

# KINDER-UND JUGENDARZT

Heft 03/20  
51. (69.) Jahr

bvkJ.

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



**Berufsfragen**  
Änderungen im  
Vorsorgeheft

**Fortbildung**  
Wie klein ist  
zu klein?

**Forum**  
Bildschirmfrei  
bis Drei

**Magazin**  
Päd-Ass 2020  
ein voller Erfolg

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

## INHALT 03 | 2020

### Editorial

Editorial // Sigrid Peter 147

### Berufsfragen

Aktuelle Änderungen im gelben „Kinderuntersuchungsheft“ des G-BA // Burkhard Lawrenz 150  
 EBM-Novelle zum 1.4.2020 // Reinhard Bartezky 154  
 Das Masernschutzgesetz – Was gilt jetzt? // Juliane Netzer-Nawrocki, Kyrill Makoski 158  
 Bericht aus dem Hauptstadtbüro des BVKJ // Kathrin Jackel-Neusser 163  
 Der ärztliche Befundbericht zur Beantragung einer Rehabilitation // Alwin Baumann 166  
 Cyber-Versicherung: Schutz vor digitalen Infekten // Markus Schon 167  
 Tagung des BVKJ-Länderrates in Freiburg // Martin Lang 170  
 Hämatologisches und Hämostaseologisches Konsil in der Telemedizin // Stefan Eber 174

### Fortbildung

Highlights aus Bad Orb: „Das Kind ist zu klein“ – Was kann ich tun? // Helmuth G. Dörr 176  
 Reviews aus englischsprachigen Zeitschriften 181  
 Enterovirus Surveillance zur Überwachung der Poliofreiheit in Deutschland // Kathrin Keeren 184  
 consilium: Hundehaltung bei einem neunjährigen Jungen mit Hundehaarsensibilisierung im CAP // Thomas Nüßlein 190  
 Welche Diagnose wird gestellt? // Lena Schulz 192

### Forum

„Bildschirmfrei bis Drei“: Am Lebensanfang volle Wirklichkeitserfahrung ermöglichen // Till Reckert 195  
 Giffey und Rörig richten „Nationalen Rat gegen sexuelle Gewalt an Kindern und Jugendlichen“ ein 199  
 Anteil der von Armut und sozialer Ausgrenzung bedrohten Menschen in Deutschland stabil 200

### Magazin

Päd-Ass 2020 ein voller Erfolg // Christa Becker 208  
 Kind und Katastrophe – Neue Forschungsergebnisse zur Psychosozialen Notversorgung // Christa Becker 210  
 Zahlen, Daten, Fakten // Christa Becker 212



Päd-Ass 2020 ein voller Erfolg

S. 208

### Mitteilungen aus dem Verband

Personalien 214  
 Dr. Tilman Kaethner zum 65. Geburtstag 215  
 Glückwünsche an Professor Fred Zepp 215  
 Fortbildungstermine des BVKJ 216  
 Pädindex 170  
 Impressum 189  
 Nachrichten der Industrie 217  
 Wichtige Adressen des BVKJ 221  
 Zwischenruf des Beirates des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen und der Bundesstiftung Frühe Hilfen 205

### 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“.

### Beilagenhinweis

Dieser Ausgabe ist ein Flyer zum 50. Kinder- und Jugendärztetag 2020 in Berlin beigelegt. Wir bitten um Beachtung.

**Titelbild**  
 © Almgren – iStock.com



Gesunde Kinder sind unsere Zukunft.



# Editorial

Ich weiß nicht, ob es besser wird, wenn es anders wird.  
Aber es muss anders werden, wenn es besser werden soll.  
(Georg Christoph Lichtenberg)



Dr. Sigrid Peter

## Projekt BVKJ 2030

Die Delegierten haben in der DV im Oktober 2019 in Bad Orb dem Antrag des Vorstands und des Präsidiums zum „**Projekt BVKJ 2030**“ zugestimmt. (Das Projekt nimmt das Ergebnis aus der Klausurtagung des geschäftsführenden Vorstandes im Mai 2019 in Solingen auf). Im Vordergrund stand zunächst die Bewilligung der dafür einkalkulierten finanziellen Mittel. Jetzt geht es darum, auch mit Hilfe externer Beratung ein geeignetes Konzept zu entwickeln, um den Verband für die Zukunft gut zu rüsten. Der Vorstand hat bereits erste Schritte unternommen.

## Klausurtagung Geschäftsführender Vorstand

In einer eintägigen Klausurtagung im Dezember 2019 in Köln hat der geschäftsführende Vorstand die wichtigsten Themenfelder herausgearbeitet.

- Advocacy für Kinder und Jugendliche
- Ausbildung (Medizinstudium)
- Fortbildung (Mitglieder)
- Gesundheitspolitik (Vernetzung)
- Mitglieder (Akquise und Bestand)
- Organisation BVKJ (intern)
- Selbstverwaltung (BÄK, KBV, regionale KV etc.)
- Weiterbildung (Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin)
- Vergütung/Honorar/Bedarfsplanung

Besondere Bereiche stellen die **Aktivität auf europäischer Ebene** und die **Vertretung in der DAKJ** dar. Um Ressourcen innerhalb des Vorstands und Präsidiums im richtigen Maße zu nutzen, wurden die Zuständigkeit und Verantwortung für die Bereiche verteilt. Im Sinne einer Task-Force kann mit entsprechender Expertise und angemessener Zeit strategisch gearbeitet werden. Ziel ist es, in einer kleinen Gruppe die entsprechenden Kenntnisse rasch zusammenzutragen und zu formulieren, aber auch die Entwicklung von neuen Strategien nicht zu verpassen. Die Ergebnisse werden dem Vorstand vortragen, diskutiert, konsentiert und im Anschluss können Funktionsträger und Mitglieder informiert werden.

## Erste Arbeitstagung Bundesvorstand

Die neu gewählten Vorstandsmitglieder haben während der Klausurtagung im Januar 2020 in Köln in einer konstruktiven Arbeitsatmosphäre die Themenfelder bestätigt und in ihrer Wichtigkeit priorisiert. Während „Advocacy“ als gut und ausreichend vertreten angesehen wird, stehen vor allem die drei Bereiche **Mitglieder, Aus- und Weiterbildung und Fortbildungsangebote für unsere Mitglieder** im Fokus. Die Vorstandsmitglieder haben sich nach Kompetenz, bereits vorhandenem Engagement und Interesse den Themenbereichen zugeordnet.

### 1. Mitglieder

Junge, in Weiterbildung befindliche, Ärztinnen und Ärzte für den Verband zu gewinnen, muss das Ziel sein. Der jährlich vom BVKJ gestaltete Assistentenkongress ist ein gutes Mittel und Werbung für den Verband. Die Teilnehmerzahlen liegen mit über 400 konstant hoch. Die Bekanntheit des Verbandes muss jedoch in dieser Zielgruppe noch deutlich gesteigert sowie Vorteile und Sinnhaftigkeit einer Mitgliedschaft vermittelt werden.

**Diese Fragen stehen im Mittelpunkt:**

- Was können wir als Verband den jungen Kollegen in der Ausbildung bieten?
- Was ist das Interesse der jungen Kollegen?
- Was ist der Gegenwert einer Mitgliedschaft?

