

KINDER-UND JUGENDARZT

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

Heft 06/20
51. (69.) Jahr

bvkgj.

NEU
Jetzt auch
als APP!

Berufsfragen

Versorgungsmonitor

Fortbildung

Trampolin: Eigentlich ein Sportgerät!

Forum

Praxisnetzwerk –
Wir forschen

Magazin

Pädiater in
Krisengebieten

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

INHALT 06 | 2020

Editorial

Editorial // Thomas Fischbach 373

Berufsfragen

Versorgungsmonitor Ambulante Kinder und Jugendmedizin
veröffentlicht // Reinhard Bartzky 376

Einbindung von Dienstleistungsunternehmen in die Praxis //
Christian Schüttler, Juliane Netzer-Nawrocki 378

Statistik der vertragsärztlichen Versorgung //
Wolfram Hartmann 382

Die revidierten Intelligenz- und Entwicklungsskalen für
Kinder und Jugendliche (IDS-2) // Harald Tegtmeier-Metzdorf 384

Happy Mom & Baby® for Future:
jetzt im neuen und nachhaltigen Design 386

Bericht aus dem Hauptstadtbüro // Kathrin Jackel-Neusser 389

Hygiene-Zuschlag COVID-19 in der GOÄ // Marcus Heidemann 394

Videosprechstunde der Monks Ärzte-im-Netz GmbH
ist zertifiziert 396

Corona-Stopp beendet: Rehakliniken nehmen wieder Kinder
und Jugendliche auf // Alwin Baumann 398

Fortbildung

Highlights aus Bad Orb: Trampolinspringen –
ein modernes „Sportgerät“ mit unterschätzten
Gefahren // Gabriele Ellsäßer 400

Vegetarische und vegane Ernährung bei Säuglingen –
ein Modell für selbstgewählte Exklusionsdiäten (Teil 1) //
Hermann Kalhoff 408

Wiedereröffnung von Schulen und Kindertagesstätten
während der Coronavirus-Pandemie // Arne Simon 413

consilium: Personenschutz bei inhalative Anwendung
von Colistin erforderlich? // Jochen G. Mainz 414

Reviews aus englischsprachigen Zeitschriften 416

Welche Diagnose wird gestellt? // Anne Teichler 419

Anmerkung der Redaktion

In den Bezeichnungen „Kinder- und Jugendarzt“ bzw. „Kinder- und
Jugendärzte“ in dieser Zeitschrift sind grundsätzlich die Geschlechter
„weiblich“, „männlich“ und „divers“ enthalten, bis der Deutsche
Rechtschreibrat eine einheitliche Bezeichnung beschließt. Dies gilt
auch für den Titel „Kinder- und Jugendarzt“.



**Bericht der Preisträgerin 2020
„Pädiater in Krisengebieten“ über ihre Arbeit S. 430**

Forum

DGAAP: Werden Sie Mitglied im Versorgungsforschungs-
netzwerk der ambulanten allgemeinen Pädiatrie! 422

Deutschland – Iglu-Studie: Fast jeder fünfte Viertklässler
kann nicht richtig lesen // Wolfram Hartmann 424

Im Spiegel der Presse: „Staatlich angeordnete
Vernachlässigung“ // Christa Becker 426

Magazin

Bericht der Preisträgerin 2020 „Pädiater in Krisengebieten“
über ihre Arbeit // Monika Golembiewski 428

Zahlen, Daten, Fakten: Die Polizeiliche Kriminalstatistik
2019 // Christa Becker 432

„Herzliche Glückwünsche, Dr. Hartmann!“ // Christa Becker 434

Mitteilungen aus dem Verband

Personalien 436

Dr. Stefan Renz zum 65. Geburtstag 437

Fortbildungstermine des BVKJ 438

Nachrichten der Industrie

In eigener Sache: 439

Die Zeitschrift Kinder- und Jugendarzt jetzt neu als APP! 407

Wichtige Adressen des BVKJ 445

Impressum 413

Titelbild

© Chinara – stock.adobe.com

Beilagenhinweis

Dieser Ausgabe ist eine Beilage der Aspen Germany GmbH beigelegt.
Wir bitten um Beachtung.

Liebe Kolleginnen und Kollegen!



Dr. Thomas Fischbach

Im März startete der Lockdown in Deutschland. Bereits damals wurden erste Stimmen laut, die verkündeten, dass eine gemeinsame Exit-Strategie nach der Schließung die sehr viel schwierigere Aufgabe für die Politik sein wird. Während die Verabschiedung des „Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite“ das föderale System in Einigkeit zusammenschweißte, traten die Ministerpräsidenten bei der Öffnung an, sich in Bezug auf Lockerungsregelungen zu über- oder unterbieten. Oftmals schienen dabei parteipolitische Ambitionen stärker im Blickpunkt zu stehen als Transparenz oder eine erkennbare Strategie.

Was wir heute – Stand ist Ende Mai – erleben, ist ein Flickenteppich sondergleichen. Denn mittlerweile ist die Entscheidungskompetenz bereits bis auf die Kreisebene heruntergebrochen. Dass die Menschen in unserem Land mit dieser Uneinigkeit unzufrieden sind, bezeugen zahlreiche Umfragen. Schlinger Kurse führten mittlerweile zu Abstrafungen in der Wählergunst – und das war sicherlich nicht im ursprünglichen Sinne der Verursacher.

Schulen und Kitas öffnen

Die Kinder aus der häuslichen Isolation holen – fast kein Tag vergeht, ohne dass diese Forderung von Pädagogen, Sozialarbeitern, Psychologen und natürlich auch von uns Kinder- und Jugendärzten gefordert wird. Eltern und große Grup-

pen der Bevölkerung – selbst nicht direkt Betroffene – schließen sich der Forderung an. Und das nicht erst seit heute.

Dazu ein kleiner Rückblick: Anfang April, als die überwiegende Mehrheit dem Lockdown voll und ganz zustimmte, wurde eine Civey-Umfrage durchgeführt, die unter <https://bit.ly/2MbOIYd> zu finden ist. Darin schlugen 52,2 Prozent der Befragten vor, die Schulen und Kitas zuerst zu öffnen. Nur Geschäfte rangierten mit 57,5 Prozent noch etwas höher, Restaurants und Cafés mit 24,5 Prozent und Fitnessstudios mit 5,5 Prozent weit dahinter.

Dass die Unzufriedenheit mit der fehlenden Kinderbetreuung geblieben bzw. gewachsen ist, beweist das ZDF Politbarometer von Anfang Mai: „Nicht genug getan wird in der Coronakrise nach Meinung einer Mehrheit bei uns für den Unterricht der Schüler (56 Prozent) und für Betreuungsmöglichkeiten in Kindergärten und Kitas (55 Prozent).“ Kurz vorher hatte die Politik endlich ihr Augenmerk darauf gelegt. Was noch immer fehlt, ist ein klares, bundeseinheitliches Konzept. Während andere Länder voller Neid auf die ersten Fußball-Geisterspiele bei uns schauen, können wir nur mit noch mehr Neid auf Dänemark, Norwegen, die Niederlande, die Schweiz und andere Staaten in Bezug auf die Öffnungen von Schulen und Kitas blicken.

Beweise fehlen

Mitte Mai haben wir gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene, der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie sowie der Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin die Forderung veröffentlicht, dass „Kitas, Kindergärten und Grundschulen möglichst zeitnah wiedereröffnet werden sollen“, und zwar „uneingeschränkt“. In unserem Statement ist weiter zu lesen: „Zahlreiche Erkenntnisse sprechen gegen ein erhöhtes Ansteckungsrisiko durch Kinder.“ Denn verschiedene Untersuchungen und Auswertungen „ergeben ein zunehmend schlüssiges Bild, dass Kinder in der aktuellen COVID-19-Pandemie im Gegensatz zur Rolle bei der Influenza-Übertragung

keine herausragende Rolle in der Ausbreitungsdynamik spielen.“ Deshalb schlagen wir bei den Maßnahmen in Kitas und Schulen auch weder Gruppenbildung noch Abstand wahren oder Masken tragen vor. „Entscheidender als die individuelle Gruppengröße ist die Frage der nachhaltigen Konstanz der jeweiligen Gruppe und Vermeidung von Durchmischungen.“ Über die enorme Presseresonanz konnten wir uns damit auch bei der Politik Gehör verschaffen.

Zunehmende Gewalt

Dass es in den ersten Wochen des Lockdowns keine Zahlen zu einer ansteigenden Gewalt gab, haben wir von Anfang an mit großer Skepsis betrachtet und kommentiert. Denn mit dem totalen Rückzug in die eigenen vier Wände entfiel das normale „Frühwarnsystem“, bestehend aus Lehrern, Erziehern, Sozialpädagogen, Trainern in Sportvereinen, Nachbarn oder auch Freunden.

Mitte Mai trat dann die Kinderschutzhotline des Bundesfamilienministeriums mit Zahlen an die Öffentlichkeit: Allein in den ersten beiden Mai-Wochen sei das Hilfsangebot durch medizinisches Personal in mehr als 50 Verdachtsfällen genutzt worden. Dabei wurden an den Kindern Verletzungen festgestellt, die an Zusammenstöße mit Autos erinnern – bis hin zu Knochenbrüchen und Schädeltraumata. Dass so etwas fast zu erwarten war, zeigen die Untersuchungen in anderen Ländern: Bereits aus China war eine Verdreifachung der häuslichen Gewalt gemeldet worden, im April gab es ähnliche Nachrichten aus Italien.

Die Sozialkontakte der heranwachsenden, in der Entwicklung befindlichen Kinder wurden einfach gekappt. Die Langzeitfolgen sind noch nicht absehbar. So berichtet die UN-Sonderberichterstatterin für den Handel und die sexuelle Ausbeutung von Kindern, Mama Fatima Singhateh, dass weltweit Millionen von Kindern aufgrund der Ausgangsbeschränkungen von Gewalt und Ausbeutung bedroht sind. Die SOS-Kinderdörfer und die Kinderrechtsorganisation Plan International prognostizierten bereits im April, dass besonders die

Mädchen dauerhaft zu leiden haben – Schulabbrüche und Kinderehen werden vermutlich in vielen Ländern zunehmen. Ein Argument mehr dafür, dass nicht nur der rein virologische Blick auf die Lage ausreichend ist!

Es ist auch die Einsamkeit, die die Kinder stark belastet. Mitte Mai befragte das Deutsche Jugendinstitut 8.000 Eltern mit Kindern zwischen drei und 15 Jahren, welche Herausforderung der Lockdown für die Familien darstellt. In jeder fünften befragten Familie (22 Prozent) herrsche neuerdings häufig oder sehr häufig ein konfliktreiches Klima. Zudem berichtet ein Drittel der befragten Eltern, dass ihr Kind Schwierigkeiten hat, mit der Situation zurechtzukommen. Und mehr als ein Viertel (27 Prozent) der befragten Eltern stimmte der Aussage eher oder ganz zu, dass sich ihr Kind zurzeit einsam fühle. Es fehlten die Freunde, der Sport oder das Schulumfeld.

Schlecht geschützt

Anfang April meldet das RKI 2.300 infizierte Ärzte und Pfleger. Am 19. Mai wurden neue Zahlen veröffentlicht: Bis dahin hatten sich insgesamt seit Beginn der Corona-Krise mehr als 20.400 Mitarbeiter aus dem Gesundheitsbereich infiziert – das entspricht etwa elf Prozent aller Infizierten, so das RKI. Auf den skandalösen Mangel an Masken und Schutzausrüstung habe ich bereits im Mai hingewiesen. Wir werden dieses Thema auch weiterhin beobachten.

Als Dank für ihren aufopfernden Einsatz sollen die in der Pflege Beschäftigten eine „Anerkennungprämie“ von 1.500 Euro erhalten. Dabei vergessen wurden unsere „Heldinnen und Helden“, unsere Medizinischen Fachangestellten. Auch sie halten in der Krise „den Kopf hin“ und setzen sich dem Risiko einer Ansteckung aus. Deshalb haben wir gemeinsam mit dem Verband medizinischer Fachberufe e.V. die Bundesregierung aufgefordert, auch unsere MfAs mit dieser Prämie zu belohnen. Gleichzeitig möchten wir jedoch nochmals darauf hinweisen, dass solche Einmalzahlungen nichts an der inakzeptablen Bezahlung dieser Berufsgruppen ändern. Es bleibt abzuwarten,

ob sich Politiker und Krankenkassen nach der Pandemie auch noch an die „Heldinnen und Helden“ erinnern und sich für ihre angemessene Vergütung einsetzen. Neben der deutschen Volkswirtschaft rufen inzwischen auch die Krankenkassen um Hilfe. Der GVK-Spitzenverband befürchtet – nicht nur wegen der Coronakrise – ein „finanzielles Trockenlaufen“ der gesetzlichen Krankenversicherungen zum Jahresende, wenn nicht durch Steuererlöse die Liquidität gesichert wird.

Praxen und Kliniken in der Krise

Auch der Krankenhaussektor hat finanzielle Sorgen. Das Aussetzen der Regelversorgung zugunsten der Ausweitung der intensivmedizinischen Kapazitäten, die glücklicherweise bisher nicht einmal ansatzweise in Anspruch genommen werden mussten, hat ein riesiges Finanzloch gerissen. Am 8. Mai 2020 berichtet die FH Köln von einer „Bugwelle“ von 1,6 Millionen wegen der Coronakrise verschobenen Operationen – und das bedeutet enorme Honorarverluste.

Im ersten Entwurf für dieses Editorial hatte ich noch darauf hingewiesen dass wir mit der Bundesagentur für Arbeit und Arbeitsminister Heil diskutieren mussten, ob Arztpraxen in Zeiten der wirtschaftlichen Bedrohung einen Anspruch auf Kurzarbeitergeld haben oder nicht. Die „Ärztezeitung“ hatte kurz zuvor berichtet, dass bei den Hausärzten 75 Prozent der Praxen einen Rückgang des Patientenaufkommens verzeichnen müssen, teilweise von über 50 Prozent im Vergleich zum Vorjahresquartal. 26 Prozent hatten laut ÄZ bereits Kurzarbeit beantragt.

Einige Lichtblicke

Anfang Mai hatte die BA in einer internen Anweisung die Bezugsberechtigung von Kurzarbeitergeld für Arztpraxen mit dem Hinweis verneint, dass diese ja unter einem eigenen „Rettungsschirm“ der Kassenärztlichen Vereinigungen stünden. Dabei wurde jedoch nicht berücksichtigt, dass dieser „Rettungsschirm“ noch im Wesentlichen undefiniert ist und außerdem nur eine „Kann-Rege-

lung“ darstellt. Am 11. Mai revidierte die BA ihre Weisung: Arztpraxen unterliegen nun der Einzelfallprüfung, Kliniken bleiben jedoch bis heute – Stand Ende Mai – weiterhin außen vor. Hier ist für die Dauer der Gültigkeit der Regelungen nach §21 Krankenhausfinanzierungsgesetz die Gewährung von Kurzarbeitergeld weiterhin ausgeschlossen. Bleibt zu hoffen, dass hier der Rettungsschirm wirkungsvoll greift.

Nun noch in Kürze ein paar gute Nachrichten: Der Nachschub an Schutzausrüstung für das medizinische Personal in der Corona-Krise kommt weiter in Gang. Bis Mitte Mai wurden über den Bund rund 121 Millionen Schutzmasken beschafft und an die Länder und die Kassenärztlichen Vereinigungen ausgeliefert.

Mit der Verabschiedung des zweiten Bevölkerungsschutzgesetzes ist u.a. eine Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes vorgesehen; das schafft die Möglichkeit für eine Ausweitung von Tests auf SARS-CoV-2.

An der Datenspende-App des RKI beteiligen sich bereits mehr als 500.000 Menschen, sie wird als großer Erfolg gefeiert. Bleibt nur zu hoffen, dass bei Erscheinen dieser Ausgabe auch die Tracing-App kurz vor der Realisierung steht!

In eigener Sache

Viele von Ihnen wissen es sicherlich: Anlässlich des Kinder- und Jugendärztes am 19. Juni in Berlin unseren 50. Geburtstag im großen Rahmen feiern. Auch da hat uns Corona einen Strich durch die Rechnung gemacht. Doch wir folgen ganz einfach der Redewendung, dass „aufgeschoben nicht aufgehoben“ bedeutet und werden das Fest 2021 unter dem Motto „50 + 1“ nachholen. Da unser eigentlicher Geburtstag der 15. September ist, werden wir in drei Monaten das Jubiläum in dieser Zeitschrift stärker in den Blickpunkt rücken.

Bleiben Sie gesund und genießen Sie die Lichtblicke!

Mit herzlichen Grüßen

Dr. Thomas Fischbach, Präsident

Versorgungsmonitor Ambulante Kinder- und Jugendmedizin veröffentlicht

Wie sieht die derzeitige Versorgungslandschaft in der Kinder- und Jugendmedizin aus? Wohin hat sie sich in den letzten Jahren entwickelt? Wo gibt es Leuchttürme in der Versorgung und welche Versorgungsdefizite? Diese und weitere Fragen stellte sich der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte BVKJ e.V. in Zusammenarbeit mit dem Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) und erarbeitete anhand der vertragsärztlichen Abrechnungsdaten nach § 295 SGB V sowie der Arzneverordnungsdaten nach § 300 SGB V den „Versorgungsmonitor Ambulante Kinder- und Jugendmedizin“. Die Kernergebnisse der Untersuchung sind im Folgenden zusammengefasst und im berufspolitischen Kontext kurz diskutiert.

Aktuelle Versorgungssituation

Die Anzahl der vertragsärztlich tätigen **Kinder- und Jugendärzte (KJÄ) in Köpfen ist zwischen 2010 und 2017 von rd. 7.500 auf knapp 8.200 gestiegen**. Diese behandelten im Jahr **2010 rd. 7,9 Mio. Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren und im Jahr 2017 knapp 9,3 Mio. Kinder und Jugendliche**. Rund 20% der KJÄ arbeiten als Schwerpunkt-KJÄ, d. h. sie erbringen Leistungen aus den Abschnitten 4.4 (schwerpunktorientierte Kinder- und Jugendmedizin) bzw. 4.5 (Leistungen mit Zusatzweiterbildung) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes. Demzufolge sind 80% (vorrangig) hausärztlich tätige KJÄ. Das Verhältnis von Schwerpunkt- zu hausärztlichen KJÄ blieb über die Zeit relativ konstant. Außerdem erbrachten rd. 57.000 Hausärzte, (d. h. Fachärzte für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte und hausärztlich tätige Internisten) Versorgungsleistungen an Kindern und Jugendlichen (siehe Abbildung 1). Etwa 82% aller KJÄ führen U/J-Untersuchungen durch, hausärztliche KJÄ mit einem Anteil von knapp 90% häufiger als Schwerpunkt-KJÄ (53%).

Aspekte der Teilzeitarbeit und der Arbeit im Angestelltenverhältnis

Der Teilnahmeumfang der KJÄ ist im Zuge der Zunahme von Teilzeitarbeit insgesamt von 94% im Jahr 2010 auf 90% im Jahr 2017 gesunken, weist aber deutliche Unterschiede zwischen zugelassenen KJÄ, wo er bei nahezu 100% lag, und angestellten KJÄ mit rund 76% auf. Bezogen auf die Anzahl der behandelten Kinder (siehe oben) und unter Berücksichtigung des Teilnahmeumfangs ist folglich die **Anzahl der Kinder- und Jugendärzte im**

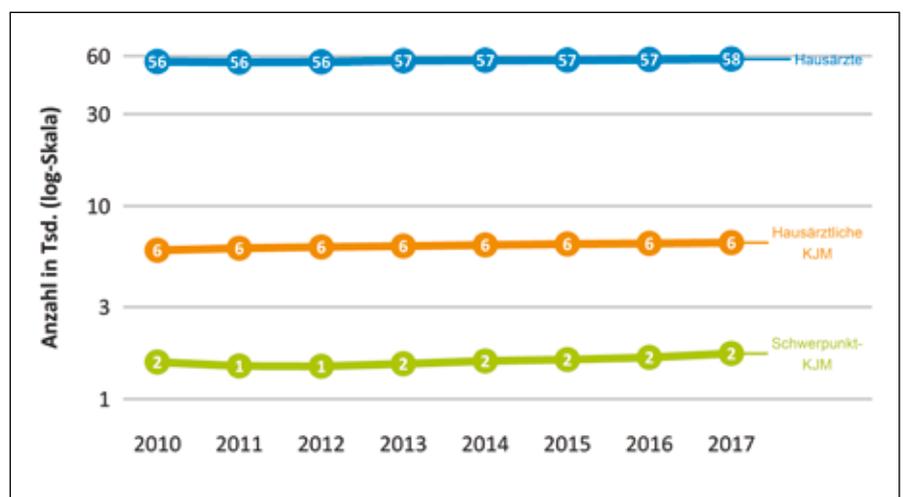


Abbildung 1: Anzahl Kinder- und Jugendärzte (mit Schwerpunkt und hausärztlich) sowie Hausärzte mit Versorgungsleistungen an unter 18-Jährigen in Tsd., 2010 bis 2017

Zeitverlauf von 88,5 auf 79,6 pro 100.000 behandelte Kinder gesunken.

Zunahme der Behandlungsfälle

Im Betrachtungszeitraum ist neben der Entwicklung in der Arztzahl eine Zunahme bei der Anzahl der Behandlungsfälle festzustellen. Während im Jahr **2010 24,7 Mio. Behandlungsfälle** bei KJÄ gezählt wurden, waren es im Jahr **2017 schon 26,7 Mio.** Dieser Trend ist gleichermaßen bei hausärztlichen als auch bei Schwerpunkt-KJÄ zu beobachten. Demgegenüber steht eine **abnehmende Anzahl von Behandlungsfällen von Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren bei Hausärzten**, und zwar von 13,2 Mio. im Jahr 2010 auf 10,4 Mio. im Jahr 2017. Hier ist vermutlich davon auszugehen, dass eine zunehmende Beanspruchung der Hausärzte durch ältere Personen im Zuge des demographischen Wandels stattgefunden hat.

Kinder- und Jugendärzte erbringen Mammutanteil an Präventionsleistungen bei Kindern und Jugendlichen

Die steigende Zahl an KJÄ-Behandlungsfällen geht mit einer erheblichen Ausweitung der von KJÄ erbrachten **Impfleistungen** einher (von 8,3 Mio. im Jahr 2010 auf 10,3 Mio. im Jahr 2017). Demgegenüber steht ein Rückgang der von Hausärzten an Kindern vorgenommenen Impfungen von 1,3 auf 1 Mio. Impfungen im Jahr. Auch die Leistungsmengen bei den laut G-BA Richtlinien festgelegten **Früherkennungsuntersuchungen** (insbesondere bei U3 bis U7a, siehe Tabelle 1) sind eine Ursache für die Zunahme der Behandlungsfälle bei Kinder- und Jugendärzten. Zu erwähnen ist allerdings auch der **Rückgang bei der Jugendgesundheitsuntersuchung J1** von rd. 237.000 im Jahr 2010 auf

Tab. 1: Anzahl lebendgeborene Kinder und Anzahl U- und J-Untersuchungen in Tsd. bei Kinder- und Jugendärzten, 2010 bis 2017

Jahr	Anzahl Kinder	U ₁	U ₂	U ₃	U ₄	U ₅	U ₆	U ₇	U _{7a}	U ₈	U ₉	J ₁
2010	677,9	2,4	125,1	537,9	529,8	528,3	526,3	527,0	467,7	481,3	493,7	237,2
2011	662,7	2,2	118,3	530,6	534,9	536,0	540,4	516,5	486,3	497,0	490,2	246,2
2012	673,5	1,6	117,6	537,3	534,6	535,6	530,5	528,1	481,5	498,4	492,5	254,2
2013	682,1	1,6	117,5	539,7	535,1	534,1	534,3	512,8	489,1	481,7	497,1	240,1
2014	714,9	1,6	120,2	562,1	547,8	538,3	527,2	512,5	478,8	484,8	475,5	233,8
2015	737,6	1,7	122,9	580,1	574,0	566,8	558,8	519,2	495,0	478,9	483,0	232,8
2016	792,1	1,5	123,4	613,5	603,6	591,4	574,6	545,5	501,7	488,2	484,7	224,9
2017	784,9	1,2	119,4	631,0	626,7	623,7	614,3	567,0	534,3	500,4	496,7	218,2

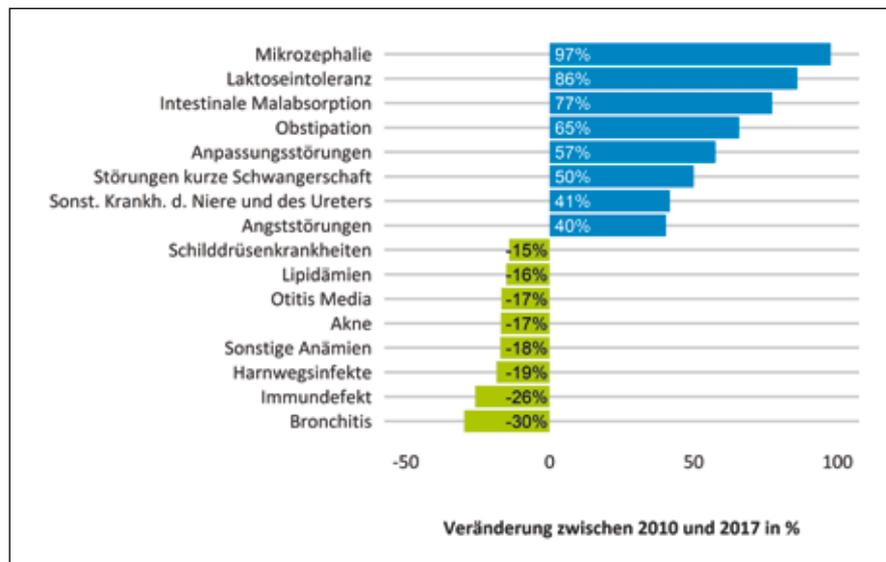


Abb. 2: Erkrankungen mit den größten Veränderungen in der Behandlungsprävalenz zwischen 2010 und 2017

218.000 im Jahr 2017. Bei den Hausärzten hat die Untersuchungshäufigkeit der J₁ im selben Zeitraum von rd. 108.000 auf 59.000 abgenommen. Das bedeutet, dass rund 80% der jugendmedizinischen Leistungen von Kinder- und Jugendärzten erbracht werden.

16% aller an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Kinder- und Jugendärzte führen keine Impfungen und keine Vorsorgeuntersuchungen durch. Eine Analyse der von diesen Vertragsärzten erbrachten Gebührenordnungspositionen zeigt, dass es sich hier in erster Linie um **Ermächtigte, Schwerpunktpädiater und auf Überweisung tätige Pädiater** handelt.

Vorstellungsanlässe

Bezüglich ausgewählter Behandlungsprävalenzen stellen **Bronchitis** (akut oder chronisch), **Otitis media**, **allergische Rhinopathie**, **Asthma bronchiale**, **Ent-**

wicklungsstörungen und Sozialverhaltensstörungen die häufigsten Behandlungsanlässe bei Kinder- und Jugendärzten dar. **Zuwächse** in den Behandlungsprävalenzen sind unter anderem bei **Anpassungsstörungen, Entwicklungsstörungen, Obstipation, Störungen im Zusammenhang mit Frühgeburtlichkeit, angeborenen Fehlbildungen (Kreislaufsystem, Muskel-Skelett-System), Angststörungen, Sozialverhaltensstörungen, Laktoseintoleranz und der Adipositas** zu beobachten.

Einen **Rückgang** in der Behandlungsprävalenz gibt es insbesondere bei der **Bronchitis, bei Harnwegsinfekten und bei der Akne** (siehe Abbildung 2).

Verordnungs- und Überweisungsverhalten

Außerdem im Versorgungsmonitor betrachtet wurden Ordnungsprävalenzen von ausgewählten Arzneimitteln

sowie Merkmale zum Überweisungsverhalten von KJÄ, zur Behandlungsbeteiligung und zur Weiterbehandlung von jungen Erwachsenen durch KJÄ (Transition). Bei Antibiotika, Vitamin-D-Fluor-Kombipräparaten und Fluor-Monopräparaten ist ein abnehmendes Ordnungsverhalten festzustellen. Bei den Vitamin-D-Monopräparaten hingegen ist mit Ausnahme von Mecklenburg-Vorpommern ein zunehmendes Ordnungsverhalten zu dokumentieren.

Schluss Hinweis

Der Versorgungsmonitor Ambulante Kinder- und Jugendmedizin wurde im Mai 2020 auf den Seiten des Zi veröffentlicht (www.zi.de) und erste Ergebnisse auf den diesjährigen Dialogtagen präsentiert. Er soll die Grundlage für eine faktenbasierte Diskussion für die Weiterentwicklung der kinder- und jugendärztlichen Versorgung in Deutschland insgesamt sowie in den Regionen bilden. Dafür werden die hier dargestellten bundesweiten Ergebnisse um regionalisierte Kennzahlen erweitert und im Versorgungsatlas (www.versorgungsatlas.de) bereitgestellt.

Korrespondenzanschrift:

Dr. Reinhard Bartzky
10967 Berlin
E-Mail: dr@bartzky.de

Autorenteam:

Mandy Schulz¹, Thomas Czihal¹,
Lars E. Kroll¹, Reinhard Bartzky²

¹ Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi)

² Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte BVKJ e. V.

Red.: WH

Einbindung von Dienstleistungsunternehmen in die Praxis

Mit Wirkung zum 4. April 2020 traten Änderungen der Berufsordnung der in Nordrhein tätigen Ärztinnen und Ärzte in Kraft. Damit vollzog die Ärztekammer Nordrhein eine Änderung der Musterberufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (nachfolgend: MBO-Ä) aus Dezember 2018 (Deutsches Ärzteblatt | 1. Februar 2019 | DOI: 10.3238/arztebl.2019.mbo_daetz0, abrufbar unter <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=205080>) nach.

Durch diese Änderungen wird berufsrechtlich geregelt, welchen in die Behandlung eingebundenen Personen Ärztinnen und Ärzte Informationen über Patienten zugänglich machen dürfen und wie Dienstleistungsunternehmen in zulässiger Weise eingebunden werden können. Dieser Beitrag soll aufzeigen, wie sich die neue Rechtslage von der alten unterscheidet, wie die Neuerungen zu bewerten sind und welche praktischen Folgen sowie Möglichkeiten sie für Kinder- und Jugendärzte haben. Abschließend folgt eine Darstellung, welche Ärztekammern die Änderungen der MBO-Ä bereits umgesetzt haben.



Christian Schüttler



Dr. iur. Juliane Netzer-Nawrocki

Bisherige Rechtslage

1. Die „Schweigepflicht“ Angestellter

Die MBO-Ä regelte bisher nicht, inwieweit Ärzte den bei ihnen Beschäftigten Informationen zugänglich machen durften. § 9 Abs. 3 MBO-Ä alter Fassung sah lediglich vor, dass Ärztinnen und Ärzte ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und die Personen, die zur Vorbereitung auf den Beruf an der ärztlichen Tätigkeit teilnehmen, über die gesetzliche Pflicht zur Verschwiegenheit zu belehren und dies schriftlich festzuhalten haben.

Diese Regelung las sich zwar gut, insbesondere vermittelte sie den Eindruck, dass durch das Erfordernis der schriftlichen Fixierung bei allen Beteiligten für die notwendige Sensibilität im Umgang mit Patientendaten gesorgt wird. Auch kann die Berufsordnung nichtärztlichen Mitarbeitern selbst keine Pflichten auferlegen, sodass es erforderlich ist, sie durch die Ärzte gesondert in die Pflicht zu nehmen.

Die bisherige Regelung setzte jedoch nur bei der Rechtsfolge an, indem sie den Umgang mit erhaltenen Informationen vorschreibt. Die Frage, ob der Kinder- und Jugendarzt den genannten Personen die Information überhaupt zugänglich machen darf, beantwortete § 9 Abs. 3 MBO-Ä hingegen nicht.

Anhaltspunkte hierzu lieferte die Regelung des im Jahr 2017 neu gefassten § 203 Abs. 3 Satz 1 Strafgesetzbuch

(Verletzung von Privatgeheimnissen), wonach kein Offenbaren von Geheimnissen vorliegt, wenn der Arzt Geheimnisse den bei ihm berufsmäßig tätigen Gehilfen oder zur Vorbereitung auf den Beruf tätigen Personen zugänglich machte. Dass der Kinder- und Jugendarzt MFA und Auszubildenden Patientendaten mitteilen darf, ohne sich strafbar zu machen, ist wohl zwingend erforderlich. Berufsrechtlich war dies jedoch bisher nicht geregelt.

2. Die Einbindung Externer

Bisher war auch die Einbindung externer Dienstleister, insbesondere vor dem Hintergrund der damit verbundenen Konsequenzen der ärztlichen Schweigepflicht, mit großen Unsicherheiten verbunden. Für die Einbindung Externer besteht jedoch seit Längerem ein Bedürfnis. Man denke hier an Abrechnungsunternehmen oder an die Fernwartung des Computers, auf dem Patientendaten gespeichert sind. Zunehmend an Bedeutung gewinnt auch in der kinder- und jugendärztlichen Praxis das Modell, die telefonische Erreichbarkeit durch Einbindung externer Dienstleister zu erhöhen. So bearbeiten Dienstleister zum Beispiel Terminanfragen und erteilen Auskünfte über Sprechstundenzeiten oder Vertretungen. Schließlich setzen auch immer mehr Kinder- und Jugendarztpraxen auf eine Terminvergabe über externe Portale. Berufs-

rechtlich unproblematisch war dies allerdings nicht, da den Dienstleistern ggf. auch Patientendaten zugänglich gemacht wurden.

Die MBO-Ä regelte die damit verbundenen Fragestellungen nicht. Es war bislang lediglich klar, dass der Arzt auch diesen Stellen gegenüber die Schweigepflicht zu wahren hatte und eine Weitergabe von Patientendaten nur aufgrund einer einschlägigen Rechtsgrundlage wie beispielsweise der Einwilligung des Patienten oder gesetzlicher Pflichten zur Übermittlung von Daten erfolgen durfte.

Dementsprechend wurde in der Literatur auch darauf hingewiesen, dass beispielsweise eine Fernwartung der EDV-Anlage oder die ersatzlose Ausgliederung des Praxistelefons an ein Callcenter berufsrechtlich unzulässig seien und hier Reformbedarf bestehe.

Neuerungen

Diesen Reformbedarf greifen die Änderungen der MBO-Ä und die Umsetzung derselben in den einzelnen Landesärztekammern nun auf.

Das Zugänglichmachen von Patientendaten gegenüber Mitarbeitern

§ 9 Abs. 3 MBO-Ä lautet seit dem Beschluss des Vorstands der Bundesärztekammer vom 14. Dezember 2018 nunmehr:

„Ärztinnen und Ärzte dürfen ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie Personen, die zur Vorbereitung auf den Beruf an der ärztlichen Tätigkeit teilnehmen, Informationen über Patienten zugänglich zu machen. Über die gesetzliche Pflicht zur Verschwiegenheit haben sie diese zu belehren und dies schriftlich festzuhalten.“

Damit ist nun erstmals geregelt, dass ein Arzt sich nicht nur nicht strafbar macht, wenn er einem Mitarbeiter Patientendaten zugänglich macht. Dies ist ihm jetzt berufsrechtlich sogar ausdrücklich erlaubt.

