erfolgreiche Kommunikation in der Kinder- und Jugendmedizin. Berlin, Heidelberg: Springer 2013.
- Rufer M. „Mir selber bringt das nichts ...“. Systemische Therapie neu verstehen und gestalten. In: Liechti J, Liechti-Darbellay M. (Hrsg.): Null Bock auf Therapie. Die Bedeutung familiärer Ressourcen in der Therapie mit Jugendlichen. Heidelberg: Carl Auer 2013; 5–32.

1.4 Aufgabe, Auftrag und Auftragegeber im Praxisalltag

Stephan Heinrich Nolte

II Fallbeispiel

Patient 1

Die knapp 4-jährige, gesund wirkende Mathilde wird am Montagmorgen ohne Termin von der Mutter gebracht, weil sie so schlecht esse, so dünn sei und Ringe unter den Augen habe. Sie möchte gern eine Blutuntersuchung machen lassen, um auszuschließen, dass das Kind ernsthaft erkrankt sei.

Patient 2

Patrick ist ein 3-jähriger mit Ohrenschmerzen. Er kommt ebenfalls mit seiner Mutter ohne Termin und

springt munter im Zimmer herum. Ihm soll ins Ohr geschaut werden. ■■

Fragen zum Fallbeispiel

- Wie verhält sich der Arzt?
- Wer steckt hinter dem Ansinnen der Mutter?
- Was ist zu tun?

1.4.1 Stellenwert in der Grundversorgung

Solche **Vorstellungsanlässe**, wie in den Fallbeispielen dargestellt, sind in der kinder- und jugendärztlichen Praxis sehr häufig. Man kann für den ersten Fall mit ihnen umgehen, indem der Arzt willfährig die Blutabnahme vornimmt und das Kind mit seiner Mutter zum Besprechen der Befunde wieder einbestellt. Im zweiten Fall kann der Arzt ins Ohr schauen, die Mutter beruhigen, dass sich lediglich eine geringe Flüssigkeitsansammlung („Rotz im Ohr“) hinter dem Trommelfell befinde, die durchaus, vor allem beim Liegen, Ohrschmerzen verursachen und auch der Grund für eine sich entwickelnde Mittelohrentzündung sein könne. Symptomatische Maßnahmen seien ausreichend.

Die Frage, die sich hier stellt, ist die nach dem eigentlichen Vorstellungsgrund: Warum kommt die Mutter mit dem Kind und warum kommt sie gerade jetzt? Es ist Montagmorgen, der Tag nach dem Wochenende. Was war am Wochenende?

Die Nachfrage ergibt im ersten Fall, dass die Familie am Sonntag zum Kaffee bei den Schwiegereltern war und die Schwiegermutter der Schwiegertochter schwere Vorwürfe gemacht hat, weil sie berufstätig ist, das Kind ganztags im Kindergarten betreut wird und sich als die Mutter nicht richtig kümmere. Außerdem sei das Kind fehlernährt, bekomme zu wenig zu essen, und überhaupt sei die Mutter eine Rabenmutter.

Im zweiten Fall stellt sich heraus, dass der 3-Jährige am Wochenende beim Vater war. Die Eltern leben getrennt, und die Mutter kämpft mit allen Mitteln um das alleinige Sorgerecht. Jetzt war das Kind beim Vater, der schon wieder beim Rausgehen die Mütze vergessen hat, obwohl die Mutter doch extra darauf hingewiesen habe, dass er es mit den Ohren habe und das Haus nicht ohne seine Mütze verlassen dürfe, vor allem jetzt im Herbst.

1.4.2 Aufgabe, Auftrag und Auftraggeber

Beide Fälle sollen illustrieren, dass Aufgabe, Auftrag und Auftraggeber auch bei den kleinen alltäglichen Fragen des pädiatrischen Alltags keineswegs so klar sind, wie es die Fragestellung erscheinen lässt. In beiden Fällen ist zu klären, wer oder was dahintersteckt: Im ersten Fall ist es die Verunsicherung der Mutter durch die Oma, deren Vorwürfe sie einstecken muss. Wie so oft werden Auseinandersetzungen dann über das Kind ausgetragen anstatt auf der Beziehungsebene zwischen Mutter (Schwiegertochter) und Schwiegermutter, wo sie hingehören. Nun soll ein externer „Gutachter“ es richten und weiß gar nicht, zwischen welche Fronten er da geraten ist. Es lohnt sich, einen solchen Wunsch nach einer Blutuntersuchung mit offenen Fragen dahingehend abzuklopfen, etwa durch die Gegenfrage, was denn genau der Mutter Sorgen bereite, oder noch direkter, wer denn nun mit dem Kind nicht zufrieden sei: der Kindergarten, der Ehemann oder die Oma? Sehr schnell wird dann der wirkliche Auftraggeber klar und damit auch die Absurdität, die körperliche Integrität des Kindes diesem Ansinnen zu opfern. Bei einer Blutentnahme werden manche es nicht so schlimm finden, aber man bedenke die zahllosen Adenotomien und Tonsillektomien, denen Kindern ausgesetzt werden, weil sie nachts schnarchen oder immer husten: Auch hier muss die Frage gestellt werden, wen das letztlich stört und vor allem, wie es dem Kind geht.

EXKURS

Was ist mein Auftrag?

Ein Auftrag im juristischen Sinne ist eine Aufforderung an eine andere Person, eine bestimmte Handlung vorzunehmen. In der Medizin umfasst ein Auftrag, der Behandlungsauftrag, die Vorkehrungen, die nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft zur Besserung des Gesundheitszustands nötig sind. Mündige Patienten können nach derzeitigem Verständnis jederzeit die Umsetzung einzelner medizinischer Vorkehrungen ablehnen oder den Auftrag widerrufen. Wie ist das beim Kind? Wer entscheidet was und nach welchen Kriterien?

Wie kann ich meinen Auftrag ermessen?