Nur wenn wir uns damit auseinandersetzen, werden wir als BVKJ zukunftsfähig sein. Einige der Themenfelder wurden von Prof. Wolfgang Kölfen bereits im Januarheft 2020 zitiert. Unter den Mitgliedern sind angestellte Ärzte ebenso wie leitende Klinikärzte unterrepräsentiert.

Auch vor dem Hintergrund, dass die Zusammenarbeit der beiden Sektoren ambulant und stationär immer dringlicher wird, müssen wir diese Zielgruppe aktiv ansprechen und für Verbandsthemen interessieren. Dies wird nur gelingen, wenn wir gemeinsame sektorenübergreifende Modelle entwickeln, die die Expertise, Arbeitskraft und Arbeitszeit von Ärzten berücksichtigen.

### 2. Aus- und Weiterbildung

Seit 2016 gibt es den Ausschuss Aus- und Weiterbildung im BVKJ. Er befasst sich intensiv mit diesen Aufgabenbereichen und hat u.a. Tagungen und Workshops dazu durchgeführt. Jeder Landesverband hat Aus- und Weiterbildungsbeauftragte benannt. Sie werden überregional geschult (train the trainer). Die Entwicklung des eLogbuches Paedcompenda erfolgte u.a. durch Mitglieder des Ausschusses. Es ist derzeit kostenlos verfügbar und wird in einigen Verbänden zur Weiterbildung angewandt. Zurzeit wird die neue Approbationsordnung abgestimmt. Der BVKJ begleitet diesen Prozess. In Zusammenarbeit mit anderen Akteuren wie DGKJ, DGIM, Vertretern der Politik und den entsprechenden Gremien und Institutionen soll er einvernehmlich gestaltet werden.

### 3. Fortbildungen

Die traditionellen Fortbildungen für die Mitglieder unterliegen seit Jahren

einem Wandel. Die Teilnehmerzahlen an überregionalen Kongressen sind rückläufig. Ergebnisse aus Befragungen zeigen, dass regionale und eintägige Veranstaltungen gewünscht sind. Zeitgemäße Fortbildungsangebote – wie Webinare, die wir sie seit 2018 anbieten, – sind gut gebucht.

### Organisation BVKJ

Corporate Design und die Homepage des BVKJ werden neu gestaltet. Das farblich veränderte **Logo** haben Sie schon kennengelernt. Die **digitale Vernetzung** muss vorangetrieben werden: Prozesse inner-

halb der Geschäftsstelle werden, aber auch die Prozessabläufe in Vorstands- als auch Gremiensitzungen müssen effektiver und effizienter gestaltet werden.

### Fazit

Die demographische Entwicklung verlangt ein Umdenken über die Angebote für Mitglieder, die Tätigkeit auf Funktionärebene und das ehrenamtliche Engagement im Verband im Allgemeinen.

Viele Pädiater sind in ihrem regionalen Umfeld außerordentlich aktiv und wirksam. Dies in die Breite zu bringen kann und sollte Aufgabe des BVKJ sein.

Wir stehen am Anfang eines notwendigen Prozesses. In vielen Einzelgesprächen und von den Delegierten erfahren wir Zustimmung, wie wichtig jetzt der Aufbruch ist. Veränderungen benötigen Zeit und neue Pläne benötigen Akzeptanz. Dafür werben wir bei Ihnen und bitten um Ihre Unterstützung. Ein gutes Maß von Ungeduld und Geduld sollte uns alle leiten.

Mit besten Grüßen,  
Sigrid Peter – Vizepräsidentin

Red.: WH

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

eine Vertretung

einen Weiterbildungsassistenten

einen Nachfolger

einen Praxispartner

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

eine Vertretungsmöglichkeit

eine Weiterbildungsstelle

eine Praxis/Gemeinschaftspraxis  
bzw. ein Jobsharingangebot

#### [www.paediatricboerse.de](http://www.paediatricboerse.de)

DIE kostenlose Stellenbörse ausschließlich für Pädiater

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

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

#### Zentraler Vertreternachweis

In dieser Datenbank führt die Geschäftsstelle kontinuierlich:

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

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

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

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

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

## Der Präventionsausschuss informiert

# Aktuelle Änderungen im gelben „Kinderuntersuchungsheft“ des G-BA

Nachdem der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die Kinder-Richtlinie formal und inhaltlich überarbeitet und neu strukturiert hat, erschien 2017 ein völlig neu gestaltetes Kinderuntersuchungsheft (Abb. 1). Anschließend wurde das neue Heft mehrfach geändert, zunächst durch die Einführung des Pulsoxymetrie-Screenings auf kritische angeborene Herzfehler. Hier informieren wir Sie über die neuesten Änderungen: neue zahnärztliche Früherkennungsuntersuchungen (ZFU) und eine Präzisierung des Pulsoxymetrie-Screenings (POS).



Dr. Burkhard Lawrenz

### Verweis zur ZFU

Am 17. Januar 2019 hat der G-BA durch die Früherkennungs-Untersuchungs-Richtlinie (FU-RL, siehe Abb. 2) drei neue ZFU eingeführt. Die FU-RL wurde am 28.5.2019 im Bundesanzeiger veröffentlicht (BAnz AT 28.05.2019 B2) und ist am 1. Juli 2019 in Kraft getreten, nachdem das Honorar für die Leistungen im System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zwischen Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung (KZBV) und dem Spitzenverband Bund (SpiBu) der GKV vereinbart worden war.

Bislang hatten Kinder erst ab dem 34. Lebensmonat bis zum 6. Geburtstag Anspruch auf drei ZFU mit einem Mindestabstand von 12 Monaten, also eine ZFU pro Jahr. Die drei neuen ZFU können im Alter vom 6. bis zum vollendeten 9., vom 10. bis zum vollendeten 20. und vom 21. bis zum vollendeten 33. Lebens-

**Gemeinsamer Bundesausschuss**

Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtsdag \_\_\_\_\_

## Kinderuntersuchungsheft

Bitte bringen Sie Ihr Kind zur Untersuchung:

<b>U2</b>	3.-10. Lebenstag	vom: _____	bis: _____
<b>U3</b>	4.-5. Lebenswoche	vom: _____	bis: _____
<b>U4</b>	3.-4. Lebensmonat	vom: _____	bis: _____
<b>U5</b>	6.-7. Lebensmonat	vom: _____	bis: _____
<b>U6</b>	10.-12. Lebensmonat	vom: _____	bis: _____
<b>U7</b>	21.-24. Lebensmonat	vom: _____	bis: _____
<b>U7a</b>	34.-36. Lebensmonat	vom: _____	bis: _____
<b>U8</b>	46.-48. Lebensmonat	vom: _____	bis: _____
<b>U9</b>	60.-64. Lebensmonat	vom: _____	bis: _____

Diese Untersuchungstermine sollten Sie im Interesse Ihres Kindes bitte genau einhalten.

Abb.1: Neues U-Heft

monat in Anspruch genommen werden. Dabei muss der Abstand zwischen zwei ZFU mindestens vier Monate betragen.