Zwar war auch zuvor nicht ernsthaft diskutiert worden, ob das Zugänglichmachen von Informationen in diesem Fall erlaubt ist. Es wurde jedoch Klarheit geschaffen. Dass es – wie das Beispiel der Ärztekammer Nordrhein zeigt – nunmehr über ein Jahr gedauert hat, bis manch eine Ärztekammer die Änderung übernommen hat, zeigt jedoch, dass das Berufs-

recht der Arbeitswirklichkeit von Kinder- und Jugendärzten hinterherhinken kann.

1. Die Einbindung Externer

Gänzlich neu ist § 9 Abs. 4 MBO-Ä. Dort heißt es:

„Gegenüber den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von Dienstleistungsunternehmen sowie sonstigen Personen, die an der beruflichen Tätigkeit mitwirken, sind Ärztinnen und Ärzte zur Offenbarung befugt, soweit dies für die Inanspruchnahme der Tätigkeit der mitwirkenden Personen erforderlich ist. Ärztinnen und Ärzte haben dafür zu sorgen, dass die mitwirkenden Personen schriftlich zur Geheimhaltung verpflichtet werden. Diese Verpflichtung zur Geheimhaltung haben Ärztinnen und Ärzte vorzunehmen oder auf das von ihnen beauftragte Dienstleistungsunternehmen zu übertragen.“

Dem Kinder- und Jugendarzt ist es nun also ausdrücklich erlaubt, externe Datenverarbeiter in seine Tätigkeit einzubinden. Damit dadurch die ärztliche Schweigepflicht aber nicht gänzlich unterlaufen wird, ist die Offenbarung nur dann zulässig, soweit dies für die Inanspruchnahme der Tätigkeit der mitwirkenden Personen erforderlich ist. Eine weitere Absicherung erfolgt dadurch, dass mitwirkende Personen schriftlich zur Einhaltung verpflichtet werden müssen.

2. Spezialfall privates Abrechnungsunternehmen

Ein Spezialfall zur berufsrechtlichen Schweigepflicht ist im neuen § 12 Abs. 2 MBO-Ä geregelt: Danach ist die Übermittlung von Daten an Dritte zum Zweck der privatärztlichen Abrechnung nur zulässig, wenn die Patientin oder der Patient in die Übermittlung der für die Abrechnung erforderlichen Daten nachweisbar eingewilligt hat. Die Regelung deckt sich mit dem bisher geforderten Vorgehen.

Bewertung

Die Neuerungen sind erfreulich: insbesondere werden Friktionen mit dem Datenschutzrecht minimiert. So ist es nach dem 2018 novellierten Bundesdatenschutzgesetz aus datenschutzrechtlicher Sicht gemäß § 22 Abs. 1 Nr. 1 Buchst. b) BDSG zulässig, dass ärztliches Personal,

sonstige Personen, die einer entsprechenden Geheimhaltungspflicht unterliegen, und Personen, die unter Verantwortung der zuvor genannten Personen Daten verarbeiten, Daten verarbeiten. Die nun auch berufsrechtlich geregelte Möglichkeit, beispielsweise Angestellten Informationen zugänglich zu machen, ist ausdrücklich zu begrüßen.

Erfreulich ist außerdem die neue Möglichkeit der Einbindung externer Dienstleister ohne gegen Berufsrecht zu verstoßen. Die jüngsten Neuerungen im Straf- und Berufsrecht decken sich nun mit dem Datenschutzrecht, wonach die Einbindung externer Dritter bei Abschluss eines Auftragsvertrages im Sinne des Art. 28 DSGVO bereits möglich war. Sie tragen dem – und den praktischen Bedürfnissen der Kinder- und Jugendärzte – Rechnung und sorgen hier für Klarheit.

Möchte ein Kinder- und Jugendarzt beispielsweise ein Unternehmen damit beauftragen, Patienten, die bereits im Vorfeld einer Terminerinnerung zugestimmt haben, anzurufen oder anderweitig zu benachrichtigen, darf der Kinder- und Jugendarzt dem Anbieter die dafür erforderlichen Daten (z.B. Name und Telefonnummer des Patienten) zur Verfügung stellen. Bietet der Dienstleister einen Buchungsservice an, der „Spaß-Buchungen“ oder Terminblockaden durch die Konkurrenz verhindern soll, dürfte es zudem zulässig sein, zu offenbaren, wer bereits Patient der Praxis ist. Der Vorteil eines Online-Terminservice liegt auch darin, dass die Patienten bzw. ihre Eltern zur Terminvereinbarung nicht an die Öffnungszeiten der Praxis gebunden sind. Datenschutzrechtlich ist zwingend an einen Auftragsvertragsvertrag mit dem Dienstleister zu denken!

Die Vorteile der Nutzung neuer Kommunikationsmethoden liegen auf der Hand: es ist zumeist deutlich günstiger, Externe zu beauftragen, als eigenes Fachpersonal für organisatorische Tätigkeiten bereitzuhalten. Dies zeigt sich nicht zuletzt auch im Hinblick auf die Kostenstruktur der Praxis. Auch besteht durch die Nutzung solcher Technologien die Möglichkeit, sich von anderen Praxen abzuheben, die einen solchen Mehrwert für den Patienten nicht anbieten. Dies zieht neue Patienten an und bindet die Bestandspatienten. Es ergeben sich gute Möglichkeiten der Imagepflege trotz

berufsrechtlich eingeschränkter Möglichkeiten des Marketings.

Praktische Folgen

1. Gegenüber Mitarbeitern

Die Folgen der gesetzlichen Änderungen für das Verhältnis des Kinder- und Jugendarztes zu seinen Angestellten dürften zunächst überschaubar bleiben: schriftliche Arbeitsverträge mit Mitarbeitern von Kinder- und Jugendärzten enthalten in den allermeisten Fällen Verschwiegenheitsklauseln, da diese auch nach dem bisherigen Berufsrecht erforderlich waren. Dass Angestellten Informationen zugänglich gemacht werden dürfen, ist nunmehr ausdrücklich klargestellt, führt aber nicht zu Handlungsbedarf.

2. Gegenüber Externen

Auch die Auswirkungen auf das Verhältnis des Arztes zu externen Dienstleistern dürften überschaubar bleiben. So ist bereits nach geltendem Recht (DSGVO) zwingend ein schriftlicher Vertrag über die Auftragsverarbeitung erforderlich.

Kinder- und Jugendärzte sollten jedoch beachten, dass das Zugänglichmachen nur erlaubt ist, soweit es erforderlich ist, um die Dienste Dritter in Anspruch zu nehmen. Dabei geht es nicht darum, ob das Outsourcing überhaupt erforderlich ist. Denn die grundsätzli-

che Möglichkeit des Outsourcings soll durch die Neuregelung nicht infrage gestellt werden. Es kommt darauf an, welche Daten der externe Dienstleister benötigt. Nur diese Daten dürfen offenbart werden. Das bedeutet, dass Ärzte weiterhin sicherstellen müssen, dass zum Beispiel im Rahmen einer Fernwartung Externe keinen Zugriff auf Patientendaten haben, wenn Sie diese zur Wartung nicht benötigen.

3. Gegenüber Patienten

Gegenüber Patienten ergeben sich aus § 12 Abs. 2 MBO-Ä keine Neuerungen. Denn auch bisher bedurfte es einer Einwilligung und der Kinder- und Jugendarzt war zum Nachweis derselben verpflichtet. Dies folgt bereits aus der Datenschutz-Grundverordnung, die in Art. 9 die Erlaubnistatbestände für die Verarbeitung von Gesundheitsdaten vorgibt und der verantwortlichen Person in Art. 6 die Pflicht zur Rechenschaft auferlegt. Auch hier gilt weiterhin, dass eine schriftliche Einwilligung (jedenfalls nach Berufsrecht) nicht erforderlich ist, zu Dokumentationszwecken aber unbedingt eingeholt werden sollte.

Ländervergleich

Bisher haben nicht alle Ärztekammern die Änderungen der MBO-Ä nachvollzogen: beispielsweise finden sich in der Berufsordnung für die Ärzte **Bayerns**

bisher keine Regelungen, die § 9 Abs. 3 und 4 und § 12 Abs. 2 MBO-Ä aufgreifen. Gleiches ist bzgl. der Berufsordnung der Landesärztekammer **Brandenburg**, der Ärztekammer **Niedersachsen** und der Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in **Mecklenburg-Vorpommern** und in **Rheinland-Pfalz** festzustellen.

Änderungen gab es hingegen neben **Nordrhein** bereits in **Baden-Württemberg, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, dem Saarland, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein, Thüringen und Westfalen-Lippe**.

In **Schleswig-Holstein** wird in § 12 Abs. 2 nicht auf eine nachweisbare, sondern sogar auf eine ausdrückliche Einwilligung abgestellt. In **Berlin** wird nur die Einwilligung vorausgesetzt, ohne dass es auf ihre Nachweisbarkeit oder auf eine ausdrückliche Einwilligung ankommt. Gerade in diesen Fällen sollte der Kinder- und Jugendarzt dennoch auf die Nachweisbarkeit der Einwilligung achten, um auf der sicheren Seite zu sein.

Korrespondenzanschrift:

Christian Schüttler, Rechtsanwalt
Dr. iur. Juliane Netzer-Nawrocki, Rechtsanwältin, Fachanwältin für Medizinrecht
Möller & Partner – Kanzlei für
Medizinrecht (www.moellerpartner.de)
Die Anwälte der Kanzlei sind als Justiziar des BVKJ e.V. tätig.

Red.: WH

Statistik der vertragsärztlichen Versorgung vom 31.12.2015 bis 31.12.2019 – Kinder- und Jugendärzte

(Quelle: KBV)

Die KBV veröffentlicht jedes Jahr im April die Zahlen der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte (immer Stand 31.12. des Vorjahres). Ich habe Ihnen die kinder- und jugendärztliche Statistik zusammengestellt, die Zahlen für die anderen Fachgruppen und weitere Zahlen finden Sie in **PädiInform** im Ordner „Kinder- und Jugendarzt“.

Es zeigt sich, dass sich das **Durchschnittsalter der an der vertragsärztlichen**

chen Versorgung teilnehmenden Kinder- und Jugendärzte nur unwesentlich verändert hat, am deutlichsten angestiegen ist das Durchschnittsalter der ermächtigten Klinikärzte.

Zahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Kinder- und Jugendärzte

Die **Zahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Kin-**

der- und Jugendärzte ist von 2015 bis 2019 um 5,6 % angestiegen, der Anteil der Kolleginnen ist aber überdurchschnittlich gewachsen (13,5%). Lag der Anteil der Kolleginnen in der ambulanten Kinder- und Jugendmedizin im Jahr 2015 noch bei 51,5 %, so ist er bis 2019 auf 55,4 % angestiegen.

Die **Anzahl der Kinder- und Jugendärzte in eigener Praxis** hat in den letzten 5 Jahren insgesamt um 1,25 % abgenommen, bei den Kolleginnen gibt es erfreulicherweise aber eine kleine Steigerung von 2 %, was darauf schließen lässt, dass auch Frauen bereit für eine eigene Niederlassung sind und nicht nur ein Angestelltenverhältnis anstreben.

Allerdings ist die **Zahl der im Angestelltenverhältnis in der ambulanten Versorgung** tätigen Kinder- und Jugendärzte (Praxen und Einrichtungen) in den letzten 5 Jahren um 41,6 % gestiegen, bei den Kolleginnen liegt die Steigerungsrate in diesem Zeitraum bei 45 %.

Bei den **ermächtigten Klinikärzten** liegt die Steigerung bei marginalen 0,8 % (Kolleginnen 20%). Trotzdem zeigen die Zahlen, dass unter den ermächtigten Klinikärzten die Kolleginnen gemessen an ihrem Anteil an allen in der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Kinder- und Jugendärzten weiterhin deutlich unterrepräsentiert sind (2015 waren es 32 %, 2019 dann ein Anstieg auf 38,1 %).

In der Bedarfsplanung berücksichtigte Kinder- und Jugendärzte

Nicht alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Kinder- und Jugendärzte zählen in der **Bedarfsplanung**. Die Tab. 3 zeigt, dass sich von 2015 bis 2019 die in der Bedarfsplanung zählenden Kinder- und Jugendärzte in eigener Praxis um 2,8 % (Kolleginnen minus 0,4%) vermindert hat, der Anstieg von 2,14 % (Kolleginnen plus 7,3 %) ist also allein auf die in Praxen und Einrichtungen angestellten Ärztinnen und Ärzte zurückzuführen.

Tab. 1: Durchschnittsalter der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Kinder- und Jugendärzte in den Jahren 2015 bis 2019

Jahr	Alle	Freie Praxis	Partnerärzte	angest. in Praxis	angest. in Einricht.	Ermächtigte
2015	52,6	53,9	47,2	46,9	48,9	52,1
2016	52,7	54,0	47,6	46,6	49,5	52,2
2017	52,7	54,2	47,3	46,5	49,5	52,5
2018	52,7	54,3	47,4	46,6	49,8	52,6
2019	52,7	54,3	46,3	46,8	50,4	52,9

Tab. 2: Alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Kinder- und Jugendärzte von 2015 bis 2019 (Kolleginnen in Klammern)

Jahr	Alle (Anzahl Ärztinnen)	Freie Praxis	Partnerärzte	angest. in Praxis	angest. in Einricht.	Ermächtigte
2015	7.415 (3.822)	5.301 (2.567)	78 (56)	761 (636)	437 (295)	838 (268)
2016	7.509 (3.917)	5.290 (2.579)	66 (47)	841 (705)	471 (314)	841 (272)
2017	7.626 (4.072)	5.267 (2.600)	57 (42)	952 (789)	499 (344)	851 (297)
2018	7.739 (4.215)	5.254 (2.606)	57 (45)	1.019 (852)	556 (398)	853 (314)
2019	7.832 (4.339)	5.235 (2.619)	56 (48)	1.118 (947)	578 (403)	845 (322)

Tab. 3: In der Bedarfsplanung zählende vertragsärztlich tätige Kinder- und Jugendärzte von 2015 bis 2019 (Kolleginnen in Klammern)

Jahr	Alle (Anzahl Ärztinnen)	Freie Praxis	angest. in Praxis	Ermächtigte
2015	5.676 (2.864)	5.124 (2.460)	269 (209)	0
2016	5.700 (2.899)	5.089 (2.455)	302 (236)	0
2017	5.710 (2.948)	5.051 (2.461)	333 (260)	0
2018	5.759 (3.012)	5.022 (2.452)	375 (298)	0
2019	5.798 (3.074)	4.980 (2.449)	443 (360)	0

Tab. 4: An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Kinder- und Jugendärzte mit Berechtigung zum Führen einer Zusatz- oder Schwerpunktbezeichnung am 31.12.2019

	Gesamtzahl Ärzte (Anzahl Ärztinnen)	Vertragsärzte	Partnerärzte	angest. Ärzte in Einrichtungen	angest. Ärzte in Praxen	ermächt. Ärzte
Endokrin.	28 (18)	8 (6)	0	7 (4)	1 (1)	13 (7)
Gastroent.	13 (4)	1 (0)	0	4 (2)	0	8 (2)
Häm./Onk.	124 (44)	37 (13)	0	12 (5)	11 (7)	63 (19)
Kardiol.	395 (102)	239 (54)	0	34 (14)	35 (20)	87 (14)
Nephrol.	23 (10)	12 (4)	0	2 (1)	2 (1)	7 (4)
Neuropäd.	398 (150)	201 (71)	2 (2)	24 (9)	18 (11)	153 (57)
Pneum./All.	91 (36)	51 (18)	0	10 (7)	7 (5)	23 (6)
Rheumat.	3(1)	0	0	0	0	2 (1)
Neonatal.	861 (290)	469 (156)	6 (5)	69 (34)	62 (40)	255 (55)

Tab. 5: Vertragsärztlich-tätige Kinder- und Jugendärzte mit Berechtigung zum Führen einer Zusatz- oder Schwerpunktbezeichnung nach Bedarfsplanungsgewicht am 31.12.2019

	Gesamtzahl Ärzte (Anzahl Ärztinnen)	Vertragsärzte	angest. Ärzte in Einrichtungen	angest. Ärzte in Praxen
Endokrinologie	10 (7)	6 (5)	3 (2)	1 (1)
Gastroenterologie	2 (1)	1 (0)	1 (1)	0
Hämat/Onkologie	41 (17)	33 (12)	5 (3)	3 (2)
Kardiologie	227 (59)	198 (45)	13 (5)	16 (9)
Nephrologie	12 (4)	11 (4)	1 (0)	1 (0)
Neuropädiatrie	196 (69)	177 (59)	11 (4)	9 (6)
Pneum./Allergologie	53 (24)	41 (16)	7 (4)	5 (4)
Rheumatologie	1 (0)	1 (0)	0	0
Neonatalogie	460 (172)	403 (137)	33 (20)	25 (15)

Subspezialitäten in der ambulanten Kinder- und Jugendmedizin

Diese Statistik zeigt deutlich, dass die **Subspezialitäten** der Kinder- und Jugendmedizin in den **Praxen und Einrichtungen** mit insgesamt **1.322 Kolleginnen und Kollegen** erheblich stärker vertreten sind als in den **Klinikambulanzen mit Ermächtigungen (611)**, wobei natürlich die Neona-

tologie in der ambulanten Versorgung nur eine sehr untergeordnete Rolle spielt.

Die in den Klinikambulanzen ermächtigten Kinder- und Jugendärzte mit Subspezialitäten der Pädiatrie werden in der Bedarfsplanung grundsätzlich bislang nicht berücksichtigt. Die in Einrichtungen (MVZ, SPZ, u.a.) und Praxen angestellten Kolleginnen und Kollegen werden berücksichtigt, spielen aber im Rahmen

der Bedarfsplanung nur eine sehr untergeordnete Rolle. Eine echte Bedarfsplanung für die Subspezialitäten in der Pädiatrie gibt es in den meisten KVen nicht.

Die Zahlen zeigen, dass wir bei einigen pädiatrischen Subdisziplinen einen nicht unerheblichen Nachholbedarf haben, wenn wir langfristig die Versorgung der Kinder und Jugendlichen sicherstellen wollen. Insbesondere in der **Endokrinologie, der Gastroenterologie, der Nephrologie, der Neuropädiatrie, der Pneumologie/Allergologie und der Rheumatologie** müssen wir die Weiterbildungskapazitäten in Kliniken und Praxen ganz erheblich ausweiten.

Zusammenstellung (Quelle KBV):

Dr. Wolfram Hartmann, 57223 Kreuztal
dr.wolfram.hartmann@uminfo.de
Die Gesamtärztestatistik der Bundesärztekammer war bis zum Redaktionsschluss dieses Heftes noch nicht veröffentlicht, sie wird aber in einem der nächsten Hefte nachgereicht.

Erläuterung:

Partnerärzte gemäß § 101 SGB V

Ausnahmeregelungen für die Zulassung eines Arztes in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, sofern der Arzt die vertragsärztliche Tätigkeit gemeinsam mit einem dort bereits tätigen Vertragsarzt desselben Fachgebiets oder, sofern die Weiterbildungsordnungen Facharztbezeichnungen vorsehen, derselben Facharztbezeichnung ausüben will und sich die Partner der Berufsausübungsgemeinschaft gegenüber dem Zulassungsausschuss zu einer Leistungsbegrenzung verpflichten, die den bisherigen Praxisumfang nicht wesentlich überschreitet, dies gilt für die Anstellung eines Arztes in einer Einrichtung nach § 311 Abs. 2 Satz 1 und in einem medizinischen Versorgungszentrum entsprechend; bei der Ermittlung des Versorgungsgrades ist der Arzt nicht mitzurechnen.

Angestellte Ärztinnen und Ärzte in Einrichtungen

MVZ, SPZ, Eigeneinrichtungen von KVen und Kassen

Grob, A. & Hagmann-von Arx, P. (2018). IDS-2. Intelligenz- und Entwicklungsskalen für Kinder und Jugendliche. Göttingen: Hogrefe.

Die revidierten Intelligenz- und Entwicklungsskalen für Kinder und Jugendliche (IDS-2)

Im Kinder- und Jugendarzt 3/2012 wurden die „intelligence and development scales“, kurz ids, als völlig neu erarbeiteter Intelligenz- und Entwicklungstest mit Wurzeln im alten Kramer-Test vorgestellt. Die Normen basierten auf Erhebungen aus den Jahren 2007 und 2008 an 1.500 Kindern aus den drei deutschsprachigen Ländern Deutschland, Österreich und der Schweiz.

Nun gibt es seit Ende des vorletzten Jahres eine umfassende Überarbeitung, die IDS-2, Intelligenz- und Entwicklungsskalen für Kinder- und Jugendliche, die von 2015 bis 2017 an 1.672 Kindern und Jugendlichen aus deutschsprachigen Ländern normiert wurde. Während der alte Test nur für Kinder von 5-10 Jahren konstruiert war, ist er nun auch mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen bis zum Alter von 20,11 Jahren durchführbar.

1. Die klassische Testung der Intelligenz – was ist neu?

Wie beim Vorgänger „ids“ sollen die Probanden im **ersten Untertest** Figuren mit Rechtecken und im weiteren Verlauf mit zusätzlichen rechtwinkligen Dreiecken zeitbegrenzt („Speed-Test“) nachlegen, wobei dann die Binnengrenzen bei den schwierigeren Aufgaben auf der Vorlage nicht mehr eingezeichnet sind. Früher kamen diese Testaufgaben zur visuellen Verarbeitung erst später. Wie gewohnt folgt dann eine vorzulesende Geschichte mit einem Clou am Ende, bei dem sich das Ganze als Traum herausstellt. Nach einer mindestens 20-minütigen Unterbrechung sollen die Geschichte und dann noch ausgelassene Details zum Abschluss der Testung erfragt werden, um damit das Langzeitgedächtnis einschätzen zu können. Bei der Beurteilung darf aber nicht allein das bloße zahlenmäßige Ergebnis berücksichtigt werden. Abgelenktheit während des Zuhörens oder aber auch Selbstzweifel bei geringem Selbstvertrauen beeinflussen unweigerlich die Erinnerung, so dass ein schwaches Ergebnis ggf. primär die Wirkung dieser leistungseinschränkenden Faktoren reflektiert.

Galt es zwecks Abschätzung von Arbeitsgeschwindigkeit und -genauigkeit im früheren Test nach dem Anhören der Geschichte Enten mit 2 bestimmten Merkmalen durchzustreichen, so sind es

nun in ähnlicher Weise Papageien. Danach wird das auditive Kurzzeitgedächtnis durch Nachsprechen von Zahlen- und Buchstabenreihen mit steigender Länge auf die Probe gestellt. Neu ist die Aufforderung in der **zweiten Untertesthälfte** diese Reihen rückwärts zu wiederholen. Wie vordem kommt dann das Wiedererkennen von Figuren – nun in etwas anderem Ablauf – im folgenden Untertest zum visuellen Kurzzeitgedächtnis zum Zuge, bevor eine gänzlich neu hinzugefügte Anforderung, nämlich das Ergänzen von Matrizen, also der Regelerkennung und analogen Anwendung auf ähnliches Material, folgt.

Diese das abstrakte Denken ansprechenden Matrizen kennen wir von zahlreichen anderen Testverfahren, wie den Culture Fair- und den Wechsler Tests. Bevor man schließlich zum Ende des Intelligenz erfassenden Teils der IDS-2, nämlich der Erfragung der anfangs erzählten Geschichte, gelangt, müssen von dem betreffenden Kind oder Jugendlichen noch in wiederum abgewandelter Manier aktiv Oberbegriffe von Bildern, später dann Worten, genannt werden, während in der alten ids passende Bilder gesucht und gezeigt werden mussten. Das soll das verbale Denken erfassen und einzuschätzen ermöglichen.



Solchermaßen sind doch die Untertests erheblich überarbeitet und ergänzt worden. Die Unterscheidung von Strichlängen („Baumstämme“) im alten Test ist ganz entfallen. Wie zuvor muss der **Intelligenz-Abschnitt** in Gänze durchgeführt werden um den Blick auf das Langzeitgedächtnis mit der besagten Geschichte zu ermöglichen.

Als **Verkürzung** wird mit den zwei zuletzt genannten Untertests zum abstrakten und verbalen Denken ein zeitökonomisches Screening der Intelligenz möglich. Dem entgegen steht auch eine besser gesicherte und für die einzelnen Intelligenzfaktoren hin differenzierte zusätzliche Untersuchung mit einem vertiefenden weiteren Testabschnitt zur Intelligenz zur Verfügung. Damit resultiert ein **valides Intelligenzprofil**, in dem die einzelnen Faktoren mit jeweils 2 Untertests unterfüttert sind, was natürlich aber auf Kosten der Testzeit geht.

2. Die Testung der exekutiven Funktionen – völlig neu geschaffen!

Exekutive Funktionen sind die **domänenübergreifenden psychischen Funktionen** zur Kontrolle von Impulsen, zur Ausrichtung und Regulation der Aufmerksamkeit und zur Steuerung des Arbeitsgedächtnisses. Zusätzlich wird unter dieser Bezeichnung eine kognitive Flexibilität im Umgang mit Problemen aufgeführt. Sie sind eng miteinander verwoben und nur akzentuierend erfassbar.

Mit **vier verschiedenen Untertests** wird versucht die verschiedenen Aspekte exekutiver Funktionen zu operationalisieren. Mit der **Aufgabe „Wörter nennen“** (möglichst viele Worte aus einem Themenkreis in 90 Sekunden) wird die flexible Suche nach passenden Worten erforderlich und mit der folgenden Kombination mit der Suche nach zwei Merkmalen (Papageien anstreichen) und gleichzeitigem Aufzählen von möglichst vielen Tieren (Untertest „Aufmerksamkeit teilen“) werden gleich mehrere der genannten exekutiven Funktionen gefordert.

Der Faktor **Impulskontrolle** (Inhibition) wird mit „Tierfarben nennen“ angesprochen. Damit müssen automatisierte Assoziationen zwischen der bekannten Tierfarbe und dem Tier in einem dreistufigen Aufbau gehemmt und schließlich die richtige Farbe des Tiers trotz abwei-

chender visueller Vorlage genannt werden.

Der abschließende Untertest **„Wege einmal entlangfahren“** funktioniert nach dem Muster des bekannten Malspiels „Das ist das Haus vom Ni-ko-laus“. Danach müssen die Probanden unter zeitlicher Begrenzung zunehmend komplexe Figuren so nachfahren, dass jede Strecke nur einmal nachgezeichnet wird. In ganz anderer Weise wird dieser Faktor „Planung“ in der KABC-2-Testung mit dem Untertest „Rover“ in Form von einem Brettspiel operationalisiert und verlangt aber auch dort das vorausschauende, rasche Durchdenken von verschiedenen Handlungsoptionen.

3. Die Allgemeinen Entwicklungsfunktionen – Alt und Neu gemischt

Der abschließende dritte Teil der ids-2 umfasst viele Untertests. Er beginnt mit der **Fein-, Grob- und Visuomotorik** und kommt dann auf den Bereich der **sozial-emotionalen Kompetenz**, in dem der Gesichtsausdruck von Kindern erkannt werden soll, dann **Strategien zur Regulation von Gefühlen** und schließlich die **Verfügbarkeit von sozial-kompetenten Verhaltensoptionen** gemessen werden sollen.

Zur **Sprachentwicklung** gibt es einige weitere Untertests, und zwar in Abhängigkeit vom Testalter aus den Altersgruppen 5-10 Jahre mit unterschiedlichen Anforderungen zur phonologischen Bewusstheit (Phonemanalyse und -wahrnehmung sowie Phonem-Graphem-Korrespondenz) und zur expressiven und rezeptiven Sprache. Gerade die als Vorläuferfertigkeiten angesehenen Prozesse zur phonologischen Informationsverarbeitung erscheinen hier als neue Inhalte der komplett revidierten Intelligenz- und Entwicklungsskalen ids-2.

Der 3. Teil und damit die gesamte ids-2 endet mit der Abprüfung von schulischen Kompetenzen, die je nach familiärem Bildungsstand und der erfahrenen Förderung sehr unterschiedlich ausfallen können. Der **Bereich logisch-mathematischen Denkens** wird nun sehr nach Alter und zu erwartenden Fertigkeiten differenziert mit entsprechenden Testitems abgebildet und geprüft. Es wird ein Licht sowohl auf die Lösungen als auch auf den Lösungsweg geworfen. In ähnlich einge-

hender Weise werden auch **Lesen und Schreiben** der jeweiligen Probanden untersucht. Dabei kommen die aus bekannten Lese- und Rechtschreibtests verwendeten Anforderungen zum Zuge, also wie in dem SLRT-2 das Lesen von Worten in Wortlisten, von Pseudoworten und von kleinen Texten unter den Aspekten von Lesegeschwindigkeit und -genauigkeit (hier mit Fragen zum Inhalt bestückt), und schließlich ein Lückentest mit fehlenden Worten, die über das Diktat mitgeteilt werden. **Auf dieser Grundlage ermöglicht die ids-2 sogar die Erstellung von Gutachten zur Frage des Vorliegens von einer Dyskalkulie oder Lese- und/oder Rechtschreibstörung.**

4. Durchführung, Auswertung und Kosten

Der Testleiter wird umsichtig und gut strukturiert durch die Testbatterie geleitet, wobei die verschiedenen Teile mit dem umfänglichen Zubehör jeweils farblich kodiert sind. Wie üblich sind die Testinstruktionen klar und eindeutig dargestellt, ebenso die Testzeiten und die Einstiegs-, Umkehr- und Abbruchkriterien.

Die Auswertung der Antworten und Reaktionen der Probanden zur Gewinnung der Rohpunkte macht überwiegend keine Schwierigkeiten. Die Umwandlung der Rohpunkte in Wertpunkte hin zu Skalenwerten einschließlich von IQ-Werten ist dann aber den Nutzern des Testverfahrens aus der Hand genommen worden: man muss sich in das **Hogrefe-online-Testsystem** mit der Seriennummer des erstandenen Tests und einem Passwort einloggen. Probanden müssen dann zumindest mit Kürzeln und einem Testalter oder dem Geburtsdatum angelegt werden. Dann sind die eingesetzten Testabschnitte aufzurufen und in der Folge die Rohpunkte einzutragen. Wenn das Alles erledigt ist, können die Testreports abgerufen, exportiert und gedruckt werden. Ein kleines Manual erläutert das nötige Vorgehen, das der eigentlich digital erfahrene Rezensent trotzdem teilweise als verwirrend erlebt hat. Abgesehen von Fragen des Datenschutzes ist auch der technische Support erwartungsgemäß nur in den Geschäftszeiten möglich, das heißt werktags bis 16:30 Uhr (außer freitags bis 15:30 Uhr).

Die Gründe für das Zurückhalten der entscheidenden Normen liegen wohl

vor allem darin, dass eine missbräuchliche Wiederverwendung der Protokollbögen damit verhindert werden kann. Mit dem Kauf des Verfahrens (**Preis derzeit 1.449,85 €**) ist eine kleine Anzahl von Auswertungen möglich und weitere erst über den zusätzlichen Kauf von Protokollbögen. Ein Satz von Protokollen für alle drei Testteile für einen Probanden kostet in Abhängigkeit vom Testalter zwischen 8,40 bis 9,08 €! Dazu kommen noch Kosten für Aufgabenblätter und Testhefte im Wert von 10,56 €, wenn man den Gesamttest durchführen will.

Vergleicht man das mit dem geringen **Honorar**, das im EBM für Testleistungen gezahlt wird, nämlich auf die Stunde hochgerechnet **51,35 €** über die ge-

deckelte GOP 35601 für die Anwendung von psychometrischen Testverfahren einschließlich der Auswertung, so bleibt das deutlich hinter den Kosten der Praxisführung zurück. Mit der bisherigen GOÄ steht man sich leider auch nicht besser.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die revidierten Intelligenz- und Entwicklungsskalen für Kleinkinder, Schulkinder und Jugendliche bis hin zu jungen Erwachsenen eine umfassende Untersuchung aus einem Guss in einem Testkoffer anbieten und damit eine Antwort auf die meisten Fragestellungen in der pädiatrischen Praxis ermöglichen. Testmaterial, Anleitungen und Protokolle sind gut durchdacht und lassen an nichts missen. Eigentlich die perfekte Anschaf-

fung für neuropsychologisch interessierte pädiatrische Praxen, wären da nicht ein hoher Preis für Anschaffung, Verbrauchsmaterial und Durchführung, der Verzicht auf einsehbar Normen und damit die Abhängigkeit von einem funktionierenden Internet um die Auswertung online überhaupt vornehmen zu können.

Korrespondenzanschrift:

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

Red.: WH

Die BVKJ-Service GmbH informiert

Happy Mom & Baby® for Future: jetzt im neuen und nachhaltigen Design



Die beliebten **Happy Mom & Baby® Taschen**, die Kinder- und Jugendärzte jungen Eltern bei der U2/U3 überreichen, werden ab sofort aus Leinen statt aus Plastik angeboten. „Seit acht Jahren gibt es unsere Taschen, in denen Eltern vom BVKJ autorisierte Infos und Proben sowie ein in Abstimmung mit dem BVKJ erstelltes Magazin mit wertvollen Tipps für die ersten Wochen mit ihrem Baby finden.“

Später dienen die Taschen als Kulturbeutel. Befragungen haben gezeigt, dass sowohl Kinder- und Jugendärzte als auch Patienteltern unsere Taschen

sehr schätzen. Das hat uns angespornt, sie noch schöner und hochwertiger zu designen“, sagt Cara Lindenau, die gemeinsam mit ihrem Vater Christian Lindenau das Unternehmen DIRECT-TO-PATIENT MEDIA GmbH leitet.

„Die neuen Taschen sind aus der Naturfaser-Leinen und damit auch nachhaltiger als bisher. Sie werden unter fairen Bedingungen und unter Vermeidung von Schadstoffemissionen in Europa produziert und sind auch selbst ohne Rückstände von Schadstoffen. Trotz des hochwertigeren Materials können wir die Taschen zum selben Preis anbieten wie bisher.“

Info: Bestellt werden können die Taschen gegen eine Schutzgebühr von 0,50 € zzgl. MwSt. pro Stück im BVKJ-Shop oder direkt per Fax bei der DIRECT-TO-PATIENT MEDIA GmbH: 07243-5232864. Die Taschen werden zu 16 Stück innerhalb von 7 bis 10 Werktagen versandkostenfrei geliefert.

Neu: die Frühchen Box

Neben den Taschen für Kinder- und Jugendarztpraxen bietet das Unternehmen auch eine spezielle „Frühchen Box“



für Perinatalzentren und neonatologische Intensivstationen an. Diese Box bekommen Eltern von Frühgeborenen in der Klinik, um ihnen eine Orientierungshilfe im Umgang mit ihrem frühgeborenen Kind zu geben. Ein Ratgeber sowie relevante Infos und Proben sind Bestandteil der hochwertigen Box.