Zunächst ist eine Willenserklärung notwendig, aus der ein Auftrag abgeleitet werden kann. Eine offene Eingangsfrage wie etwa „Was kann ich für Sie tun?“ fordert das Gegenüber auf, einen Auftrag zu erteilen. Dennoch kann man nicht damit rechnen, dass der Auftrag direkt formuliert wird. Es kann z. B. sein, dass auf die Frage „Was kann ich für Sie tun?“ die Bitte folgt, das Kind wegen Husten und Fieber abzuhören, in Wirklichkeit aber nur eine Erkrankung „amtlich“ objektiviert werden soll, um etwa ein Daheimbleiben eines Elternteils zu rechtfertigen und eine entsprechende Bescheinigung auszustellen. Etwas offener und nicht so sehr nach einem Auftrag heischend ist die Eingangsfrage „Was haben wir heute vor?“, insbesondere, wenn es um geplante technische Untersuchungen geht.

Gänzlich auf den expliziten Auftrag verzichtet die psychotherapeutisch aufschlussreichste, aber oft in formelhafte Antworten mündende Frage „Wie geht es Ihnen?“. Sie richtet sich an die Betreuungsperson und erfasst damit auch die Auswirkung, die der Zustand des Patienten auf diese hat, geht aber damit von vornherein von einem äußerst breiten Auftrag aus, nämlich das körperliche, seelische und soziale Wohlbefinden im Sinne der WHO-Gesundheitsdefinition zu erfassen. Es muss dem Selbstverständnis des Patienten überlassen bleiben, wie weit er den Auftrag fassen will, aber das sollte verbalisiert werden.

1.4.3 Behandlung und Beratung

Wie ist vorzugehen? Statt einer Blutabnahme ist es sinnvoll, die Frage nach dem **wirklichen Auftraggeber** zu stellen. Oft ist die Mutter sehr erleichtert, wenn diese Frage gestellt wird. Sie stärkt sie in ihrer Selbstachtung und -wirksamkeit. Ich pflege dann das Somatogramm auszufüllen und zur Illustration für die Oma mitzugeben: Das Kind ist keinesfalls zu dünn, aber die Oma wahrscheinlich zu dick. Die Blässe und die Ringe unter den Augen können jahreszeitlich oder konstitutionell bedingt sein – vielleicht ist die Mutter vom Typus her ähnlich. Etwaige ungewöhnliche Ernährungsbedingungen können ebenso anamnestisch geklärt werden. Das schlagende Argument gegen eine Blutuntersuchung ist: „Einmal ist keinmal.“ Mit einiger Wahrscheinlichkeit ergibt sich irgendein kontroll-

bedürftiger Wert, der eine weitere Blutuntersuchung nach sich zieht – und u. U. das Kind, statt es in einer **salutogenetischen Aufwärtsspirale** gesund zu erhalten, in einer **pathogenetischen Abwärtsspirale** krank macht. In der Praxis sind zudem die dafür notwendigen Folgetermine mit dem Feilschen um Werte, die letztlich sinnlos sind, zu berücksichtigen. Besser ist es in diesem konkreten Fall, beim nächsten Termin die Oma einmal mitzubringen und dafür einen regulären Gesprächstermin zu vereinbaren oder die anstehende Früherkennungsuntersuchung U8 dafür zu nutzen. Eine entsprechende Notiz des Arztes, heute im PC, kann daran erinnern. Schnell „entaktualisiert“ sich ein solches Thema. Solch ein gezieltes Nachfragen vermittelt den Eltern ein wirkliches Verständnis sowie das Gefühl, dass der Arzt die Betreuung ernst nimmt und nicht nur Punkte auf einer Liste abhakt.

Der zweite Fall sollte den Arzt aufhorchen lassen: Was geht hier vor? Was ist hier der Auftrag, wer der Auftraggeber? Nur durch eine vorsichtige Anamnese und aufmerksames Zuhören lässt sich klären, worum es wirklich geht: Die Mutter will im Sorgerechtsstreit „Punkte sammeln“ und nachweisen, dass sie jedes Mal, wenn der Vater das Kind am Wochenende betreut hat, zum Arzt gehen musste – weil der Vater es ja nicht so macht, wie die Mutter es wünscht. Wir lassen uns hier nicht selten ge- oder gar missbrauchen, weil wir nicht wissen, wie und wozu unsere Äußerungen benutzt, wie und wozu wir funktionalisiert werden.

Dazu ein Beispiel aus meiner eigenen Familie: Das erste Weihnachtsfest wollten wir mit unserer 5 Monate alten Tochter gern für uns feiern. Die etwas entfernter wohnenden Großeltern erwarteten aber, dass wir das Fest mit ihnen verbringen. Nun bekam die Tochter eine leichte Erkältung – endlich der erwartete und dann auch verständnisvoll aufgenommene Grund, auf die Reise zu verzichten. Aus dieser Erfahrung heraus sage ich den Eltern in einer solchen Situation ganz deutlich: „Wollen Sie zu den Großeltern fahren, dürfen Sie es trotz der Erkältung. Wollen Sie es nicht, haben Sie eine gute Ausrede.“

II Fallbeispiel

Auflösung Patient 1

Beratung und Stärkung der Mutter nach eingehender Anamnese und Untersuchung. Verzicht auf eine Blutuntersuchung zum jetzigen Zeitpunkt.

Patient 2

Der Mutter sollte gespiegelt werden, dass ihr Verhalten missbräuchlich ist und Sie nicht gewillt sind, ein solches Spiel mitzumachen. Unabhängig davon soll die medizinische Bedeutung des Paukenergusses erklärt werden, die einmal mehr zeigt, dass es in der Medizin nicht um das Symptom oder die Diagnose an sich geht, sondern um den Umgang damit. ■■

LITERATUR

- Maio G. Mittelpunkt Mensch: Ethik in der Medizin. Stuttgart: Schattauer 2012.
- Niethammer D. Das sprachlose Kind. Stuttgart: Schattauer 2008.
- Nolte SH. To reassure. Kinderarzt 1996; 27: 1090–1091.
- Nolte SH. Münchhausen-Syndrome in der Pädiatrie. Kinder- und Jugendarzt 2009; 40: 537–539.
- Nolte SH. Wem machen wir es recht? Aufgabe, Auftrag und Auftraggeber in der Pädiatrie. Pädiatr Prax 2011/2012; 78: 355–361.
- Nolte SH. Anvertraut oder ausgeliefert: Das Arzt-Patienten-Verhältnis in der Pädiatrie. Kinderärztliche Praxis 2016; 87: 329–332.
- Nolte SH. Heilen oder Behandeln? Reflexionen zum ärztlichen Wirken heute. Frankfurt/M.: Mabuse 2022.
- Nolte SH. Alles halb so schlimm. Die häufigsten Fragen an den Kinderarzt und überraschend einfache Antworten. Aktualisierte und erweiterte Neuauflage. Bonn: Edition Integrativ 2021.