Hintergrund für die neue Richtlinie ist die Tatsache, dass die Milchzahnkaries bei den Sechs- bis Siebenjährigen in Deutschland in den letzten Jahren nicht mehr so deutlich abgenommen hat wie bei den Zwölfjährigen; bei den Dreijährigen wurde der Kariesindex (dmf-t = decayed, missing and filled teeth) 2016 erstmals erhoben und lag bei 0,5<sup>2</sup>. Jedoch haben 86,3% der unter Dreijährigen keine Karies; die restlichen 13,7% haben drei bis vier kariöse Zähne, die zudem meist unbehandelt bleiben und zu Störungen der Ernährung, Schädigung der nachfolgenden bleibenden Zähne und zu Kieferdeformitäten führen können; die betroffenen Kinder stammen meist aus sozial benachteiligten Schichten<sup>2</sup>.

Da wir Pädiater durch verschiedene Einladungs- und Meldeverfahren inzwischen fast alle Kinder zu den Vorsorgeuntersuchungen sehen, während nur wenige Eltern mit so kleinen Kindern schon einen Zahnarzt aufsuchen, sollen wir nun alle Eltern mit ihren Kindern zu den ZFU schicken, insbesondere aber natürlich die aus sozial benachteiligten Schichten mit erhöhtem Kariesrisiko. Dies hat ab **U5 zu Änderungen im U-Heft** geführt, und zwar in den Elterninformationen, der Dokumentation der Beratung und der abschließenden Ergebnisseite<sup>3</sup>.

In den Elterninformationen stand bislang bei U5 und U6 der Satz „Zur Abklärung von Auffälligkeiten an den Zähnen oder der Mundschleimhaut bei Ihrem Baby werden Sie zur Zahnärztin oder zum Zahnarzt verwiesen“, bei U7 der Satz „Zur Abklärung von Auffälligkeiten beim Kieferwachstum, an den Zähnen oder der Mundschleimhaut bei Ihrem Kind werden Sie zur Zahnärztin oder zum Zahnarzt verwiesen“ und bei U7a, U8 und U9 der Satz „Ihre Ärztin oder Ihr Arzt verweist Sie zur zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung“. In den seit Dezember 2019 neu ausgegebenen Heften steht nun von **U5 bis U9 einheitlich der Satz „Ihre Ärztin oder Ihr Arzt informiert Sie über**

**das Angebot einer zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung für Ihr Kind“<sup>3</sup> (Abb. 3).**

Unter „Beratung“ stand bisher bei U5 und U6 der bei erweitertem Beratungsbedarf anzukreuzende Satz „Verweis zum Zahnarzt zur Abklärung von Auffälligkeiten an Zähnen und Schleimhaut“, bei U7 der Satz „Verweis zum Zahnarzt zur Abklärung von Auffälligkeiten im Kieferwachstum und an Zähnen und Schleimhaut“ und bei U8 und U9 der Satz „Verweis zum Zahnarzt zur zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung“ Diese Sätze wurden von U5 bis U9 ersetzt durch den ankreuzbaren Satz „Verweis zur Zahnärztin oder zum Zahnarzt zur zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung“<sup>3</sup> (Abb. 4).

Auf der Seite „Ergebnisse“ wurde die Ankreuzmöglichkeit „Verweis zum Zahnarzt“ von U5 bis U9 ersetzt durch „Verweis zur Zahnärztin oder zum Zahnarzt“<sup>3</sup> (Abb. 5).

Im Stellungnahmeverfahren hat die DGKJ auf meine Initiative vorgeschlagen, diese Formulierungen sowohl unter „Beratung“ als auch auf der Ergebnisseite zu ersetzen durch „Verweis zur zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung“. Damit wäre man um das umständliche Gendering herumgekommen. Dieser Vorschlag hat leider beim G-BA kein Gehör gefunden.

#### Die ZFU haben folgende Inhalte:

- Erhebung der Fluorid-, Ernährungs- und Zahnpflegeanamnese
- Inspektion der Mundhöhle
- Aufklärung über die Ätiologie oraler Erkrankungen
- Ernährungs- und Mundhygieneberatung
- Anleitung der Eltern zur Mundhygiene beim Kind („soweit erforderlich“)
- Empfehlung geeigneter Fluoridierungsmittel (Zahnpasta, Speisesalz u. Ä.).

Es erscheint daher sinnvoll, die erste ZFU nach Durchbruch des ersten Zahns durchzuführen. Dies ist allerdings bei einem nicht zu vernachlässigenden Anteil der Säuglinge erst nach dem 9. Monat der Fall, so dass bei diesen Kindern eine ZFU wegfällt. Dass die FU-RL bei den Fluoridierungsmaßnahmen die Tablettenfluoridierung gar nicht erwähnt, wohl aber das Fluoridsalz, das in den ersten drei Lebensjahren quantitativ gar nicht zu einer relevanten Fluoridzufuhr führen

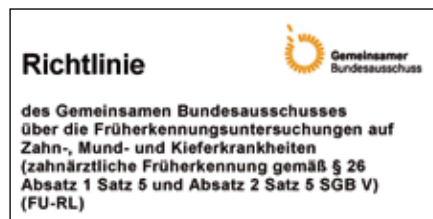


Abb. 2: FU-RL des G-BA

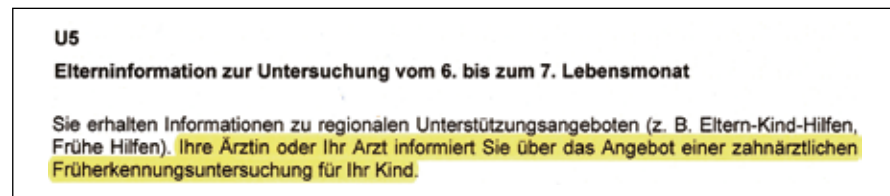


Abb. 3: Änderung der „Elterninformation“ ab U5<sup>3</sup>

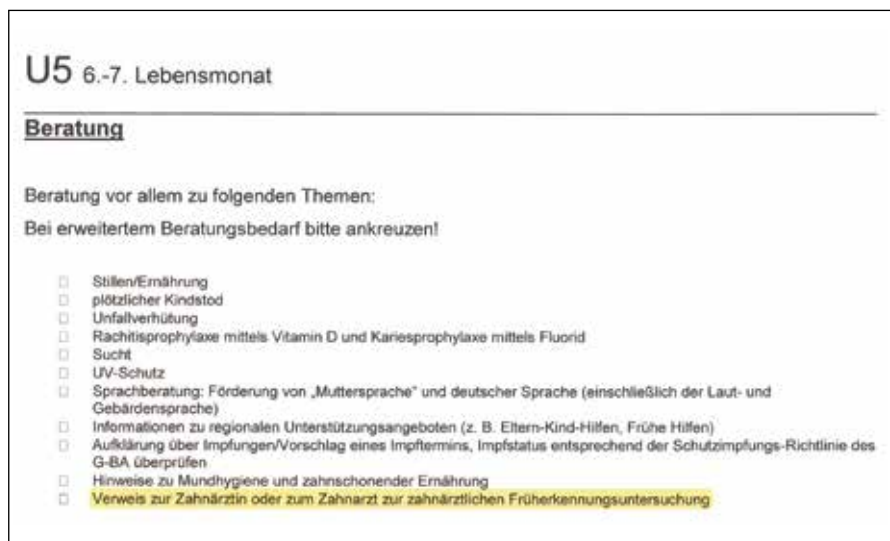


Abb. 4: Änderung des Abschnitts „Beratung“ ab U5<sup>3</sup>



Relevante anamnestische Ergebnisse:	
Orientierende Beurteilung der Entwicklung altersgemäß: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Körpermaße:	
Körpergewicht in g	<input type="text"/>
Körperlänge in cm	<input type="text"/>
Kopfumfang in cm	<input type="text"/>
Gesamtergebnis:	
keine Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/>
Auffälligkeiten zur Beobachtung:	
weitere Maßnahmen vereinbart:	
Verweis zur Zahnärztin oder zum Zahnarzt <input type="checkbox"/>	
Prüfung, Aufklärung und ggf. Veranlassung der Durchführung von:	
Neugeborenen-Hörscreening	
Impfstatus beim Verlassen der Praxis vollständig: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
fehlende Impfungen:	
Bemerkungen:	
Terminvereinbarungen	
nächster Impftermin am:	
Stempel	Unterschrift und Datum:

Abb. 5: Änderung der Seite „Ergebnisse“ ab U5<sup>3</sup>

kann, fällt dem Pädiater natürlich unangenehm auf.