Perinatalzentren und neonatologische Intensivstationen können die „Frühchen Box“ kostenfrei per Fax an 07243-5232864 bestellen.

Red.: WH

Bericht aus dem Hauptstadtbüro

Derzeit befinden sich die meisten Menschen in Deutschland im Ausnahmezustand. Arbeitnehmer arbeiten teils unter besonders herausfordernden Bedingungen – in Kurzarbeit, im Homeoffice nebst zu beschäftigenden Kindern – oder eben im Gesundheitswesen, wo sie zusätzlich Angst vor Ansteckung haben müssen. Aber auch Arbeitgeber sorgen sich um die Existenz ihrer Unternehmen, oder eben ihrer Praxen. An der Gesetzgebung – die entsprechend den Umständen kurzatmig ist und oft nicht ausreichend abgestimmt werden kann – merkt man, dass der Gesetzgeber versucht, allen Menschen eine Perspektive zu bieten. Natürlich mahnt die Opposition dabei zu Recht, dass dies auch künftige Generationen bezahlen können müssen...



Kathrin Jackel-Neusser

Um die Folgen der Corona-Pandemie für den Gesundheitssektor geht es auch in der **Stellungnahme der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ) zum Entwurf eines Zweiten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite**. Diese sei hier in einigen Auszügen zitiert, nachzulesen ist diese in Gänze auf den Internetseiten von DAKJ und BVKJ:

„Mehrere Mitgliedsgesellschaften der DAKJ sind vom Bundesministerium für Gesundheit um eine Stellungnahme zum Zweiten Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite gebeten worden. Hier finden Sie die Stellungnahme der DAKJ, die die gesamten deutschen Kinder- und Jugendmedizin vertritt.

Die DAKJ begrüßt, dass weitere Regelungen mit Gesetzeskraft auf den Weg gebracht werden sollen. Insbesondere begrüßen wir eine Stärkung des Robert Koch-Instituts (RKI). Bei einzelnen Punkten gibt es aus Sicht der Kinder- und Jugendmedizin Änderungs- und/oder Ergänzungsbedarf, die im Folgenden aufgelistet werden.

Wir geben Folgendes zu Bedenken:

- Die auf Seite 2 des Entwurfes beschriebene **Meldepflicht** wird mit hohem Aufwand hinsichtlich Personal und Kosten verbunden sein. Dies gilt auch bezüglich der geforderten Testung. Völlig unklar ist die Frage der Handhabung einer „symptomunabhängigen“ Diagnostik. Klarzustellen ist, dass die Indikation immer durch einen Arzt (aus Praxis, Klinik, ÖGD...) zu stellen ist. Die Abrechnungsmöglichkeit über die GKV durch den ÖGD erfordert eine entsprechende technische Anbindung. Es ist sinnvoll, dann direkt die Anbindung an die elektronische Patientenakte für den ÖGD vorzusehen.
- Die Dokumentation eines **Immunistatus** ist grundsätzlich zu begrüßen, auch hier ist ein nicht berücksichtigter Mehraufwand zu beachten. Der Zugang zur Immunistatusüberprüfung ist zweifelsfrei zu regeln.
- Auf Seite 4 des Entwurfes wird von 4,5 Mio. **Testungen** pro Woche ausgegangen, die dann entsprechend zu bearbeiten und zu verfolgen sind. Die nach § 5 vorgesehenen „Maßnahmen zur Stärkung des öffentlichen Gesundheitsdienstes (sowie die Absicht,) Gegenstände zur technischen Modernisierung in den Behörden und zum Anschluss an das elektronische Melde- und Informationssystem nach § 14 IfSG zur Verfügung zu stellen ... sowie kurzfristige Personalmaßnahmen“ sind damit völlig unzureichend und unrealistisch beschrieben. Eine Nachverfolgung und die Beratung von Betroffenen durch nicht qualifiziertes Personal werfen zusätzliche Realisierungsfragen auf.
- Gut ist die **Beplanung von mehr Influenzaimpfstoff** für die nächste Saison

und die Aufhebung der sogenannten Richtgrößen auf Seite 4 des Entwurfes. Durch entsprechende Planungen mit der Industrie ist sicher zu stellen, dass die entsprechenden Impfdosen auch geliefert werden können. Hier sind frühzeitig mit den wenigen verbleibenden Firmen Verträge zu schließen.

Zur Meldepflicht nach dem IfSG auf Seite 7 des Entwurfes ist folgendes anzumerken:

- Die derzeitigen Verpflichtungen aus dem IfSG haben den Erfüllungsaufwand bereits massiv gesteigert, die regulären Aufgaben des ÖGD sind nur sehr eingeschränkt durchführbar. (...)

Zu Artikel 4 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, Zu Nummer 1 (Prävention)

- **Prävention** wird hier im Entwurf auf Seite 57 als lässlich bezeichnet. Hier wird definitiv an der falschen Stelle gespart, da die Folgekosten mangelnder Prävention wesentlich höher ausfallen werden.

Regelung zu Sozialpädiatrischen Zentren und Kinder-Spezialambulanzen fehlt erneut

Grundsätzlich ist anzumerken, dass erneut die Sozialpädiatrischen Zentren und Kinder-Spezialambulanzen (Einrichtungen mit Vergütungen gem. § 120 Absatz 1a, Absatz 2, Absatz 3 und Absatz 3a) keine Berücksichtigung gefunden haben. Die Sozialpädiatrischen Zentren und die Kinder-Spezialambulanzen z.B. beklagen ab Mitte März 2020 Erlösausfälle aufgrund der SARS-CoV-2-Pandemie in Höhe von bis zu 80%.

Dass ausgerechnet Einrichtungen, die behinderte und chronisch kranke Kinder

ambulant versorgen, erneut nicht berücksichtigt werden sollen, ist kaum noch nachzuvollziehen und sicherlich auch nicht sachlich zu begründen.

Sozialpädiatrische Zentren (SPZ), Kinder-Spezialambulanzen und kinder- und jugendpsychiatrische Institutsambulanzen (PIAs) nehmen genauso an der vertragsärztlichen Versorgung teil wie Vertragsärzte/-innen, Vertragszahnärzte/-innen oder Heilmittelerbringer, für die bereits Regelungen getroffen wurden. Lediglich die Finanzierung erfolgt nicht aus den KV-Budgets, sondern direkt durch die Landesverbände der Krankenkassen.

Auch hier kommt es zu massiven Fallzahleinbrüchen und Insolvenzen drohen.

Ähnliches gilt natürlich für alle Krankenhaus-/Institutsambulanzen, deren Finanzierung nicht oder nur anteilig aus dem KV-Budget heraus erfolgt (z.B. Hochschulambulanzen, psychiatrische Institutsambulanzen, MZEBs etc.).

(...)

Zudem empfehlen wir eine Ergänzung des Infektionsschutzgesetzes

Bezug nehmend auf Ihre Erläuterung zum vorbeugenden Schutz der Bevölkerung vor Influenza auf Seite 2 Ihres Gesetzentwurfes sollte im Rahmen der Regelungen zu Influenza folgendes ergänzt werden: Im Rahmen einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite kann der Bund Impfungen als „allgemein empfohlen“ deklarieren. Begründung: Während SARS-CoV-2 offensichtlich nicht wesentlich durch Kinder verbreitet wird, erkranken auch Kinder an Influenza und sind der wesentliche Amplifikator der jährlichen Influenza-Epidemien. Deshalb ist ein essentieller Schritt zur notwendigen Eindämmung der Influenza im kommenden Winter die allgemeine Impfung aller Kinder ab 6 Monate gegen Influenza.

Gewährleistung Versorgungssicherheit

- Im Weiteren ist es ist zu begrüßen, dass der Gesetzgeber kurzfristig weitere Maßnahmen zur **Verbesserung des Infektionsschutzes** ergreift und dabei erneut die **Sicherung der Gesundheitsversorgung** mit in den Blick nimmt. Unter anderem sind Ergänzungen für die Krankenhäuser festzu-

stellen. Parallel findet eine Liquiditäts- und Ertragssicherung der Zahnärzte statt, die sich aus dem Entwurf zu einer SARS-CoV-2-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung ergibt. Die dortige Ertragssicherung folgt einem einfachen Grundmuster: Sicherung der Umsätze auf dem Niveau des Vorjahres zwecks Gewährleistung der Liquidität. Rückführung etwaiger Überzahlungen über zwei Jahre. Das führt zu einem in hohem Maße vorhersehbaren Zahlungsfluss, der vor wirtschaftlicher Überforderung schützt. Darin sehen wir einen Ausgleich für die Erfüllung der Sicherungsverpflichtung. Einem ähnlichen Grundmuster folgt auch die Finanzierungssystematik der Krankenhäuser. Auch sie zielt auf Ausgleich unter Orientierung am Niveau aus 2019 durch schnell verfügbare Liquidität bei Feinjustierung im Nachgang.

- Ein solches Grundmuster ist bei den **Vertragsärzten** zu vermissen. Die im Krankenhausentlastungsgesetz vorgesehenen Regelungen lassen unklar, in welchem Umfang tatsächlich Zahlungen und Ausgleich zu erwarten sind. Zum Beispiel findet keine **Festschreibung der Gesamtvergütung auf oder nahe des Niveaus 2019** statt. Auch findet keine kurzfristige Sicherung der Liquidität statt. Trotzdem sind die Ärzte „an der Front“ zusätzlichen Belastungen und Kosten ausgesetzt (Stichwort: Hygienematerial) und sollen und wollen der Bevölkerung ohne Einschränkung der Versorgungsverpflichtung zur Verfügung stehen. Zugleich ist aber verständlicherweise eine große Zurückhaltung bei der Inanspruchnahme von Leistungen festzustellen. Die dann notwendigen Vorhaltekosten werden aber an keiner Stelle gesichert finanziert.
- Folglich ist es angezeigt – wie bei den Krankenhäusern – auch für die Vertragsärzte nachzusteuern. Das Grundmodell und die Umsetzung bei den Zahnärzten zeigt ein brauchbares Muster: Festschreibung der Gesamtvergütung, Festschreibung von Abschlagszahlungen und begrenzte sowie gestreckte Rückführung von Überzahlungen, um die Vorhalteleistungen und Hygienemehrkosten auszugleichen.“

Auch eine weitere Stellungnahme dreht sich um die Folgen der Pandemie:

Stellungnahme der DAKJ e.V. zu weiteren Einschränkungen der Lebensbedingungen von Kindern und Jugendlichen in der Pandemie mit dem neuen Coronavirus (SARS-CoV-2) vom 20. April 2020:

Verantwortliche Autoren: Dr. Sigrid Peter (BVKJ), Prof. Dr. Dominik Schneider (DGKJ), Dr. Andreas Oberle (DGSPJ), Prof. Dr. Ute Thyen (DGSPJ), Dr. Gabriele Trost-Brinkhues (BVKJ)

In dieser Stellungnahme – nachzulesen auf der Homepage der DAKJ sowie auch des BVKJ – wird zunächst in der Einleitung betont, dass Kinder und Jugendliche in den bisherigen Entscheidungsprozessen nicht als Personen mit ebenbürtigen Rechten gesehen wurden, sondern nur als potentielle Virusträger. Sie würden „in ihren Lebenswelten massiv eingeschränkt, nicht zum eigenen sondern zum Schutz Anderer. Die Betrachtung von Kindern nicht aus ihrer eigenen Perspektive sondern als „Mittel zum Zweck“ widerspricht ihrer persönlichen Würde.“ In den politischen Beratergremien fehlten Experten für Kinder- und Jugendliche, so sind keine Kinder- und Jugendärzte und keine Pädagogen vertreten. Ein großer Teil der Bevölkerung werde somit überhaupt nicht berücksichtigt.

Auch wird gefordert: „Die jetzt anstehenden Regelungen zur weiteren Normalisierung müssen daher auch mit Blick auf die **Bedürfnisse und Rechte der Kinder und Jugendlichen** beschlossen werden.

Mutige Entscheidungen sind gefordert, die sich nicht ausschließlich an einer hygienischen und epidemiologischen Risikominimierung für Erwachsene orientieren, sondern die stark genug sind, um langfristig Schaden von Kindern und Jugendlichen abzuwenden. Die bisherigen politischen Entscheidungen in der Krise zeigen einmal mehr, warum Kinderrechte in das Grundgesetz gehören.“

Außerdem werden Details zu medizinischen und epidemiologischen Grundlagen ausgeführt, die Folgen der Einschränkungen für Kinder und Jugendliche erläutert und die gesundheitlichen Folgen für Kinder und Jugendliche dargestellt. Zu letzterem Aspekt heißt es in der Stellungnahme: „Kinder und Jugendliche mit chronischen Erkrankungen, körperlichen Einschränkungen und Verhalten-

sauffälligkeiten erhalten aktuell weder eine institutionelle Betreuung noch eine adäquate therapeutische Unterstützung. Notwendig ist daher auch hier eine Wiederaufnahme der Grundversorgung in der Prävention sowie der Betreuung schwer und chronisch kranker Kinder und Jugendlicher.“

Zu Kindern in Kindertagesstätten und Tagesbetreuungen heißt es: „Räumliche Distanz ist kaum einzuhalten und auch wenig sinnvoll – gerade für junge Kinder, die in der gemeinsamen Begegnung, dem gemeinsamen Lernen Bestätigung erhalten und Kompetenzen entwickeln. Dies betrifft in besonderer Weise Kinder ohne Geschwister.“

Auch wird die Frage gestellt, welche **Auswirkungen der Lock-down auf die psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen** hat. Auch um Kinder und Jugendliche in Schulen geht es weiter.

Die Schlussfolgerungen der Autoren sind klar und pointiert:

- Es ist zunächst dringend wissenschaftlich zu klären, ob **Kinder und Jugendliche überhaupt epidemiologisch relevante Überträger des Virus sind**. Auf politischer Seite muss abgewogen werden zwischen möglichen epidemiologischen Auswirkungen einer Öffnungsstrategie einerseits und den **erheblichen Risiken eines verlängerten Lock-downs für die gesunde kindliche Entwicklung** andererseits. Wir verweisen hierzu auch auf eine Stellungnahme der Leopoldina zur Corona-Pandemie (Dritte Ad-hoc-Stellungnahme: Coronavirus-Pandemie – Die Krise nachhaltig überwinden, 13. April 2020).
- **Wir Kinder- und Jugendärzte befürchten langfristige Auswirkungen auf die Gesundheit der nachwachsenden Generation**, wenn die Einschränkungen in dieser Strenge lange fortbestehen. Wir fordern daher, dass Experten für Kinder und Jugendliche und die Betroffenen selbst in die weiteren politischen Beratungen eingebunden werden.

Folgende Handlungsempfehlungen werden gegeben:

- Die **Belange von Kindern und Jugendlichen** müssen in der Entwicklung einer Exit Strategie **berücksichtigt** werden. Dafür sind Kinder und Jugendliche und ihre Fürsprecher zu hören.

- **Bei allen Maßnahmen sollen die Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen auf Schutz, Förderung und Beteiligung besonders bedacht und adressiert werden.** Bei Einschränkungen müssen Mittel und Wege gefunden werden, Nachteile auszugleichen.
- Die **schrittweise Öffnung von Kindertagesstätten** sollte sich primär an dem Bedarf der Kinder und nicht der Eltern oder deren Arbeitgeber orientieren. Kinder in besonderen Lebenssituationen (alleinerziehende Eltern, psychisch oder suchtkranke Eltern, sozial benachteiligte Familien) sind besonders zu berücksichtigen. Die Unterbrechungszeiten der Betreuung gerade für junge Kinder sollen so kurz wie möglich gehalten werden.
- Wir empfehlen die **Öffnung von Kinderspielflächen**, unter Verantwortung der Eltern.
- Wir empfehlen die **Wiederaufnahme des Schulbesuchs** (unter Berücksichtigung von Hygienestandards) ggf. alternativer Beschulungsmodelle – für alle Kinder und Jugendlichen zum nächstmöglichen Zeitpunkt. Beim Neustart des Bildungssystems sollte dabei nicht nur der Blick auf den Abschluss von Prüfungen und den Übertritt in ein weiterführendes Ausbildungssystem gerichtet sein. Der Erhalt einer psychischen Stabilität und die Gewährleistung einer gesunden und altersgemäßen Entwicklung sind gleichwertig wichtig.
- Für **Kinder und Jugendliche mit besonderen gesundheitlichen Risiken müssen flexible Ausnahmeregelungen und Unterstützungsangebote ermöglicht werden.** Unterstützende, therapeutische und fördernde Maßnahmen für Familien und Kinder in besonderen Lebenssituationen sind erforderlich.
- Die **Familien benötigen Begleitung und Hilfe** im Aufbau und Erhalt von inneren familiären Strukturen, die nicht zunehmend durch Medienkonsum bestimmt sein dürfen.
- Wir sehen die besonderen Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen, die nicht bei ihren Familien leben. Wir fordern daher eine **gezielte Unterstützung von stationären Einrichtungen wie Kindertagesstätten, Wohngruppen, Heimen und Pflegeeinrichtungen**

gen sowie Asylbewerbererziehungsstellen und Frauenhäusern.

- Die **zeitgerechte Durchführung aller Schutzimpfungen und Früherkennungsuntersuchungen** muss weiter gewährleistet werden, ggfs. durch ein angepasstes Praxissetting (Trennung von akut Kranken).
- **Kinder- und Jugendärzte sind weiterhin verlässliche Ansprechpartner für die Kinder, Jugendlichen und ihre Familien.** Dies kann, neben den weiterhin wesentlichen persönlichen Vorstellungen in den Praxen, Fachambulanz und Kliniken, auch über telefonische Kontakte und Videosprechstunden gewährleistet werden.
- **Kinder und Jugendliche sind in der Krise bislang zu wenig gehört worden.** Ihnen wollen wir eine Stimme geben!

Ganz offensichtlich wurden diese Botschaften auch gehört. Auch andere Kinderschutzverbände forderten ähnliches, ebenso Bundesfamilienministerin Dr. Franziska Giffey (SPD), die auch immer wieder eine Perspektive für die Familien forderte, die gerade unter besonders großem Druck stünden.

Im Ergebnis beschloss das Kabinett auch, dass Spielflächen wieder geöffnet werden sollen und dass Kitas, Schulen, Sportplätze und mehr – teils in Stufen – wieder geöffnet werden – was in den einzelnen Kommunen unterschiedlich schnell umgesetzt wird.

Maskenpflicht für Kinder

Um die Eindämmung der Corona-Pandemie geht es auch in der Stellungnahme des BVKJ zum Thema „Maskenpflicht für Kinder“ (vom 28. April 2020), mitgetragen von der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ) e. V. (nachdem die DGKJ zuvor alleine eine Stellungnahme zu diesem Thema angegeben hatte, die aus Zeitgründen allerdings nicht mit BVKJ und DGSPJ abgestimmt werden konnte).

Auch diese können Sie auf der BVKJ-Homepage (unter Presse/Stellungnahmen), bei **PädInform** sowie bei unserem Twitter-Auftritt nachlesen. Wir danken dem Autor **Dr. Herbert Grundhewer (Berlin)**, Mitglied des BVKJ und Mitglied der Kommission für Impffragen und Infektionserkrankungen der DAKJ!

Das Fazit sei zum Teil hier zitiert:

„Wir empfehlen daher, wie auch die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) e.V., das regelmäßige Tragen einer Maske frühestens ab 6 Jahren bzw. im Schulalter zu erwägen, wobei beachtet werden muss, dass dies keinen Zwang darstellen darf, gerade bei jüngeren Schulkindern unter 10 Jahren. Im Gegensatz zu Mund-Nasen-Bedeckungen können Kinder auch in jüngerem Alter bereits an anderen Maßnahmen der Verminderung der Infektionsausbreitung teilnehmen wie korrektes

Händewaschen mit Seife und Hustenetikette. An COVID-19 Erkrankte sollen weiterhin zu Hause isoliert werden.“

Patientendaten-Schutzgesetz – PDSG

Zum PDSG hatten wir in der letzten Ausgabe wiederholt berichtet. Die Stellungnahme des BVKJ zum Kabinettsentwurf „Gesetz zum Schutz elektronischer Patientendaten in der Telematikinfrastruktur (Patientendaten-Schutzgesetz –

PDSG)“ in der Fassung vom 01. April 2020 ist nun aktualisiert und ebenfalls auf unserer Internetseite einzusehen. Diese wird dem Gesundheitsausschuss nun zugehen.

Korrespondenzanschrift:

Kathrin Jackel-Neusser
Leiterin der Stabsstelle Politik und Kommunikation des BVKJ
Kathrin.jackel-neusser@uminfo.de

Red.: WH

Hygiene-Zuschlag Covid-19 in der GOÄ

Im EBM gab es bereits seit Wochen Zusagen eines Ausgleichs für die Mindereinnahmen durch Covid-19 in den Praxen. Für Zahnärzte haben sich Anfang April die Bundeszahnärztekammer und der PKV-Verband auf einen Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand geeinigt. Jetzt hat auch die Bundesärztekammer (BÄK) einen entsprechenden Zuschlag für alle Ärzte verhandelt, der bei jedem Arzt-Patientenkontakt zusätzlich zum sonstigen Honorar abgerechnet werden kann.

Zuschlag in der GOÄ (Analogziffer A245) für erhöhte Hygienemaßnahmen ab 05.05.2020

Mit Wirkung vom 05.05.2020 kann im Bereich der Privatabrechnung für jeden Arzt-Patientenkontakt für organisatorischen und hygienischen Mehraufwand eine Zusatzziffer angesetzt werden. Hierfür wurde die Analogziffer A245 festgelegt, die sich jeder Arzt in seiner EDV selbst anlegen kann. Hierzu ist die ursprüngliche Ziffer 245 der GOÄ zu kopieren und mit einer neuen Legende „erhöhte Hygienemaßnahmen im Rahmen der Covid-19-Pandemie“ zu versehen.

Die Ziffer ist mit 14,75 € beim 2,3-fachen Satz bewertet (6,41 € 1-fach). Die Abrechnung ist nicht auf Fälle, die direkt mit einer Covid-19 Erkrankung oder einer entsprechenden Diagnostik verbunden sind, beschränkt.

Diese Abrechnungsempfehlung der BÄK ist zunächst befristet bis zum 31.07.2020 gültig

Alternativ verbleibt dem Arzt immer auch die Option, die erbrachten GOÄ-Ziffern über den Schwellenwert zu steigern. Hierzu ist die Begründung „erhöhter Hygieneaufwand“ aber jeweils konkret auf jede einzelne Ziffer zu beziehen.

Eine gleichzeitige erhöhte Steigerung mit der Begründung „Hygiene“ und ein Ansatz der Ziffer A245 ist nicht zulässig.

Die Steigerung der Ziffern kann aber weiterhin auch in Kombination mit der A245 mit anderer Begründung (Zeitaufwand, erhöhter Aufwand bei abwehrendem Kind etc.) erhöht werden.

A245 „Hygienemaßnahmen im Rahmen der Covid-19 Pandemie“

- Bewertung 14,75€ bei Faktor 2,3
- Unmittelbarer Arzt-Patientenkontakt erforderlich
- 1 x je Sitzung abrechenbar
- Nicht in Kombination mit Steigerung von Ziffern über den Schwellenwert mit Begründung „Hygiene“

- Für Leistungen seit dem 05.05.2020 abrechenbar
- Befristet bis 31.07.2020

Darüber hinaus hat die BÄK für Fälle, in denen Patienten die Praxen pandemiebedingt nicht aufsuchen konnten und somit längere Telefonate notwendig werden, eine Mehrfachabrechnung der Ziffer 3 je vollendete 10 Minuten Gesprächsdauer vereinbart (Die Länge des Telefonats ist dabei anzugeben) Maximal sind hier 4 Telefonate mit jeweils maximal 4 x Ziffer 3 je Monat möglich. Es gilt ebenfalls eine Beschränkung dieser Vereinbarung bis zum 31.07.2020.

Korrespondenzanschrift:

Dr. Marcus Heidemann
33605 Bielefeld
E-Mail: marcusheidemann@web.de

Red.: WH

Videosprechstunde der Monks Ärzte-im-Netz GmbH ist zertifiziert

Die Online-Videosprechstunde der Monks Ärzte-im-Netz GmbH ist erfolgreich zertifiziert worden und ist damit auf der Liste der **zertifizierten Videodienstleister der KBV** veröffentlicht.

https://www.kbv.de/media/sp/Liste_zertifizierte_Videodienstleister.pdf

Damit können Ärztinnen und Ärzte, die eine Videosprechstunde für ihre Patienten anbieten möchten, die Fa. **Monks Ärzte-im-Netz GmbH** auf den Genehmigungsanträgen ihrer zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen benennen.

Für Mitglieder des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) ist die Online-Videosprechstunde in die **PraxisApp „Mein Kinder- und Jugendarzt“** eingebunden. Diese Praxis-App ist für Patienten im AppStore und bei GooglePlay kostenlos verfügbar und bietet neben der Funktion der Videosprechstunde noch viele andere Dienste, die für die Kommunikation zwischen Arzt und Patient nützlich sind. So können z.B. Nachrichten an alle registrierten Patienten verschickt werden mit Informationen zu evtl. geänderten Sprechzeiten während der Coronapandemie oder auch Krankschreibungen und Folgerezepte für die eigenen Patienten.

Ein **aktueller Coronaticker** informiert alle Patienten über die neuesten Entwicklungen. Die **PraxisApp „Mein Kinder- und Jugendarzt“** erinnert alle Eltern an die wichtigen Vorsorgen und Impfungen, die natürlich in der Praxis wahrgenommen werden müssen. Schließlich erlaubt eine **neue Chatfunktion** – die jede Praxis optional aktivieren kann – auch den schnellen Austausch zwischen Arzt und Patienten unter strenger Beachtung des Datenschutzes. Viele Patienten interessieren sich für **telemedizinische Angebote** ihrer Ärzte. Daher haben Sie jetzt auch die große Chance, Ihre Praxis nachhaltig auf digitale Kommunikation via App umzustellen.



ZERTIFIZIERTE VIDEODIENSTANBIETER (STAND: 28.04.2020)			
Monks Videosprechstunde	Monks Ärzte-im-Netz GmbH	datenschutz cert GmbH	23.04.2022
Patientus Online Videosprechstunde	Patientus GmbH	datenschutz cert GmbH	13.08.2021
sprechstunde online	Deutsche Arzt AG	datenschutz cert GmbH	19.03.2022
TeleDoc Videokonsultation	Docs in Clouds Telecare GmbH	datenschutz cert GmbH	16.01.2022
TeleKonsil	vitaphone GmbH	datenschutz cert GmbH	15.11.2021
WoMBA Videosprechstunde	WoMBA GmbH	datenschutz cert GmbH	08.04.2022
www.gemedo.com	GA Consulting UG	datenschutz cert GmbH	07.02.2021
www.telemedo.de	Snapview GmbH	datenschutz cert GmbH	12.11.2020
www.viomedl.de	Facharzt-Sofort-GmbH	datenschutz cert GmbH	10.12.2021
www.medityme.com	XPERTyme GmbH	datenschutz cert GmbH	04.07.2021
Zumedu.de	SWIL Systems UG	datenschutz cert GmbH	03.01.2021

Diese erleichtert Ihnen den Praxialltag auch nach der Corona-Krise. Der Weg dahin ist denkbar einfach:

PraxisApp mit Videosprechstunde unter <https://www.monks-aerzte-im-netz.de/praxisapp/praxisapp-mein-kinder-und-jugendarzt/> freischalten.

Alle **Eltern informieren**, dass sie diese **App herunterladen** (im AppStore oder bei GooglePlay – PraxisApp „Mein Kinder- und Jugendarzt“

[hier bitte den jeweiligen QR-Code abbilden]) und ihre Kinder beim eigenen Arzt registrieren sollen. <https://www.monks-aerzte-im-netz.de/praxisapp/anmeldung/>
Termine für die Videosprechstunde können über die neue Chatfunktion durch die MFA vereinbart werden.

Es können auch mehrere **Patienten im Online-War-**

tezimmer warten – so können Videosprechstunden zeitlich im Block durchgeführt werden.

Die möglichen Vergütungen können – je nach Indikation und Fachgruppe – auf der Seite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung eingesehen werden (<https://bit.ly/3bYhntX>).

- So gibt es **EBM-Ziffern**
- für Technik (01450, € 4,39),
 - eine Anschubfinanzierung (01451 ab 15 Videosprechstunden im Quartal € 10,11)
 - und auch eine Ziffer für das ärztliche Gespräch (04230 € 14,06).

Diese Honorare für eine Videosprechstunde mit einem Patienten sind höher, als die PraxisApp „Mein Kinder- und Jugendarzt“ monatlich für die ganze Praxis kostet. Es gibt also gute Gründe, dieses telemedizinische Angebot umgehend in die Praxis einzuführen.

Korrespondenzanschrift:

Thomas Fischbach
Präsident des BVKJ

Red.: WH



Praxis-Homepage & PraxisApp

www.kinderaerzte-im-netz.de

Herausgegeben vom Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. (BVKJ)

Ihre Anmeldung



Praxis-Homepage bei
www.kinderaerzte-im-netz.de

- Einzelpraxis**
8,- €/Monat*
- Gemeinschaftspraxis/
Praxisgemeinschaft**
12,- €/Monat*



PraxisApp
„Mein Kinder- und Jugendarzt“

- PraxisApp***
5,- €/Monat* pro Arzt
- _____
- für folgende Ärzte
- mit Videosprechstunde**
zusätzlich 2,50 €/Monat* pro Arzt
- _____
- für folgende Ärzte

* Alle Preise zzgl. ges. MwSt.
Einmalige Erstellungsgebühr für die Praxis-Homepage: 25,- zzgl. MwSt.
Preis für MVZ oder Klinik auf Anfrage.

* Die PraxisApp kann nur in Verbindung mit einer Praxis-Homepage bei
www.kinderaerzte-im-netz.de gebucht werden.

Ihre Daten

Titel, Name, Vorname

Bei Gemeinschaftspraxen: weitere Ärzte

Gesetzliche Berufsbezeichnung, Zusatzbezeichnung, Staat

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort, Stadtteil

Telefon/Fax

Webseite

Ärztekammer, Kassenärztliche Vereinigung

Ggf. Umsatzsteuer-Identifikationsnummer; Handelsregister, Vereinsregister,
Partnerschaftsregister oder Genossenschaftsregister, in das Sie eingetragen sind

E-Mail zur Veröffentlichung auf Ihrer Arzt-Homepage

E-Mail für Korrespondenz/Login in die PraxisApp-Verwaltung

Weitere Angaben

wie Sprechstundenzeiten, Besonderheiten, Schwerpunkte, Fremdsprachen

Ich/Wir zahle/n per SEPA-Lastschriftmandat

Kontoinhaber

Geldinstitut (Name und BIC)

DE

IBAN

Datum, Ort und Unterschrift

Gläubiger-Identifikationsnummer DE81ZZZ00000700791. Ihre Mandatsreferenznummer finden Sie im Buchungstext der halbjährlichen Abbuchung Ihres Kontoauszuges.
Ich ermächtige die Monks-Ärzte im Netz GmbH, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Monks-Ärzte im Netz GmbH auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ich/Wir bestätige/n, Mitglied im Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. (BVKJ) zu sein.

Ich/Wir bestätige/n, dass alle Nutzungsrechte meiner/unserer bestehenden Homepage bzw. der zur Verfügung gestellten Materialien bei mir/uns liegen. Die Monks-Ärzte im Netz GmbH und die beteiligten Fachorganisationen sind von Ansprüchen Dritter freigestellt.

Schicken Sie Ihre Anmeldung an:

Monks Ärzte im Netz GmbH

Tegernseer Landstraße 138

81539 München

E-Mail: support@kinderaerzte-im-netz.de

Fax: 089 / 64 20 95 29

Mehr Informationen unter

www.monks-aerzte-im-netz.de

oder unter 089 / 64 24 82 12

Mit meiner Unterschrift akzeptiere ich die AGB (siehe: www.monks-aerzte-im-netz.de/agb).
Widerrufsrecht: Sie können Ihre Bestellung innerhalb von 2 Wochen ohne Angabe von Gründen schriftlich widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung an Monks-Ärzte im Netz GmbH, Tegernseer Landstr. 138, 81539 München, Geschäftsführer: Sean Monks, Amtsgericht München, HRB 160883, USt-IDNr.: DE 246543509

Kinder- und Jugendrehabilitation

Corona-Stopp beendet: Rehakliniken nehmen wieder Kinder und Jugendliche auf

Die Coronaviruserkrankungen (COVID 19) haben auch die Kinder- und Jugendreha zeitweise zum Erliegen gebracht. Ab Mitte März konnten in den meisten Kliniken keine Patienten mehr aufgenommen werden, so dass viele Kliniken im April leer standen. Die Anträge zur Kinder- und Jugendreha gingen zurück. Mit umfassenden Hygienekonzepten zum Schutz von Patienten und Mitarbeitern vor einer Covid-19-Ansteckung wird der Klinikbetrieb ab Mai und Juni wieder aufgenommen.



Alwin Baumann

Bewilligungen zur Kinder- und Jugendreha steigen kontinuierlich an – bis die Corona-Pandemie alles verändert

Seit der gesetzlichen Änderung Ende 2016 kommen immer mehr Kinder und Jugendliche in die Rehabilitation. Die Bewilligungen bei der Deutschen Rentenversicherung (DRV) stiegen in drei Jahren um 16 % an. Dieser Trend setzte sich auch im Januar und Februar dieses Jahres um weitere 6 % fort. Mit Beginn der Pandemie in Deutschland wurden im März 17 % weniger Anträge gestellt, im April setzte sich dieser Abwärtstrend verstärkt fort. In Folge der politischen Ent-

scheidung zur Beschränkung der sozialen Kontakte vom 16.03.20 empfahl die DRV ab 18.03.20 keine Neuaufnahmen mehr zu veranlassen.

Manche Bundesländer verfügten eine Unterbrechung der laufenden Rehamaßnahmen, um die Rehakliniken zur Unterstützung der Pandemiebekämpfung heranziehen zu können. In den folgenden Wochen leerten sich die Kliniken.

Die finanziellen Einbußen werden teilweise durch Kurzarbeit, Versicherungsleistungen und die Schutzschilde aufgefangen. Die bewilligten Maßnahmen konnten nicht mehr umgesetzt werden. Die Aufnahmen der nächsten Monate wurden komplett verschoben – vorläufig ohne neue Aufnahmetermine.

Wieder Anträge zur Kinder- und Jugendreha stellen

Wochen nach Beginn der Coronakrise wächst der Druck der Familien, die verschobenen Rehamaßnahmen durchzuführen. Auch die Anfragen, ab wann wieder Anträge gestellt werden können, nehmen täglich zu. Die Einschränkungen mit geschlossenen Kinderspielplätzen, Kindertageseinrichtungen und Schulen belasten die Familien zunehmend. Familien mit chronisch kranken Kindern und Jugendlichen sind dadurch besonders betroffen. Bestehende Konflikte um die Einhaltung der medizinischen Maßnahmen verschärfen sich in der häuslichen Enge.