1.5 Kontinuierliche Betreuung: der „rote Faden“

Stephan Heinrich Nolte

■■ Fallbeispiel

Der knapp 4-jährige Willi, erstes Kind russlanddeutscher Eltern, kommt zur U8. Zuletzt war er genau vor einem Jahr, bei der U7a, in der Praxis, und seinerzeit kam er erstmalig in den Kindergarten. Jetzt erfahren Sie Folgendes: Nach einigen Wochen Kindergarten befanden die Erzieherinnen, dass Willi noch sehr schlecht Deutsch spricht, und veranlassten eine Vorstellung beim Pädaudiologen. Dieser stellte einen Mittelohrerguss und eine Schallleitungsstörung fest und riet zur Adenotomie, die ein HNO-Belegarzt ambulant vornahm. Außerdem verordnete er eine logopädische Behandlung. Zudem wurde Willi, der

eigentlich schon sehr früh trocken war, wegen ständig nasser Hose (Dranginkontinenz) und sekundären Einnässens einem Urologen vorgestellt, der verschiedene Untersuchungen vornahm und eine Beschneidung veranlasste. Ein Pneumologe verordnete wegen fortgesetzter Infekte mit Giemen eine Dauermedikation mit Montelukast und einem inhalativen Steroid und der Kinder- und Jugendpsychiater, der ebenfalls auf Veranlassung des Kindergartens aufgesucht wurde, wegen aggressiven Verhaltens eine Ergotherapie. Von keinem der Kollegen liegen Befundberichte vor. ■■

Frage zum Fallbeispiel

Wo ist der „rote Faden“ in der Betreuung verloren gegangen?

1.5.1 Der Auftrag

Für eine kontinuierliche Betreuung eines Patienten bedarf es erst einmal eines entsprechenden Auftrags. Wenn ein Kind vorgestellt wird, kann nicht a priori erlassen werden, ob hier eine Sachleistung, etwa das Abhören und der Blick ins Ohr, abverlangt wird oder der Wunsch nach einer umfassenderen Betreuung. Dies wird auch selten im Klartext besprochen. Ganz selten kommen Eltern mit dem ausdrücklichen Wunsch oder der Bitte nach einer kontinuierlichen Betreuung. Wir setzen das im Sinne einer konkordanten Handlung voraus, dürfen uns aber nicht täuschen: Der „rote Faden“ in der Patientenbetreuung liegt vielleicht woanders. Es lohnt, dieses Thema anzusprechen, etwa bei der Anmeldung.

1.5.2 Die Fallverantwortung

Die Stärke der ambulanten Pädiatrie besteht genau darin, dass wir eine Fallverantwortung übernehmen, wenn dieser Wunsch an uns herangetragen wird, und damit den „roten Faden“ aufnehmen. Weil in der stationären Betreuung in Kinderkliniken aufgrund der personellen Situation eine eindeutige ärztliche Fallverantwortung heute kaum mehr zu leisten ist und auch in der Pflege die **Bezugspflege** mit festen Ansprechpartnern inzwischen zum Fremdwort geworden ist, hat zunehmend der Computer die Koordination,

den „roten Faden“, übernommen. Dass dies systemimmanent zu Formalisierung, Übertherapie und einer letztlich gesichts- und herzlosen Medizin führt, liegt auf der Hand.

1.5.3 Der rote Faden

Fünf Bedeutungen dieser Metapher des „roten Fadens“ können beschrieben werden.

1 – Der rote Faden der Identifizierung

Wie können wir den Patienten als „unseren“ identifizieren? Es ist häufig unklar: Erwarten Eltern eine Auftragsleistung oder eine umfassende Betreuung?

2 – Der rote Faden zur Bindung des Patienten

Wie können wir den Kontakt halten? Eltern wechseln allgemein recht häufig die Kinderarztpraxis. Die Fluktuation ist, insbesondere in städtischen Bezirken, groß, ohne dass wir den Grund dafür erfahren – sie bleiben einfach weg. Akten und geleistete Gedanken verbleiben ungenutzt und werden irgendwann entsorgt. Macht man sich dazu Gedanken und forscht nach, wird in 90 % den Praxen die Schuld zugeschoben. Wenn aber weder Arzt noch Praxis den Grund erfahren, gibt es auch keine Möglichkeit, Dinge zu ändern. Wir sollten uns viel mehr mit den Patienten beschäftigen, die nicht mehr kommen, und jede Möglichkeit der Rückkopplung nutzen. Wir unterliegen einer erheblichen Verzerrung in der Wahrnehmung unserer Behandlungsqualität, wenn wir uns nur mit den Patienten beschäftigen, die wiederkommen – die anderen sind „aus den Augen und aus dem Sinn“.

3 – Der rote Faden durch das Labyrinth der Medizin

Wir sollen den sich uns anvertrauenden Menschen helfen, gemeinsam den Weg durch den Dschungel der Gesundheitsangebote zu finden. Dabei gilt es zu verhindern, dass unsere Patienten ohne ihr eigenes

Wollen und ohne unser Wissen von Dritten veranlasst an andere Fachdisziplinen geraten, etwa wenn der Kindergarten die Eltern zur HNO-Ärztin oder zum Kinder- und Jugendpsychiater schickt. Im Zuge der fortschreitenden Spezialistengläubigkeit werden nicht selten andere Disziplinen konsultiert, und wir erfahren bei den Früherkennungsuntersuchungen nur so nebenbei, was zwischenzeitlich alles unternommen wurde – auch das sollte anamnestisch erfragt werden. Der rote Faden kann wieder aufgenommen werden, indem man die erhobenen Befunde und Empfehlungen anfordert.