Bislang hatten nur Kinder ab dem 34. Lebensmonat mit bereits vorhandener Karies als Zeichen eines erhöhten Kariesrisikos (siehe Tab. 1) Anspruch auf die Applikation von Fluoridlack. Durch die neue FU-RL haben nun **alle Kinder vom 6. bis zum vollendeten 33. Lebensmonat zweimal je Kalenderhalbjahr Anspruch auf eine Anwendung von Fluoridlack zur Zahnschmelzhärtung**, auch ohne vorhandene Karies. Dieser Anspruch kann sich naturgemäß erst nach Durchbruch des ersten Zahns verwirklichen.

Die Zahnärzte werden wahrscheinlich versuchen, die ZFU an ihre Präventionsassistentinnen zu delegieren. Diese müssen sich allerdings mit den Inhalten und mit dem Umgang mit Säuglingen, jungen Kleinkindern und deren Eltern erst einmal vertraut machen. Wir dürfen gespannt sein, wann die neuen ZFU und die Applikation von Fluoridlack viermal

im Jahr tatsächlich flächendeckend und kompetent angeboten werden und wie sie dann in Anspruch genommen werden.

Tab. 1: Definition des Kariesrisikos nach Alter und Kariesindex laut FU-RL<sup>1</sup>

Alter	Kariesindex
unter 3 Jahre	>0
unter 4 Jahre	>2
unter 5 Jahre	>4
unter 6 Jahre	>5

## Pulsoxymetrie-Screening

Am 14. November 2019 hat der G-BA eine kleine Änderung der Kinderrichtlinie (siehe Abb. 6) beschlossen, um eine Unklarheit bei der Durchführung des Pulsoxymetrie-Screenings auszuräumen. Die geänderte Kinder-Richtlinie wurde am 18. Dezember 2019 im Bundesanzeiger



Abb. 6: Kinder-Richtlinie des G-BA<sup>3</sup>

veröffentlicht (Banz Bundesanzeiger AT 18.12.2019 B4) und ist am 19. Dezember 2019 in Kraft getreten<sup>3</sup> (Abb. 6).

Dadurch wird in den neu gedruckten U-Heften auf Seite 5 präzisiert, dass die Messung für das Pulsoxymetrie-Screening am Fuß zu erfolgen hat<sup>3</sup> und nicht – wie häufig falsch verstanden – an einer Hand, an beiden Händen oder an Händen und Füßen.

Notwendiger wäre es aus meiner Sicht allerdings gewesen, auf dieser Seite zusätzlich einzufügen, wann das Screening durchgeführt werden soll, denn dazu erreichen mich häufig Fragen. Es „soll **am 2. Lebensstag** erfolgen (nach der 24. bis zur 48. Lebensstunde). Im Ausnahmefall (z. B. bei ambulanter Geburt) kann das Screening frühestens nach der 4. Lebensstunde und bis spätestens zur U2 erfolgen“<sup>3</sup>.

Da die U2 am 3. bis 10. Lebensstag mit einer Toleranz bis zum 14. Lebensstag durchgeführt werden muss, soll das Pulsoxymetrie-Screening laut G-BA bis zum 14. Lebensstag nachgeholt werden, wenn es nicht zeitgerecht erfolgt ist (obwohl es nach der ersten Lebenswoche wahrscheinlich keinen Sinn mehr macht).

## Fazit für die Praxis

Während die Präzisierung beim Pulsoxymetrie-Screening für uns Pädiater keine große Bedeutung hat, wird es spannend, wie sich die drei neuen zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen in den Alltag integrieren lassen, und ob sich damit die Prävalenz der frühkindlichen Karies weiter senken lässt. Wichtig erscheint das besonders für Kinder aus sozial benachteiligten Familien, die die Hauptlast der Zahnkaries tragen.

## Korrespondenzadresse:

Dr. Burkhard Lawrenz  
Sprecher des Präventionsausschusses  
59821 Arnsberg  
E-Mail: blawrenz@t-online.de

Red.: WH

## Der Honorarausschuss informiert

# EBM-Novelle zum 1.4.2020

Nach Verhandlungen, die fast ein ganzes Jahrzehnt benötigten, haben sich nun KBV und Kassen auf eine EBM-Novelle geeinigt. Wie immer bei Honorarnovellen wird es Gewinner und Verlierer geben. Für die Pädiatrie insgesamt viel Aufregung bei wenig Nutzen. Diese Honorarnovelle verfolgt das Ziel: Aufwertung der Gespräche und Abwertung technischer Leistungen. Das Allgemeinpädiatrische Gespräch (04230) wurde um 42% aufgewertet. Zum anderen wurde die betriebswirtschaftliche Kalkulation des EBM angepasst (dies werden die meisten gar nicht bemerken).

Ein berufspolitischer Erfolg für den BVKJ ist die Einführung eines Gespräches für Schwerpunktpädiater. Dies bietet auch Schwerpunktpädiatern, die aufgrund der Abbildung Ihres Faches im EBM in der Vergangenheit nicht die Möglichkeit hatten, eine Ziffer zum Generieren des SPler-Zuschlages zu erhalten, diesen nun zu erhalten. Darüber hinaus können in Zukunft die Leistungen der Schwerpunktpädiater besser im EBM erkannt und für Honorarfortentwicklungen identifiziert werden.

Weitere strukturelle Veränderungen konnten für die SP-Pädiater durchgesetzt werden.



Dr. Reinhard Bartzky

### Die Historie

Im Oktober 2012 (damals war noch Andreas Köhler KBV-Vorstand) hatte man sich im Bewertungsausschuss auf die Grundsätze einer punktsummenneutralen EBM-Reform vertraglich geeinigt. Unter dem Druck des technischen Fortschritts und dem Kassenmantra der Punktsummenneutralität konnte das eigentlich nichts werden. Eine erste Stufe der EBM-Reform hatte es dann 2013 gegeben, das Hauptwerk wurde aber verschoben. Das lief wie folgt: Im Juni 2014 einigte man sich auf ein In-Kraft-Treten zum 1.1.2016; später dann auf ein In-Kraft-Treten zum 1.7.2017. Und dann? Dann kam Spahn: Von der Ärzteschaft

weitgehend unbemerkt schrieben die Autoren des TSVG noch einige ganz präzise Absätze, wie der EBM neu zu gestalten sei, ins Gesetz und erhöhten den Druck auf die Durchsetzung der Novelle.