Psychosomatische Störungen, die etwa durch expansives Verhalten gekennzeichnet sind, werden noch auffälliger als in normalen Zeiten. Die durch die Krise verschärften Probleme Alleinerziehender oder von Familien, die durch Kurzarbeit oder entstehende Arbeitslosigkeit belastet sind, wirken sich negativ auf die Erkrankungen der Kinder aus.

Familien, die ohnehin wenig Ressourcen zur Verfügung haben, sind in Krisenzeiten besonders auf Unterstützung angewiesen.

Die Rehakliniken für Kinder und Jugendliche haben deswegen im April entschieden, ihren Betrieb im Mai und Juni wieder aufzunehmen. Die Rentenversicherung bearbeitet und bewilligt die eingehenden Anträge und Befundberichte unverzüglich.

Hygienekonzept zum Schutz vor Ansteckung während der Rehabilitation

Die Rehakliniken haben ein umfangreiches Hygienekonzept entwickelt, um das Infektionsrisiko bei Patienten und Begleitpersonen sowie den Mitarbeitern möglichst klein zu halten. Grundlage des Konzeptes sind die Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für pädiatrische Rehabilitation und Prävention e.V. (DGpRP).

Das Konzept sieht auch rechtzeitige Maßnahmen vor, die verhindern sollen, dass bei einer Infektion mit Covid 19 die ganze Klinik geschlossen werden muss. Festgelegt sind die unterschiedlichen Vorgehensweisen mit Testungen und Isolierungen bei Verdacht auf eine Infektion bei Patienten, Begleitpersonen und Mitarbeitern.

Verantwortlich für die Entwicklung und die laufende Anpassung des Hygienekonzeptes sind die ärztliche und kaufmännische Leitung in Zusammenarbeit mit dem Hygienebeauftragten, dem Betriebsrat und den wichtigsten Bereichsleitungen. Das örtlich zuständige Gesundheitsamt wird von Anfang an einbezogen.

Patientenaufnahme und Durchführung der Rehabilitation während der Corona-Pandemie

Die Kliniken legen fest, wie viele Patienten mit welchen Erkrankungen, in welchem Alter und mit wie vielen Be-

gleitpersonen aufgenommen werden. Es wird auch über den Anreiserhythmus mit Einzel- oder Blockanreisen nachgedacht.

Die Terminabstimmung erfolgt telefonisch mit ersten Informationen und einer schriftlichen Befragung zur Gesundheits- und Kontaktsituation. Kurz vor der Anreise erfolgt eine erneute Kontaktaufnahme. Bei unklarer Gesundheitssituation erfolgt keine Aufnahme. Aktuell wird eine Individualanreise empfohlen.

Die üblichen Aufnahmegespräche werden durch Erklärungen zum Hygienekonzept, zur Anpassung der Therapien an den Infektionsschutz und zum Besuchsverbot in der Klinik ergänzt. Die Hygienemaßnahmen und das Abstandsgebot gelten bei allen Angeboten, beim Essen und in der Freizeit.

Bis auf die kleinen Kinder gilt eine **Maskenpflicht** für Mitarbeiter, Patienten und Begleitpersonen. Bei Patienten und Begleitpersonen werden zum Mund-Nasen-Schutz auch sogenannte Alltagsmasken akzeptiert.

„Handbuch Medizinische Rehabilitation für Kinder und Jugendliche“ steht in 2. Auflage zur Verfügung

Aufgrund der großen Nachfrage für das 44 Seiten starke Handbuch sind die gedruckten 8.000 Exemplare nach nur einem halben Jahr alle vergriffen. Seit April liegt nun ein aktualisierte 2. Auflage vor und kann über die Homepage www.kinder-und-jugendreha-im-netz.de oder direkt per Mail an a.baumann@bkjr.de angefordert werden.

Korrespondenzadresse:

Bündnis Kinder- und Jugendreha e. V.
Alwin Baumann
Freiherr-von-Eichendorff-Str. 8/1
88239 Wangen im Allgäu
E-Mail: a.baumann@bkjr.de
kontakt@kinder-und-jugendreha-im-netz.de
www.kinder-und-jugendreha-im-netz.de

Red.: WH

Highlights aus Bad Orb

Trampolinspringen

– ein modernes „Sportgerät“ mit unterschätzten Gefahren

Hinweise zur Beratung auf der Basis epidemiologischer Daten und internationaler Studienlage



Dr. med. Gabriele Ellsäßer¹

Dr. med. Petra Degenhardt²

Dr. med. Johann Böhm³

¹ Advisory Board European Injury Data Base

² Klinik für Kinderchirurgie
Klinikum Ernst von Bergmann gemeinnützige GmbH, Potsdam

³ Delmenhorster Institut für Gesundheitsförderung, Delmenhorst

Zusammenfassung

Die internationale Studienlage zu Trampolin bedingten Verletzungen zeigt, dass Kinder unter 15 Jahren am stärksten betroffen sind, sich beim Trampolinspringen zu verletzen. Auf Grund der Häufigkeit (rund 1 bis 3 Verletzungen pro 1000 dieser Kinder) und der möglichen Schwere der Verletzungen (1 von 200) besteht eine bevölkerungsrelevante Gesundheitsgefährdung. **Kinder unter 6 Jahren tragen das höchste Risiko sich schwer zu verletzen. Häufigster Unfallmechanismus ist das Zusammenspringen mit anderen Kindern bzw. Erwachsenen und bei kleinen Kindern der sogenannte Kapulteffekt.** Typische Impressionsfrakturen der proximalen Tibia wurden bei diesen festgestellt. Kinder unter 6 Jahren sind am stärksten gefährdet, da das Knochenwachstum nicht abgeschlossen

ist und die motorischen Voraussetzungen wie Sprungkraft und Koordination nicht ausreichend entwickelt sind. Vom Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte wird zusammen mit der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie in Anlehnung an die American Academy of Pediatrics empfohlen, in die unfallpräventive Beratung ab U7 Sicherheitshinweise zum Trampolinspringen einzubeziehen und insbesondere auf die Altersbegrenzung hinzuweisen (siehe Merkblatt).

Einleitung

Aufgrund gesicherter epidemiologischer Daten zu typischen Trampolinverletzungen empfehlen wir, Eltern und Kinder bei den Früherkennungsuntersuchungen (U7-J1/J2) zu den Risiken des Trampolinspringens unfallpräventiv pädiatrisch zu beraten. Denn mit mehr Sicherheit kann Trampolinspringen auch mehr Spaß machen und die Bewegungsfreude fördern.

Ein Blick in die Welt der Trampoline

Bereits seit den 1950er und 1960er Jahren wurde das Trampolin von der Allgemeinbevölkerung in den USA und Europa immer mehr im Freizeitbereich genutzt. Mit zunehmender Popularität des Trampolinspringens häuften sich Publikationen zu typischen Verletzungen. Diese betrafen vor allem Kinder (unter 15 Jahren), wobei häufig Knochenbrüche der Extremitäten aber auch schwere Wirbelsäulenverletzungen diagnostiziert wurden.

Der Kinder- und Jugendgesundheits-survey (KiGGS Welle 1) stellte fest, dass bereits bei Drei- bis Sechsjährigen fast die Hälfte der mit Freizeit- und Sportgeräten im Zusammenhang stehenden Verletzungen das Trampolin betraf. Im Schulalter handelte es sich bei jeder

dritten Verletzung mit Sport- und Fitnessgeräten um ein Trampolin.¹

Trampoline werden stark beworben. Gartentrampoline gehören heutzutage schon zur Spielausstattung von Familien mit eigenem Haus und Garten und mit dem Argument der „Bewegungsfreude für die Kleinsten“ werden Eltern schon früh dazu stimuliert, Minitrampoline mit Haltegriff in der Wohnung aufzustellen. Immer größere „XXL“ Trampoline (bis 5 Meter Durchmesser) mit einer hohen gewichtsbezogenen Belastbarkeit (z.B. 180 kg) werden angeboten und laden mit Fotos illustriert dazu ein (Teil der Werbung), dass mehrere Personen gleichzeitig miteinander springen können. Laut EU Standard von 2015 (Norm EN 71-14) sind Trampoline für den häuslichen Bereich ein Spielzeug und kein „Sportgerät“. Die Sicherheitsstandards betreffen analog zu den amerikanischen die Randabdeckung, das umschließende Fangschutznetz und Warnhinweise zum sicheren Gebrauch. **Eine Altersbegrenzung für Kinder unter 6 Jahren, wie in den USA, gibt es für Europa nicht.**

Daher verwundert es nicht, wenn Kinder in der Freizeit – wie in der Werbung suggeriert – das Trampolin zum gemeinsamen Springen und als Sportgerät nutzen.² Gerade Saltos sind beliebt und werden ebenso gern gefilmt, um sie in den sozialen Medien zu posten. Dies führt dazu, dass Kinder ihre Möglichkeiten überschätzen.

Das Trampolinspringen wird seit etwa 2014 auch in Deutschland (wie in den USA und Australien bereits seit den 2000er Jahren) zunehmend kommerziell indoor in Trampolinparks (TP) angeboten. Bis 2019 entstanden in Deutschland rund 70 Hallen mit Tausenden von Quadratmetern Fläche. Beworben werden die TPs im Internet mit Videos über ausgelassene Kinder (klein und groß), die zusammen oder alleine Saltos und Stunts vorführen. **Derzeit**

gibt es weder einen EU Standard für TPs noch eine Altersbegrenzung für Kinder.

Epidemiologie von Trampolin bedingten Verletzungen

In den USA wurde bereits ab den 1990er Jahren auf der Grundlage des amerikanischen Verletzungsregisters (National Electronic Injury Surveillance System/NEISS) festgestellt, dass Trampolin bedingte Verletzungen ein relevantes Gesundheitsproblem im Kindesalter sind. Dies führte zur Empfehlung der AAP, dringend vom Gebrauch der Trampoline im Freizeitbereich abzuraten.³

Altersgruppen

Die Trampolinunfälle zeigen einen typischen Altersgang. Nach den aktuellsten NEISS Daten von 2018 nimmt das Trampolin bei den Produkt bezogenen Ver-

letzungen bei kleinen Kindern (1-4 Jahre) bereits den 14. Platz ein (N=21 390; 1,3 pro 1000). Der höchste Rang mit dem 7. Platz wird gleichzeitig zum Altersgipfel bei 5- bis 9-jährigen (N=36 952; 1,8 pro 1000) erreicht – bezogen auf alle Altersgruppen einschließlich Erwachsener.⁴ Im europäischen Raum zeigen Registerstudien eine ähnliche Entwicklung. Das Public Health Institut von Luxemburg publizierte auf seiner Webseite 2018 Surveillance Daten zu Trampolinunfällen bei Kindern und Jugendlichen im Zeitraum 2013-2016 und wies auf eine deutliche Zunahme der Inzidenzen von Trampolinunfällen bei den unter 15-jährigen hin. Besonders ausgeprägt war der Anstieg im Alter von 5 bis 9 Jahren.

Kleine Kinder sind besonders gefährdet

Bereits in den 1980er Jahren stellten Studien fest, dass Kinder unter 6 Jahren

ein höheres Risiko hatten, eine typische proximale Tibia Fraktur zu erleiden, die sogenannte „Trampolin Fraktur“ – röntgenologisch ein Haarriss im Bereich der Knochenwachstumszone der proximalen Tibia ohne Dislokation.

Boyer et al. publizierte als erster dieses Phänomen in einer radiologischen Zeitschrift bei 7 Kindern im Alter von 2-5 Jahren. Das Unfallereignis war durch das Springen auf dem Trampolin zusammen mit einem schwereren Kind bzw. Erwachsenen gekennzeichnet (siehe Fallbeispiel Abb. 1). **Er wies auf den „Katapulteffekt“ durch das schwerere Kind hin und dass beim Absprung des leichteren Kindes eine enorme vertikale Wurfenergie auf das gestreckte kindliche Bein einwirke (Folge: Impressionsfraktur).**⁵ Bezeichnenderweise konnte kein traumatisches Ereignis (z.B. Sturz) beobachtet werden. **Die Kinder klagten bei körperlicher Aktivität über Schmerzen, die in Ruhe nachließen.** Daher war es schwierig die Diagnose zu stellen. Nach der Studie von Arkink von 2017 haben kleine Kinder ein 14fach erhöhtes Risiko sich zu verletzen, wenn sie mit anderen zusammen springen.⁶

Verletzungen

Die Verletzungen betreffen vorrangig die Extremitäten und sind Weichteilverletzungen, Verstauchungen des Knöchels, gefolgt von Knochenbrüchen der oberen und unteren Extremität. Das Verletzungsprofil unterscheidet sich nach dem Alter der Kinder. Nach den Datenanalysen des amerikanischen und europäischen Verletzungsregister (European Injury Data Base – IDB) zeigten **unter 5-jährige einen höheren Anteil an Knochenbrüchen als ältere Kinder.** Verstauchungen des Knöchels und Weichteilverletzungen sind dagegen deutlich häufiger bei Jugendlichen. **Kopf- und Halswirbelsäulenverletzungen machten in allen Altersgruppen einen kleinen Anteil aus (unter 10%).**^{7,8} Sie sind häufig Folge von misslungenen Überkopfsprüngen oder von Stürzen vom Trampolin.

Der Anteil der Krankenhauseinweisungen liegt bezogen auf die Registerstudien in den USA und Kanada zwischen 3 % und 14 %, in Europa zwischen 4 % und 9 % (IDB). In Österreich hingegen wurden die höchsten Hospitalisierungsraten dokumentiert (Altersgruppen bezogen zwischen 15 % bis 25 %). Die **American Academy of Pediatrics (AAP) veröffentlichte 2019 ein**



Abb. 1: Unfallhergang: 5-jähriger Junge springt zusammen mit seinem Onkel auf dem Trampolin.

Diagnose: Dislozierte, distale Femurfraktur.

Therapie: geschlossene Reposition in Analgosedierung und Anlage eines Oberschenkelgipses für 4 Wochen.



Abb. 2: Unfallhergang: 6-jähriger Junge stößt beim Trampolinspringen mit einem anderen Kind zusammen.

Diagnose: Dislozierte Unterarmschaftfraktur.

Therapie und Verlauf: geschlossene Reposition und Versorgung mit zwei ESIN (elastisch stabile intramedulläre Nagelung). Diese werden nach 10 Wochen entfernt. Freie und uneingeschränkte seitengleiche Funktion.

Trampolinen als die 6- bis 17-jährigen Kinder. Darüber hinaus passierten die meisten Unfälle zu Hause. Das Verletzungsmuster war in beiden Altersgruppen ähnlich, obwohl bei den unter 6-jährigen häufiger Kopfwunden vorkamen.

Die Autoren raten vom Gebrauch von Mini-Trampolinen als „Spielzeug“ ab.¹³

Großtrampoline

In einer finnischen Studie zu schweren Verletzungen bei Kindern kamen diese beim Springen auf übergroßen Trampolinen (Durchmesser >4 Meter) häufiger vor.

Trampolinparks

Trampolinparks haben sich in den letzten zwanzig Jahren weltweit stark verbreitet. Auch hier ist die Studienlage eindeutig und zeigt parallel eine starke Zunahme der Trampolinverletzungen bei Kindern. Im Vergleich zum Trampolinspringen zuhause, ist das Risiko sich schwerer in TPs zu verletzen höher. **Internationale Studien berichten wiederholt über Knochenbrüche insbesondere der unteren Extremität sowie über schwerste Wirbelsäulenverletzungen.¹⁴ Saltos, riskante Überkopfsprünge und Sprünge in Sprunggruben von Trampolinparks erwiesen sich als besonders gefährlich.**

Die AAP hat daher ihre Empfehlungen explizit für Trampolinparks erweitert: nicht geeignet für Kinder unter 6 Jahre, nur einzeln springen, unter Aufsicht springen, Saltos oder andere Überkopfsprünge nur nach Vortraining und unter Aufsicht.

Aufsicht durch Erwachsene

Die Aufsicht durch einen Erwachsenen wird in allen internationalen Fachempfehlungen als notwendig erachtet und ist auch in der EU-Norm 71-14 verankert. Entscheidend ist, dass der Erwachsene direkt beim Trampolin steht, um eingrei-

erneutes Statement und warnte vor dem Gebrauch von Trampolinen, da sie schwere Verletzungen verursachen können (siehe Fallbeispiel Abb. 2). Kleine Kinder, so die AAP, tragen das höchste Risiko sich schwer zu verletzen und dies bezogen auf Wirbelsäulenverletzungen und Knochenbrüche.¹⁰ **Häufigster Unfallmechanismus ist dabei das Zusammenspringen mit anderen Kindern oder auch Erwachsenen. Besonders gefährlich waren Saltos und Überkopfsprünge,** die zu schwersten Wirbelsäulenverletzungen mit lebenslanger Behinderung oder auch Tod führten.

Verletzungsmechanismen

Nach den derzeitigen Erkenntnissen ereignen sich die Trampolin bedingten Verletzungen am häufigsten auf der Trampolinmatte und nicht durch Stürze vom Trampolin – so die Analysen des kanadischen Verletzungsregisters (rund 85%).¹¹ Anteilsmäßig sind am häufigsten fehlerhafte Landungen – nur bedingt durch bloßes Springen – und Stürze direkt auf das Trampolin gefolgt von Zusammenstößen mit anderen Personen (siehe Fallbeispiel Abb. 2). Die Stürze vom Trampolin sind, seitdem die Netzumschließung zum Standard geworden ist, deutlich zurückgegangen, so die Erkenntnisse aus Studiendaten

in Australien.¹² **Auf der Grundlage der IDB wurde darüber hinaus die Übermüdung als wichtiger nicht Sturz bedingter Unfallmechanismus festgestellt.**

Risiken

Zusammenspringen

Die Studienlage ist einheitlich. Es besteht ein stark erhöhtes Verletzungsrisiko einerseits durch den Katapulteffekt bei kleinen Kindern, andererseits durch Zusammenstöße mit anderen.

Die Autoren warnen in allen epidemiologischen Studien vor der Gefährlichkeit des gemeinsamen Springens. Im europäischen Standard zur Trampolinnutzung im häuslichen Bereich hat dies als **Warnhinweis Eingang** gefunden.

Die Verletzungsmechanismen zeigen jedoch auf der Basis der aktuellen epidemiologischen Daten, dass dies nicht in der Praxis umgesetzt wird. Zudem werden die Trampoline immer größer (4 Meter Durchmesser und mehr) und laden, stark unterstützt von der Werbung, zum gemeinsamen Springen ein.

Minitrampoline verglichen mit Großtrampolinen

Die unter 6-Jährigen zeigten ein deutlich höheres Verletzungsrisiko bei Mini-

Nutzung von Trampolinen

Warn- und Sicherheitshinweise



Trampolinspringen ist beliebt und fördert die Bewegung – ist jedoch im Kleinkind- und Vorschulalter problematisch. Motorik, Gleichgewicht, Sprungverhalten und Knochenwachstum sind erst ab dem 6. Lebensjahr soweit ausgereift, dass Trampolinspringen für Ihr Kind empfohlen werden kann. Vor dem sechsten Lebensjahr sind Kinder besonders gefährdet, Knochenbrüche zu erleiden- und fast ein Drittel aller Trampolinunfälle passiert bereits vor Schulbeginn.

Aber auch Schulkinder und Jugendliche können sich beim Trampolinspringen verletzen!

- Rund ein Drittel aller Verletzungen sind so schwer, dass sie im Krankenhaus behandelt werden müssen. Hierzu gehören insbesondere Knochenbrüche im Bereich des Armes und Beines, aber auch Kopfverletzungen.
- Wie bei Stürzen vom Pferd kann es auch zu schwersten Wirbelsäulenverletzungen kommen.*

Wie kommt es zu Unfällen auf dem Trampolin?

- durch Umknicken beim Springen
- durch Fallen auf die Matte und unglückliches Aufkommen
- durch Stürze vom Trampolin
- durch Zusammenstöße mit anderen Kindern oder Erwachsenen
- durch riskante Sprünge wie Saltos



Kinder unter 6 Jahren gehören nicht auf ein Trampolin



Nicht ohne Netz und niemals zusammen springen



Keine Saltos oder andere Überkopfsprünge



Nur in Gegenwart von Erwachsenen springen

Auch die deutschen Kinder- und Jugendärzte empfehlen wie die Amerikanische Akademie der Pädiater folgende Sicherheitsmaßnahmen:

- Kein Trampolin - auch kein Minitrampolin - zuhause oder im Garten für Kinder unter 6 Jahren.
- Trampoline sind sehr beliebt - doch es gibt bessere und sicherere Möglichkeiten gerade für kleine Kinder, die Bewegung zu fördern.
- Trampoline sollten nur nach Anleitung und in Gegenwart von Erwachsenen genutzt werden.
- Wenn Trampoline von (Schul-) Kindern genutzt werden, darf immer nur **eine** Person auf dem Trampolin springen! Auch nicht zusammen mit den Eltern springen.
- Keine Sprünge mit Überschlag oder Ähnliches versuchen.

* Unfalldaten des deutschen Netzwerkes der „Injury Data Base“. Analoge Ergebnisse wurden auch in den europäischen Nachbarländern wie Österreich, Luxemburg und Holland gefunden.

Vorsicht!



Wo passieren die Trampolinunfälle am häufigsten?



im Garten

Trampolin nur mit Netz, erst ab 6 Jahren und allein springen. Ein Erwachsener muss dabei sein und das Trampolin vor Benutzung auf Sicherheit prüfen (nach dem Winter besonders gründlich).



auf dem Spielplatz

Erst ab 6 Jahren und allein springen. Ein Erwachsener muss dabei sein.



in der Wohnung

Kein Trampolinspringen in der Wohnung, Gefahr der Verletzung durch Sturz auf Möbel!



im Freizeitpark oder Trampolinpark

Erst ab 6 Jahren und allein springen. Saltos und andere Überkopfsprünge nur für Geübte nach Vortraining unter fachlicher Anleitung. Beaufsichtigung und Sicherheitshinweise sind Qualitätsmerkmale. Falls keine Sicherheitshinweise bestehen, unbedingt nachfragen.



Prof. Dr. med. Peter Paul Schmittenebecher, Karlsruhe, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH)

Die Gefährlichkeit von Trampolinen wird von Eltern unterschätzt. Immer wieder kommt es zu schweren Verletzungen. Zwei typische Beispiele:

„Ein vier Jahre alter Junge hüpfte im Garten auf einem Trampolin, knickte plötzlich mit dem rechten Bein ein und klagte über Schmerzen beim Gehen. Im Röntgenbild fand sich ein Haarriss im Schienbein. Folge: Typische Trampolinfraktur

Ein 8 Jahre altes Mädchen stürzte in einem Trampolinpark bei einem Saltoversuch auf das Trampolin. Folge: Komplizierter Ellenbogenbruch und gleichzeitig Unterarmbruch.“

bvkd.

Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.



Abb. 3: Warn- und Sicherheitshinweise zur Nutzung eines Trampolins – BVKJ.

fen zu können, wenn Kinder die Regeln nicht beachten.

Konsequenzen für die tägliche Praxis

Die internationale Studienlage zu Trampolin bedingten Verletzungen zeigt, dass Kinder unter 15 Jahren am stärksten betroffen sind, sich beim Trampolinspringen zu verletzen. Auf Grund der Häufigkeit (rund 1 bis 3 Verletzungen pro 1000 Kinder unter 15 Jahren) und der möglichen Schwere der Verletzungen besteht eine bevölkerungsrelevante Gesundheitsgefährdung. Präventionsanstrengungen sind notwendig, da eine Vielzahl der Verletzungen vermeidbar ist.

Kinder unter 6 Jahren sind am stärksten gefährdet, da bei ihnen das Knochenwachstum nicht abgeschlossen ist und ebenso die motorischen Voraussetzungen fehlen, beispielsweise die Sprungkraft und Koordination noch nicht ausreichend vorhanden sind.¹⁵

Kleine Kinder sind dadurch gefährdet, wenn sie mit anderen, insbesondere schwereren Kindern oder sogar Erwachsenen, zusammenspringen. Seit den 1980er Jahren ist dieser Katapulteffekt bekannt und seine schädigende Wirkung in Form von Impressionsfrakturen nachgewiesen worden.

Saltos, Flips und riskante Überkopfsprünge – so die einheitliche Studienlage – sind am gefährlichsten und können bei misslungener Ladung zu schwersten Halswirbelsäulenverletzungen mit dauerhaften Schäden führen. Auch hier warnen die Autoren und internationale Fachgesellschaften seit Jahren vor den Überkopfsprüngen beim Trampolinspringen im Freizeitbereich.

Die technischen Sicherheitsstandards für Freizeittrampoline (Abdeckung der Sprungfedern und das Anbringen eines geschlossenen Netzes) wurden international bereits verbessert. Es wird von den Autoren jedoch darauf hingewiesen, dass dadurch ein falsches Sicherheitsgefühl vermittelt wird. Laut einer dänischen Studie unterschätzten Eltern die Gefahren: 53 % führten keine Aufsicht durch, 62 % der Eltern gaben an, dass das Kind mit anderen zusammen sprang und 46 % der Kinder machten riskante Sprünge.¹⁶

Im Widerspruch zu den Warnhinweisen auch der Hersteller (nur allein springen, keine Überkopfsprünge) stehen allerdings Angebot und Marketing („Familienspaß der ganzen Familie“) von immer größeren Trampolinen (z.B. XXL) für den Outdoor Bereich.

Die Schweizer Beratungsstelle für Unfallverhütung (bfu) hat viele Medien zur Prävention von Trampolinunfällen entwickelt: einen Film zum sicheren Springen, einen Elternratgeber und Checklisten zur Wartung von Trampolinen (www.bfu.ch).¹⁷

Die Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH) und die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) haben in den letzten Jahren wiederholt vor den Gefahren des Trampolinspringens gewarnt und auf die besondere Gefährlichkeit für kleine Kinder hingewiesen. Sie empfehlen das Trampolinspringen weiterhin erst ab einem Alter von 6 Jahren. In Australien ist seit 2016 der Warnhinweis Pflicht, dass Trampoline als Freizeit- und Spielgeräte nicht für Kinder unter 6 Jahre geeignet sind.

Der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. stellt allen Kinder- und Jugendärzten für die unfallpräventive Beratung von Kindern einen Flyer zur

Verfügung, der Warn- und Sicherheitshinweise zur Nutzung von Trampolinen gibt (Abb.3).

Fazit für die Praxis zur Prävention von Trampolinunfällen

Eltern unterschätzen die Unfallrisiken des Trampolins!

- Inhaltliche Information der Eltern, warum Trampolinspringen besonders für kleine Kinder unter 6 Jahre gefährlich ist (siehe Merkblatt bvkj).
- Pädiater sollen Eltern mit kleinen Kindern unter 6 Jahren vom Kauf eines Trampolins abraten – dies gilt für Trampoline im Innen- als auch Außenbereich.
- Beratung der Schulkinder bei der U10, U11 und J1 keine Saltos zu versuchen, bevor nicht vorher ein beaufsichtigtes Training stattgefunden hat.

Hinweis der Autoren.

Bezogen auf die Begründung unserer Empfehlungen verweisen wir auf die Originalpublikation in der pädiatrische praxis 2020; 93/3: 1-11, die eine ausführliche Darstellung der Studienlage und Literatur beinhaltet.

Die Literatur bei den Verfassern.

Korrespondenzadresse:

Dr. Gabriele Ellsäßer
Grolmanstr.21
10623 Berlin
E-Mail: gellsaesser@t-online.de

Interessenkonflikt:

Die Autoren erklären, dass keine Interessenkonflikte bestehen.

Red.: Keller

Der „Kinder- und Jugendarzt“ jetzt auch als APP!

PRINT geht MOBIL

bvkJ.



Mit Erscheinen der neuen Printausgabe steht „Kinder- und Jugendarzt“ auch als App für Google Android und Apple iOS Endgeräte sowie für die PC Nutzung zur Verfügung.

Alle aktuellen Abonnenten und alle Mitglieder des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) erhalten kostenlosen Zugriff auf diese neue digitale Variante. Neben dem gewohnten Erscheinungsbild, analog zur gedruckten Ausgabe, bietet die App eine Fülle von zusätzlichen Möglichkeiten bei der Lektüre der Zeitschrift.

Durch Suchfunktionen können Artikel schnell gefunden, interessante Bezüge markiert und kommentiert werden und egal, welches Endgerät genutzt wird, alle Anmerkungen werden synchronisiert und stehen damit auf allen Geräten zur Verfügung.

Lesen und Bearbeiten auf Reisen oder zuhause ist mit dieser App möglich. Auch kann mit dem gewohnten PC auf die Online-Version zugegriffen werden, dies erfolgt über den Browser.

So funktioniert's:

1. Notieren Sie Ihren **Aktivierungscode**, den Sie auf dem Etikett Ihrer Zeitschrift finden.

Hansisches Verlagskontor GmbH, 23547 Lübeck
ZKZ 04834, PVSt, Deutsche Post

* #123456 # * B 126

Herrn
Max Schmidt
Konrad-Adenauer-Str. 4
23558 Lübeck

2. Für Smartphone oder Tablet: Laden Sie die App im Play Store (Android) oder App Store (iOS).

Für die PC-Anwendung gehen Sie auf die Seite:
<https://silkcodeapps.de/desktop/jugendarzt>

3. Klicken Sie auf „Aktivierungscode“.

4. Geben Sie Ihren Aktivierungscode ein.

Und nun viel Freude mit der **Kinder- und Jugendarzt**-App!

Weitergehende Informationen zur Installation und zu zusätzlichen Funktionen und Möglichkeiten der App finden Sie auch unter:

www.kinder-undjugendarzt.de/app-anleitung.pdf

Vegetarische und vegane Ernährung bei Säuglingen – ein Modell für selbstgewählte Exklusionsdiäten (Teil 1)



Hermann Kalhoff^{1,2}

Thomas Lücke^{2,3}

Susanne Voss²

Kathrin Jansen²

Mathilde Kersting²

¹ Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Westfälisches Kinderzentrum, Klinikum Dortmund gGmbH

² Forschungsdepartment Kinderernährung (FKE) der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendmedizin der Ruhr-Universität Bochum

³ Universitätsklinik für Kinder- und Jugendmedizin der Ruhr-Universität Bochum

Zusammenfassung

Der Ausschluss wichtiger Lebensmittelgruppen aus der Ernährung erhöht das Risiko für Nährstoffdefizite besonders in Phasen mit intensivem Wachstum. Aus ernährungsmedizinischer Sicht können vegetarische Exklusionsdiäten für Säuglinge nicht generell empfohlen werden. Wenn Eltern von dem Wunsch einer vegetarischen Kostform für die gesamte Familie und auch für den Säugling nicht abzubringen sind und Versuche sie umzustimmen scheitern, muss der Kinderarzt in vertrauensvoller Abstimmung mit

den Eltern nach individuellen Lösungen suchen. Dabei stellt sich die Frage, ob die gewählte Kostform der Familie möglicherweise mit einem gesundheitlichen Risiko für einen Säugling einhergeht und wie eine ausreichende Zufuhr kritisch knapper Nährstoffe in dieser Phase intensiven Wachstums erreicht werden kann. Ausgehend vom bewährten und durchkalkulierten ‚Ernährungsplan für das erste Lebensjahr‘ geben wir Hinweise für mögliche Kompromisse zwischen der Standardernährung als ‚1. Wahl‘ und möglichen ‚zweitbesten‘ Lösungen.

Einführung

Mit dem ‚Ernährungsplan für das erste Lebensjahr‘ existiert in Deutschland eine wissenschaftlich basierte und bewährte lebensmittel- und mahlzeitenbasierte Empfehlung, die sich als Referenzinstrument für die Ernährung gesunder Säuglinge eignet und eine ausgewogene Zufuhr von Makro- und Mikronährstoffen sicherstellt. Es gibt aber auch Säuglinge, bei denen aus unterschiedlichen Gründen einzelne oder auch mehrere Lebensmittel bzw. Nährstoffe aus der Ernährung ausgeschlossen werden, mit entsprechenden Konsequenzen für die Nährstoffversorgung. Medizinische Gründe können etwa bei angeborenen Stoffwechselerkrankungen zum Ausschluss oder zur Minimierung von Nährstoffen führen, die im individuellen Fall nicht vertragen werden. Restriktive Kostformen in Familien können aber auch ökologische, ethisch-weltanschauliche oder religiöse Gründe haben. Grundsätzlich gilt: je stärker durch einen Ausschluss von Lebensmitteln von den Empfehlungen zur Ernährung im ersten Lebensjahr abgewichen wird, umso größer ist das Risiko einer unzureichenden Nährstoffversorgung. Der vorliegende Beitrag zeigt Risiken vegetarischer Kostformen im Säuglingsal-

ter auf und bietet Vorschläge und Tipps zur Beratung und Betreuung.

Standardernährung

Empfehlungen für die Standardernährung im ersten Lebensjahr müssen die sichere Deckung des Nährstoffbedarfs für nahezu alle Säuglinge in der Bevölkerung gewährleisten. Dieses Public Health Kriterium wird mit dem ‚Ernährungsplan für das 1. Lebensjahr‘ [1] erfüllt, da die aktuellen Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr bei Säuglingen im Wesentlichen erreicht werden. Als „kritische“ Nährstoffe, bei denen die Zufuhr sowohl in dem Standardkonzept wie auch in aktuellen Verzehrstudien unter den Empfehlungen liegt, verbleiben bei Säuglingen im 2. Lebenshalbjahr Eisen und Jod. Die Einschätzung der optimalen Eisenversorgung wird durch die besondere Dynamik des Eisenstoffwechsels im ersten Lebensjahr erschwert [2]. Zur Sicherung einer ausreichenden Jodversorgung trägt neben dem Verzehr von Milch und (in geringerem Umfang) Seefisch vor allem die Verwendung von jodiertem Speisesalz bei [3]. Da in der Säuglingsernährung auf Salzzugabe verzichtet wird, bleibt die Jodzufuhr bei Selbstherstellung der Beikost und fortgeführtem Stillen gemäß dem ‚Ernährungsplan‘ im 2. Lebenshalbjahr weit unter der empfohlenen Menge. Die Jodzufuhr kann in diesem Fall z.B. über einen kommerziellen angereicherten Milchbrei (Trockenprodukt, das unter Zugabe von Wasser zubereitet wird) oder ein Supplement (ca. 50 µg/d) effektiv erhöht werden.

Der ‚Ernährungsplan für das erste Lebensjahr‘ ist einerseits Referenzinstrument für die Säuglingsernährung in Deutschland [4]. Durch die praktische und lebensnahe Formulierung hat er sich gleichzeitig auch als Grundlage für die tagtägliche Ernährungsberatung durch

Kinder- und Jugendärzte und ebenso für Ernährungsfachkräfte auf dem Gebiet der Kinderernährung bewährt [5].