4 – Der rote Faden: ein durchgängiges Konzept

Des Weiteren sollte in den Praxen der rote Faden innerer Kongruenz und Kontinuität gewahrt werden. Das ist nicht nur wichtig, weil Eltern sich über ihre Erfahrungen, den Umgang und die Therapieempfehlungen austauschen, sondern auch für unser Selbstbild. Ein von allen Mitarbeitenden getragenes und gelebtes Leitbild ist dazu ebenso vonnöten wie ein QM-System, das Beliebigkeiten verhindern hilft.

5 – Der rote Faden der Verbundenheit

Und nicht zuletzt: Die Verbundenheit zu den Menschen dürfen wir auch gegenüber Patienten und Familien aufgreifen und Empathie zeigen: Die Menschlichkeit in der Heilkunst geht nicht selten mit dem Einzug von Wissenschaftlichkeit oder Computer verloren. Kalte Professionalität ist nicht nur in der Pädiatrie unangebracht. Dass wir einem grundsätzlichen Interessenkonflikt unterliegen, sollte allen klar sein: Wir leben zwar auch von Vorsorgen und Beratungen, aber letztlich von Krankheit. Damit wird der Patient in einem zunehmend kommerzialisierten und damit zur **Gesundheitswirtschaft** degradierten Gesundheitswesen mehr und mehr zum **Wertschöpfungsobjekt** mit dem unausgesprochenen Ziel, dass dem Patienten ein langes und möglichst multimorbides Leben geschenkt sei. Das ist eigentlich mit dem Ziel einer Eigenverantwortlichkeit für Gesundheit völlig unvereinbar.

Vorausschauende und kontinuierliche Beratung sowie Gesundheitserziehung sollten in der Praxis-

tätigkeit einen großen Raum einnehmen, weil wir wissen, welche Vorstellungsanlässe in welchem Lebensalter zu erwarten sind. Ein grundsätzliches Problem dabei ist, nicht unnötig Ängste zu schüren, wenn über mögliche Gefahren gesprochen wird. Das ist oftmals eine Gratwanderung. Kläre ich etwa über die Möglichkeit von und den Umgang mit Fieberkrämpfen auf, obwohl die meisten Kinder davon nicht betroffen sein werden, kann die Folge sein, dass dies zu einem angstvollen Umgang mit Fieber, unnötigem Aufsuchen von Notfallambulanzen und unnötiger antipyretischer Therapie führt. Ebenso kann ein „Hustengespräch“ dazu führen, dass die Erläuterung etwa eines Pseudokruppanfalls nicht zur angestrebten Stärkung elterlicher Kompetenz führt, sondern zur Verunsicherung beiträgt. Gesundheitsängste stehen allgemein ganz oben in der Hierarchie der Ängste. Dies ist jeden Tag in der pädiatrischen Praxis zu erleben, und die Medien tun ihr Bestes, um diese Ängste tagtäglich zu verstärken.

MERKE

Vertrauen in Gesundheit ist einer der wichtigsten salutogenetischen Wirkfaktoren. Deshalb gilt es, nicht nur pathogenetische Mechanismen zu erläutern, sondern auch, Wege heraus zu finden und somit „Engels-“ statt „Teufelskreise“ an die Wand zu malen.

II Fallbeispiel

Auflösung

Bei der Untersuchung vor dem Kindergarten im Rahmen der U7a hätte bezüglich der fehlenden Sprachkompetenz der Hinweis auf Möglichkeiten einer pädagogischen Sprachförderung im Kindergarten erfolgen sollen. Wenn die Eltern sich durch vorausschauende Beratung auf die Infekthäufung bei Kindergartenbeginn hätten einstellen können und wenn das explizite Angebot, bei solchen Anlässen selbstverständlich zur Verfügung zu stehen, formuliert worden wäre, wäre der Gang zum Pneumologen ebenso vermeidbar gewesen wie wohl auch die Adenotomie. Und die Vermittlung, auch bei Verhaltensauffälligkeiten wie Einnässen oder aggressiven Durchbrüchen der richtige Ansprechpartner zu sein, hätte auch die Umwege zum Urologen und Kinderpsychiater vermieden.

Hier ist der rote Faden verloren gegangen – oder die Bereitschaft, ihn aufzunehmen. ■■

LITERATUR

- Lown B. Die verlorene Kunst des Heilens. Stuttgart: Schattauer 2002.
 Maio G. Die Verlorene Kunst des Seinlassens. Dtsch Med Wochenschr 2015; 140: 1014–1018.
 Nolte SH. Der „rote Faden“ in der Kinder- und Jugendarztpraxis. Pädiatr Prax 2014; 82: 355–358.

1.6 Kinderrechte im Praxisalltag – „Advocacy“

Wolfram Hartmann

II Fallbeispiel

Der knapp 5-jährige Benni wird zur U9 vorgestellt. Benni ist ein umtriebiger Junge, der vorher im Vorbereitungsraum auf dem Smartphone der Mutter mit lautem Gejohle „Kinderspiele“ (wie die Mutter sagt) machte, um dann mit dem Smartphone während des ganzen Vorgesprächs unentwegt „Flugzeug“ zu spielen und es auf allen möglichen Gegenständen landen zu lassen. Alles wird stark mit Motorenbrummen und Explosionsgeräuschen begleitet. Beim Sprachtest äußert er sich in 2- bis 3-Wort-Sätzen ohne grammatische Struktur, grafomotorisch fällt eine verkrampfte Stifthaltung auf, im Mann-Zeichentest sind kaum Strukturen erkennbar. Er hat ausgeprägte feinmotorische Schwierigkeiten. Andere motorische Tests werden verweigert; Benni schreit so lange ungezügelt herum, bis die Mutter ihn aus dem Zimmer zum draußen sitzenden Vater bringt. Sie hat einen älteren Sohn, der die 2. Klasse wiederholt und neben Logopädie aufgrund einer aggressiven Störung des Sozialverhaltens Ergotherapie bekommt. Die Mutter ist 24 Jahre alt, arbeitslos und bezieht Transferleistungen. Sie hat nach dem Hauptschulabschluss keine Berufsausbildung absolviert und wurde im Alter von 16 Jahren mit dem ersten Kind schwanger. Beide Kinder haben verschiedene Väter, von denen nur der Vater von Benni gelegentlich Kontakt zu Mutter und Kind hat. Benni geht in eine Kindertageseinrichtung und hat aufgrund seiner motorischen, sprachlichen und kognitiven Entwicklungsverzögerung einen sog. „I“-Status (Anspruch auf besondere Förderung). ■■