#### Zitat aus dem TSVG:

„... Dabei soll die Bewertung der Leistungen mit einem hohen technischen Leistungsanteil, die in einem bestimmten Zeitraum erbracht werden, insgesamt so festgelegt werden, dass die Punkte, die im einheitlichen Bewertungsmaßstab für diese Leistungen vergeben werden, ab einem bestimmten Schwellenwert mit zunehmender Menge sinken.“

### Was haben die mit dem EBM gemacht?

Die **betriebswirtschaftliche Kalkulation** fast aller EBM-Leistungen wurde neu erfasst. Dabei wurde der **kalkulatorische Arztlohn** gemäß den Erhöhungen des Orientierungspunktwertes der letzten Jahre **von 105.000 € auf 117.000 €** angehoben. Die Praxiskosten wurden basierend auf den Angaben des Statistischen Bundesamtes neu kalkuliert. Dieser Schritt ist zum Beispiel für das dramatische Absinken der kinderpulmologischen Pauschale verantwortlich, da die zur Kalkulation herangezogenen Geräte heute

viel günstiger zu erwerben sind, als noch vor Jahren und weil der Technikanteil in der kinderpulmologischen Pauschale bei rund 80% liegt.

Diese Neukalkulation verfolgt noch zwei Ziele: es solle zu einer größeren Honorargerechtigkeit zwischen den Arztgruppen kommen und es sollte eine steigerbare Grundlage für zukünftige Honorarnovellen gefunden werden.

Im Rahmen der **Anpassung der Kalkulationszeiten** (oftmals Abwertungen um bis zu 30%!) kam es bei vielen Leistungen auch zu einer deutlichen Reduktion der Prüfzeiten. Dies betrifft nicht Gesprächs- oder arztgebundene Leistungen. Das SGB-V-Aufgreifkriterium: „Prüfung, wenn mehr als 780 Stunden pro Quartal“ wird somit in Zukunft etlichen erspart bleiben.

Gemäß Vorgaben aus dem Hause Spahn kam es zu einer Aufwertung der Gesprächsleistungen und einer Abwertung von Technikleistungen. Da alle EBM-Ziffern neu bewertet wurden und da bei uns Hausärzten die Versichertenpauschale das bedeutendste Punktevolumen hat, kann man sagen, dass der Ausgleich der neuen Bewertungen über eine Abwertung der Versichertenpauschale erfolgte.

Darüber hinaus hat es in fast allen Facharztkapiteln (dies erfolgte für Haus- sowie Kinder- und Jugendärzte bereits 2013) eine leichte strukturelle Anpassung mit zum Teil neuen EBM-Ziffern gege-



ben. Dies ist partiell auch für die Schwerpunktpädiatrie erfolgt. Sinnvolle und dem technischen Fortschritt folgende neue Leistungen konnten hier unter dem Deckmantel der Punktsummenneutralität nicht verhandelt werden.

Erfolg für die SP-Pädiatrie ist hier die Einführung eines Schwerpunkt-Pädiater-Gesprächs (NEU: GOP 04231), welches auch den pädiatrischen Fachgruppen, die bislang keine Möglichkeit hatten, einen Fall als SP-Fall im EBM abzubilden, nun diese Möglichkeit gibt. Die 04231 ist budgetiert wie die 04230; sie kann nur von Kollegen angesetzt werden, die eine Berechtigung für die Kapitel 4.4 oder 4.5 haben.

Die gestaffelte Abwertung der technischen Leistungen kann anhand der Bildgebung des Abdomens demonstriert werden. Diese Art Förderung der sprechenden Medizin führt unweigerlich zu dem Effekt, dass das Vorhalten der Sonografie in den Bereichen, in denen diese nicht wirtschaftlich erbracht werden kann, noch unwirtschaftlicher wird.

### Beispiele aus dieser EBM-Novelle:

Tab. 1: Versichertenpauschale und Chronikerziffer

GOP	Punkte alt	Punkte neu	Prüfzeit alt	Prüfzeit neu
04001	144	138 (96%)	23	16
04002	150	142	14	11
04003	122	114	11	9
04040	144	138		
04220	130	130	15	12
04221	40	40	4	3

Tab. 2: Gesprächsleistungen

GOP	Punkte alt	Punkte neu	Prüfzeit alt	Prüfzeit neu
04230	90	128	10	10
04231	(neu für SPler)	128		10
04350	170	183	14	10
04351	95	123	9	8
04352	285	316	23	18
04353	166	170	14	10
04354	72	76	6	4
04355	145	184	15	15
04356	195	193	15	15
35100	152	193	16	14
35110	152	193	16	14

Tab. 3: Bildgebung

GOP	Legende	Punkte alt	Punkte neu	Absenkung auf
33042	Abdo-Sono	157	143	91%
34341	Abdo-CT	819	724	88%
34441	Abdo-MRT	1213	1053	86%

.....  
**Neuordnung Allergologie:**  
 Aufgrund der Eingaben des Aktionsbündnisses Allergologie wurden die Allergologie-Ziffern neu gestaltet. Die deutliche Abwertung der beiden alten Allergologie-Komplexe ist durch das allergologische Gespräch zu kompensieren. Die neue Legendierung bietet auch die Möglichkeit abzurechnen, wenn es aufgrund der allergologischen Beratung gar nicht mehr zu einer Testung kommen musste oder wenn es zu einer Befundbesprechung kommt. Das allergologische Gespräch ist mit 4x im Krankheitsfall mengenbegrenzt, aber nicht budgetiert wie das allgemeine pädiatrische Gespräch (04230) und somit eine Option für Kollegen, die Ihr Gesprächsbudget ausschöpfen.  
 .....

Bislang:  
 30110: Epikutantestung 633 Punkte  
 30111: Prick oder Scratch 458 Punkte  
 Die bisherige Textpassage „einschließlich Kosten“ wurde gestrichen.  
 .....

**Neu:**  
 30100: Allerg Anamn./Beratung 65 Punkte, je 5 Minuten,  
 4 x im Krankheitsfall, unbudgetiert  
 30110: Epikutantestung 258 Punkte  
 30111: Prick oder Scratch 220 Punkte  
 40350: Sachkosten zu 30110 16,14 €  
 40351: Sachkosten zu 30111 5,50 €

### Was ist in der Kinderpneumologie passiert?

Wenn sich KBV und Kassen einigen, bleiben sachgerechte Inhalte leider manchmal auf der Strecke. Bei der Einführung dieses 5-stelligen EBM im Jahre 2005 würde fälschlicherweise das Erwachsenkapitel in die Kinderheilkunde kopiert – die Auswirkungen dieses Fehlers sind bis heute nicht gänzlich behoben. Bei unseren Schwerpunktpädiatern wurden erneut die Leistungen der Erwachsenenpneumologen bei der Berechnung des kinderpneumologischen Komplexes gespiegelt. Dem hat der BVKJ widersprochen. Für alle Leistungen im EBM wie auch in der GOÄ machen wir in der Pädiatrie einen höheren personellen, zeitlichen, wie aber auch raumbezogenen Aufwand geltend.

### Auswirkungen

Nach den neuesten Honorarsimulationen der KBV (Stand 11.12.2019) wird es im hausärztlichen Bereich zu keinen nennenswerten Punktsummenentwicklungen kommen, im Facharztbereich hingegen wird es deutliche Honorarverschiebungen zwischen den Fachgruppen geben (siehe Tab. 4).