Vegetarische Kostformen

Unter dem Oberbegriff Vegetarier oder Vegetarische Kost/Vegetarismus werden mehrere Kostformen subsumiert, die sich je nach Strenge der Diät unterscheiden. Folgende Hauptgruppen lassen sich definieren: **Lacto-Ovo-Vegetarier** lehnen den Verzehr von Fleisch und Fisch (getötete Tiere) ab, akzeptieren aber Eier und Milch. Diese Kostform wird unter Vegetariern am häufigsten praktiziert. **Lacto-Vegetarier** lehnen den Verzehr von Fleisch, Fisch und Eiern ab, verzehren aber Milch. **Veganer** ernähren sich ausschließlich von pflanzlicher Kost; sie lehnen also neben Fleisch, Fisch und Eiern auch Milch, Milchprodukte und Honig ab. [6].

In der Praxis finden sich meist fließende Übergänge zwischen diesen Kostformen. Lediglich stichwortartige Selbstangaben zu einer einzelnen Kostform erlauben deshalb keine sicheren Rückschlüsse auf die konkrete Ernährung im Einzelfall. Für die Ernährungsberatung unter einer ‚vegetarischen‘ Kost ist also immer eine sorgfältige und genaue individuelle Ernährungsanamnese, und bei Bedarf ein Ernährungsprotokoll, notwendig.

Ganz allgemein steigt bei Exklusionsdiäten das Risiko für eine Mangelzufuhr einzelner Nährstoffe mit der Anzahl der ausgeschlossenen Nährstoffe und mit dem jüngeren Alter der Kinder. Besonders hoch ist das Risiko für einen Nährstoffmangel bei Ausschlussdiäten in Phasen mit hohem Wachstums- und Entwicklungsbedarf, wie etwa der Säuglingszeit.

Datenlage zur vegetarischen Ernährung bei Säuglingen

Zur ernährungsmedizinischen Bewertung von vegetarischen Kostformen im Kindesalter sind aktuelle Daten über die Ernährung und den Nährstoff- und Gesundheitsstatus in den verschiedenen Altersgruppen in der Praxis notwendig. In einer aktuellen Übersichtsarbeit stammten die meisten Studien aus den Jahren 1980-1990, darunter nur eine sehr kleine Studie mit lacto-vegetarischen Säuglingen aus Deutschland [7]. Damit sind für Säuglinge keine allgemeingültigen Befunde zur Versorgung mit wichtigen

Nährstoffen unter restriktiven vegetarischen Kostformen abzuleiten.

Ernährungswissenschaftlich – pädiatrischer Kommentar

Bei vegetarischen Kostformen bestehen Risiken für zahlreiche Nährstoffdefizite und schließlich auch für Energie (Tabelle 2). Bei einer strikt veganen Ernährung kommt es über die Einschränkungen unter einer üblichen vegetarischen Kost (z.B. Eisen, Zink, Jod) hinaus zusätzlich zur Reduktion von Kalzium, den Vitaminen B2 und D (Milch) und zum Fehlen von Vitamin

B12 und tierischem Eiweiß mit hoher biologischer Wertigkeit. Unter strikt veganer Kost besteht also ein besonderes Risiko für gesundheitliche Gefährdungen bzw. Entwicklungsstörungen bei Säuglingen [8].

Risiko des Vitamin B12 Mangels

Ein besonderes medizinisches Problem ist die unzureichende Versorgung von gestillten Säuglingen veganer Mütter mit Vitamin B12. Säuglinge, die von Frauen mit Vitamin-B12-Mangel geboren wurden, haben wenig Vitamin in der Leber gespeichert. Wenn diese Säuglinge gestillt

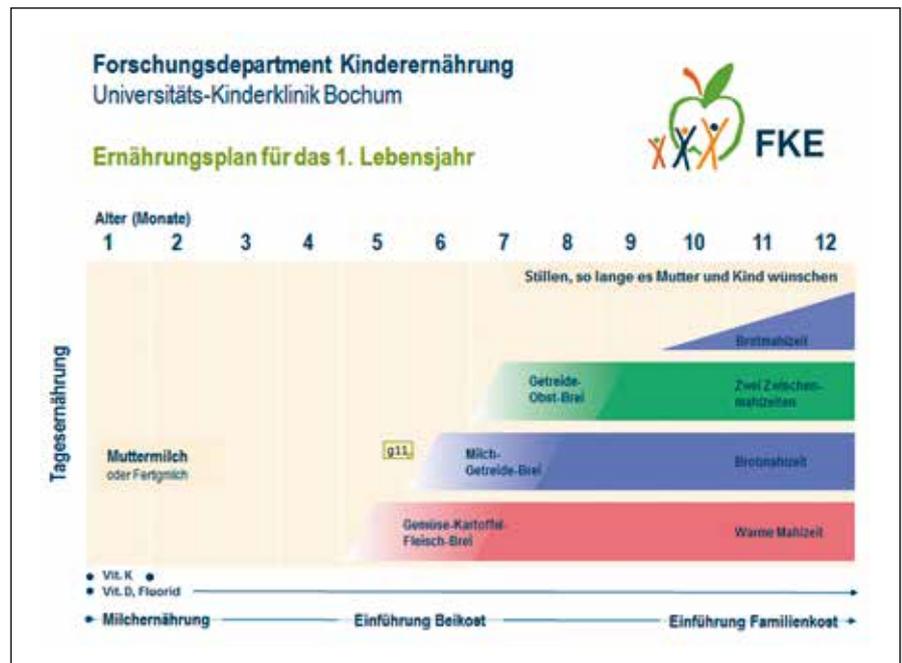


Abb. 1: Ernährungsplan für das erste Lebensjahr

Tab. 1: Ausprägungen vegetarischer Kostformen

Bezeichnung der Kostform	Ausgeschlossene Nahrungsmittel
Überwiegend Vegetarier/Semi-Vegetarier/Flexitarier	Überwiegend Fleisch und Fleischprodukte (wenig Fisch und/oder Fleisch wird verzehrt)
Lacto-Ovo-Vegetarier	Fleisch, Fisch sowie aus diesen gewonnene Produkte
Lacto-Vegetarier	Fleisch, Fisch, Ei sowie aus diesen gewonnene Produkte
Ovo-Vegetarier	Fleisch, Fisch, Milch sowie aus diesen gewonnene Produkte
Veganer	Alle Lebensmittel tierischen Ursprungs

Tab. 2: Potenziell kritische Nährstoffe in vegetarischen Kostformen bei Kindern

Kostform	Ausgeschlossene LM	Reduzierte Nährstoffe
Lakto-ovo-vegetarisch	Fleisch, Fisch	Fleisch: tierisches Protein, Fe, Zn (hohe Bioverfügbarkeit), Vit. B12; Fisch: Jod, n-3-Fettsäuren, Vit D
Lakto-vegetarisch	Fleisch, Fisch und Eier	wie oben, zusätzlich: Eier: tierisches Protein Vit. D, A
Vegan (streng vegetarisch)	Fleisch, Fisch, Eier und Milch	wie oben, zusätzlich: Milch: tierisches Protein, Ca, Jod, Vit. B12, B2, D, A
makrobiotisch	Fleisch, Fisch, Eier, Milch und Einschränkung pflanzlicher LM	wie oben, zusätzlich: Energie, Fett

werden und die Mutter kein Vitamin-B12-Supplement erhält, setzt sich der Mangel des Vitamins beim Kind nach der Geburt fort. Zahlreiche Fallberichte [9] auch aus Deutschland beschreiben ausgeprägte Mangelzustände von Vitamin B12 mit klinischen Folgen wie muskulärer Schwäche und Gedeihstörung, Blutarmut (sog. megaloblastäre Anämie) und Entwicklungsstörungen des Zentralnervensystems, die auch unter Behandlung teilweise nicht mehr vollständig geheilt werden können.

Bei Schwangeren und bei Stillenden unter veganer Kost sollte also der Versorgungsstatus mit Vitamin B12 untersucht werden. Wenn sich die Vitamin-B12 Mangelsituation bereits bei den Säuglingen, Kindern oder deren Müttern klinisch manifestiert hat, wird häufig eine Initialtherapie des Mangels mit 1 mg Vitamin B12 i.m. für das Kind empfohlen; damit ist das Vitamin sofort und vollständig bioverfügbar. Diese Injektion kann (mehrmals) wiederholt werden, bevor man auf eine orale Behandlung überleitet [10].

Stellungnahmen zur vegetarischen Ernährung im Säuglingsalter

Die Positionen renommierter Institutionen sind unterschiedlich akzentuiert, vermutlich auch als Folge der unzureichenden Studienlage.

Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) hält bei einer ovo-lacto-

vegetarischen Ernährung für Säuglinge besondere Sorgfalt für geboten. Eine rein pflanzliche (vegane) Ernährung wird nicht empfohlen [3]. Ebenso rät die Ernährungskommission der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) von einer strikt veganen Säuglingsernährung ab, da das Risiko für einen Nährstoffmangel groß ist und damit die Gesundheit unter veganer Ernährung gefährdet ist [11]. Die European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (ESPGHAN) betont die besonderen Risiken (unzureichende Zufuhr von Vitamin B12, D, Folsäure, Eisen, Zink, Calcium, n-3 Fettsäuren, Protein) einer veganen Ernährung für Kinder und die Notwendigkeit der Beratung [12].

Die American Dietetic Association (ADA) hält **vegetarische Kostformen, einschließlich veganer Kost, dann für geeignet (für alle Lebensphasen einschließlich des Kindesalters), wenn dauerhaft eine hohe Zahl von Maßnahmen zur Vermeidung der sonst eintretenden Mangelversorgung berücksichtigt wird** [13].

Vorschläge zur Beratung und Betreuung

In der Beratung können den Familien, die ihre Säuglinge vegetarisch oder vegan ernähren wollen, Möglichkeiten einer ergänzenden Zufuhr aufgezeigt werden,

um die durch den Lebensmittelausschluss induzierte Minderversorgung zu kompensieren. Das kann entweder über eine sinnvolle Nahrungsmittelauswahl, über angereicherte Lebensmittel oder aber über Nahrungsergänzungsmittel (Supplemente) geschehen. Exklusivdiäten, die dauerhaft eine differenzierte Substitution von Nährstoffen einfordern, führen aber im Hinblick auf die bekanntermaßen ungenügende Einhaltung von Ernährungsempfehlungen zur Besorgnis, so dass regelmäßige Kontrollen angezeigt sind.

Für die ärztliche Beratung und Betreuung sind die lakto-ovo-vegetarische Ernährung als häufigste vegetarische Kostform und die vegane Ernährung als die strengste vegetarische Exklusivdiät besonders zu beachten.

Lacto-ovo-vegetarische Ernährung bei Säuglingen

Für Säuglinge unter vegetarischer Kost muss im zweiten Lebenshalbjahr eine ausreichende *Eisenversorgung* sichergestellt werden, denn mit dem Verzicht auf Fleisch wird das zweiwertige Eisen als besonders gut bioverfügbare Form (ca. 15-20 %) aus der Ernährung ausgeschlossen [11]. In der Beratung einer Familie mit einer lakto-ovo-vegetarischen Säuglingsernährung geht es also vor allem darum, eine geeignete Alternative für Fleisch und das darin enthaltene besonders gut bioverfügbare Eisen zu finden (Tabelle 3).

Als hilfswieser Kompromiss kann in der Beikost anstatt Fleisch Vollkorngetreide (idealerweise Haferflocken) mit (schlechter resorbierbarem) dreiwertigem Eisen (ca. 3 %) in Kombination mit Vitamin C-reichen Zutaten zur Verbesserung der Resorption empfohlen werden (Abbildung 2). Für diese ernährungsphysiologisch zwar plausible Empfehlung liegen in Deutschland aber keine Daten zur tatsächlichen Umsetzung und zum darunter erzielten Eisenstatus vor. Im ‚Ernährungsplan‘ wird in den anderen Breien durch Verwendung von Vollkorn-Getreide und Vitamin C-reichem Obst für eine Verbesserung der Eisenbioverfügbarkeit gesorgt.

Vegane Ernährung für Säuglinge nur mit individueller Beratung und Betreuung

Für Säuglinge ist eine vegane Kost ohne Substitution pauschal **nicht** geeignet. Bei veganer Ernährung drohen multiple

Tab. 3: Potenzielle Nahrungsquellen für Eisen bei vegetarischer Ernährung *Hilfsweiser Kompromiss für die Beikost*

Vegetarische Ernährung: Potentielle Nahrungsquellen für Eisen



LM	Absoluter Eisengehalt	Bioverfügbarkeit
Fleisch	gering	hoch
Getreide, Hülsenfrüchte	hoch	gering
Milch	gering	gering
Ei	mäßig	gering

Vegetarische Ernährung bei Säuglingen? Hilfsweiser Kompromiss



Gemüse-Kartoffel-Getreide-Brei

Selbstzubereitung

- 100 g Gemüse
- 50 g Kartoffeln
- 10 g Haferflocken
- 30 g Vitamin C-reicher Saft oder Obstpüree
- 20 g Wasser
- 8 g Rapsöl

oder

Industriell hergestellte Beikostmahlzeit

Gemüse-Kartoffel-Getreide-Brei

Gläschen

Zusatz von Vitamin C-reichem Saft oder Obstpüree erforderlich

Abb. 2: Hilfsweiser Kompromiss für die Beikost

Tab. 4: Vegane Drinks als vermeintliche Milchalternativen

Vegane Drinks als vermeintliche Milch-Alternativen im Lebensmittelmarkt



	Energie (kcal)	Fett (g)	Protein (g)	Kohlenhydrate (g)	Calcium (mg)	Riboflavin (mg)	Vit. B12 (µg)	Vit. D (µg)
Kuhmilch 3,5%Fett	65	3.6	3.4	4.7	120	0.18	0.4	0.09
Soja Drink, pur	35	2.1	3.7	0.1	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Soja Drink, angereichert	43	2.4	4.1	0.9	120	n.a.	n.a.	n.a.
Soja Drink, angereichert	39	1.8	3	2.5	120	0.21	0.38	0.75
Mandel Drink, pur	31	2.9	0.8	0.2	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Mandel Drink, angereichert	13	1.1	0.4	0.1	120	0.21	0.38	0.75
Hafer Drink, pur	47	1.3	0.3	8.1	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Hafer Drink, angereichert	44	1.5	0.3	6.8	120	0.21	0.38	0.75
Säuglingsanfangsnahrung auf Soja-Basis	67	3.3	1.7	7.8	68	0.1	0.14	0.95

Nährstoffdefizite und auch ein Energiemangel. Unter veganer Kost bei Säuglingen müssen anhaltend differenzierte Ernährungsstrategien und regelmäßige spezifische Substitutionen sichergestellt werden. Immer ist eine regelmäßige Vitamin B12 Substitution notwendig. Ein vollständiger Ausgleich der Defizite ist sehr aufwändig und erfordert spezielle Kenntnisse. Unter veganer Kost ist der Aufwand zur Deckung der Ernährungsdefizite also durchaus vergleichbar mit komplexen Ernährungsplänen zur Risikovermeidung bei medizinisch notwendigen Diäten in der Pädiatrie [14].

Milchersatzgetränke auf pflanzlicher Basis wie Reis-, Mandel- oder Getreide-drinks sind als Ersatz für Muttermilch bzw. Säuglingsanfangs- oder Folgenahrung im 1. Lebensjahr nicht geeignet. In Frage kommt industriell hergestellte Säuglingsnahrung auf Basis von Sojaproteinisolaten (Tabelle 4). Diese Produkte unterliegen denselben Nährstoffregelungen wie Säuglingsanfangs- und Folgenahrung auf Kuhmilchbasis. Die Eignung und Sicherheit von Milch-Ersatznahrungen für Kinder sind allerdings in der Diskussion. Bedenken gegenüber Sojanahrungen betreffen etwa östrogene Verbindungen, das eigenständige allergene Potenzial von Soja oder auch die weltweit zunehmende Herstellung aus gentechnisch veränderten Pflanzen.

Schlusswort

Bereits bei lacto-ovo-vegetarischer Kost sollte die sichere Versorgung mit kritischen Nährstoffen in Phasen intensiven Wachstums wie in der Säuglingszeit durch eine individuelle Ernährungsanamnese geklärt werden. Im Einzelfall sind Ernährungsberatungen und spezielle Supplementation von Nährstoffen notwendig, die ärztlich begleitet werden sollten. Von einer rein pflanzlichen veganen Ernährung im Säuglingsalter wird abgeraten.

Fazit für die Praxis

- Mit dem „Ernährungsplan für das erste Lebensjahr“ liegt in Deutschland ein wissenschaftlich basiertes, praktisch bewährtes Ernährungskonzept für das Säuglingsalter vor.
- Vegetarische Kostformen wie die lacto-ovo-vegetarische Kost (Verzicht auf

Fleisch, Fisch) und vor allem die vegane Kost (Verzicht auf alle Lebensmittel tierischer Herkunft) erhöhen die Risiken für eine unzureichende Nährstoffversorgung, besonders in Phasen mit wachstums- und entwicklungsbedingt hohen und spezifischen Nährstoffbedürfnissen wie im Säuglingsalter.

- Bereits bei lacto-ovo-vegetarischer Kost sollte die Versorgung mit kritischen Nährstoffen in Risikophasen wie der Säuglingszeit durch Ernährungsanamnese, ggf. Laborkontrollen, geklärt werden.

- Von einer rein veganen Ernährung wird in der Säuglingszeit abgeraten. Unter veganer Kost sind differenzierte Ernährungsstrategien und fortlaufend Supplemente erforderlich, ähnlich wie bei medizinisch indizierten Diäten.
- Wenn Eltern von dem Wunsch einer vegetarischen Kostform für die gesamte Familie und für den Säugling nicht abzubringen sind und Versuche sie umzustimmen gescheitert sind, muss der Kinderarzt in vertrauensvoller Abstimmung mit den Eltern nach individuellen Lösungen suchen.

Korrespondenzanschrift:
 Privatdozent Dr. med. Hermann Kalhoff, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Westfälisches Kinderzentrum, Klinikum Dortmund gGmbH, Beurhausstraße 40, 44137 Dortmund, E-Mail: hermann.kalhoff@klinikumdo.de

Interessenkonflikt:
 Die Autoren erklären, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.
 Red.: Huppertz

Wiedereröffnung von Schulen und Kindertagesstätten während der Coronavirus-Pandemie

Die Wiedereröffnung von Schulen und Kindertagesstätten während der SARS-CoV-2 Pandemie ist ein Thema, das die Kinder und ihre Familien, aber auch das Lehr-, Erziehungs- und Betreuungspersonal sowie die verantwortlichen Gesundheitsbehörden der Bundesländer intensiv beschäftigt. Die Bundesländer haben zum Teil voneinander abweichende Musterhygieneverordnungen für die Schulen und KITAs herausgegeben.

Im pädiatrisch-infektiologischen Netzwerk des Saarlandes und der an-

grenzenden Regionen (Paedine Saar) wurde von Kinder- und Jugendmedizinern (Kinderkliniken der Region und niedergelassene Kinder und Jugendärzte, vertreten durch den bvkJ e. V. Saarland) eine Stellungnahme hierzu verfasst, die auf der Internetseite des Netzwerkes abgerufen werden kann. Diese Stellungnahme vertritt nachdrücklich die Perspektive der Kinder und Jugendlichen und ihrer Familien, aber sie thematisiert auch den Schutz des Lehr-, Erziehungs- und Betreuungspersonals.

<https://bit.ly/2TGM6W6>

Korrespondenzanschrift:
 Prof. Dr. med. Arne Simon
 Klinik für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie, Universitätsklinikum des Saarlandes, Kirrberger Straße, Gebäude 9, 66421 Homburg/Saar
 E-Mail: Arne.Simon@uks.eu
 Red.: Huppertz

IMPRESSUM

KINDER-UND JUGENDARZT

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

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

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

ISSN 1436-9559

Herausgeber: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V.
 Geschäftsstelle des BVKJ e.V.: Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Geschäftsführer: Dr. P.H. Andreas Plate, Tel.: (0221)63909-34, andreas.plate@uminfo.de.

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

Dr. Klaus-Michael Keller, DKD HELIOS Klinik Dr. Horst Schmidt Kliniken, Ludwig-Erhard-Str. 100, 65199 Wiesbaden, Tel.: (0611) 432127, Fax (0611) 43522130, E-Mail: klaus-michael.keller@helios-gesundheit.de

Verantw. Redakteure für „Forum“, „Magazin“ und „Berufsfragen“: Christa Becker, Brabanter Str. 7, 50674 Köln, Tel.: (0221) 514534, E-Mail: becker@kon-texte.de; Dr. Wolfram Hartmann, Im Wenigen Bruch 5, 57223 Kreuztal, Tel.: (02732) 81414, E-Mail: dr.wolfram.hartmann@uminfo.de

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

Druckauflage 12.367
 lt. IVW I 2020

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen

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

Verlag: Hansisches Verlagskontor GmbH, Konrad-Adenauer-

Str. 4, 23558 Lübeck, Tel.: (04 51) 70 31-01 – Anzeigen: Hansisches Verlagskontor GmbH, 23547 Lübeck, Christiane Kermel (Vi.S.d.P.), Fax: (0451) 7031-280, E-Mail: ckermel@schmidt-roemhild.com – Redaktionsorganisation: Petra Tristram, Tel.: (0201) 8130-309, Fax: (0201) 8130-412, E-Mail: petra.tristram@verlag-beleke.de – Layout: Grafikstudio Schmidt-Römhild, Marc Schulz, E-Mail: mschulz@schmidt-roemhild.com – Druck: Schmidt-Römhild, Lübeck – „KINDER- UND JUGENDARZT“ erscheint 12 mal jährlich (am 15. jeden Monats) – Redaktionsschluss für jedes Heft 8 Wochen vorher, Anzeigenschluss am 15. des Vormonats.

Anzeigenpreisliste: Nr. 53 vom 1. Oktober 2019

Bezugspreis: Einzelheft € 11,60 zzgl. Versandkosten, Jahresabonnement € 117,30 zzgl. Versandkosten (€ 7,80 Inland, € 19,50 Ausland), Kündigungsfrist 6 Wochen zum Jahresende.

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

Für unverlangt eingesandte Manuskripte oder Unterlagen lehnt der Verlag die Haftung ab.

Hinweise zum Urheberrecht:
 Siehe www.kinder-undjugendarzt.de/Autorenhinweise

© 2020. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Bearbeitung in elektronischen Systemen.

Personalschutz bei inhalativer Anwendung von Colistin erforderlich?

Frage

Inhalatives Colistin wird in unserer Klinik selten angewendet. Um unsere Patienten und Mitarbeiter zu schützen, stellen wir uns folgende Fragen:

- Wie hoch ist das Risiko für das Pflegepersonal?
- Welche Schutzmaßnahmen für das Personal sind bei der inhalativen Anwendung von Colistin zu beachten?
- Gibt es Empfehlungen zum Ablauf der Inhalation (Dauer, Art des Verneblers, kurzwirksames Sympathomimetikum als Prämedikation)?

Antwort:

Colistin (oder Polymyxin E, Gruppe der Polymyxine) ist ein schon seit 60 Jahren verfügbares Antibiotikum, das durch Schädigung der äußeren Membran auf gramnegative Bakterien wirkt.

Inhalativ ist es seit über 40 Jahren z. B. in Dänemark (und England) „first line“ Antibiotikum zur Eradikation und Reduktion von *Pseudomonas aeruginosa* Keimen aus den Atemwegen von Mukoviszidosepatienten. Dagegen wurde es für die intravenöse Therapie in den vergangenen Jahrzehnten v. a. wegen möglicher nephrotoxischer Nebenwirkungen kaum genutzt. In den letzten Jahren findet es aber wieder vermehrte Anwendung als intravenöses Reserveantibiotikum wegen seiner Wirksamkeit gegen Pseudomonaden, multiresistente *Acinetobacter baumannii* und Carbapenamase-resistente Enterobakterien. Seit 2012 ist es daher auch wieder in

Deutschland für die intravenöse Therapie zugelassen.

Wichtig zu Ihrer Frage zur inhalativen Colistinbehandlung ist, dass durch Verneblung in die Atemwege zwar höchste Konzentrationen von Antibiotika im Sputum von (Mukoviszidose)-Patienten erzielt werden. In der Blutbahn des Inhalierenden werden aber in aller Regel kaum relevante Antibiotikaspiegel gemessen. Diese liegen dann meist erheblich unter dem Bereich mit Risiken für systemische Nebenwirkungen. So ist die Nephro- und Neurotoxizität von systemisch appliziertem Colistin in aller Regel nicht klinisch relevant, wenn Nierengesunde das Antibiotikum inhalieren. Noch viel geringere Spuren werden das Blut vom Personal erreichen, so dass hier keine Risiken im Sinne der Nebenwirkungen durch systemische Anwendung zu befürchten sind.

Allerdings können empfindliche Menschen Kontaktdermatitiden bei Salbenbehandlung mit Colistin entwickeln. Betreuer mit entsprechender Problematik sollten daher den direkten Kontakt mit der Haut meiden; Dies ist aber ein relativ seltenes Problem.

Wenn Patienten Colistin inhalieren können diese eine in der Regel passage-re Bronchialverengung entwickeln, wie auch bei vielen anderen Substanzen mit unphysiologischer Osmolarität. Auch um eine Deposition des Aerosols in den peripheren Atemwegen zu verbessern ist daher sinnvoll, dass Patienten vor Antibiotikainhalationen die von Ihnen angesprochenen kurzwirksamen Sympathomimetika als Prämedikation nutzen.

Die 2x tägliche Inhalation von 1–2 Mio. I.U. Colistimethat-Natrium (CMS) ist z. B. für Mukoviszidosepatienten mit Pseudomonasbesiedlung als Langzeittherapie zugelassen. Hierfür sind konventionelle kompressorbetriebene Inhalationsgeräte oder Mesh-Vernebler geeignet. Alternativ gibt es die Möglichkeit, „Colistimethate sodium“ als Trockenpulver mit 2x 1.662.500 I.U. zu inhalieren.

Hierfür wird eine Inhalationshilfe geliefert, die wenig breiter aber kürzer als ein Kugelschreiber ist, mit dem die Medikamentenkapsel aufgestochen und inhaliert wird. Bei sehr langsamer Inhalation wird bei Pulverinhalation weniger Hustenreiz ausgelöst.

Grundlegend wird von führenden Herstellern ein Exhalationsfilter für Feuchtvernebler angeboten. Hiermit wird die Antibiotikamenge, die Patienten bei der Ausatmung in den Raum freigeben reduziert. Auch wegen der beschriebenen geringen Risiken für das Umfeld durch Colistininhalation wird dieses Medizinprodukt kaum verkauft und genutzt.

Literatur bei InfectoPharm

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. habil. Jochen G. Mainz
Leiter Päd. Pneumologie, Allergologie,
Mukoviszidosezentrum
Medizinische Hochschule Brandenburg
(MHB)
Klinikum Westbrandenburg Klinik für
Kinder- und Jugendmedizin,
Hochstraße 29
14770 Brandenburg an der Havel

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

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



Review aus englischsprachigen Zeitschriften

Coronavirus-Infektionen bei Kindern und Jugendlichen

Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) Infection in Children and Adolescents: A Systematic Review.

Castagnoli R et al., JAMA Pediatr 2020 Apr 22 [epub ahead of Print]

Die weltweite Ausbreitung des neuen SARS-Coronavirus (SARS-CoV-2 oder COVID-19) hat bei vielen Betroffenen zu schweren akuten Atemnotsyndromen (ARDS) geführt. Dieser pandemisch auftretende Virustyp erfordert eine weltweite, wirksame Präventivstrategie und ein optimales medizinisches Management. Während für Erwachsene mit COVID-19-Infektionen bereits hinreichend Daten verfügbar sind, wurde über Kinder, die im Vergleich zu Erwachsenen ein geringeres Erkrankungsrisiko tragen, nur begrenzt berichtet. Die Autoren haben in einem systematischen Review erstmals die bisher gemeldeten Fälle und Berichte zusammengefasst.

In mehreren Datenbanken (PubMed, Cochrane Library und CINAHL) wurde unter Verwendung der Suchbegriffe Coronavirus und Coronavirusinfektionen nach allen zwischen dem 1. Dezember 2019 und dem 3. März 2020 veröffentlichten Artikeln gesucht. Einschlusskriterien waren Berichte über Kinder und Jugendliche im Alter ≤ 19 Jahre. Retrospektive Querschnitts- und Fall-Kontroll-Studien, Fallserien und Fallberichte, Bulletins und nationale Berichte über pädiatrische SARS-CoV-2-Infektionen wurden in eine erste Bewertung übernommen.

Es konnten insgesamt 815 relevante Artikel identifiziert werden. Achtzehn Studien mit 1.065 Teilnehmern (444 Patienten waren jünger als 10 Jahre, und 553 waren zwischen 10 und 19

Jahre alt) wurden mit bestätigten SARS-CoV-2-Infektionen in die endgültige Analyse einbezogen. Mit Ausnahme eines Berichtes (März 2020) waren alle Artikel im Februar 2020 veröffentlicht worden. Bei allen Studienteilnehmern war ein positiv ausgefallener naso-pharyngealer Abstrich auf SARS durchgeführt worden. Gründe für den Abstrich waren ein SARS-Kontakt innerhalb oder außerhalb der Familie. Symptomatische und asymptomatische Kinder wurden stationär behandelt. Nur in einem Fall wurde über eine schwere COVID-19-Infektion im Alter von 13 Monaten berichtet. Bei Kindern im Alter zwischen 0 bis 9 Jahren waren keine Todesfälle, im Alter zwischen 10 und 19 Jahren ein Todesfall aufgetreten. Im Allgemeinen wiesen als positiv getestete Kinder und Jugendlichen jeglichen Alters nur leichte Symptome wie Fieber, trockenen Husten und Müdigkeit auf, von denen sie sich innerhalb von ein bis zwei Wochen erholen konnten. Bronchialverdickungen und Trübungen im Röntgenbild waren die häufigsten berichteten radiologischen Merkmale. Über diese Befunde wurde auch bei asymptomatischen Patienten berichtet. Das Geschlecht übte keinen Einfluss auf den Krankheitsverlauf aus. Über die Therapien wurde nur eingeschränkt berichtet.

Die weltweite Ausbreitung von COVID-19 und der Mangel an europäischen und US-amerikanischen Berichten über pädiatrische Patienten erfordern weitere epidemiologische und klinische Studien, um optimale präventive und therapeutische Strategien für das Kindesalter zu definieren.

Kommentar

Die Studie von Castagnoli et al. zeigt, dass die meisten COVID-19-Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter mit eher milden Verläufen verbunden sind. COVID-19 scheint aber auch Neugeborene zu betreffen, was für eine peripartale Übertragung spricht. Eine chinesische Arbeitsgruppe empfiehlt im Gegensatz zu UNICEF (die unter entsprechenden Vorsichtsmaßnahmen bei leichten Symptomen und Einhaltung hygienischer Maßnahmen das weitere Stillen mit Maske empfiehlt) bei erkrankten Müttern die Brustfütterung durch Formula-Milch zu ersetzen. Die vorhandenen Daten zeigen, dass Kinder und Jugendliche sich hauptsächlich über den engen Kontakt mit ihren Eltern oder mit anderen Familienmitgliedern, die entweder in Wuhan lebten oder dorthin gereist waren, angesteckt hatten. Zu den häufigsten klinischen Krankheitszeichen gehörten Fieber, trockener Husten und Müdigkeit, begleitet von weiteren Symptomen der oberen Atemwege, wie einer verstopften oder laufenden Nase. Die wichtigsten gastrointestinalen Symptome waren Übelkeit, Erbrechen und Durchfall, über die in wenigen Fällen, insbesondere bei Neugeborenen und Säuglingen, berichtet wurde. Daten zur Therapie sind begrenzt und beschränken sich auf die Erfahrungen, die mit anderen Atemwegserkrankungen bisher gemacht wurden. Wenn auch die meisten COVID-19-Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter harmlos verlaufen, erschienen bereits mehrere Berichte über kindliche SARS-CoV-2 assoziierte Erkrankungen, die mit schweren generalisierten Entzündungen und Kawasaki- oder toxic Shock-ähnlichen Symptomen assoziiert waren. Bereits ältere Studien zeigen, dass Corona- und weitere Viren des Respirationstraktes mit der Kawasaki-Symptomen verbunden sein können. Es mag zeitgemäß sein, bei viralen Infekten mit längerem und hohem

Fieber auch an eine COVID-19-Infektion mit einer Kawasaki Symptomatik zu denken.

Literatur

Castagnoli R et al. Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) Infection in Children and Adolescents: A Systematic Review. *JAMA Pediatr* 2020 Apr 22 [epub ahead of Print]
 Chan JF et al. A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: a study of a family cluster. *Lancet* 2020 Feb 15; 395(10223): 514-523
 UNICEF. Coronavirus disease (COVID-19): What parents should know. Accessed Mai 312, 2020. <https://uni.cf/3d6MEMW>
 Zhi-Min C et al. Diagnosis and Treatment Recommendations for Pediatric Respiratory Infection Caused by the 2019 Novel Coronavirus. *World J Pediatr* 2020 Feb 5; 1-7 [epub ahead of print]
 Riphagen S et al. Hyperinflammatory shock in children during COVID-19 pandemic. *Lancet* 2020 May 7 [epub ahead of print]
 Jones VG et al. COVID-19 and Kawasaki Disease: Novel Virus and Novel Case. *Hospital Pediatrics* 2020;doi:10.1542/hpeds.2020-0123
 Esper F et al. Association between a novel human coronavirus and Kawasaki disease. *J Infect Dis* 2005 Feb 15; 191(4): 499-502
 Giray T et al. Four cases with Kawasaki disease and viral infection: aetiology or association *Infez Med* 2016 Dec 1; 24(4): 340-344
 Chang LY et al. Vital infections associated with Kawasaki disease. *J Formos Med Assoc* 2014 Mar; 113(3): 148-154

Korrespondenzanschrift:

Dr. Jürgen Hower, Mülheim an der Ruhr

Quarantäne allein oder in Kombination mit anderen Maßnahmen des öffentlichen Gesundheitswesens zur Kontrolle von COVID-19?

Quarantine alone or in combination with other public health measures to control COVID-19: a rapid review.
 Nussbaumer-Streit B et al., *Cochrane Database Syst Rev* 2020 Apr 8; 4:CD013574

Die Coronavirus-Krankheit 2019 (COVID-19) ist eine akut aufgetretene, von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als Pandemie eingestufte Erkrankung. Die Autoren haben eine aktuelle Studie zur raschen Überprüfung der Wirksamkeit der Quarantäne-Maßnahmen, allein oder in Kombination mit weiteren Maßnahmen, bei schweren Ausbrüchen von Coronaviren-Erkrankungen durchgeführt.

Primäres Ergebnisziel der Studie war die Auswirkungen der Quarantäne (allein oder in Kombination mit anderen Maßnahmen) auf Personen zu beurteilen, die mit bestätigten Fällen von COVID-19 in Kontakt gekommen, aus Ländern mit einem gemeldeten Ausbruch eingereist waren oder die in Regionen mit einer hohen COVID-Übertragungsrate lebten.