Fragen zum Fallbeispiel

- Wann und wie sind Kinder- und Jugendärzte im Praxisalltag mit Kinderrechten konfrontiert?
- Sind Kinderrechte auch für den Praxisalltag von Kinder- und Jugendärzten relevant?
- Wie können Kinder- und Jugendärzte in der Kommune für Kinderrechte eintreten?

1.6.1 Bedeutung für die Grundversorgung

So oder ähnlich wie im Fallbeispiel dargestellt sind Kinder- und Jugendärzte tagtäglich mit Kindern konfrontiert, die – meist aus sozial schwierigen Familien mit großen Problemen bei der Alltagsbewältigung, häufig aber auch aus Familien mit Migrationshintergrund stammend – Störungen in ihrer frühkindlichen Entwicklung zeigen (soziogene Entwicklungsstörungen). Heute wissen wir, dass die Chance dieser Kinder auf eine gute Schul-, Ausbildungs- und Berufskarriere eingeschränkt ist. Oft wird bereits durch den sozioökonomischen Status der Familie festgelegt, dass die dort aufwachsenden Kinder von Haus aus nur geringe Chancen auf eine gute Sozialprognose haben.

Neben Kindern mit soziogenen frühkindlichen Entwicklungsstörungen werden immer wieder Kinder und Jugendliche **aus unterschiedlichen Lebenswelten** vorgestellt, bei denen entweder deutliche oder nur schwache Hinweise („Bauchgefühl“) für eine Misshandlung, eine Vernachlässigung und/oder einen Missbrauch bestehen.

Auch kulturelle, religiöse oder allgemein weltanschauliche Fragen berühren immer wieder den Praxisalltag, z. B. dann, wenn es um das Ansinnen von medizinischen Begründungen für Beschneidungen oder Atteste muslimischer Mädchen zur Nichtteilnahme am Sport- oder Schwimmunterricht oder an Klassenfahrten geht (➤ Kap. 1.6.3).

1.6.2 Definition der Kinderrechte

In der **UN-Kinderrechtskonvention** wurden u. a. folgende Kinderrechte festgelegt:

- Keine Benachteiligung von Kindern
- Achtung des Privatlebens und der Würde der Kinder

- Mitbestimmungsrecht und freie Meinungsäußerung
- Recht auf Informationen
- Recht auf Bildung und Ausbildung
- Recht auf Spiel, Erholung und Freizeit
- Recht auf besonderen Schutz im Krieg und auf der Flucht
- Recht auf Schutz vor Gewalt, Missbrauch und Ausbeutung
- Recht auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit
- Recht auf Geborgenheit, Familie, elterliche Fürsorge und ein sicheres Zuhause
- Recht auf besondere Fürsorge und Förderung bei einer Behinderung
- Anspruch auf Gedanken-, Gewissens- und Religionsfreiheit

Diese UN-Kinderrechte wurden 1992 vom Deutschen Bundestag ratifiziert und gelten uneingeschränkt seit 2010. Sie haben damit rechtsverbindlichen Charakter und lassen sich unter der Leitidee der Subjektstellung jedes Kindes als die drei Ps zusammenfassen:

1. **Protection** (Kinderschutz)
2. **Provision** (Vorhalten guter Umgebungsbedingungen durch Eltern und Staat)
3. **Participation** (Berücksichtigung des Kindeswillens in Abhängigkeit von Alter und Reife)

Bei der Umsetzung der **Kinderrechte in Deutschland** besteht das Problem, dass Kinderrechte als solche **nicht ausdrücklich in der Verfassung verankert** sind. Das bedeutet, dass trotz der Tatsache, dass die UN-Kinderrechte auch in Deutschland volle juristische Gültigkeit haben, diese durch ihre Nicht-Verankerung im Grundgesetz nicht in gleicher Weise öffentlich kenntlich sind. Im Jahr 2018 haben die Verhandler von CDU/CSU und SPD im Koalitionsvertrag festgelegt, dass die Kinderrechte im Grundgesetz verankert werden sollen. Dies wäre ein wichtiger Schritt.

Seit 2014 gibt es auch eine Verbesserung: Am 14. April 2014 ist in Deutschland und neun weiteren Staaten ein **Beschwerdeverfahren für Kinder** in Kraft getreten. Kinder können sich an den Ausschuss der Vereinten Nationen für die Rechte des Kindes in Genf wenden, wenn sie ihre Rechte von einem Staat verletzt sehen und der Staat sich selbst nicht darum kümmert, die Rechtsverletzung wiedergutzumachen. Allerdings müssen die kindlichen/jugendlichen Beschwerdeführer erst erfolglos die kommunalen Beschwerdeinstanzen durchlaufen haben, bevor sie sich an den UN-Ausschuss wenden können.

1.6.3 Kinderrechtewirklichkeit

Wahrnehmung im Praxisalltag

Die **Kinderrechtewirklichkeit** beginnt nicht erst in den großen gesellschaftlichen/staatlichen Kontexten, in denen Kinder und Jugendliche leben, sondern fängt bereits im Umgang mit Kindern und Jugendlichen im Praxisalltag an. Hier wird – sicher ungewollt und unbewusst – oftmals ein wichtiges Kinderrecht verletzt oder nicht adäquat wahrgenommen. Ärzte, auch Kinder- und Jugendärzte, sollen die Kinder entsprechend ihrer altersabhängigen kognitiven Möglichkeiten grundsätzlich in die Aufklärungsgespräche zu Diagnostik und Therapie einbeziehen. Etwa ab dem Alter von 8 Jahren sind die Kinder zustimmungsfähig („assent“), etwa ab dem Alter von 14 Jahren einwilligungsfähig („consent“).