Formal wurden das Hausarzt(03)- und das Pädiatriekapitel(04) gleich behandelt. Da in der Kinder- und Jugendmedizin aber mit den Schwerpunktpädiatern mehr technische Leistungen abgerufen werden, ist die Pädiatrie insgesamt mit nur 0,6% plus und die Allgemeinmedizin mit 0,8% plus aus dem Rennen gegangen. Ob dies Honorarauswirkungen hat, hängt vom regionalen Honorarverteilungsmaßstab ab. In KVen mit Vollauszahlung (BY, BW, TH, MV) wird eh alles bezahlt. In den anderen KVen mit begrenzten Töpfen hängt die Auswirkung davon ab, ob die Pädiater einen gemeinsamen Honorartopf mit den Allgemeinmedizinern haben und von dem Umstand, ob diese Töpfe ein getrenntes festes oder ein sich fortentwickelndes Honorarvolumen haben.

Tab. 4: Simulation der Leistungsbedarfe

Gesamt	+0,2%
Hausärzte (Allg plus KiÄ)	+0,8%
Allgemeinmedizin	+0,8%
Kinderheilkunde u. Jugendmedizin	+0,6%
Allgemeine fachärztliche Fachgruppen	-2,6%
Internisten	-2,6%
N-/P-Fächer	+3,7%
Technische Fächer	-8,6%
Weitere Fachgruppen	+1,7%

Tab. 6: Einnahmen/Ausgaben/Überschuss je Praxisinhaber nach Destatis 2015 (Stat. Bundesamt):

Fachgruppe	Einnahmen	Ausgaben	Überschuss
Radiologen	978.000	623.000	355.000
Strahlentherapeuten	1.834.000	1.176.000	658.000
Nuklearmediziner	721.000	456.000	265.000
Durchschnitt aller FG	402.000	209.000	193.000

## Strukturänderungen in der Pädiatrie zum 1.4.2020

- Aufnahme eines **schwerpunktpädiatrischen Gespräches**, um die Tätigkeit im fachärztlichen Versorgungsbereich (EBM Kap 4.4 und 4.5) für die Zusetzung des 60%-Zuschlages für alles SPLer zu erhalten
- Die **Audiometrie** (GOP 0435) ist zukünftig außer bei der U8 (dort gehört sie zum Leistungsinhalt der neuen Kinderrichtlinien) bei allen anderen Kindervorsorgen am Behandlungstag neben den Ziffern 01711-01717, 01719 und 01723 abrechenbar. Auch in der Vergangenheit war die Audiometrie stets neben der J1 (01720) abrechenbar, dies bleibt unverändert gültig.
- **Allergologie**: siehe extra Kasten
- Aufnahme einer **Kostenpauschale für den Schweißtest**: GOP 40157: 33,00 Euro (die Durchführung des Schweißtestes bleibt für Allgemeinpädiater unverändert in der Versichertenpauschale versenkt).
- **Reduktion der Ableitdauer der pädiatrischen Schlaf-EEG-Untersuchung** (GOP 04435) von 2 Stunden auf mindestens 45 Minuten Dauer ohne Honorarabwertung (alt: 548 Punkte -> neu: 612 Punkte).
- **Änderung der Leistungslegende der Zusatzpauschale Rheumatologie** (GOP 04550) von zwei auf einen Arzt-Patienten-Kontakt im Behandlungsfall; ohne Honorarabwertung (alt: 191 Punkte -> neu: 232 Punkte).

Tab. 5

Ziffer	Legende in der Entwicklungsneurologie	Punkte
04350	Untersuchung und Beurteilung der funktionellen Entwicklung bis zum vollendeten 6. Lebensjahr mind. 4 Funktionsbereiche dokumentieren: (z.B. Grobmotorik, Graphomotorik, geistige Entwicklung, Perzeption, Sprache, Sozialverhalten, Selbstständigkeit) [max. 2x im Behandlungsfall]	183
04351	Orientierende entwicklungsneurologische Untersuchung bis zum vollendeten 12. Lebensjahr Dokumentation von Haltung, Bewegung, Muskeltonus, Reflexe, Hirnnerven	123
04352	Erhebung des vollständigen Entwicklungsstatus Bis zum vollendeten 18. Lebensjahr Vollständigen Entwicklungsstatus dokumentieren [max. 1x im Behandlungsfall]	316
04353	Orientierende Untersuchung der Sprachentwicklung bis zum vollendeten 18. Lebensjahr Audiometrie (04353) nicht zusätzlich ansetzbar. Dokumentation Wortschatz, Sprachverständnis und Motorik [max. 1x im Behandlungsfall]	170
04354	Zuschlag zu einer Vorsorgeuntersuchung (01712-01720 und 01723) für das Erbringen der Leistung 04351 und/ oder 04353, wenn die Vorsorge diesbezüglich einen pathologischen Befund ergab.	76

- Die **Infusionstherapie** (z.B. Antikörpergabe) konnte für die Schwerpunkte Neurologie, Gastroenterologie und Rheumatologie umgesetzt werden (GOP 02100: Infusion, GOP 02101 Infusionstherapie und GOPen 01510-01512 (praxisklinische Betreuung)), dies ohne eine Absenkung der Grundpauschalen.

## Honorarstrategie

Wer eine durchschnittliche hausärztliche allgemeinpädiatrische Praxis betreibt, wird aus dieser EBM-Novelle honorartechnisch plus minus Null herauskommen. Wer seinen Schwerpunkt auf technischen Leistungen hat, wird zu den Verlierern dieser Novelle gehören; zu kompensieren ist dies am einfachsten mit den Gesprächsziffern (siehe Tabelle oben), bzw. Ziffern, denen eine hohe Arzttzuwendungszeit hinterlegt ist. Deshalb sei hier nochmals an die für unser Fach so wichtigen Ziffern der Entwicklungsneurologie erinnert (siehe Tab. 5).

Ob ein wirklicher Ausgleich zwischen den Fachgruppen kommen wird, darf bezweifelt werden, zu verfestigt sind da die Strukturen.

Die in dieser Tabelle (Tab. 6) dargestellten Zahlen des statistischen Bundesam-

tes sollen erneut verdeutlichen, wieso der Gesetzgeber genau diese drei Fachgruppen benannte. Da nützt es auch wenig, wenn die Vertragsärzte einiger Gruppen kollektiv keine Daten an das ZIPP melden, dann werden eben die für uns Vertragsärzte her ungünstigeren destatis-, oder gleich Kassenzahlen genommen.

## Fazit

Am Ende dieser EBM-Reform bleibt der Eindruck, dass viel bewegt, aber wenig bewirkt wurde. Ich wage zu bezweifeln, ob dieser erhebliche Aufwand, der überall Sorgen und Ängste verbreitet, je eine wesentliche politische Steuerungswirkung entfalten wird. Es ist dem BVKJ gelungen einige honorarpolitische Forderungen für die SP-Pädiater, für die wir seit langem gestritten haben, umzusetzen.

Etlliche weitere unserer Honorar- und Strukturforderungen bleiben aber nach wie vor unerfüllt.