Ein Informationsspezialist recherchierte am 12. Februar 2020 in PubMed, Ovid MEDLINE, WHO Global Index Medicus, Embase und CINAHL und aktualisierte die Suche am 12. März 2020. Die WHO lieferte Datensätze aus täglichen Recherchen in chinesischen Datenbanken bis zum 16. März 2020.

Kohorten-Studien, Fall-Kontroll-Studien, Fallreihen, Zeitreihen, unterbrochene Zeitreihen und mathematische Modellierungsstudien, die die Wirkung jeder Art von Quarantäne zur Kontrolle von COVID-19 bewerteten, wurden überprüft. Auch Studien zu SARS (schweres akutes respiratorisches Syndrom) und MERS (respiratorisches Syndrom im Nahen Osten) wurden als indirekte Evidenz im Rahmen des aktuellen Coronavirus-Ausbruchs einbezogen. Zwei Review-Autoren sichteten unabhängig voneinander 30% der Datensätze; ein einzelner Autor sichtete die restlichen 70%. Ein weiterer Autor extrahierte die Daten und bewertete die Studienqualität mit Evidenzgraden, die von einem zweiten Autor überprüft wurden. Die Evidenzsicherheit für die vier primären Endpunkte: Inzidenz, Weiterleitung, Mortalität und Ressourcenverbrauch wurde bewertet.

Insgesamt konnten 29 Studien in die Auswertung übernommen werden; 10 Modellierungsstudien zu COVID-19, 4 Beobachtungsstudien und 15 Modellierungsstudien zu SARS und MERS. Aufgrund der unterschiedlichen Mess- und Analysemethoden für die interessierenden Endpunkte konnte keine Meta-Analyse und keine narrative Synthese der Daten durchgeführt werden. Die gefundene Evidenz zeigte sich als gering bis sehr gering. Die vorhandenen Modellierungsstudien berichteten durchweg über einen Nutzen der simulierten Quarantänemaßnahmen. Die Quarantäne von Personen, die bestätigten oder vermuteten Fällen ausgesetzt waren, scheint zu 44% bis 81% die Inzidenz weiterer Erkrankungen und zu 31% bis 63% Todesfälle im Vergleich zu keinen Maßnahmen, oder auf anderen Szenarien basierenden Modellen zu verhindern. Vermutungen, dass Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen umso größer sind, je früher Quarantänemaßnahmen umgesetzt werden, können nicht gesichert werden. Der Einfluss der Quarantäne von Reisenden aus einem Land mit einem gemeldeten Ausbruch scheint auf die heimische Verringerung der Inzidenz von Erkrankungen und Todesfälle eher gering zu sein. Modelle, in denen die Quarantäne mit anderen Präventions- und Kontrollmaßnahmen kombiniert werden (Schulschließungen, Reisebeschränkungen und soziale Distanzierung), lassen einen größeren Einfluss auf die Reduktion von Neuerkrankungen, Übertragungen und Todesfällen vermuten als Einzelmaßnahmen. Die Studien zu SARS und MERS stimmen mit den Ergebnissen der COVID-19-Studien überein.

Die derzeitige Evidenz für COVID-19-Maßnahmen bleibt überwiegend auf Modellierungsstudien beschränkt. Die Annahmen der Modelle wurden auf der Grundlage des aktuellen, fragmentierten Wissens getroffen. Sie entsprechen aber den Erfahrungen, die mit SARS und MERS gemacht wurden. Eine frühzeitige Quarantäne in Kombination mit weiteren Maßnahmen scheint wichtig zu sein, um Inzidenz und Mortalität in der Bevölkerung zu reduzieren.

Kommentar

Die Ergebnisse des aktuellen Reviews bestätigen die unterschiedlichen bisherigen Erfahrungen, die bei der Eingrenzung der Corona-Virus Pandemie in den einzelnen Ländern gemacht wurden.

Korrespondenzanschrift:

Dr. Jürgen Hower, Mülheim an der Ruhr

Welche Diagnose wird gestellt?

Anne Teichler

Anamnese

Ein 6-jähriger Junge wird mit einem progredienten Haarausfall im Bereich der Kopfhaut vorgestellt, der erstmals vor 5 Monaten bemerkt wurde, seither langsam voranschreitet und zur Entwicklung rundlicher, kahler Stellen geführt habe. Assoziierte Beschwerden wie Juckreiz bestünden nicht. Eine Therapie mit einem topischen Steroid habe zu keinerlei Besserung geführt. Bei dem Vater bestünde eine Hausstaubmilbenallergie und ein

Asthma bronchiale. Die weitere Familienanamnese ist bezüglich Haarerkrankungen leer. Es liegen keine Schilddrüsenerkrankungen in der Eigen- und Familienanamnese vor. Tierkontakt wird verneint.

Untersuchungsbefund

6-jähriger Junge in gutem Allgemein- und Ernährungszustand. An der Kopfhaut finden sich mehrere, teils konfluierende, haarlose Areale mit einem Durchmesser bis zu 10cm ohne sichtbare entzündliche

Veränderungen der Kopfhaut. Occipital zeigt sich eine angedeutet bandförmige haarlose Zone. Dermatoskopisch sind die Haarfollikel im Bereich der kahlen Areale erhalten. Die Haare im Randbereich sind zum Teil leicht epilierbar (Haarzipfstest positiv). Wimpern und Augenbrauen sind vollständig erhalten, ebenso die übrige Körperbehaarung. Es zeigen sich Tüpfelnägel und nebenbefundlich leichte Beugenezeme.

Welche Diagnose wird gestellt?



Abb. 1



Abb. 2

DGAAP

Deutsche Gesellschaft für Ambulante Allgemeine Pädiatrie

Die Deutsche Gesellschaft für Ambulante Allgemeine Pädiatrie (DGAAP e.V.) ist die wissenschaftliche Gesellschaft der ambulanten, allgemeinen Kinder- und Jugendmedizin.

Ziel der Gesellschaft ist es, der ambulanten allgemeinen Kinder- und Jugendmedizin als eigenständigem Fach in Forschung, Lehre und Praxis die ihr zukommende Bedeutung zu verschaffen.

Machen Sie mit! Werden Sie Mitglied! Informationen und Mitgliedsanträge auch unter www.dgaap.de

Diagnose

Alopecia areata

Die Alopecia areata gehört zu den häufigsten Haarerkrankungen und kann sich sowohl im Kindes- als auch im Erwachsenenalter manifestieren. Es handelt es sich um eine Autoimmunerkrankung, bei der es zu einem nicht-vernarbenden und damit prinzipiell reversiblen Haarverlust kommt. Neben einer genetischen Prädisposition spielt der Verlust des Immunprivilegs der betroffenen Haarfollikel durch vermehrte Expression von Oberflächenmolekülen der MHC- und ICAM-Klasse eine Rolle. Diese ermöglicht die Präsentation von Haarfollikelantigenen mit folgender Einwanderung von T-Lymphozyten in das intrafollikuläre und perifollikuläre Gewebe.

Der Ausprägungsgrad der Alopecia areata reicht von einzelnen, umschriebenen Herden bis hin zum vollständigen Verlust der Kopfbehaarung (Alopecia areata totalis) oder sogar der gesamten Körperbehaarung (Alopecia areata universalis).

Innerhalb des ersten Jahres nach Erkrankungsbeginn zeigt sich oftmals ein vollständiges, spontanes Nachwachsen der Haare. Jedoch kommt es häufig zu wiederkehrenden Krankheitsschüben mit erneutem Haarausfall. Bei einigen Patienten entwickelt sich eine bandförmige Alopezie im Bereich der hinteren Haargrenze des Nackens, die man als Ophiasis bezeichnet.

Häufig zeigen sich assoziierte, meist leicht ausgeprägte Nagelveränderungen, wie Tüpfelnägel oder eine Trachyonychie. Bei bis zu einem Drittel der betroffenen Patienten findet sich eine begleitende Atopie. Auch bei Kindern mit Trisomie 21 tritt die Alopecia areata gehäuft auf.

Als ungünstige Prognosefaktoren gelten ein früher Krankheitsbeginn vor dem 10. Lebensjahr, Ophiasistyp, ausgedehnter Befund, positive Familienanamnese und assoziierte Atopien.

Diagnostik

Die Alopecia areata ist in der Regel eine Blickdiagnose. Typisch ist neben dem charakteristischen klinischen Befund ein positiver Zupftest (leichte Epilierbarkeit) im Randbereich der haarlosen Areale und – bei starker Aktivität der Erkrankung – auch an vermeintlich noch nicht betroffener Kopfhaut. Die Kopfhaut weist keine entzündlichen Veränderungen, wie

Schuppung oder Rötung auf, und da es sich um eine nicht-vernarbende Alopezie handelt, können dermatoskopisch die erhaltenen Haarfollikel nachgewiesen werden. Weitere dermatoskopische Hinweise auf eine Alopecia areata sind sogenannte Ausrufezeichen-Haare (wenige Millimeter kurze Haare mit aufgesplitterten freien Enden, die sich zum Follikel hin verjüngen), Kadaverhaare, die als schwarze Punkte in den Follikelostien zu sehen sind, und yellow dots als Ausdruck keratingefüllter, erweiterter Follikelostien.

Aufgrund der möglichen Assoziation zu anderen Autoimmunerkrankungen, empfiehlt sich nach Diagnosestellung insbesondere bei Patienten mit Trisomie 21, mit Atopien in der Eigenanamnese, Schilddrüsenerkrankungen in der Familienanamnese oder klinischen Anzeichen für eine Schilddrüsenerkrankung eine laborchemische Kontrolle der TSH, bei Auffälligkeiten auch der Schilddrüsen-Autoantikörper.

Differentialdiagnosen

Die Abgrenzung gegenüber einer Tinea capitis, Loose anagen hair Syndrome ist meist einfach, da diese im Gegensatz zur Alopecia areata mit Schuppung und Entzündungszeichen, teilweise auch Ausbildung von Pusteln einhergeht. Weitere Differentialdiagnosen umfassen die Trichotillomanie, das Loose anagenhairsyndrom und das telogene Effluvium. Letztere führen jedoch im Gegensatz zur Alopecia areata meist nicht zu vollkommen kahlen Stellen.

Therapie

Eine anhaltend wirksame und gut verträgliche Therapie der Alopecia areata ist bisher nicht bekannt. Betroffene Patienten werden sehr häufig mit topischen und/oder systemischen Steroiden behandelt. Es existieren hierzu jedoch keine klinisch kontrollierten Studien, die eine über den Placeboeffekt hinausgehende Wirkung belegen. Auch wenn die Behandlung zu einem vorübergehenden Nachwachsen der Haare führen kann, ist eine anhaltende Wirkung auch über das Therapieende hinaus nicht zu erwarten, so dass die Behandlung mit Steroiden aufgrund der möglichen schweren Nebenwirkungen, insbesondere bei systemischer Therapie, bei Kindern nicht vertretbar ist.

Aufgrund des teilweise hohen Leidensdrucks der betroffenen Patienten und ihrer Eltern ist die Bereitschaft, vermeintlich vielversprechende und harmlose Behandlungsansätze auszuprobieren, hoch. Daher kommt der Aufklärung über die mangelnde Evidenz aller gängigen Therapieverfahren eine besondere Bedeutung zu. Zudem sollten betroffene Kinder in ihrem Selbstbewusstsein gestärkt werden und in der Entwicklung von Bewältigungsstrategien unterstützt werden. Hierfür kann das Hinzuziehen eines Kinderpsychologen hilfreich sein.

Mögliche Therapieoptionen bei dringendem Behandlungswunsch umfassen die Reiztherapie mit topischem Dithranol und die kurzfristige Anwendung topischer Steroide. Eine lokale Immunstimulationstherapie mit Diphenylcyclopropenon (DPCP) kommt bei Erwachsenen schon seit vielen Jahren zum Einsatz, sollte jedoch aufgrund des experimentellen Charakters und des starken irritierenden Effekts erst ab einem Alter von 18 Jahren durchgeführt werden. Eine Behandlung mit topischen und systemischen Januskinaseinhibitoren wird zur Zeit in verschiedenen wissenschaftlichen Studien untersucht und könnte zukünftig eine Option bei schweren Verläufen der Alopecia areata darstellen. Auch hier wird jedoch die Indikation zur Therapie in Anbetracht des prinzipiell gutartigen Krankheitsbildes kritisch abzuwägen sein.

Literatur

1. Phan K, Sebaratnam DF. JAK inhibitors for alopecia areata: a systematic review and meta-analysis. *J EurAcadDermatolVenereol.* 2019;33:850-856
2. Strazzulla LC, Wang EHC, Avila L, LoSicco K, Brinster N, Christiano AM, Shapiro J. Alopecia areata: Disease characteristics, clinical evaluation, and new perspectives on pathogenesis. *J Am AcadDermatol* 2018;78:1-12
3. Strazzulla LC, Wang EHC, Avila L, Lo Sicco K, Brinster N, Christiano AM, Shapiro J. Alopecia areata: An appraisal of new treatment approaches and overview of current therapies. *J Am AcadDermatol.* 2018;78:15-24.
4. Wohlmut-Wieser I, Osei JS, Norris D, Price V, Hordinsky MK, Christiano A, Duvic M. Childhood Alopecia areata-Data from the National Alopecia Areata Registry. *PediatrDermatol* 2018;35:164-169

Korrespondenzanschrift:

Dr. Anne Teichler
 Abt. Pädiatrische Dermatologie und Allergologie
 Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift
 Liliencronstraße 130, 22149 Hamburg
 Red.: Höger

DGAAP

Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Werden Sie Mitglied im Versorgungsforschungsnetzwerk der ambulanten allgemeinen Pädiatrie!

Die pädiatrische Grundversorgung ist eine zentrale Säule der medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Über 90 % aller pädiatrischen Arzt-Patienten-Kontakte finden im ambulanten Bereich statt. Damit liegt bei Ihnen und in Ihren Praxen ein großer Schatz an Erfahrungswissen und Daten zur Diagnostik und Behandlung aller häufigen pädiatrischen Erkrankungen und psychosomatischen Störungen.

Forschung in und für die pädiatrische Grundversorgung ist unabdingbar, weil damit zu erreichen ist, dass die pädiatrische Grundversorgung dem aktuellen medizinischen Erkenntnisstand angepasst und in gute klinische Praxis umgesetzt werden kann.

Pädiatrische Forschung allgemein wird in Deutschland bis heute vorwiegend als **Grundlagenforschung an Universitätskinderkliniken** durchgeführt oder **fokussiert Erkrankungen, die von den pädiatrischen Subspezialisten behandelt werden** wie u. a. die Diagnostik und Therapie seltener Erkrankungen. Wissenschaftliche Fragestellungen, die die pädiatrische Grundversorgung betreffen, wurden in Deutschland bisher kaum und nur vereinzelt untersucht (z. B. DAKJ-Versorgungsstudie).

Damit **Forschung** zur dynamischen Entwicklung der pädiatrischen Grundversorgung beitragen kann, macht es Sinn, dass sie **in die Hände der niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte** gelegt wird. Nur dort, wo Versorgung auch stattfindet, entstehen die Fragen und werden die

Probleme sichtbar, die zu lösen sind, um pädiatrische Grundversorgung besser zu machen.

Wie können Sie sich an der Forschung in der pädiatrischen Grundversorgung beteiligen?

Es gibt zwei Möglichkeiten:

1. Sie haben eine eigene Frage/Problemstellung, die Sie beforschen wollen und entwickeln dafür z. B. einen Fragebogen, der über das Forschungsnetzwerk versandt wird.
2. Sie erklären sich bereit, einen Fragebogen zugeschiedt zu bekommen, dessen Ausfüllen Sie maximal 20 Minuten Ihrer Zeit kostet.

Es werden nicht mehr als **4 Fragebögen pro Jahr** verschickt, die Sie nicht alle ausfüllen müssen, worüber wir uns aber sehr freuen würden. Wir möchten zunächst Fragebögen entwerfen, die die aktuelle Grundversorgung durch Pädiater in Deutschland in ihrer Qualität und ihrem eigenständigen Profil beschreiben, bzw. notwendigen Änderungsbedarf aufzeigen.

Die meisten Fragen sind ohne Zuhilfenahme von statistischen Angaben zu beantworten. Jedoch verfügen die allermeisten Kollegen heute über eine Praxis-Software, mit der man auch einfache statistische Fragen beantworten kann (z. B. wie oft im vergangenen Quartal wurde die Diagnose „Pneumonie“ oder „Bronchopneumonie“ in verschiedenen Altersgruppen gestellt?), sodass auch dies kein Hinderungsgrund für die Teilnahme am Forschungsnetz sein sollte.

Alle Fragebögen werden anonymisiert erhoben und sind grundsätzlich „peer-reviewed“. Sie werden ausschließlich zu wissenschaftlichen Zwecken verwendet und dienen – im Unterschied zu anderen – keinen berufsverbandlichen Absichten. Die Beantwortung eines Fragebogens verpflichtet Sie nicht, an der nächsten Umfrage teilzunehmen.

Alle Kollegen, die bereit sind, künftig solche Fragebögen auszufüllen, stellen unser **Versorgungsforschungsnetz** dar. Dieses Netz ist „das Labor“ der Versorgungsforschung.

.....
 Wenn Sie bereit sind, Mitglied des Versorgungsforschungsnetzes zu werden, bitten wir Sie, uns Ihre Email-Adresse unter forschung@dgaap.de zuzusenden. Ihre Emailadresse dient ausschließlich dazu, Sie anschreiben zu können und wird nicht weitergegeben. Sie wird auf Ihren Wunsch hin jederzeit wieder aus dem Verzeichnis gelöscht.

Nutzen Sie die Chance, die Forschung in der pädiatrischen Grundversorgung aktiv mitzugestalten! Wir freuen uns, von Ihnen zu hören.

Mit herzlichen Grüßen,
 Elke Jäger-Roman, Ulrich Fegeler, Uwe Büsching, Michael Eichinger, Dominik Ewald, Folkert Fehr

Red.: WH

Deutschland – IGLU-Studie: Fast jeder fünfte Viertklässler kann nicht richtig lesen

Bei IGLU wird das Lesevermögen von Schülerinnen und Schülern der 4. Jahrgangsstufe im internationalen Vergleich getestet. Die Testaufgaben berücksichtigten unterschiedliche Schwierigkeitsgrade des Textverstehens sowie zwei Textsorten, die Kinder in diesem Alter üblicherweise lesen: literarische Texte, wie zum Beispiel Kurzgeschichten, und informierende Texte, wie zum Beispiel altersgerechte Lexikonartikel oder Faltblätter. Mit Hilfe von Fragebögen wurde zudem auch erfasst, wie gerne und wie häufig Kinder lesen. Viele Grundschüler in Deutschland haben massive Schwierigkeiten beim Lesen. Das zeigt die letzte Iglu-Studie von 2016, die im Dezember 2017 veröffentlicht wurde. Während 2001 nur vier Staaten deutlich höhere Leistungsmittelwerte als Deutschland erzielten, waren es 2016 zwanzig. Deutschland fällt damit im internationalen Vergleich zurück – es gibt aber auch Lichtblicke.

Ergebnisse

Mehr leistungsstarke, aber auch mehr leistungsschwache Schüler: Die Ergebnisse der **Internationalen Grundschul-Lese-Untersuchung (IGLU)** fallen aus deutscher Sicht ziemlich durchwachsen aus.

So stieg zwar die Zahl der besonders lesestarken Viertklässler von 8,6 Prozent (2001) auf 11,8 Prozent (2016). Gleichzeitig erhöhte sich aber auch **die Zahl der Grundschüler mit starken Leseschwächen**: 2001 waren es noch 16,9 Prozent, 15 Jahre später liegt ihr Anteil bei **18,9 Prozent** – 2006 und 2011 waren es deutlich weniger Kinder mit schlechten Ergebnissen.

(..)

Deutschland nimmt seit 2001 am internationalen Vergleich der Lesekompetenz seiner Grundschüler teil. Seither werden alle fünf Jahre das Verständnis von Sach- und literarischen Texten, die Einstellungen der Viertklässler zum Lesen und ihre Lesegewohnheiten getestet. Die Forscher schauen dabei auch auf das Umfeld der Kinder: Welchen sozialen Hintergrund haben die Eltern? Wie viele Bücher gibt es im Haushalt?

Die wichtigsten Ergebnisse

- Die **Leseleistungen der Viertklässlerinnen und Viertklässler** in Deutsch-

land haben sich gegenüber der ersten Erhebung (2001: 539 Punkte) nicht signifikant verändert (2016: 537 Punkte). Sie liegen über dem internationalen Mittelwert (521 Punkte), im Bereich des EU- (540 Punkte) und OECD-Durchschnitts (541 Punkte). Während 2001 nur vier Staaten signifikant höhere Leistungsmittelwerte als Deutschland erzielten, waren es 2016 jedoch zwanzig.

- Der **Anteil der im Lesen leistungsstarken Schülerinnen und Schüler** (Kompetenzstufe V) in Deutschland ist von 8,6 % (2001) deutlich auf 11,1 % im Jahr 2016 gestiegen. Ebenfalls gestiegen ist allerdings auch der Anteil der im Lesen leistungsschwachen Viertklässlerinnen und Viertklässler (unter Kompetenzstufe III: 2001: 16,9 %; 2016: 18,9 %).
- Die meisten Viertklässlerinnen und Viertklässler in Deutschland verfügen über eine hohe **Lesemotivation**, die jedoch im Vergleich zu 2001 und insbesondere bei den leistungsschwachen Kindern etwas geringer ausgeprägt ist.
- Der **Leistungsvorsprung der Mädchen** gegenüber den Jungen beträgt in Deutschland insgesamt 11 Punkte und ist im internationalen Vergleich eher klein. Die geschlechtsspezifischen Unterschiede zugunsten der

Mädchen haben sich seit 2001 kaum geändert. Dies gilt neben Deutschland für fast alle Teilnehmerstaaten.

- Gemessen an der Anzahl der Bücher im Haushalt und dem Berufsstatus der Eltern gehört Deutschland weiterhin zu den Staaten, in denen die **sozialbedingten Leistungsunterschiede** am höchsten ausfallen.
- Da sowohl Kinder ohne Migrationshintergrund als auch Kinder mit Migrationshintergrund bessere Leistungen erzielen, haben sich die migrationsbedingten Unterschiede seit 2001 kaum verändert. 2016 entspricht der Leistungsunterschied von Kindern mit **Migrationshintergrund** in etwa dem Lernzuwachs eines halben (24 Punkte; ein Elternteil im Ausland geboren) bzw. eines ganzen Schuljahres (48 Punkte; beide Elternteile im Ausland geboren). (..)

Bildungspolitische Folgerungen

Die Ergebnisse der Studie unterstreichen ein weiteres Mal die **Bedeutung von Maßnahmen der Sprachförderung**, die im schulischen und vorschulischen Bereich weiter zu intensivieren sind. Lesen muss als Querschnittsaufgabe aller Schulfächer – auch noch in der Sekundarstufe I – verstanden werden. Die zuneh-

mende Heterogenität der Schülerschaft macht es unabdingbar, alle Schülerinnen und Schüler bestmöglich individuell zu unterstützen. Dabei bedarf es einer gezielten Förderung von Schülerinnen und Schülern mit besonderen Schwierigkeiten im Lesen. Gleichzeitig darf auch die Leistungsspitze nicht aus dem Blick geraten. Für den Umgang mit der zunehmenden Vielfalt im Klassenzimmer brauchen Lehrkräfte spezielle didaktische und diagnostische Kompetenzen, die verstärkt nicht nur in der Ausbildung, sondern auch in der Fortbildung vermittelt werden müssen. (...)

Anmerkung Dr. Hartmann:

Der BVKJ ist seit vielen Jahren engagierter Partner der **Stiftung Lesen**. Die Lesestart-Pakete 1, 2 und 3 werden kostenlos in pädiatrischen Praxen an die Eltern ausgegeben. (<https://www.lesestart.de/>)

Die gemeinsame Initiative von Stiftung Lesen und Stiftung „Haus der kleinen Forscher“, gefördert von der Dieter Schwarz Stiftung, unterstützt Lehrkräfte der Klassen 3 und 4 ab August 2020 mit einem neuen Kindermagazin, das Schülerinnen und Schüler zum Lesen spannender Geschichten und Artikel aus der MINT-Welt sowie zum Erforschen von Phänomenen aus Natur und Technik anregt. Ein Thema für die U11.

Sonderauswertung der IGLU-Studie Jedes fünfte Kind kommt hungrig zur Schule (Quelle: SPIEGEL Online)

Tausende Kinder sitzen hierzulande hungrig im Klassenraum, hat eine Sonderauswertung der letzten IGLU-Studie ergeben. Auch die schulischen Leistungen leiden darunter.

Jedes zehnte Kind in Deutschland sitzt täglich mit knurrendem Magen im Unterricht. Das hat eine Sonderauswertung von Daten der internationalen Lesestudie IGLU unter Schülerinnen und Schülern der vierten Klassen ergeben.

Weitere zwölf Prozent der befragten Kinder gaben an, „fast jeden Tag“ hungrig zur Schule zu kommen. Bei gut einem Fünftel kommt es nach eigenen Angaben immerhin „an einigen Tagen“ vor, dass sie sich im Unterricht nicht ausreichend satt fühlen.

Wer Hunger hat, schneidet im Schnitt schlechter bei den schulischen Leistungen ab. Auch das zeigt sich in den IGLU-Daten. Kinder, die regelmäßig hungrig zur Schule kamen, erreichten in Deutschland durchschnittlich 517 Punkte im Lesetest. Kinder, die nach eigenen Angaben immer ausreichend gegessen hatten, schnitten mit 556 Punkten deutlich besser ab.

Bleiben Schulen geschlossen, trifft das diese Kinder besonders hart.

„Diesen Zusammenhang zwischen Hunger und schlechteren Leseleistungen beobachten wir in allen Ländern, die an der Studie teilgenommen haben“, sagt Dirk Hastedt, Geschäftsführer des internationalen Forschungsinstituts IEA (International Association for the Evaluation of Educational Achievement), das die IGLU-Studien seit 2001 alle fünf Jahre durchführt.

Rund 45 Prozent aller Schulen, die an der Befragung teilnahmen, böten ein kostenloses Mittagessen für bedürftige Kinder an, sagt Hastedt. „Die aktuellen Schulschließungen durch das Coronavirus werden diese Kinder vermutlich besonders empfindlich treffen, weil sie auf die Verpflegung in den Bildungseinrichtungen angewiesen sind.“

Die Sonderauswertung bezieht sich auf Daten, die im Jahr 2016 gesammelt und 2017 veröffentlicht wurden. Die Wissenschaftler befragten dazu Zehnjährige in 47 Ländern. In Deutschland gingen die Forscher an 208 Grund- und Förderschulen und testeten dort insgesamt 4277 Viertklässler. Zudem waren rund 3000 Eltern, 200 Deutschlehrkräfte und 190 Schulleitungen an der Untersuchung beteiligt.

Links:

<https://bit.ly/2MobPEM>

<https://bit.ly/2ywZlKt>

<https://bit.ly/2Xw8nqJ>

<https://bit.ly/2X3ysyu>

<https://www.stiftunglesen.de>



Zusammenstellung:

Dr. Wolfram Hartmann

57223 Kreuztal

E-Mail:

dr.wolfram.hartmann@uminfo.de

Im Spiegel der Presse:

„Staatlich angeordnete Vernachlässigung“

Kölfen spricht für Kinderärzte bundesweit“, der Hinweis war am 25. April 2020 auf der zweiten Seite in der Rheinischen Post zu finden. Der Chefarzt der Kinderklinik der Städtischen Kliniken Mönchengladbach stand hier in gleich dreifacher Funktion Rede und Antwort: als Leiter der Pädiatrie, als Vorsitzender des Verbands Leitender Kinderärzte Deutschlands und ganz besonders als Vize-Präsident des BVKJ.

Bereits im April sprach er ein Problem an, das im Mai mehr und mehr ans Tageslicht kam: die zunehmende **Gewalt gegen Kinder in Zeiten der häuslichen Isolierung**. „Normalerweise werden Kinder auch außerhalb der Familien von vielen Menschen gesehen. Das fällt nun aus. Und damit das **Frühwarnsystem**, das wir aufgebaut haben. Da guckt keiner mehr, ob da blaue Flecken sind oder Schrammen. (...) Deshalb machen wir uns in Bezug auf Kindesmisshandlung und -vernachlässigung große Sorgen. (...) Das Zusammenleben auf engem Raum ist extrem, es steigert die Aggressionen.“

Im Gespräch mit Jörg Insinghaus forderte er „einen **Schutzschirm für Kinder** in dem Sinne, dass man sie nicht wegsperrt ohne eine Perspektive.“ Sein Fazit „Das ist doch staatlich verordnete Kindesvernachlässigung.“ wurde vom Redakteur in die Überschrift zum

Artikel gesetzt. Und erregte damit sehr viel Aufsehen bei den Kolleginnen und Kollegen der Presse. Eine Kurzsrecherche zeigte, dass Professor Wolfgang Kölfen mit seinem Statement in mehr als 30 unterschiedlichen Medien zitiert wurde. Der **Bayerische Rundfunk** war ebenso dabei wie der **WDR, Radio Bremen, die Deutsche Welle und RTL**. Bei den Tageszeitungen wurde das Thema von der **Berliner Zeitung** ebenso aufgenommen wie von der **Süddeutschen Zeitung**, der **taz**, der **Augsburger Allgemeinen** und dem **Tagesspiegel**. Selbst eine der meistgelesenen Zeitungen Österreichs, der **KURIER**, brachte noch am gleichen Tag einen Artikel unter dem Titel „Deutscher Kinderarzt warnt“. Online sorgten das Ärzteportal **esatum.de**, **krankenassen.de**, **news4teacher.de** und selbst **wirtschaft.com** oder **finanznachrichten.de** für weitere Verbreitung.

Durch Verschleppung zu Komplikationen

Neben der „staatlich angeordneten Vernachlässigung“ widmeten sich zahlreiche Pressorgane auch dem zweiten Schwerpunkt des Interviews: der **sinkenden Zahl junger Patienten** durch die Corona-Krise. Dazu hatte der Wolfgang Kölfen im Interview erklärt, dass sowohl in den Kliniken als auch in den Praxen die **Besuche rapide zurück gegangen** seien – teilweise um mehr als 50 Prozent. Dazu der Vize-Präsident des BVKJ im Interview: „Wir müssen davon ausge-



hen, dass die chronisch kranken Kinder genauso krank sind wie sonst um diese Jahreszeit. (...) Diese Patienten werden momentan nicht gezeigt, und **wenn sie kommen, dann häufig sehr spät**. (...) Viele Eltern haben Angst vor Ansteckung oder nehmen die kindlichen Beschwerden nicht so ernst wie sonst.“ Durch die Verschleppung komme es häufig zu Komplikationen: „Das hätte man vermeiden können.“

Als ca. 14 Tage nach dem Interview durch die Heidelberger Gewaltambulanz Meldungen über einen Anstieg der Gewalt gegen Kinder in die Presse gelangten, wurden die Statements des BVKJ wieder zitiert. Neben anderen Presseorganen fasste **RTL** am 5. Mai Teile des Artikels aus der Rheinischen Post zusammen: „Auch der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte dringt auf die **Öffnung der Kitas**. Sie gehörten zum **lebensnotwendigen Alarmsystem** für die Kinder. Es brauche Beweise, dass Kinder als Überträger des Virus eine Gefahr für andere Menschen seien. Ansonsten sei der elementare Eingriff in die Entwicklung der Kinder und ihre psychische Gesundheit **nicht mehr länger hinnehmbar**, sagte Verbandsvicepräsident Wolfgang Kölfen.“

Recherchen und Text: cb



Bericht der Preisträgerin 2020 „Pädiater in Krisengebieten“ über ihre Arbeit



Dr. Monika Golembiewski

Motivation

Als junge Kinderärztin spürte ich, angetrieben durch das Vorbild von Albert Schweitzer und Mutter Teresa in Kalkutta, immer stärker den Wunsch, in Indien für Kinder medizinisch tätig zu werden.

Ich traf dann den deutschen Schriftsteller Martin Kämpchen, der in Westbengalen eine Abendschule in einem Adivasidorf der Santals eingerichtet hatte und mir erzählte, dass sie dort keinen Arzt haben und mich bat: „Komm doch mal!“ Dies stieß bei mir auf offene Ohren und ein offenes Herz, und nachdem meine Familie, mein Mann, die beiden Söhne und die Gemeinschaftspraxis grünes Licht gaben, reiste ich 1994 erstmals nach Kalkutta und von dort mit dem Zug nach Santiniketan in Westbengalen.

Erste Eindrücke

Mit einem Ochsenskarren wurde ich in ein Santaldorf gebracht und blieb dort 4 Wochen, wie auf einer Insel - ohne Telefon, Handy, Strom oder Fahrrad. Ich lebte wie sie in einer Lehmhütte und lernte die Santals kennen und lieben, und auch sie haben mich als einen dazu gehörenden Dorfbewohner angenommen. Ich behandelte die ausgefallenen Krankheiten mit Medikamenten, die ich in meinem Koffer mitgebracht hatte.

Weiterer Ausbau der Arbeit

Dieses Freundschaftsband wuchs immer fester, so dass ich jedes Jahr in meinen Ferien dorthin fuhr und dann die ersten Projekte begann mit Verarbeitung von Heilpflanzen und hygienischen Verbesserungen und Schulung der Mütter. Bald kamen unser Sohn Nico und Freundin Silvia für ein Auslandssemester dazu, um zu sehen, was die Mutter dort leistete. Wir begannen die ersten Ernährungsprogramme für die mangelernährten Kinder und schulten Dorfhelfer in Erste Hilfe. Die jungen Studenten bauten einen Lehmofen, backten Brot mit Karotten, Nüssen und Datteln, um die Ernährung der Kinder, die gewöhnlich nur aus einer Reismahlzeit bestand, anzureichern. Diese beiden haben dann auch ihr Herz an die Santals verloren und kamen die nächsten Jahre regelmäßig mit nach Indien.



Abb. 1: Santaldorf: Tier und Mensch leben zusammen in einer Lehmhütte (vor 25 Jahren)



Abb. 2: Kinderuntersuchung im Dorf



Abb. 3: Dorfbäckerei-Brot mit Datteln, Karotten und Erdnüssen zur Bekämpfung von Vitaminmangel



Abb. 4: Patient mit Verbrennung am Unterschenkel, superinfiziert durch lokale Lehmauflage ... Versorgung im Dorf ... Ausheilung



Abb. 5: Dorfbesuche – Dr. Monika mit Schwiegertochter Silvia und Mitarbeiter und Medikamententaschen von Dorf zu Dorf zur medizinischen Versorgung



Abb. 6: Kinder ganztags allein zuhause in der Hütte ohne Essen und Aufsicht, während Eltern auf dem Feld arbeiten. Das Ältere passt auf die Jüngeren auf.

Bau eines Krankenhauses

Die Erfahrungen im Dorf mit einer hohen Mortalitätsrate von Müttern und Kindern wie Tetanuserkrankung der Neugeborenen, und Verbrennungen, die unbehandelt blieben, als auch schwere



Abb. 7: Erste Planungen eines Krankenhauses mit einer indischen Ärztin, Ordensfrau (Karmelitin), da Santals keinen Zugang zur medizinischen Versorgung in der Stadt haben.