HINWEIS

Berücksichtigung des Kindeswillens

Die Vertragsstaaten sichern dem Kind, das fähig ist, sich eine eigene Meinung zu bilden, das Recht zu, diese Meinung in allen das Kind berührenden Angelegenheiten frei zu äußern, und berücksichtigen die Meinung des Kindes angemessen und entsprechend seinem Alter und seiner Reife (Art. 12 der UN-Kinderrechtskonvention).

Gerade in der Behandlung von chronischen Erkrankungen (z. B. bei angeborenen Herzfehlern, Stoffwechselerkrankungen, juveniler rheumatoider Arthritis, Diabetes mellitus, Anfallsleiden, Allergien, onkologischen Erkrankungen) müssen die Kinder und Jugendlichen in die Therapiemaßnahmen und die Erläuterung der Therapiekonzepte einbezogen werden, um in der Pubertät zunehmend die Behandlung ihrer Erkrankung eigenverantwortlich übernehmen zu können.

Kinderrecht: Das Recht auf gleiche Bildungs- und Ausbildungschancen

Wenn wir – wie im Fallbeispiel – im Rahmen unserer zahlreichen Kinderfrüherkennungsuntersuchungen sehen, dass Kinder im Elternhaus nicht ausreichend gefördert werden, Defizite aufweisen, die überwiegend auf mangelnde Anregung zurückzuführen sind,

und alles dafür tun, diese Kinder durch inner- wie außerfamiliäre Anstrengungen zu fördern, helfen wir ihnen in der Realisierung ihres Kinderrechts auf Bildung und Ausbildung. Nur eine gute frühkindliche Entfaltung der angeborenen Grundfähigkeiten wie Sprache, Motorik, Kognition und soziales Verhalten ist die Basis für eine gute Schul- und spätere Berufsausbildung, mithin für eine gute Sozialprognose. Hier greifen wir ein, indem wir

- geeignete außerfamiliäre, sozialräumliche Fördermaßnahmen für die Kinder vermitteln,
- versuchen, die Familie in alle Konzepte einzubinden, und
- die bestehende familiäre Unterförderung nicht durch die Verordnung von Heilmitteln „medikalisieren“ (> Kap. 8.3).

Dazu müssen wir uns vor Ort multiprofessionell vernetzen (> Kap. 8.4) und alle sozialräumlichen Fördermöglichkeiten kennen. Die Versäulung, d. h. das ausschließliche auf die eigene Profession bzw. den eigenen Hilfesektor (Bildung/Erziehung – Sozialwesen – Gesundheitswesen) fokussierte Erarbeiten von Hilfe- und/oder Fördermaßnahmen für unsere Kinder schafft es nicht, allen Kindern unabhängig vom Bildungsstand ihrer Eltern und den finanziellen Ressourcen ihrer Familie optimale Voraussetzungen für die Entfaltung der kindlichen Grundkompetenzen zu ermöglichen. Dies lässt sich nur in niederschwellig erreichbaren, im unmittelbaren Lebensumfeld gelegenen Strukturen erzielen, die von den großen Hilfesystemen kooperativ organisiert sind. Ein Beispiel hierfür sind Familienzentren.

Selbstverständlich kann das Gesundheitswesen Versäumnisse der Gesellschaft, pädagogische Unzulänglichkeiten im häuslichen Umfeld und nicht kindgerechte Schulformen mit seinen Mitteln nicht kompensieren. Es kann aber zur Erkenntnis beitragen und Missstände offenlegen. Gerade Kinder- und Jugendärzte können als fachlich kompetente Anwälte öffentlich die Interessen von Kindern und Jugendlichen darlegen und ihrem berechtigten Anliegen auf ein gesundes Aufwachsen Gehör verschaffen. Dieses kinder- und jugendärztliche – quasi „anwaltliche“ – Eintreten für eine gesunde Zukunft der Kinder ist ärztliche Arbeit. Für die American Association of Pediatricians gilt diese **Advocacy** als dritte Säule des kinder- und jugendärztlichen Selbstverständnisses.

MERKE

Wir müssen uns zum einen für ein Optimum an frühkindlicher Bildung und Förderung innerhalb und außerhalb von Familien für alle Kinder, eine wirksame Unterstützung von Familien in allen Lebensräumen sowie eine gesunde Umwelt einsetzen. Zum anderen gilt unser Einsatz im Gesundheitswesen der Stärkung der kinder- und jugendärztlichen Kompetenz in der allgemeinen medizinischen Grundversorgung, aber auch in der fachärztlichen Versorgung und im öffentlichen Gesundheitsdienst.

Kinderrecht: Das Recht auf Schutz vor Gewalt und Ausbeutung

Ärzte haben in der täglichen Praxis mit Kindern zu tun, bei denen sie den Verdacht oder aber auch manifeste Hinweise auf Kindesmisshandlung/Kindesmissbrauch haben (> Kap. 10.2). Das **Bundeskinderschutzgesetz** vom 1. Januar 2013 baut auf den beiden Säulen Prävention und Intervention auf. Es bietet erstmals eine klare Regelung, die einerseits die Vertrauensbeziehung zwischen Arzt und Patient schützt, andererseits aber die Weitergabe wichtiger Informationen an das Jugendamt ermöglicht.

MERKE

Bei gewichtigen Anhaltspunkten für die Gefährdung des Kindeswohls dürfen und sollen Informationen an das Jugendamt weitergegeben werden, wenn eine Beratung und Anleitung der Eltern nicht ausreichend erscheinen.

Das Gesetz schafft die rechtliche Grundlage dafür, leicht zugängliche Hilfsangebote für Familien vor und nach der Geburt und in den ersten Lebensjahren des Kindes flächendeckend und auf einem hohen Niveau einzuführen bzw. zu verstetigen. Alle wichtigen Akteure im Kinderschutz – wie Jugendämter, Schulen, Gesundheitsämter, Krankenhäuser, Ärzte, Schwangerschaftsberatungsstellen und Polizei – werden in einem Kooperationsnetzwerk zusammengeführt.