## Korrespondenzanschrift:

Dr. Reinhard Bartzeky  
10967 Berlin  
E-Mail: dr@bartzeky.de

Red.: WH

# Das Masernschutzgesetz – Was gilt jetzt?

Wir hatten bereits im Heft 07/2019 über den Referentenentwurf zum Masernschutzgesetz berichtet. Das Gesetzgebungsverfahren ist nun abgeschlossen. Der Deutsche Bundestag hat am 14. November 2019 das Gesetz für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention verabschiedet. Der Bundesrat hat das Gesetz in seiner Sitzung am 20. Dezember 2019 gebilligt. Das Gesetz liegt derzeit dem Bundespräsidenten zur Unterzeichnung vor und wird nach Veröffentlichung im Bundesgesetzblatt voraussichtlich zum 1. März 2020 in Kraft treten. In Ergänzung unseres Beitrages aus dem vergangenen Jahr möchten wir die gesetzlichen Änderungen wie folgt darstellen:



Dr. Juliane Netzer-Nawrocki



Dr. Kyrill Makoski

## Zum Hintergrund des Gesetzes

In den letzten Jahren ist die Zahl der Masernfälle in Deutschland im Verhältnis angestiegen. Allein 2019 wurden noch 514 Masernfälle gemeldet. Zugleich wurde festgestellt, dass das gewünschte Ziel einer Impfungsrate von 95 % nicht erreicht wurde. In diesem Zusammenhang ist der Gesetzesentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit zum Gesetz für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprä-

vention (abrufbar unter: <https://dip21.bundestag.de/dip21/btd/19/134/1913452.pdf>) entstanden, der eine Impfpflicht für Masern – jedenfalls teilweise – einführt. Das Gesetz ist inhaltlich vor allem eine Änderung des Infektionsschutzgesetzes (s. auch Beitrag von Frau Dr. Peter in Heft 2/2020 dieser Zeitschrift).

### Im Einzelnen gilt ab dem 1. März 2020 Folgendes:

- Mehr Aufklärung**  
 § 20 Abs. 1 IfSG fasst die Aufgabe der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung deutlicher. Diese soll die Bevölkerung über das Thema Prävention durch Schutzimpfungen und andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe aufklären.
- Impfpflicht bei bestimmten Personengruppen**  
 Durch eine Ergänzung von § 20 IfSG um die Absätze 8 bis 10 wird nunmehr vorgeschrieben, dass bei bestimmten Personen entweder ein ausreichender Impfschutz oder eine Immunität gegen Masern vorliegen und nachgewiesen werden muss. Dabei handelt es sich um Personen, die in einer Gemeinschaftseinrichtung nach § 33 IfSG betreut werden und um Personen, die dort sowie in einer Einrichtung nach § 23 Abs. 3 S. 1 IfSG Tätigkeiten ausüben sollen. Gemeinschaftseinrichtungen nach § 33 IfSG sind alle Einrichtungen, in denen überwiegend minderjährige Personen betreut werden. Dazu zählen insbesondere Kindertageseinrichtungen und Kinderhorte, die nach § 43 Abs. 1 SGB VIII erlaubnispflichtigen Kindertagespflegen, Schulen oder sonstige Ausbildungseinrichtungen, Heime und Ferienlager. Im Vergleich zum Re-

ferentenentwurf wurde die Begriffsbestimmung noch einmal präzisiert und insbesondere die Betreuung in Tagespflegeeinrichtungen (Tageseltern) in den Kreis der Gemeinschaftseinrichtungen, für die ein Impfschutz nachgewiesen werden muss, einbezogen. Erfasst werden nicht nur die betreuten Personen, sondern auch die Betreuer und sonstige Personen, soweit sie in der Einrichtung – ggf. auch nur ehrenamtlich – tätig werden sollen. Bei einer Schule wäre dies das gesamte Personal einschließlich des Hausmeisters. Auf das unbestimmte Kriterium des „Kontakts“ zu den betreuten Personen, das der Referentenentwurf enthielt, kommt es nach der verabschiedeten Fassung des Gesetzesentwurfs nicht mehr an. Damit wurde der Kritik Rechnung getragen, dass das unspezifische Kriterium des „Kontakts“ angesichts der Übertragbarkeit der Masernerreger keine sinnvolle Beschränkung darstellen könne.

Einrichtungen nach § 23 Abs. 3 S. 1 IfSG sind insbesondere Krankenhäuser, Einrichtungen für das ambulante Operieren, Dialyseeinrichtungen, Tageskliniken, Arztpraxen, Praxen sonstiger humanmedizinischer Heilberufe oder auch ambulante Pflegedienste. Das gesamte medizinische sowie ggf. nichtmedizinische Personal mit Kontakt zu Patienten, welches auch Praktikanten und Mitarbeiter im Rahmen des Bundesfreiwilligendienstes einschließt, soll also ebenfalls geimpft werden. Durch die Gesetzesänderung wurde auch das Personal der Rettungsdienste mit eingeschlossen.

- Kombinationsimpfung keine Ausrede**  
 Der Gesetzgeber hat auch darauf reagiert, dass es üblicherweise keine



singuläre Masernschutzimpfung gibt, sondern sie Bestandteil einer Kombinationsimpfung ist. Nach § 20 Abs. 8 S. 2 IfSG gilt die Verpflichtung zum Nachweis eines Impfschutzes auch, wenn hierzu ausschließlich Kombinationsimpfstoffe zur Verfügung stehen. Hierin soll also keine Ausrede liegen, sich nicht gegen Masern impfen zu lassen. Dies wird im Ergebnis auch zu einer Verbesserung der Impflage bei Mumps und Röteln führen.

- **Medizinische Ausnahmen**

Sowohl bei Jugendlichen als auch bei Erwachsenen gibt es Personen, die aus medizinischen Gründen nicht gegen Masern geimpft werden können. Hierfür sieht § 20 Abs. 8 S. 3 IfSG eine Ausnahme von der Impfpflicht vor, wenn eine medizinische Kontraindikation gegen die Schutzimpfung gegen Masern mit dem zur Verfügung stehenden Impfstoff vorliegt – etwa aufgrund einer Allergie gegen Bestandteile des Impfstoffs oder aufgrund einer akuten schweren Erkrankung. Dieser Personenkreis profitiert also von der Herdenimmunität, da er selbst nicht geimpft werden kann. Die Feststellung einer medizinischen Kontraindikation kann grundsätzlich durch jeden Arzt erfol-

gen. Forderungen, diese Feststellung den neutralen Amtsärzten vorzubehalten, wurden nicht in das Gesetz aufgenommen.

- **Vorsicht bei Ausstellung von ärztlichen Bescheinigungen nach § 20 Abs. 9 Nr. 2 IfSG**

Grundsätzlich können ärztliche Zeugnisse, aus denen hervorgeht, dass eine medizinische Kontraindikation gegen eine Impfung gegen Masern besteht, von jedem Arzt ausgestellt werden. Kinder- und Jugendärzte sollten diesbezüglichen Anfragen von (impfgegnerischen) Eltern mit Blick auf die Strafbarkeit nach § 278 StGB (Ausstellen unrichtiger Gesundheitszeugnisse) mit Vorsicht entgegentreten. Selbst bei immunsuppressiven Patienten ist eine Impfung nicht per se ausgeschlossen. Ggf. muss im Einzelfall eine zweite Meinung eingeholt werden.