Tuberkulosefälle, die unerkannt blieben, ließen den Wunsch aufkommen, ein Krankenhaus für sie zu bauen. Beseelt von diesem Wunsch, erklärte ich dies einer ansässigen Nonne, auch Ärztin, die zugab, den gleichen Wunsch zu haben, jedoch kein Geld. Der Bauplan sei eigentlich schon fertig. Also haben wir dann - eine Nonne, eine Kinderärztin und zwei Studenten (Ingenieur/Entwicklungsökonomie) das Krankenhaus geplant und in Deutschland Sponsoren gesucht.

Wir gründeten einen Verein „Shining Eyes“ in Deutschland und begannen zu bauen. Bereits nach einem Jahr konnten wir das Erdgeschoß einweihen. Mittlerweile ist das Krankenhaus seit 9 Jahren mit 40 Betten in Betrieb und wir können TB Kinder, mangelernährte Kinder, Kinder mit Infektionskrankheiten behandeln. Es berührt mich immer wieder tief, zu sehen, wie todgeweihte Kinder nach einer Therapie plötzlich munter im Gang herumspringen.

Ausbau regionaler Gesundheitsvorsorge

Wir arbeiten auch präventiv, mit Schwangerenvorsorge, Krebsvorsorge und Vorsorgen der Säuglinge. In 33 Dörfern führen wir Gesundheits- und Ernährungsprogramme durch, mit regelmäßigen ärztlichen Untersuchungen, Messungen von Gewicht- Länge- MUAC und Hämoglobin.

In unserem Krankenhaus stellen wir eine Getreidebrei-Pulver-Mischung her und verteilen diese an die mangelernährten Kinder. 33 Dorfhelfer werden wöchentlich geschult und betreuen die Schwangeren und Kinder im Dorf und bringen die Kranken ins Krankenhaus. In den Dörfern werden für die Familien Gemüse-Obstgärten angelegt, so dass die Ernährung auf natürliche Weise angereichert wird. Wir betreuen in jedem Dorfe Schwangeren und Kinder unter 4 Jahren mit unserem Ernährungs-Gesundheitsprogramm. Dadurch konnten wir bei den Kindern die Anämierate von ca.

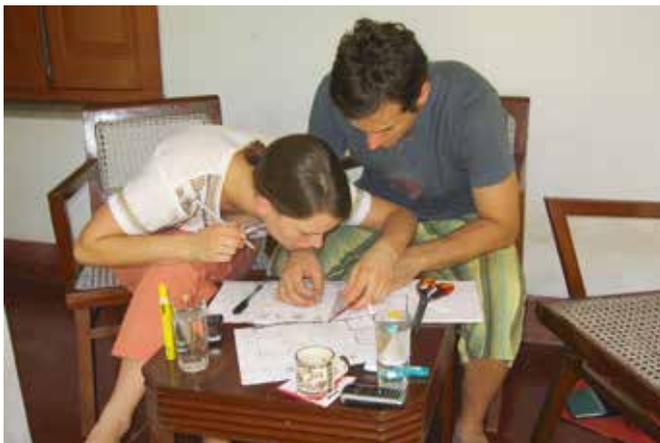


Abb. 8: Sohn Nico und Schwiegertochter Silvi arbeiten den Bauplan mit aus, der vonseiten der Ordensfrau schon anskizziert war.



Abb. 9: Stein auf Stein wird gebaut und muss überwacht werden, dass die kostbaren Baumaterialien nicht gestohlen werden.



Abb. 10: Nach 11 Monaten Bau kann der erste Stock eingeweiht werden und ein Jahr später das 2. Stockwerk. 40 Betten für Kinder und Mütter.



Abb. 11: Neugeborenen-Vorsorge in der Ambulanz



Abb. 12: Längenmessung im Dorf durch Sozialarbeiterin



Abb. 13: Dorfsprechstunde



Abb. 14: Plakat: gesunde Ernährung: kleinere Portion Reis, dafür mehr mit Linsen, Spinat, Ei, Moringablättern, Sojabällchen, Früchte, Kürbis aus den lokalen Ressourcen



Abb. 15: Speisung der Kinder



Abb. 16: Anlegen eines Gemüsegartens im Dorf



Abb. 17: Mangelernährtes Kind, untergewichtig (1.100 g bei Geburt)

85 % bis auf 25 % nach einem Jahr senken. Unserem Krankenhaus St. Mary haben sich lokale Ärzte angeschlossen: Pädiater, Allgemeinärzte, ein Kinderneurologe, ein Kardiologe und Gynäkologe und auch ein Zahnarzt. Täglich haben wir eine Ambulanz offen und können diagnostisch mit Labor,

Röntgen, Sonographie, EKG, EEG einfache Untersuchungen durchführen. Durch die Mangelernährung, gibt es gehäuft Herzfehler und Nierenerkrankungen. Wir haben eine hohe Rate an nicht-pulmonalen TB Erkrankungen bei Kindern (Knochen-Abdomen-Gehirnhaut TB).

Die Not besteht in der Mangelernährung der Mütter und Kinder und den schwer verlaufenden Infekten (Pneumonien, Typhus, Dengue-Fieber, Durchfallerkrankungen, Hautinfektionen). Die Santals kommen zu uns und nehmen die Hilfe dankbar an.



Abb. 18: Kängerooing Anleitung der Mutter



Abb. 19: Trinkschwäche, abgepumpte Muttermilch wird mit einem kleinen Löffelchen in kleinen Portionen stündlich dem Kind eingeflößt



Abb. 20: 7-jähriges Kind mit Bauchtuberkulose, abgemagert, schwerstkrank



Abb. 21: Ausheilung desselben Kindes nach antituberkulöser Therapie in unserem Krankenhaus.

Dankbarkeit

Ich bin tief dankbar für diese Arbeit und weiß uns unter dem Segen Gottes, der diese Berufung mir ins Herz legte und täglich uns begleitet in seiner Kraft, die wir alle spüren dürfen und uns Vertrauen und Sicherheit gibt.

Korrespondenzanschrift:

Dr. Monika Golembiewski
 Buchernstr. 5-2
 74223 Flein
 E-Mail: monika.golembiewski@gmx.de
 www.shiningeyes.de

Spendenkonto IBAN:

DE09 1203 0000 1001 3361 12

Red.: WH

Zahlen, Daten, Fakten:

Die Polizeiliche Kriminalstatistik 2019

Am 11. Mai – also mitten in der Corona-Krise – trat Holger Münch, Präsident des Bundeskriminalamtes – vor die Kameras und präsentierte die „Zahlen kindlicher Gewaltopfer“ des Jahres 2019. Auch wenn das vorige Jahr im Mittelpunkt stand, widmete er sich auch dem Thema „Innerfamiliäre häusliche Gewalt im Zusammenhang mit Corona“. Hier eine Zusammenfassung seines Berichtes.



Seit 2014 ist Holger Münch Präsident des Bundeskriminalamtes.



in 2018 auf 15.701 (+ 9 Prozent) sowie die Zahl der **Opfer von Vergewaltigung und Nötigung** von 196 in 2018 auf 235 (+ 20 Prozent).“

Erschütternd ist der steile Anstieg der Zahlen im Bereich **Herstellung, Besitz und Verbreitung von Kinderpornografie**: „Im Jahr 2019 wurden 12.262 Fälle (2018: 7.449) ... in der PKS erfasst. Das entspricht einem **Zuwachs von fast 65 Prozent** im Vergleich zum Vorjahr.“ Münch mahnt, sich stets vor Augen zu halten, „dass hinter jedem ins Internet eingestellten Material der reale Missbrauch eines Kindes steht“.

Er führt das brisante Thema weiter aus: „Hierzu ist anzumerken, dass **Jugendliche und junge Erwachsene** immer häufiger **kinderpornografische Videos** per Messenger Dienste, z.B. WhatsApp, Facebook etc., **untereinander austauschen**: allerdings oft nicht aus pädosexuellen Motiven, sondern ohne sich offenbar ausreichende Gedanken über den kinderpornografischen Charakter der geteilten Dateien und die strafrechtlichen Folgen zu machen.“

©_Alicja_/Pixabay

Zu den schlimmsten Fällen nannte das BKA für 2019 folgende Zahlen: „Im vergangenen Jahr wurde **112** (2018: 136) **Kinder Opfer eines vollendeten Tötungsdelikts**. Die PKS (Polizeiliche Kriminalstatistik) dokumentiert 46 (2018: 70) vorsätzliche und 66 (2018: 66) fahrlässige Tötungen. Der überwiegende Teil der Opfer, nämlich 93 (2018: 108) Kinder, war **jünger als sechs Jahre**.“

Bei den Misshandlungen von Kindern unterscheidet die PKS zwischen „vollendeten“ und „versuchten“ Taten. Notiert wurden für 2019 4.055 vollendete und 45 versuchte Übergriffe. Die Summe von 4.100 Straftaten lag nur knappe 2 % unter der von 2018. Münch wies darauf hin,

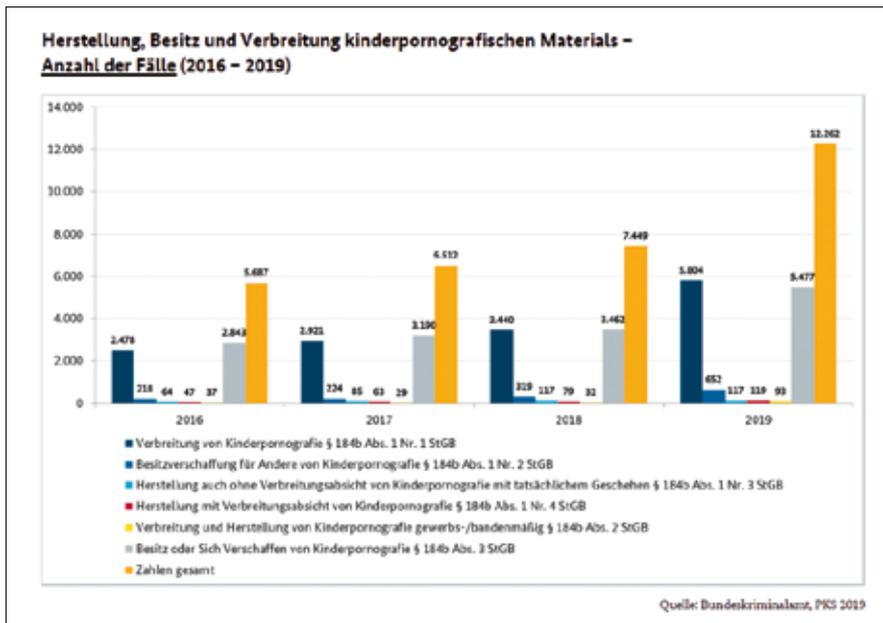
dass die Zahl **bereits seit 2011 auf diesem hohen Niveau liegt, also zumeist über 4.000**.

Sexuelle Übergriffe

Bedenklich ist auch der Anstieg der sexuellen Gewalt und des sexuellen Missbrauchs: „2019 stieg die Zahl der Kinder, die als Opfer von sexueller Gewalt (einschl. Versuche) registriert wurden, sogar um **9 Prozent gegenüber dem Vorjahr** auf 15.936 (2018: 14.606). Das bedeutet, dass 2019 **jeden Tag durchschnittlich 43 Kinder Opfer von sexueller Gewalt** wurden. Gestiegen ist auch die Zahl der Opfer sexuellen Missbrauchs von 14.410

Verstärkte Aufklärung

Der Leiter des BKA relativiert die Zahlenexplosion im Hinblick auf eine Verstärkung in der Aufklärung: „Der Hauptgrund für den starken Anstieg ist: Die Bundesländer haben sich auf den höheren Eingang besser eingestellt. Die PKS ist eine Ausgangsstatistik und zeigt, was wirklich im letzten Jahr bearbeitet werden konnte. (...) Wir haben unser **Personal im Bereich der Bekämpfung der Kinderpornografie** seit 2016 um ein **Drittel erhöht** und arbeiten permanent an neuen technischen Verfahren zur Informationsgewinnung und -auswertung.“ Im März



2020 ist zudem eine Gesetzesänderung in Kraft getreten, mit der auch der **Versuch des Cybergroomings unter Strafe gestellt** wird. „Damit sind jetzt auch die Fälle strafrechtlich erfasst, in denen der Täter glaubt, auf ein Kind einzuwirken, tatsächlich aber mit einem Erwachsenen kommuniziert – zum Beispiel mit einem verdeckten polizeilichen Ermittler.“ Ein weiteres Mittel zu Bekämpfung von Kinderpornografie und zur Aufhellung des Dunkelfeldes.

Aktuelle Lage

Mit Sorge blickt Holger Münch auf das aktuelle **innerfamiliäre häusliche Umfeld** in Zeiten der Krise: „Eine Zunahme von Gewalt ... lässt sich in polizeilichen Hellfelddaten aktuell nicht erkennen. Allerdings ist diese Datenlage mit großer Vorsicht zu interpretieren. Das Dunkelfeld ist groß, und wir wissen nicht, ob die Corona-Beschränkungen zu einer weiteren Vergrößerung führen.“

Corona ist eine Ausnahmesituation für alle Familien. Die räumliche Beengtheit, Existenzängste und familiäre Spannungen können dazu beitragen, dass Konflikte im Haus eskalieren. Wenn **Täter und Opfer kontinuierlich daheim** sind, bestehen für die Kinder nur sehr eingeschränkte Möglichkeiten, unbemerkt auf Gewalterfahrung aufmerksam zu machen, Anzeige zu erstatten und Hilfe von außen zu erhalten. Zudem fehlen die normalerweise **entscheidenden Hinweis- und Unterstützungsgeber** im sozialen Umfeld der Kinder, wie beispielsweise Erzieher, Lehrer oder Kinderärzte.“

Sein Fazit verbindet der Leiter des BKA mit einem Aufruf: „Deshalb gilt es – insbesondere in Zeiten von Corona, aber auch darüber hinaus – wachsam zu sein und Verantwortung zu übernehmen. Jeder, der auf strafbare Handlungen an Kindern aufmerksam wird, sollte nicht zögern und Strafanzeige erstatten. Unsere Kinder müssen wir für mögliche Gefahren sensibilisieren und zu einem sicherheitsbewussten Umgang mit dem Internet anleiten. Auch hierbei ist jeder Einzelne von uns gefordert.“

Red.: cb

„Herzliche Glückwünsche, Dr. Hartmann!“

Diesen Ehrentag hat er sich wahrscheinlich anders vorgestellt: Am 21. Juni 2020 wird der ehemalige Präsident, Ehrenpräsident und Chefredakteur des KJA 75 Jahre alt. Dass auch der BVKJ seine Feier zum 50. Geburtstag bedingt durch Corona um ein Jahr verschieben muss, ist da nur ein kleiner Trost. Woran der Virus jedoch niemanden hindern kann: Wolfram Hartmann ganz herzlich zu gratulieren und seine Lebensleistung zu würdigen.



Mit dem zweiten Punkt möchte die Redaktion beginnen und blickt deshalb auf **75 arbeits-, aber auch erfolgreiche Jahre** zurück: Geboren wurde Wolfram Hartmann in Siegen, sein Studium absolvierte er in Marburg, wo er 1974 seine Promotion ablegte. Die pädiatrische Ausbildung erfolgte an der DRK-Kinderklinik Siegen in den Bereichen Allgemeine Pädiatrie, Kinderchirurgie, Neuropädiatrie, Neonatologie, Intensivmedizin und Sozialpädiatrie. 1979 eröffnete er seine eigene Praxis in Kreuztal. Am **1. Juli 2010 wechselte er in den „Ruhestand“**.



Ein Wort, dass im Hinblick auf seine zahlreichen Tätigkeiten eher belustigend klingt. Denn **bis zum 31. Oktober 2015 war Wolfram Hartmann Präsident des BVKJ**. Ein Amt, das er bereits seit 2003 innehatte, in das er also insgesamt **dreimal gewählt** wurde. Bereits seit 1980 war er im Verband ehrenamtlich tätig, von 1991 an Vorstandsmitglied, ab 1993 Vorsitzen-

der des Honorarausschusses. Für seine Arbeit erhielt er **im Juni 2000 den August Steffen-Preis**. Hier ein Auszug aus der Laudatio:



„Dr. Hartmann ist einer der wenigen Kollegen, die sich in dem verwirrenden Geflecht von ständig neuen und geänderten Abrechnungsbedingungen zurechtfinden. Er verfügt über **großartige didaktische Fähigkeiten**, diese außerordentlich komplizierte Materie den Verbandsmitgliedern verständlich zu machen. Er hat mit seinem bewundernswerten Arbeitspensum und seiner erfolgreichen Tätigkeit **zur Solidarität der Mitglieder beigetragen**. Dafür schulden wir ihm großen Dank.“

Das **„bewundernswerte Arbeitspensum“** legte er sowohl als niedergelas-

sener Arzt („14 bis 16 Stunden pro Tag“) wie auch als Verbandspräsident („mit Beharrlichkeit für seine Ideen eingesetzt“) an den Tag. Dabei lagen ihm stets „vergessenen Kinder“ aus bildungsfernen Familien am Herzen. Das drang bis in hohe politische Kreise vor: Am 30. September 2016 wurde Wolfram Hartmann für sein außergewöhnliches Engagement als „Lobbyist für das Kindeswohl“ **mit dem Bundesverdienstkreuz am Bande ausgezeichnet!**

Trotz doppeltem „Ruhestand“ trat er am **1. November 2015** die nächste große Aufgabe an: **Leitender Redakteur des KJA**. Auch die erfüllt er wieder mit der von ihm bekannten und geschätzten Inbrunst, Zuverlässigkeit und Weitsicht. Oder anders ausgedrückt: **Auch hier hält er den Laden zusammen!**

Dafür möchten sich das Präsidium des BVKJ, die Autoren, Redakteure sowie der Verlag und alle weiteren am Heft beteiligten Mitarbeiter **ganz herzlich bedanken**. Und dabei einen Blick in die Zukunft werfen: Nach unseren Recherchen werden die Präsidenten des BVKJ für ihr großes Engagement mit **einer langen Lebensdauer belohnt**. Folgen Sie am besten dem Vorbild von Dr. Werner Schmidt, der im Mai seinen 92. Geburtstag begangen hat – feiern ist ja nur sehr eingeschränkt möglich. Deshalb ein zweiter Vorschlag: Holen Sie Ihr Fest im kommenden Jahr einfach **unter dem Motto „75 + 1“** nach.

Bis dahin wünschen wir Ihnen alles Gute und ganz viel Gesundheit, damit Sie uns noch lange erhalten bleiben!!!

Red.: cb

Perspektivwechsel

In Nachrichten und Sonder-sendungen sind immer wieder Statements von Politikern und Experten unterschiedlicher Bereiche zu den Aussagen der Virologen zu hören. Auf der Internetplattform „forschung-und-lehre.de“ des Deutschen Hochschulbundes wurde Mitte Mai nun eine Umfrage veröffentlicht, in der sich 178 Experten aus der Virologie, Immunologie, Hygiene, inneren Medizin und Intensivmedizin zur „Angemessenheit der Corona-Schutzmaßnahmen“ geäußert haben. „Demnach sehen aktuell rund 77 Prozent der Befragten die Einschränkungen der Bewegungs- und Versammlungsfreiheit sowie die Kontaktverbote als eher ver-



hältnismäßig an. Besonders das Verbot von Großveranstaltungen halte die überwiegende Mehrheit der Befragten (89 Prozent) für sinnvoll.“

Das öffentliche Leben nun wiederherzustellen, dem stimmen nunmehr 63 Prozent zu: im Monat zuvor waren es nur 17 Prozent. Als Begründung wurde die Anzahl der Neuinfektionen, die Verfügbarkeit von Beatmungsgeräten, Intensivbetten und Schutzkleidung sowie die Reproduktionszahl für den Sinneswandel der Wissenschaftler angegeben.

Die gesamte Auswertung finden Sie unter <https://www.forschung-und-lehre.de/politik/virologen-groesstenteils-einig-ueber-corona-massnahmen-2775/>

Recherche und Red.: cb

Geburtstage im Juli 2020

Sollte ein Mitglied nicht wünschen, dass sein Geburtstag in der Gratulationsliste erwähnt wird, bitten wir um rechtzeitige Nachricht. (4 Monate vor dem Geburtstag)
Gerne per E-Mail an: bvkj.buero@uminfo.de oder per Post an BVKJ Mielenforsterstraße 2, 51069 Köln

65. Geburtstag

Herr Dr. med. **Christoph Schröder**, Lüneburg, am 02.07.1955
Herr Dr. med. **Stephan Hoppe**, Neustrelitz, am 03.07.1955
Frau **Christel Harter**, Blausein, am 04.07.1955
Frau **Regine Donat-Riggert**, Hamburg, am 04.07.1955
Herr Dr. med. **Georg Bingel**, Seevetal, am 07.07.1955
Herr Dr. med. **Stefan Renz**, Hamburg, am 08.07.1955
Frau Dr. med. **Claudia Schnur**, Kaufungen, am 10.07.1955
Frau **Maria Janus-Schliwa**, Rheurdt, am 15.07.1955
Frau Dr. med. **Claudia Prokop**, Köthen, am 16.07.1955
Frau **Kerstin Noetzel**, Hamburg, am 19.07.1955
Herr MUDr. **Gunther Tittel**, Rabenau, am 22.07.1955
Frau Dr. med. **Heidi John-Wagenmann**, Stuttgart, am 23.07.1955
Herr Dr. med. **Martin Wilken**, Naila, am 26.07.1955
Frau Dr. med. **Sigrid Bitsch**, Merzig, am 26.07.1955
Herr Dr. med. **Peter Hußlein**, Traunstein, am 28.07.1955
Frau Dr. med. **Elke Siegert**, Dresden, am 30.07.1955

70. Geburtstag

Herr Dr. med. **Hans-J. Nöller**, Mühlheim, am 03.07.1950
Frau Dr. med. **Margit Csorba**, Freiburg, am 03.07.1950
Herr Dr. med. **Alfons Ziegler**, Augsburg, am 06.07.1950
Herr Dr. med. **Eberhard Maaß**, Asperg, am 11.07.1950
Frau Dipl.-Med. **Marlo-Ilona Schmiegel**, Berlin, am 11.07.1950
Herr Dr. med. **Konrad Selke**, Köln, am 13.07.1950
Frau Dr. med. **Berta-Margareta Riedl**, Luhe Wildenau, am 16.07.1950
Herr Dr. med. **Ullrich Zimmermann**, Kaltennordheim, am 17.07.1950
Herr Dipl.-Med. **Günter Schössow**, Zschopau, am 22.07.1950
Herr Dr. med. **Martin Enders-Comberg**, Neunkirchen, am 29.07.1950

75. Geburtstag

Herr Dr. med. **Borries Graf zu Castell**, Kaufering, am 13.07.1945
Herr Dr. med. **Carl Dietrich Adam**, Passau, am 14.07.1945
Herr Dr. med. **Günter Auerswald**, Bremen, am 20.07.1945
Herr Dr. med. **Dirk Buschatz**, Datteln, am 20.07.1945
Herr Prof. Dr. med. **Ulrich Wahn**, Kleinmachnow, am 21.07.1945
Herr **Ahmed El-Bennich**, Pirmasens, am 23.07.1945
Herr Prof. Dr. med. **Volker Klingmüller**, Gießen, am 26.07.1945

80. Geburtstag und älter

Herr Dr. med. **Volker Siller**, Aachen, am 31.07.1940
Herr Dr. med. **Michael Ridderskamp**, Meppen, am 08.07.1940
Herr Dr. med. **Hadi Jawad**, Paderborn, am 03.07.1940
Herr Dr. med. **Peter Kadelbach**, Hannover, am 01.07.1940
Herr Dr. med. **Digambar Bidde**, Nordenham, am 25.07.1939
Herr Dr. med. **Wolfgang Pintgen**, Geretsried, am 24.07.1939
Frau Dr. med. **Edith Wollgast**, Dresden, am 19.07.1939
Frau Dr. med. **Dorothee Flessa**, Erlangen, am 17.07.1939

Herr Dr. med. **Klaus Dvorak**, Nordhausen, am 17.07.1939
Herr Dr. med. **Ismat Al-Rebaie**, Weilburg, am 14.07.1939
Herr Dr. med. **Gerhard Thomas**, München, am 05.07.1939
Herr Dr. med. **Klaus Hofmann**, Lichtenau, am 05.07.1939
Frau Dr. med. **Ebba Müller**, Mühlhausen, am 03.07.1939
Frau **Inge Doehner**, Chemnitz, am 01.07.1939
Frau Dr. med. **Ines Menning**, Berlin, am 30.07.1938
Frau Dr. med. **Mathilde Vortisch**, Berlin, am 29.07.1938
Frau Dr. med. **Gertrud Giffels**, St. Augustin, am 24.07.1938
Frau Dr. med. **Helene Schreiber**, Erfurt-Urbich, am 17.07.1938
Herr Dr. med. **Volker Noll**, Weissach, am 14.07.1938
Frau Dr. med. **Karin Hahn-Müther**, Ratzeburg, am 08.07.1938
Herr Dr. med. **Sirus Moradof**, Maintal, am 05.07.1938
Herr Dr. med. **Alex Walter**, Braunschweig, am 03.07.1938
Herr Dr. med. **Burkhard Pauka**, Seevetal-Woxdorf, am 18.07.1937
Herr Dr. med. **Eberhard Grütte**, Bassum, am 16.07.1937
Herr Dr. med. **Lothar Biskup**, Neuss, am 14.07.1937
Herr Dr. med. **Rolf Lück**, Crailsheim, am 26.07.1936
Herr Dr. med. **Franz H. Dormann**, Neuhausen, am 21.07.1936
Frau Dr. med. **Gabriele Uhlemann**, Chemnitz, am 14.07.1936
Frau Dr. med. **Gisela Bisping**, Essen, am 06.07.1936
Herr Dr. med. **Lutz Breuer**, Velbert, am 26.07.1935
Frau Dr. med. **Gertraud Donders**, Ebersbach, am 24.07.1935
Frau Dr. med. **Gerda Mittermaier**, Dossenheim, am 08.07.1935
Frau SR Dr. med. **Dorothea Schumann**, Erfurt, am 03.07.1935
Herr Dr. med. **Eberhard Bruder**, Uelzen, am 02.07.1935
Frau Dr. med. **Ingeborg Lübeck**, Hannover, am 18.07.1934
Herr Dr. med. **Johann August Ermert**, Mainz, am 08.07.1934
Herr Dr. med. **Werner Schultze**, Berlin, am 31.07.1932
Frau Dr. med. **Gisela Schmitz**, Düsseldorf, am 26.07.1932
Herr Dr. med. **Dirck Heye**, Siegen, am 25.07.1931
Herr Dr. med. **Adolf Apel**, Heilbad Heiligenstadt, am 03.07.1931
Frau Dr. med. **Annemarie Brenner**, Herten, am 30.07.1930
Frau Dr. med. **Erika Bernhardt**, Essen, am 25.07.1930
Frau Dr. med. **Brigitte Geschöll-Bauer**, Freiburg, am 21.07.1930
Herr OMR Dr. med. **Friedrich-Ludwig Schlesinger**, Berlin, am 21.07.1929
Herr Prof. Dr. med. **Hans-Martin Weinmann**, Straßlach-Dingharting, am 17.07.1928
Herr Dr. med. **Albrecht Neumann**, Leverkusen, am 08.07.1928
Frau Dr. med. **Erika Maneke**, Hannover, am 16.07.1919

Wir trauern um:

Frau Dr. med. **Sonja Kiffmeier**, Bielefeld
Herrn Prof. Dr. med. **Jürgen Natzschka**, Hannover
Herrn Dr. med. **Jörn Voigt**, Groß Umstadt
Herrn Dr. med. **Wolfgang Wiesenhütter**, Bad Kissingen

**Im Monat April konnten wir
44 neue Mitglieder begrüßen.**

Dr. Stefan Renz zum 65. Geburtstag

In Bezug auf die Wohnorte kann Stefan Renz auf zahlreiche Stationen zurückblicken, in Bezug auf seine beruflichen Ziele war er dabei stets äußerst stringent. Beginnen wir bei den Wohnorten: Geboren in Wiesbaden, Zivildienst in Mainz, Studium der Medizin in Bordeaux (1976 bis 1980) und Hamburg (1980 bis 1983). Sein praktisches Jahr absolvierte er in Montreal, Kanada, an der McGill University – und wiederum in Hamburg.

Seit seiner Ausbildung zum Kinder- und Jugendarzt blieb er der Stadt (weitestgehend) treu. Die erfolgte von 1983 bis 1989 am Mariahilf und Heidberg-Krankenhaus. In Anschluss zog es ihn für kurze Zeit in den Süden: Zwei Jahre war er am Deutschen Herzzentrum in München



tätig. Ab 1991 arbeitete er am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf in der Kinderkardiologie.

1996 folgte der Wechsel in die Selbstständigkeit, 1997 der Einzug in die Praxis im schönen Stadtteil Eimsbüttel. Gemeinsam mit mittlerweile zwei anderen Ärzten betreut er seine jungen Patienten

nicht nur im Bereich Kinder- und Jugendmedizin, er hat sich zudem spezialisiert auf Jugendliche und junge Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern.

Im BVKJ ist er bereits seit langen Jahren ein geschätzter Ansprechpartner: von 2007 bis 2009 als stellvertretender Landesvorsitzender in Hamburg und seit Dezember 2009 als Landesvorsitzender. Seit 2015 ist er zudem Sprecher für die Subdisziplinen in der Pädiatrie und seit

2016 kooptiertes Mitglied im Honorar-ausschuss sowie in seiner Wahlheimat Beauftragter der Bereiche Ausbildung und Honorar.

Am 8. Juli wird Stefan Renz 65 Jahre alt. Der von ihm gegründeten Praxis wird er sicherlich noch länger erhalten bleiben, dem BVKJ hoffentlich auch. Falls er sich dann doch irgendwann ins Privatleben zurückziehen möchte, sind auf seiner Homepage kinderarzte-eimsbuettel.de bereits zwei mögliche Hobbys zu finden, mit denen er an seine Kindheit und Jugend anknüpfen kann: der Motorradführerschein und die Carrera Autorennbahn.

Der BVKJ gratuliert Dr. Stefan Renz ganz herzlich zum 65. Geburtstag, bedankt sich für sein breit gefächertes Engagement und freut sich auf viele weitere Jahre mit ihm!

Red.: cb

Fortbildungstermine

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

Aufgrund der aktuellen Situation, können sich täglich Änderungen ergeben.
Unter www.bvkj.de/kongresse finden Sie immer den aktuellen Stand zu unseren Terminen.

02. September 2020

#follow BVKJ – im NH Düsseldorf City Nord

Auskunft: ⑤

02. September 2020

Jahrestagung des LV Mecklenburg-Vorpommern des BVKJ e.V.
in Rostock

Leitung: Dr. A. Michel, Greifswald

Auskunft: ①

11.-13. September 2020

Werkstatt Pädiatrie in Lübeck

des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte,
Landesverbände Hamburg, Bremen, Schleswig-Holstein und
Niedersachsen, in den MediaDocks in Lübeck

Leitung: Dr. Stefan Trapp, Bremen, Tel: 0421 570000 Fax: 0421 571000

Dr. Stefan Renz, Hamburg, Tel: 040 43093690, Fax: 040 430936969

Dr. Dehtleff Banthien, Bad Oldesloe, Tel: 04531 3512, F: 045212397

Dr. Volker Dittmar, Celle, Tel. 05141/940134, Fax 05141/940139

Auskunft: ②

12. September 2020

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

Leitung: Dipl.-Med. Stefan Mertens, Radebeul

Auskunft: ①

26. September 2020

Jahrestagung des LV Sachsen-Anhalt des BVKJ e.V. in Magdeburg

Leitung: Dr. Roland Achtzehn, Wanzleben

Auskunft: ①

08.-10. Oktober 2020

48. Herbst-Seminar-Kongress des BVKJ e.V. in Köln

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

Auskunft: ④,⑤

07. November 2020

bvkj Landesverbandstagung Niedersachsen

im Hotel Niedersachsenhof in Verden/Aller

Leitung: Dr. Tilman Kaethner, Nordenham /

Dr. Ulrike Gitmans, Rhauderfehn, Auskunft: ③

07.-08. November 2020

18. Pädiatrie zum Anfassen, bvkj Landesverband Bayern

im Welcome Kongress Hotel in Bamberg

Leitung: Dr. Martin Lang, Augsburg

Auskunft: ③

11. November 2020

#follow BVKJ in München

Auskunft: ⑤

14.-15. November 2020

Praxisabgabeseminar in Fulda

Auskunft: ⑤

25. November 2020

#follow BVKJ in Stuttgart

Auskunft: ⑤

02. Dezember 2020

#follow BVKJ in Berlin

Auskunft: ⑤

① CCJ GmbH

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

② Schmidt-Römhild Kongressgesellschaft, Lübeck

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

③ DI-TEXT

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

④ Diaplan Gesellschaft für Dialog-marketing mbH

Tel.: 02204-973117, Fax: 02204-9731-111 www.diaplan.de

⑤ Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V.

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



Juristische Telefonsprechstunde für Mitglieder des BVKJ e.V.

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

Sanofi und GSK bündeln ihre Kräfte in einer beispiellosen Impfstoff-Kooperation zur Bekämpfung von COVID-19

- Unternehmen werden ihre innovativen Technologien kombinieren, um einen adjuvantierten Impfstoff gegen COVID-19 zu entwickeln
- Impfstoffkandidat voraussichtlich in zweiter Jahreshälfte 2020 in klinischer Erprobung und in zweiter Jahreshälfte 2021 verfügbar – wenn erfolgreich

Sanofi und GSK beabsichtigen eine Kooperation zur Entwicklung eines adjuvantierten Impfstoffs gegen COVID-19, bei der die innovativen Technologien beider Unternehmen zum Einsatz kommen, um zur Bekämpfung der Corona-Pandemie beizutragen.

Sanofi wird das S-Protein des neuen Coronavirus SARS-CoV-2 als Antigen beisteuern, das mittels rekombinanter DNA-Technologie hergestellt wird. Mit dieser Technologie wird die exakte genetische Kopie der Virus-Oberflächen-Proteine erstellt und als DNA-Sequenz in eine Baculovirus-Expressionsplattform integriert, die das Antigen produziert. Die Baculovirus-Expressionsplattform bildet auch die Grundlage für Sanofis zugelassenen rekombinanten Influenza-Impfstoff in den USA.

GSK wird seine bewährte Pandemie-Adjuvans-Technologie in die Zusammenarbeit einbringen. Der Einsatz eines Adjuvans kann in einer Pandemiesituation von besonderer Bedeutung sein, da es die Menge des pro Dosis erforderlichen Impfstoffproteins verringern kann. Dadurch können mehr Impfstoffdosen hergestellt werden und somit wird zum Schutz von mehr Menschen beigetragen.