Erste Evaluationsergebnisse zeigen, dass die Zusammenarbeit zwischen Kinder- und Jugendhilfe sowie den Akteuren des Gesundheitswesens noch nicht zufriedenstellend ist und dringend verbessert werden muss. Das Familienministerium hat zugesagt, dass das Gesetz überarbeitet und die Kinder- und Jugendhilfe verpflichtet wird, Rückmeldungen über eingeleitete Maßnahmen bei aus dem Gesundheitswesen gemel-

deten Verdachtsfällen von Kindesmisshandlung bzw. -vernachlässigung an die Akteure im Gesundheitswesen zu geben. Dies dient der Qualitätssicherung und motiviert zur Zusammenarbeit. Auch die personelle Ausstattung der Jugendämter lässt vielfach noch zu wünschen übrig.

HINWEIS

Nutzen Sie die Möglichkeiten, die dieses Gesetz bietet!

Kinderrecht: Das Recht auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit – kulturelle Besonderheiten und religiöse Einflüsse**Beschneidung**

Religiöse Einflüsse, Traditionen und kulturelle Besonderheiten spielen auch im Praxisalltag eine nicht zu unterschätzende Rolle. Wir müssen bei damit verbundenen, pädiatrisch-medizinische Aspekte berührenden Fragestellungen sorgfältig abwägen, ob wir den Inhalten der UN-Kinderrechtskonvention und unserer Verantwortung als Anwälte des Kindes gerecht werden oder ob wir, um kontroverse Diskussionen mit den Eltern zu vermeiden, dem Wunsch der Eltern widerspruchslos nachgeben.

HINWEIS**Auszug aus der UN-Kinderrechtskonvention (Art. 24)**

Die Vertragsstaaten treffen alle wirksamen und geeigneten Maßnahmen, um überlieferte Bräuche, die für die Gesundheit der Kinder schädlich sind, abzuschaffen.

Wir alle kennen die Situation, dass Eltern aus kulturellen oder religiösen Gründen um eine kinderchirurgische oder -urologische Überweisung bitten, damit bei ihrem minderjährigen Sohn die Vorhaut entfernt wird, auch wenn eine pathologische Vorhautenge aus medizinischer Sicht nicht festgestellt werden kann. Es gibt inzwischen eine zunehmende Anzahl von Eltern, die durchaus bereit sind, sich dem Druck ihrer Gemeinschaft zu entziehen und über die Sinnhaftigkeit der rituellen Beschneidung nachdenken. Bei Mädchen ist das Recht auf körperliche Unversehrtheit

inzwischen nahezu generell eine Selbstverständlichkeit; minderjährige Jungen werden hier benachteiligt.

MERKE

Die männliche Vorhaut ist ein Organ, das zur körperlichen Normalität gehört. Es handelt sich nicht um eine angeborene Fehlbildung, die es operativ zu korrigieren gilt. Die männliche Vorhaut erfüllt wichtige Funktionen zum Schutz der sehr empfindlichen Eichel und ist besonders reich mit Tastkörperchen ausgestattet. Die Beschneidung kann zu erektiler Dysfunktion mit erheblichen Einschränkungen des sexuellen Erlebens und zu psychischen Belastungen führen (> Kap. 6.19.1).

Ärzte sollten sich an rituellen Beschneidungen nicht beteiligen!

Gesetzgeber und Gerichte interpretieren z. B. das Recht auf körperliche Unversehrtheit (Art. 3, Abs. 3, und Art. 4) so, dass minderjährige Knaben hier nur ein eingeschränktes Recht auf körperliche und seelische Unversehrtheit haben und ihnen gemäß § 1631d BGB auch ohne medizinische Indikation allein auf Wunsch der Eltern die männliche Vorhaut komplett – in den ersten 6 Lebensmonaten sogar von medizinischen Laien – entfernt werden darf. Damit wird Jungen im Vergleich zu Mädchen ihr Recht auf körperliche Unversehrtheit eingeschränkt.

Ärztliche Attestierung der Befreiung vom Schul-/Schwimmsport und von der Teilnahme an Klassenfahrten

In bestimmten, meist patriarchalisch-traditionellen Milieus (religiöser Dogmatismus, patriarchalisches Weltbild, Zwangsnormen, rigider konventioneller Lebensstil, strenge Moral) verlangen Eltern immer wieder, dass wir als Ärzte für ihre Töchter eine Bescheinigung zur generellen Befreiung vom Schulsport oder auch nur vom Schwimmunterricht oder von der Teilnahme an Klassenfahrten ausstellen sollen.

HINWEIS

Auf diese Wünsche sollte man sich nicht einlassen, sondern erwähnen, dass in unserer freiheitlich-demokratischen Grundordnung auch noch nicht volljährige Kinder ein Recht auf Selbstbestimmung und Teilhabe haben. Sportliche Aktivitäten fördern die Gesundheit, und gemeinsame Klassenfahrten sind integrationsfördernd.

Kinder und Jugendliche benötigen Lebensbedingungen, die es ihnen ermöglichen, den höchsten Standard an körperlicher und seelischer Gesundheit zu erreichen. Dazu bedarf es einer Verankerung der Kinderrechte im Grundgesetz und des politischen Bekenntnisses, dass das Grundrecht eines jeden Kindes höher zu bewerten ist als das Erziehungsrecht der Eltern. Kinder und Jugendliche müssen entsprechend ihrem Entwicklungsstand und ihrem Urteilsvermögen in alle Entscheidungen einbezogen werden. Dies gilt insbesondere im Gesundheitsbereich.

II Fallbeispiel

Auflösung

In der Nachfrage zur täglichen Versorgungssituation von Benni stellt sich heraus, dass der Junge bereits ab etwa 6:00 Uhr morgens vor den Fernseher gesetzt wird, während die Mutter noch weiterschläft. Gegen 8:00 Uhr wird er in die Kita gebracht und um 16:00 Uhr wieder abgeholt. In der Kita erhält er aufgrund seines I-Status – laut Plan – 2 Stunden täglich eine Förderung des Sprechens, die aber fast regelmäßig nicht nur kürzer, sondern teilweise auch ganz ausfällt. Aufgrund der gleichbleibend hohen Krankenstände der Einrichtung werden die durch die I-Status verschiedener Kinder genehmigten zusätzlichen Betreuungsstunden (und die damit verbundenen zusätzlichen Erzieherstellen) in der Versorgungsrealität der Kita in die tägliche Allgambetreuung eingebracht. Zu Hause erwartet den Jungen erneut der Fernsehbildschirm; Würfel-, Karten- oder andere Spiele bietet die Mutter nicht an.

Der betreuende Kinder- und Jugendarzt kann erreichen, dass die Mutter und Benni an ein Familienzentrum angebunden werden. In der zentralen Kindertageseinrichtung wird der Junge jetzt intensiv in der Ausbildung seiner Grundkompetenzen gefördert, der Mutter werden gleichzeitig in einem kombinierten Angebot Hilfen zur Erziehung und Anleitungen zur Beschäftigung mit ihren Kindern gegeben. Mittlerweile ist die Mutter in die Arbeit des im Familienzentrum befindlichen Müttercafés integriert und bedient selbstständig die Ausgabetheke.

Benni ist für ein Jahr von der Einschulung zurückgestellt worden und hat mittlerweile enorme Fortschritte in allen Kompetenzbereichen gemacht.

Der betreuende Kinder- und Jugendarzt ist Mitglied einer Gründungsinitiative für weitere sozialräum-

liche Familienzentren. Er arbeitet dort interprofessionell mit Vorschulpädagogen, Sozialarbeitern, Erziehern und örtlichen Sozial- und Familienpolitikern zusammen. Weitere Zentren werden eingerichtet. ■■

LITERATUR UND INTERNETQUELLEN

Letzter Zugriff auf die angegebenen Internetseiten:
25.6.2024

BVKJ (Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte). Migrantinnen und Migranten in der Pädiatrie/BVKJ-Schwerpunktthema 2013. Köln: BVKJ 2013; 32–37, 61–64, 65–69; <https://www.bvkj-shop.de/schwerpunkt-2013-migration.html>

DGKJ (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V.), DGKCH (Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie e.V.), DGSPJ (Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V.) et al. S3-Leitlinie Kindesmisshandlung, -missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik (Kinderschutzleitlinie). Stand: 5.2.2019, gültig bis: 31.1.2024 (in Überarbeitung); www.awmf.org/leitlinien/detail/II/027-069.html

Gesetz zur Stärkung eines aktiven Schutzes von Kindern und Jugendlichen (Bundeskinderschutzgesetz – BkiSchG

vom 22. Dezember 2011), Art. 1, §§ 1–4, Art. 2; https://dejure.org/BGBl/2011/BGBl_I_S_2975

Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland. GG Ausfertigungsdatum: 23.5.1949 Vollzitat: „Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 1001, veröffentlichten bereinigten Fassung, das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 23. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2438) geändert worden ist“. Stand: Zuletzt geändert durch Art. 1 G v. 23.12.2014 I 2438, Artikel 1, 2, 3, 6; <https://www.gesetze-im-internet.de/gg/BJNR000010949.html>
Terre des Femmes. Materialien: Informationen zu weiblicher Genitalverstümmelung; <https://frauenrechte.de/unsere-arbeit/weibliche-genitalverstuemmung/informationsquellen-zu-weiblicher-genitalverstuemmung/terre-des-femmes-materialien>

UN-Behindertenrechtskonvention – Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (Convention on the Rights of Persons with Disabilities [CRPD]), Art. 3, 4, 7, 18, 23, 24, 25, 30. In Kraft getreten am 3.5.2008; <https://www.behindertenrechtskonvention.info/>

UN-Kinderrechtskonvention – Übereinkommen über die Rechte des Kindes (Convention on the Rights of the Child [CRC]), Art. 1–3, 7, 8, 9, 12, 22, 23, 24, 28, 29, 33, 34; <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/publikationen/uebereinkommen-ueber-die-rechte-des-kindes-86530>

Praxishandbuch der pädiatrischen Grundversorgung

Dieses Buch ist das einzige im deutschen Sprachraum, das alle Aspekte der pädiatrischen Grundversorgung abdeckt. Vor 10 Jahren wurden diese Themen erstmals von der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAJK) beschrieben und als eigenständige Disziplin etabliert. Es bietet Problemlösungen für sämtliche Themenbereiche und Versorgungsaufgaben, die in jeder Kinderarztpraxis täglich auftreten und ist somit unverzichtbar für alle Ärztinnen und Ärzte, die in der ambulanten und sozial-pädiatrischen Grundversorgung arbeiten sowie in der Allgemeinmedizin tätig sind, und Kinder und Jugendliche im Alter von 0-18 Jahren behandeln. Das Buch gibt Ihnen Antworten auf alle wesentlichen und wichtigen Fragen, mit denen Sie in Ihrer Praxis konfrontiert werden und bietet Ihnen aktuelles State-of-the-Art-Wissen über Diagnostik, Therapien und Beratung – in der normalen kindlichen und pubertären Entwicklung ebenso wie bei chronischen Erkrankungen, psychischen Problemen oder Behinderungen.

Zusätzliches Online-Material ergänzt die Buchinhalte.

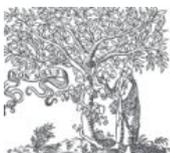
Neu in der 3. Auflage:

- Anorexie
- Transgender (Transgeschlechtlichkeit) bei Jugendlichen
- Cybergrooming
- Bildschirmmediengebrauch bei Kleinkindern
- zeitkritische Vorstellungsanlässe
-

Dieses Buch eignet sich für:

- Niedergelassene Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte
- Niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte für Allgemeinmedizin und Innere Medizin, die auch Kinder betreuen müssen
- Weiterbildungsassistenten und Weiterbildungsassistentinnen aus der Pädiatrie

3.Aufl. 2024. ISBN: 978-3-437-21154-6



ELSEVIER

elsevier.de

Empowering Knowledge

ELSEVIER