Paul Hudson, CEO von Sanofi: „Angesichts dieser noch nie da gewesenen globalen Gesundheitskrise ist klar, dass kein Unternehmen im Alleingang handeln kann. Aus diesem Grund ergänzt Sanofi weiterhin sein Fachwissen und seine Ressourcen mit Mitstreitern, wie GSK, mit dem Ziel, ausreichende Mengen an Impfstoff herzustellen und zu liefern, die helfen, dieses Virus zu stoppen.“

Emma Walmsley, CEO von GSK: „Diese Zusammenarbeit bringt zwei der weltweit größten Impfstoffunternehmen zusammen. Durch die Kombination unserer wissenschaftlichen Expertise und unserer

Technologien gehen wir davon aus, dass wir die weltweiten Anstrengungen einen Impfstoff zu entwickeln beschleunigen können, um so viele Menschen so schnell wie möglich vor COVID-19 zu schützen.“

Die Kombination eines Antigens auf Proteinbasis zusammen mit einem Adjuvans ist gut etabliert und wird in einer Reihe von heute verfügbaren Impfstoffen verwendet. Ein Adjuvans wird einigen Impfstoffen zugesetzt, um die Immunantwort zu verstärken. Es hat sich gezeigt, dass durch Adjuvanzien eine stärkere und länger anhaltende Immunantwort gegen Infektionen erzeugt werden kann. Außerdem kann so mit höherer Wahrscheinlichkeit ein wirksamer Impfstoff entwickelt werden, der in großem Maßstab hergestellt werden kann.

Die Unternehmen planen, in der zweiten Hälfte des Jahres 2020 mit den klinischen Studien der Phase I zu beginnen. Wenn diese erfolgreich sind und vorbehaltlich der regulatorischen Überprüfung, soll die Entwicklung bis zur Verfügbarkeit des Impfstoffs in der zweiten Hälfte des Jahres 2021 abgeschlossen sein.

Wie von Sanofi bereits angekündigt, wird die Entwicklung des rekombinanten Impfstoffkandidaten gegen COVID-19 durch finanzielle Mittel und eine Zusammenarbeit mit der *Biomedical Advanced Research and Development Authority* (BARDA) in den USA unterstützt. Die Unternehmen haben vor, Gespräche über Finanzierungsunterstützungen mit anderen Regierungen und globalen Institutionen zu führen, wobei der globale Zugang Priorität hat.

BARDA Director, Rick A. Bright, Ph.D.: „Strategische Allianzen der führenden Impfstoffhersteller sind entscheidend, um einen Impfstoff gegen das Coronavirus so schnell wie möglich verfügbar

zu machen. Die Entwicklung eines adjuvantierten Impfstoffkandidaten gegen COVID-19 könnte eine geringere benötigte Impfstoff-Menge pro Dosis und somit Impfstoff für mehr Menschen bedeuten. Außerdem könnte es der Weltgemeinschaft helfen, besser auf zukünftige Coronavirus-Ausbrüche vorbereitet zu sein und diese vielleicht sogar zu verhindern.“

Die Unternehmen haben eine *Joint Collaboration Task Force* eingerichtet, in der David Loew, Sanofis Global Head of Vaccines, und Roger Connor, President Vaccines von GSK, gemeinsam den Vorsitz führen. Die Task Force strebt an, Ressourcen beider Unternehmen zu mobilisieren, um alle Möglichkeiten auszuschöpfen, die Entwicklung des Impfstoffkandidaten zu beschleunigen.

Angesichts der außerordentlichen humanitären und finanziellen Herausforderung der Pandemie halten beide Unternehmen den weltweiten Zugang zu COVID-19-Impfstoffen für eine Priorität. Sie setzen sich dafür ein, jeden Impfstoff, der im Rahmen der Zusammenarbeit entwickelt wird, für die Öffentlichkeit verfügbar zu machen und Mechanismen zu schaffen, die einen fairen Zugang für Menschen in allen Ländern ermöglichen.

Diese neue Zusammenarbeit ist ein Meilenstein in den andauernden Bemühungen von Sanofi und GSK zur Bekämpfung von COVID-19. Die Unternehmen haben ein Abkommen (Material Transfer Agreement) geschlossen, damit sie sofort mit der Zusammenarbeit beginnen können. Die vollständigen Bedingungen der Zusammenarbeit werden in den nächsten Wochen finalisiert.

Nach Informationen von GlaxoSmith-Kline GmbH & Co. KG, München

Pertussis-Schutz für Schwangere in der Kinderarztpraxis: Covaxis® und Repevax® von Sanofi Pasteur sind Impfstoffe mit entsprechender Indikation

Die Auffrischimpfstoffe Covaxis® (Tetanus, Diphtherie und Pertussis) und Repevax® (Tetanus, Diphtherie, Pertussis und Poliomyelitis) verfügen als einzige Impfstoffe über eine Indikationserweiterung „...zum passiven Schutz vor Pertussis im frühen Säuglingsalter nach der mütterlichen Immunisierung während der Schwangerschaft ...“⁴. Mit der vorliegenden Empfehlung der Ständigen Impfkommission (STIKO)² sowie den legislativen Voraussetzungen des am 1. März 2020 in Kraft getretenen Masernschutzgesetzes³ (Stichwort „universelles Impfen“), ist es nun Pädiatern (und allen anderen Facharztgruppen) in ganz Deutschland möglich, auch Schwangere im dritten Trimenon in ihrer Praxis gegen Pertussis zu impfen.

Durch die Impfung der werdenden Mutter im zweiten oder dritten Trimenon kann der frühe Säugling passiv vor der Erkrankung an Keuchhusten geschützt werden. Der Nestschutz des Säuglings ist der bestmögliche Schutz vor Pertussis, bevor das Kind ab einem Alter von zwei Monaten geimpft, also aktiv immunisiert werden kann.⁴ Die Wirksamkeit der Impfstoffe Covaxis® und Repevax® gegen Pertussis bei Säuglingen, deren Mütter während der Schwangerschaft geimpft wurden, zeigen drei retrospektive Studien:¹

speziell zu Beginn der Krankheit können viele Erwachsene die Erreger weiterverbreiten, ohne es zu wissen.⁵ Bei genauem Hinschauen zeigt sich: Etwa 2/3 der Erwachsenen in Deutschland sind nicht oder nur unzureichend gegen Pertussis geimpft.

Pertussis-Impfschutz ist Familiensache

Eine epidemiologische Besonderheit von Pertussis ist die Zyklizität der Erkrankung, d. h. etwa alle drei bis fünf

es essentiell, dass das unmittelbare Umfeld ausreichend geimpft ist und den Säugling dadurch in einen schützenden Kokon (aus Geimpften) hüllt. Daher sollten Ärzte auch bei Erwachsenen regelmäßig den Impfstatus prüfen und gemäß offizieller STIKO-Empfehlung die nächste fällige Td-Auffrischimpfung einmalig als Tdap-Kombinationsimpfung verabreichen bzw. auch darüber hinaus bei Vorliegen einer Indikation. Besonders Frauen im gebärfähigen Alter, Menschen mit einer Tätigkeit im Gesundheitsdienst oder in Gemeinschaftseinrichtungen sowie enge Kontaktpersonen eines Neugeborenen müssen über einen ausreichenden Pertussis-Impfschutz verfügen.⁶

Tab.: Wirksamkeit des Impfstoffs (*vaccine effectiveness*, VE) gegen Pertussis bei Säuglingen, deren Mütter mit COVAXIS oder REPEVAX während der Schwangerschaft geimpft wurden. Drei retrospektive Studien.

Ort	Impfstoff	VE (95%-KI)	VE-Schätzungsmethode	Säugling – Nachverfolgungszeitraum
UK	REPEVAX	93% (81; 97)	ungepaarte Fallkontrolle	3 Monate
US	COVAXIS*	91,4% (19,5; 99,1)	Kohorten-Regressionsmodell	2 Monate
UK	REPEVAX	93% (89; 95)	Screening (Fallberichte)	3 Monate

*Über 80% Tdap wurde in der Studie verwendet.

Über Pertussis

Eltern, Familienmitglieder und Angehörige mit engem Kontakt zu Säuglingen sind die häufigste Infektionsquelle für Pertussis-Erkrankungen der noch ungeimpften Säuglinge. Keuchhusten wird häufig als Kinderkrankheit angesehen. Aufgrund der hohen Ansteckungsgefahr

Jahre tritt eine Welle mit deutlich höheren Zahlen an gemeldeten Fällen auf. Bei steigenden Infektionszahlen tritt die Impflücke bei Pertussis besonders zum Vorschein. Im Kontakt mit ungeimpften Erwachsenen haben speziell die noch ungeschützten Säuglinge ein besonders hohes Risiko für einen schwerwiegenden Krankheitsverlauf.⁵ Aus diesem Grund ist

Quellen:

1. Fachinformation Covaxis®, Stand Februar 2019, Fachinformation Repevax®, Stand Februar 2019
2. RKI, Epidemiologisches Bulletin 13/2020, <https://bit.ly/3c3QfR>, zuletzt aufgerufen am 6.4.2020
3. RKI, Gesetz für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention, zuletzt aufgerufen am 08.04.2020 unter <https://bit.ly/2z0gKwO>
4. Halperin SA et al. Clin Infect Dis. 2018 Sep 14;67(7):1063-1071; Campbell H et al. J Med Microbiol. 2018 Oct; 67(10):1426-1456 Epub 2018 Sep 17.
5. Pertussis Vaccines: WHO position paper – August 2015, <https://bit.ly/3ekulyk>, zuletzt 05.03.2019
6. RKI, Epidemiologisches Bulletin 34/2018, <https://bit.ly/2M1lpaG>, zuletzt 05.03.2019

Nach Informationen von Sanofi-Aventis Deutschland GmbH, Frankfurt

RoACTEMRA als Fertigpen für Patienten mit systemischer und polyartikulärer juveniler idiopathischer Arthritis in der EU zugelassen

- Die subkutane (s.c.) Darreichungsform des IL-6-Rezeptorinhibitors RoACTEMRA® (Tocilizumab) wird künftig um einen Fertigpen zur einmaligen Anwendung erweitert.¹
- Für Patienten mit systemischer bzw. polyartikulärer juveniler idiopathischer Arthritis (sJIA bzw. pJIA) bietet der Fertigpen die Chance auf noch mehr Flexibilität bei der Anwendung ihrer Therapie und einen erleichterten Alltag.
- RoACTEMRA war bislang als Infusionslösung seit 2011 für Patienten mit sJIA und seit 2013 für Patienten mit pJIA sowie seit 2018 als Fertigspritze für beide Indikationen verfügbar.^{2,3}

Gemäß EU-Zulassung kann RoACTEMRA s.c. künftig mit einem Fertigpen (ACTPen) zur einmaligen Anwendung bei Patienten mit aktiver sJIA ab einem Alter von 12 Jahren verabreicht werden, wenn diese nur unzureichend auf eine vorangegangene Behandlung mit nicht steroidal-antiphlogistika (NSAs) und systemischen Corticosteroiden angesprochen haben. Für Patienten mit pJIA ab einem Alter von 12 Jahren ist RoACTEMRA in Kombination mit MTX angezeigt, die nur unzureichend auf eine vorangegangene Behandlung mit MTX angesprochen haben. RoACTEMRA kann sowohl bei sJIA als auch bei pJIA als Monotherapie verabreicht werden, falls eine MTX-Unverträglichkeit vorliegt oder eine MTX-Therapie unangemessen erscheint.^{1,2,3}

Jeder Fertigpen enthält 162 mg RoACTEMRA-Injektionslösung in 0,9 ml. Es wird empfohlen, dass die erste Injektion unter Aufsicht von qualifiziertem me-

dizinischen Fachpersonal durchgeführt wird, das in der Behandlung von sJIA, pJIA und/oder Rheumatoider Arthritis (RA) und Riesenzellarteriitis (RZA) erfahren ist. Patienten oder Eltern/Erziehungsberechtigte können die Injektion von RoACTEMRA mittels Fertigpen selbst vornehmen, nachdem der behandelnde Arzt die Zustimmung dafür erteilt hat und sie in der Injektionstechnik angemessen geschult wurden. Der Fertigpen sollte nicht bei Kindern und Jugendlichen jünger als 12 Jahre angewendet werden.¹

Mit dem RoACTEMRA-Fertigpen haben Patienten mit sJIA und pJIA die Möglichkeit, eine weitere Anwendungsoption für sich auszuwählen. Durch den Fertigpen wird die Therapie im Vergleich zu einer Infusionsverabreichung erheblich erleichtert, da Klinikbesuche entfallen und die Therapie zu Hause angewandt werden kann. Zudem werden durch eine s.c.-Applikation eventuelle Unannehmlichkeiten

und Unbehagen gegenüber einer Infusionstherapie vermieden.

Die Zulassung des RoACTEMRA-Fertigpens beruht auf klinischen Daten zweier Studien mit gesunden Probanden bzw. erwachsenen RA-Patienten, die die Bioäquivalenz und Sicherheit der beiden Darreichungsformen als Pen und als Spritze belegt hatten. Die beiden Studien hatten bereits zur EU-Zulassung des ACTPens für Patienten mit RA und RZA im Mai 2018 geführt.⁴

Literatur

1. Fachinformation RoACTEMRA Fertigpen, Stand April 2020
2. Fachinformation RoACTEMRA s.c., Stand April 2020
3. Fachinformation RoACTEMRA i.v., Stand April 2020
4. Fettner S et al., Expert Opinion on Drug Delivery 2019, 16(5), 551–561, <https://doi.org/10.1080/17425247.2019.1604678>

Nach Informationen von
Roche Pharma AG, Grenzach-Wyhlen

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

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

(02 21) 6 89 09 21



Neu bei Desitin im Epilepsie-Portfolio: Kaliumbromid DESITIN® bei generalisiert tonisch-klonischen Anfällen (GTCS)

Zum 100-jährigen Firmenjubiläum nimmt der Hamburger Arzneimittelhersteller Desitin mit Kaliumbromid DESITIN® den Wirkstoff Kaliumbromid exklusiv in sein Portfolio auf und erweitert damit sein breites Spektrum an Antiepileptika. Kaliumbromid wird seit Mitte des 19. Jahrhunderts zur Behandlung von epileptischen Anfällen eingesetzt und gilt damit nicht nur als das älteste noch heute verwendete Antiepileptikum, sondern auch als Begründer der modernen Epilepsitherapie¹.

Obwohl mittlerweile fast 30 verschiedene Wirkstoffe zur Behandlung der Epilepsie zur Verfügung stehen, verbleibt rund 1/3 der Patienten mit Anfällen. Auch neuere Medikamente ändern an diesem Umstand nicht viel.

Bereits 1875 beschreibt der britische Mediziner Charles Locock eine antiepileptische Wirkung von Kaliumbromid. Folgend etabliert sich das Präparat in den europäischen Epilepsiezentren als führendes (und einziges) Antiepileptikum mit besonders guter Wirksamkeit bei generalisiert tonisch-klonischen Anfällen (GTCS). Nachdem Kaliumbromid Mitte des 20. Jahrhunderts vorerst neben anderen Antiepileptika in den Hintergrund rückt, erlebt der Wirkstoff seit Mitte der 80er Jahre eine Renaissance.

Neben einer breiten Studienlage und langjähriger Therapieerfahrung überzeugt Kaliumbromid mit starker Wirksamkeit



und einfacher Anwendung. Studiendaten zeigen eine Responder-Rate von 80% und eine Anfallsfreiheit von 49%². Damit bietet Kaliumbromid eine sehr gute Therapieoption bei GTCS im Kindesalter, die bei Fortbestehen der Anfälle auch im Erwachsenenalter fortgeführt werden kann. Kaliumbromid ist einfach in der Anwendung, da kein Einschleichen der Dosis notwendig ist. Die Einnahme kann als Tablette oder in Flüssigkeit gelöst erfolgen. Eine Kombination von Kaliumbromid mit anderen Antiepileptika ist leicht möglich, da kaum Wechselwirkungen bekannt sind. Damit erfüllt das Präparat alle Voraussetzungen eines zeitgemäßen Antiepileptikums und hat auch heute noch einen berechtigten Stellenwert in der Therapie generalisiert tonisch-klonischer Anfälle im Kindesalter, wie Meinungsbildner bestätigen.³

Mit Kaliumbromid DESITIN® erweitert das Unternehmen Desitin sein vielseitiges Portfolio an Antiepileptika, das mittlerweile über 15 Wirkstoffe umfasst, und untermauert damit seine Expertise im Bereich Neuropädiatrie.

Literatur:

1. Locock, C.: Diskussionsbeitrag zu Sieveking E.H.: Analysis of fiftytwo cases of epilepsy observed by the author. The Lancet 1, 614-618 (1857)
2. Korinthenberg, R., et al. (2007). "Pharmacology, efficacy, and tolerability of potassium bromide in childhood epilepsy." Journal of Child Neurology 22(4): 414-418.
3. Kurlemann, Keimer et al: Stellenwert der Bromtherapie im Kindesalter. Ist das älteste Antiepileptikum wieder oder immer noch indiziert? Neuropädiatrie in Klinik und Praxis 2016; 15: 60-70.

Nach Informationen von Desitin Arzneimittel GmbH, Hamburg

Kaliumbromid Desitin® 850 mg Tabletten Wirkstoff: Kaliumbromid. Verschreibungspflichtig. Zus.: Arzneil. wirks. Bestandt.: 1 Tabl. Kaliumbromid Desitin® enthält 850 mg Kaliumbromid. Sonst. Bestandt.: Crospovidon, mikrokristall. Cellulose, Povidon K 25, Stearinsäure (Ph. Eur.), hochdisperses Siliciumdioxid. Anw.-gebiete: Primär u. sekundär general. ton.-klon. Anfälle b. frühkindl. Grandmal-Epilepsie u. schwere myoklon. Syndr. i. Kindesalter (z. B. Dravet Syndrom). Insb. Indiziert, w. andere Antiepileptika nicht od. alleine nicht ausreichend Wirks. sind. Hinw.: Aufgrund d. engen therap. Beite nur unter Kontrolle e. i. d. Epilepsie-Behandl. u. Bromtherapie erfahr. Facharztes anwenden. Nicht wirksam b. Absencen, myoklon. od. ton. Anfällen; Anfallsprovok. mögl. Keine ausreichend. Erkennt. üb. klin. Wirksam. Als Monotherapie. Gegenanz.: Überempfindlich. gg. Kaliumbromid/sonst. Bestandt. d. Arzneim., bek. Bromidunverträglichk., Niereninsuffizienz, Schwangersch. u. Stillzeit, Asthma bronchiale, Unterernähr. od. Ernährungsstör. Warnhinw. u. Vorsichtsmaßn. für d. Anwend.: Arzneim. f. Kinder unzugänglich aufbewahren. Nebenwirk.: Zerebrales Nervensyst.: Verlangsam. zerebräl. Vorgänge, wobei große Unterschiede i. d. individuel. Bromidempfindlichk. besteh. Niedr. Bromidspiegel (unter 1,0 mg/ml, photometr.): selten Müdigk., verläng. Reaktionszeit, weniger Spontansprache, Kopfschm. Mittlere Bromidspiegel (1,04 – 1,5 mg/ml photometr.): Zunehm. Verlangsamungshinw. i. Bezug a. Reaktionszeit, Konzentrat., Feinmotorik, Sprache u. Denken. Häufiger Müdigk., erhöht. Schlafbedürfn., Kopfschm. Hohe Bromidspiegel (bis 2,25 mg/ml, photometr.): Müdigk., Konzentrationsstör., Verlangsamung u. Sprachstör., evtl. hartnäck. Kopfschm., Intox.-Zeichen (Bromismus) mögl. Bromidspiegel über 2,25 mg/ml (photometr.): Bromintoxikat., Bromismus. Auch b. guter DosisEinstell. Kumulationsneigung u. Möglichk. d. Auftretens v. Zeichen e. relativ. chron. Überdos. (Bromismus) b. interkurrent. Erkrank. m. Flüssigkeitsverlust. Respirations-trakt: Steigert d. Sekret. seröser u. muköser Drüsen: seröse Rhinitis (Bromschnupfen), Verschleim., Bronchitis, Sinusitis u. d. Exazerbation e. Asthma bronchiale können aufr., insbes. b. vorbesteh. allerg. Diathese. Gastrointestinal-trakt: B. hoch. Einzeldos. Völlegef., Magenschm., Erbrechen. Durch hohe Osmolarität u. Kaliumgeh. d. AM. I. d. Regel beherrscht. duch Einn. m. viel Flüssigk. nach d. Mahlz. u. Gabe v. 2 – 3 Einzeldos. über d. Tag verteilt. Selten: belegte Zunge, Mundger., Aphthen, Obstipat. od. Durchfall. Sehr selten: Magenschleimhautentzünd., Ulcera (bis zur Perforat.), Pankreatitis. Hinw.: Appetitstör. b. mittl. u. hoh. Bromidspiegeln kann schleich. Bromintoxikat. durch reduz. Kochsalzgef. verursachen. Haut- u. Hautanhangsgebilde: Sehr häufig: Papulo-pustulöse Hautveränd. (Bromakne) b. ca. 25 % d. behandelt. Pat (partiell dosisunabhäng.), schwerer Verlauf kann z. Therapieabbruch zwingen. Selten: Bromoderma tuberosum (granulier., tumorart. Hautveränd.) od. Halogenpannikulitis (nekrotisier. Entzünd. d. subkut. Fettgewebes, initial ggf. Bild e. Erythema nodosum; evtl. im Rhamen e. system. Bromidunverträglichk. m. Fieber, erhöht. Entzündungsparam., Duchf.) als kutane, bromallerg. Phänom. Absetzen führt zu rascher Abheil., evtl. m. Narbenbild. (Bromoderma tuberosum) Reexpos. führt zu Wiederauftr. d. Erschein. d. Bromidunverträglichk. Ganzer Körper: Gewichtsverl., Polydipsie, bromidinduz. Hypothyreose. Bewegungsapparat: Sehr selten: brominduziert. Arthritis. Sinnesorgane: Konjunktivitis m. Tränenfluss. Weitere Hinweise siehe Fach- bzw. Gebrauchsinformation. DESITIN ARZNEIMITTEL GmbH, Weg beim Jäger 214, 22335 Hamburg, www.desitin.de. Stand der Information: August 2019

Nutricia Wissenschaftspreis für SuSe II – die neue bundesweite Studie zum Stillverhalten

Die bundesweite Studie „Stillen und Säuglingsernährung in Deutschland (SuSe II)“ gewinnt den mit 10.000 Euro dotierten Nutricia Wissenschaftspreis zur Erforschung der Muttermilch und des Stillens. Preisträger sind die Studienleiter Prof. Dr. Mathilde Kersting, Leiterin des Bochumer Forschungsdepartments für Kinderernährung (FKE) sowie Prof. Dr. med. Thomas Lücke, Direktor der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendmedizin Bochum.

Wie lange stillen Mütter in Deutschland und welche Faktoren stehen in Zusammenhang mit dem Stillverhalten? Wie sind die Stillbedingungen in deutschen Geburtskliniken? Fragestellungen wie diese stehen im Vordergrund der aktuellen Studie zur Erhebung von Daten zum Stillen und zur Säuglingsernährung in Deutschland (SuSe II). Sie wurde jetzt, 20 Jahre nach der Vorläuferstudie SuSe I, von der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) als Teil des kommenden 14. DGE-Ernährungsberichts vorab veröffentlicht.

In dieser vom Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft geförderten bundesweiten Querschnitterhebung wurden Daten zum Stillmanagement aus 109 Geburtskliniken erhoben. Anschließend erfolgten bei 966 dort rekrutierten Müttern weitere Befragungen zum Stillen und zur Säuglingsernährung. Dafür wurden fünf Zeitpunkte im Verlauf des ersten Lebensjahres gewählt: zwei Wochen sowie zwei, vier, sechs und zwölf Monate nach der Geburt.

Studienleiterin Professor Kersting resümiert über die Ergebnisse der Studie: „Unsere Ergebnisse erlauben vertiefte Einblicke in Kernelemente des Stillens und der Säuglingsernährung in Deutschland und geben neue wertvolle Ansatzpunkte zur weiteren Stärkung der Stillförderung.“

SuSe II zeigt gute Stillbetreuung in den Geburtskliniken

Die Auswertung der Daten in den Geburtskliniken zeigten ein erfreuliches Ergebnis. „Wir haben festgestellt, dass die aktuellen Empfehlungen zur Stillförde-

rung im Krankenhaus zum großen Teil umgesetzt wurden“, berichtet Professorin Mathilde Kersting. „Insbesondere waren wir mit den strukturellen Rahmenbedingungen für das Stillen, wie die Bereitstellung von Stillbeauftragten sowie Richtlinien und Schulungen zur Stillförderung, zufrieden“. Auch die Mütter bewerteten die Stillbetreuung im Krankenhaus und die von ihnen genutzten Informations- und Beratungsangebote überwiegend positiv.

Hohe Stillquoten in den ersten vier Monaten trotz anfänglicher Stillprobleme

Mit 56 Prozent lag die Quote für ausschließliches Stillen in den ersten vier Monaten hoch, vergleichbar mit der Schweiz oder Skandinavien. Weitere 25 Prozent der Säuglinge wurden zu diesem Zeitpunkt zumindest teilweise gestillt. „Es ist erfreulich, dass die Quoten der Mütter, die in den ersten Monaten voll oder teilweise stillen, so hoch sind. Und das trotz relativ weitverbreiteter anfänglicher Stillprobleme“, so die Studienleiterin.

Stillprobleme hatten etwa die Hälfte der Mütter. Subjektiv empfanden sie eine unzureichende Milchmenge als Hauptgrund für eine Stilldauer kürzer als vier Monate. Objektiv statistisch belegbar waren dagegen eine Vielzahl an Faktoren wie fehlende oder geringe Stillab-sicht der Mutter, keine Stillverfahren



Prof. Dr. Mathilde Kersting, Leiterin des Bochumer Forschungs-departments für Kinder-ernährung (FKE)



Prof. Dr. med. Thomas Lücke, Direktor der Universitätsklinik für Kinder- und Jugend-medizin Bochum

bei einem früheren Kind, Verwendung eines Schnullers sowie Gabe zusätzlicher Flüssigkeit in den ersten zwei Lebenswochen, fehlende positive Einstellung des Partners zum Stillen, Kaiserschnittbindung und Schulabschluss niedriger als (Fach-)Abitur.

Im Alter von sechs Monaten sank die Quote ausschließlich gestillter Säuglinge deutlich auf acht Prozent ab. Zwei Drittel der Kinder erhielten neben Muttermilch noch Säuglingsmilchnahrung sowie Beikost. Rund ein Viertel aller Kinder erhielten in diesem Alter keine Muttermilch mehr.

Nutricia Wissenschaftspreis zur Erforschung der Muttermilch und des Stillens

Entscheidende Voraussetzung für eine effektive Stillförderung sind systematisch erhobene, aktuelle und umfassende Da-

ten zur Stillhäufigkeit und zum Stillverhalten. Daher hat das Nutricia Forum für Muttermilchforschung – eine Initiative von Nutricia Milupa – diese Forschungsarbeit mit dem Nutricia Wissenschaftspreis zur Erforschung der Muttermilch und des Stillens ausgezeichnet. Das Preiskomitee vergibt bereits im achten Jahr den mit 10.000 Euro dotierten Preis. Auch 2020 können sich bis zum 15. Oktober wieder Forscher aus Deutschland, Österreich oder der Schweiz bewerben.

Parallel zum Nutricia Wissenschaftspreis verlieh das Nutricia Forum für Muttermilchforschung zudem den ebenfalls mit 10.000 Euro dotierten Nutricia Praxispreis zur Förderung des Stillens. Er ging dieses Jahr an die Hebammenstudentin Yvonne Gruber-Traxler aus Österreich, die eine Informationsbroschüre entwickelte, um Schwangere mit Gestationsdiabetes bereits vor der Geburt bei der Brustmassage und Vormilchgewinnung zu unterstützen. Eine

Maßnahme nicht nur zur Stillförderung, sondern auch zum Schutz des Kindes und der Mutter vor späterem Übergewicht und Diabetes.

Link zur SuSe II-Studie:
<https://bit.ly/36vYJZn>

**Nach Informationen von Milupa
Nutricia GmbH, Frankfurt am Main**

Physiologische Infektanfälligkeit: Ab dem 6. Lebensjahr rückläufig

Laut einer retrospektiven Analyse ist die Infektanfälligkeit, in Form sich wiederholender Atemwegsinfekte, ab einem Alter von ca. 6 Jahren rückläufig¹. Dennoch ist fast jeder zwölfte Erwachsene besonders anfällig für Infekte, wie z. B. Erkältungen². Unter Imupret® N wurde eine Reduktion des Wiederauftretens erkältungsassoziierter Symptome, wie Halsschmerzen, um 80 % demonstriert³.*

Infektanfälligkeit* therapieren

Die Analyse wertete retrospektiv die Daten von rund 230 Kindern aus und verdeutlichte, dass mit durchschnittlich 6 Jahren die Infektanfälligkeit verschwand¹. Dennoch bleibt ein signifikanter Anteil der Bevölkerung auch im Erwachsenenalter besonders empfänglich für Atemwegsinfekte². Auch wenn die Erscheinungsformen dieser Anfälligkeit im Erkältungsbereich mit dem Lebensalter und dem Entwicklungszustand des Immunsystems variieren¹, eint die Betroffenen ein Wunsch: eine geeignete Therapiemöglichkeit zu deren Reduktion zu erhalten. Durch Imupret® N konnte die Reduktion des Wiederauftretens von erkältungsassozierten Symptomen, wie Halsschmerzen, in einer explorativen Studie demonstriert werden³. Dazu wurden 40 Patienten mit rezidivierenden Atemwegsinfekten therapiert, die neben einer Basistherapie ergänzend entweder das Phytopharmakon oder Lokalanästhetika (Kontrollgruppe) erhielten. Vier Monate nach Behandlungsende wurde das Wiederauftreten erkältungsassoziier-

ter Symptome, wie Halsschmerzen ermittelt. Das Ergebnis: Phytotherapeutisch behandelte Patienten litten im Vergleich zur Kontrollgruppe fünfmal seltener unter Rezidiven (Rezidivrate Imupret® N: 5 %).

In jeder Phase der Erkältung

Die Reduktion der Infektanfälligkeit beruht auf den pharmakologischen Wirkungen des Phytopharmakons: Es unterstützt die Erkältungsabwehr, indem es die Aktivität der Natürlichen Killerzellen (NK-Zellen) um bis zu 140 % erhöht⁴. Als primäre Effektoren des unspezifischen Immunsystems inaktivieren NK-Zellen virus-infizierte Zellen. Frühzeitig eingenommen, kann Imupret® N die massenhafte Vermehrung der Erkältungsviren hemmen und dem Erkältungsausbruch entgegenwirken. Zelluläre Rückstände und Pathogene werden durch die Phagozytose entfernt. Ein wichtiger Abbauvorgang hierbei ist der oxidative Burst, welcher durch das Phytopharmakon um bis zu 180 % gesteigert wird⁵. Zudem wird die Vermehrung von Erkältungserregern dosisabhängig reduziert und diese somit direkt bekämpft⁴. Folglich unterstützt das Phytopharmakon Abwehrprozesse, die in jeder Phase der Erkältung entscheidend sind.

Fazit

Das Phytopharmakon Imupret® N wirkt in jeder Phase der Erkältung und unterstützt den Körper bei der Abwehr von Erkältungserregern. Die 7-Pflanzen-Kombination hilft bereits bestehende Symptome zu lindern und den Krankheitsverlauf zu mildern. Zudem kann das Phytopharmakon das Wiederauftreten von erkältungsassozierten Symptomen, wie Halsschmerzen, reduzieren, senkt also die Infektanfälligkeit. Die sehr gute Verträglichkeit macht es zu einem bewährten Präparat für die ganze Familie. Es ist in Tropfen- und Drageeform erhältlich. Die Tropfen sind bereits für Kinder ab 2 Jahren geeignet.

Literatur:

1. Rehman, M. Physiologische Infektanfälligkeit und Primärer Immundefekt: Differenzierung anhand klinischer Charakteristika und Verlauf (Dissertation, 2017).
2. Nieters A. et al., Int J Respir Med (2017), 2(1).
3. Kryukov I. et al., Medical Council (2016), 17:42-44.
4. Wosikowski K. et al., Planta Med (2013), 79-PB48.
5. Pahl A., Planta Med (2009), 75-PJ200.

**Nach Informationen von
BIONORICA SE, Neumarkt**

* Gemeint ist eine physiologische Infektanfälligkeit, welche sich im Auftreten häufiger Atemwegsinfekte z. B. mit dem Symptom Halsschmerz äußert.

Präsident des BVKJ e.V.

Dr. Thomas Fischbach

Tel.: 0221/68909-36

E-Mail: thomas.fischbach@uminfo.de

Vizepräsidenten des BVKJ e.V.

Dr. med. Sigrid Peter

E-Mail: sigrid.peter@bvkj.de

Prof. Dr. med. Wolfgang Kölfen

E-Mail: wolfgang.koelfen@sk-mg.de

Sprecher des Honorarausschusses des BVKJ e.V.

Dr. med. Reinhard Bartzky

E-Mail: dr@bartzky.de

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

Redakteure

„KINDER- UND JUGENDARZT“

Fortbildung:

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

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

Prof. Dr. med. Florian Heinen

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

Prof. Dr. med. Peter H. Höger

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

Prof. Dr. med. Klaus-Michael Keller

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

Berufsfragen, Forum, Magazin:

Dr. Wolfram Hartmann (WH)

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

Christa Becker (cb)

E-Mail: becker@kon-texte.de

Geschäftsstelle des BVKJ e.V.

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

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

Wir sind für Sie erreichbar:

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

Geschäftsführer und
Syndikusanwalt:

Dr. P.H. Andreas Plate

Tel.: 0221/68909-34

andreas.plate@uminfo.de

Teamleiterin Bereich Mit-
gliederservice/Gremien:

Doris Schomburg

Tel.: 0221/68909-12

doris.schomburg@uminfo.de

Ansprechpartnerin Bereich
Fortbildung/Veranstaltungen:

Yvonne Rottländer

Tel.: 0221/68909-26

yvonne.rottlaender@uminfo.de

Leiterin der Stabsstelle
Politik und Kommunikation,
Büro Berlin

Kathrin Jackel-Neusser

Tel.: 030/28047510

BVKJ Service GmbH

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

www.bvkj-service-gmbh.de

Wir sind für Sie erreichbar:

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

Geschäftsführerin:

Anke Emgenbroich

Tel.: 0221/68909-24

E-Mail: anke.emgenbroich@uminfo.de

Service-Team:

Tel.: 0221/68909-27/28

Fax: 0221/68909-29

E-Mail: bvkjservicegmbh@uminfo.de

Sonstige Links

Kinderärzte im Netz

www.kinderaerzte-im-netz.de

Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin

www.dakj.de

Kinderumwelt gGmbH und PädInform®

www.kinderumwelt.de/pages/kontakt.php

Stiftung Kind und Jugend des BVKJ

www.stiftung-kind-und-jugend.de