- **Nachweis über Impfung**

Der Nachweis über den bestehenden Impfschutz ist entweder vor Aufnahme in die Einrichtung oder vor Beginn der Tätigkeit durch den Impfausweis nach § 22 IfSG zu führen. Alternativ kann auch eine ärztliche Bescheinigung vorgelegt werden, die bestätigt, dass

entweder eine ausreichende Immunität gegen Masern (wegen durchlebter Erkrankung) gegeben ist oder dass eine gesundheitliche Kontraindikation gegen die Schutzimpfung vorliegt.

Bei Schülern, die in die erste Klasse einer allgemeinbildenden Schule aufgenommen werden sollen, kann das zuständige Gesundheitsamt den Impfstatus auch im Rahmen der Erhebung nach § 34 Abs. 11 IfSG vornehmen.

### Impfberechtigte Ärzte

§ 20 Abs. 4 IfSG erweitert den Kreis der Ärzte, die Schutzimpfungen durchführen dürfen. Die Berechtigung zur Durchführung von Schutzimpfungen wird nunmehr alleine an die Approbation geknüpft und nicht mehr an eine bestehende Facharztweiterbildung. Ebenso darf jeder Arzt unabhängig von seiner Gebietsbezeichnung impfen, d.h. jeder Humanmediziner darf auch Kinder impfen und der Kinder- und Jugendarzt darf danach auch Erwachsene impfen. Ob dies dann auch im Rahmen der GKV abgebildet werden wird, bleibt abzuwarten. Wünschenswert wäre eine gesetzliche Regelung, wonach Fachgruppengrenzen im Rahmen der Abrechnung – insbesondere beim EBM – für Impfungen keine Anwendung finden.

# Sie lesen Qualität

Damit das auch so bleibt, befragen wir

Sie in Kooperation mit **ifak**

in den nächsten Wochen.

Ihr Urteil ist uns wichtig.

**Bitte nehmen Sie teil!**



Darüber hinaus wurde auch § 132e SGB V geändert. Bisher ist dort vorgesehen, dass Impfungen durch geeignete Ärzte einschließlich Betriebsärzte erfolgen können. Nunmehr werden dort sämtliche Ärzte genannt und die Eignungsvoraussetzung entfällt. Ebenso wurden die Beschränkungen von den Behörden der Länder, die für die Durchführung von Schutzimpfungen erforderlich sind, erweitert auf sämtliche Landesbehörden, die für den öffentlichen Gesundheitsdienst zuständig sind. Hiermit soll die Zahl der Ärzte, die tatsächlich Schutzimpfungen durchführen dürfen, erweitert werden. Zugleich wurde der Kreis der bevorzugten Vertragspartner angepasst auf Vertragsärzte, Fachärzte für Arbeitsmedizin und Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin und die für die im öffentlichen Gesundheitsdienst zuständigen Landesbehörden. Es sind damit noch mehr Möglichkeiten gegeben, dass Impfungen durchgeführt werden.

### Impfpausweis

Die Regelungen zum Impfpausweis (§ 22 IfSG) werden neu gefasst. Es ist die Möglichkeit vorgesehen worden, dass Impfpausweis und Impfbescheinigung in digitaler Form erstellt werden. Hierfür wird jetzt bestimmt, dass die Bestätigung der Impfung nicht nur mit Unterschrift erfolgen kann, sondern auch mit der entsprechenden elektronischen Signatur. Das bisher im Impfpausweis vorgesehene Feld für einen Terminvorschlag für die Auffrischimpfung soll entfallen. Stattdessen soll nur noch eine Information über Folge- und Auffrischimpfung eingefügt werden.

Die zunächst vorgesehene Änderung des § 291a Abs. 4 SGB V dahingehend, dass im Rahmen der elektronischen Gesundheitskarte auch die für den Gesundheitsdienst zuständigen Behörden Zugriff auf die Impf-Daten erhalten, soweit dieses den elektronischen Impfpass betrifft, wurde noch nicht umgesetzt.

### Wie geht es jetzt weiter? - Sanktionsmöglichkeiten

#### • **Betretungsverbot bei fehlender Impfung**

Wenn die betroffenen Personen, die sich der Impfung verweigern, nicht der

allgemeinen Schulpflicht unterliegen, kann das zuständige Gesundheitsamt ein Betretungsverbot aussprechen. Dies gilt insbesondere gegenüber den entsprechenden Mitarbeitern. Bei schulpflichtigen Kindern ist der Sachverhalt anders zu bewerten. In diesem Fall soll die Schulpflicht die widerstreitenden grundrechtlichen Interessen, mit denen die Impfpflicht begründet wird, überlagern. Die Impfung sei schlussendlich nach wie vor freiwillig. Dementsprechend habe die gesetzliche Schulpflicht und die gesetzliche Unterbringungspflicht Vorrang. Hiermit wird deutlich, was der Unterschied zur amerikanischen Politik des „no vaccination, no school“ ist: Dort gibt es keine Schulpflicht, sondern nur eine Impfpflicht für den Besuch öffentlicher Schulen. Wer sich also gegen den Besuch an der öffentlichen Schule entscheidet, kann damit auch die Impfpflicht umgehen. Allerdings gilt die Ausnahme nur für die Erfüllung der Schulpflicht, freiwillige Aktivitäten (oder auch eine Ganztagsbetreuung) sind nicht umfasst.

Für Personen, die bereits in einer der entsprechenden Einrichtungen tätig sind oder dort aufgenommen wurden, wird eine **Übergangsfrist** eingeräumt **bis zum 31. Juli 2021**. Falls der entsprechende Nachweis nicht erbracht wurde, muss die Leitung der Einrichtung unverzüglich das Gesundheitsamt informieren und die Daten des entsprechenden Mitarbeiters bzw. Kindes übermitteln. Spricht das Gesundheitsamt sodann ein Betretungsverbot für den betreffenden Mitarbeiter aus, bekommt der Sachverhalt auch eine arbeitsrechtliche Komponente. Es stellt sich nämlich die Frage, ob in der Impfverweigerung ein (außerordentlicher) Kündigungsgrund liegen kann. Jedenfalls wird der Arbeitnehmer seiner arbeitsrechtlichen Leistungsverpflichtung nicht mehr nachkommen können. In ähnlich gelagerten Fällen (z.B. Verlust der Fahrerlaubnis bei Busfahrern) haben einige Arbeitsgerichte das Vorliegen eines Kündigungsgrundes angenommen. Ob diese Rechtsprechung auf die Fälle der Impfverweigerung übertragen wird, bleibt abzuwarten.

#### • **Bußgeld**

Die Nichtbeibringung des Nachweises wird als Ordnungswidrigkeit behandelt und kann mit einem Bußgeld von bis 2.500 € geahndet werden. Ebenso wird die fehlerhafte Information des Gesundheitsamtes durch die Leitung der Einrichtung sanktioniert. Gleiches gilt für die Aufnahme eines Kindes, bei dem der Impfstatus nicht nachgewiesen wurde. Während bei Einzelpersonen der Bußgeldrahmen wohl kaum ausgereizt werden wird, dürfte dies bei Trägern von Einrichtungen anders sein. Ein Erreichen der oberen Grenzen ist hier nicht auszuschließen. Darüber hinaus werden wiederholte Verstöße gegen die Vorgaben des IfSG durch die Leitung einer Einrichtung mutmaßlich zu weiteren Maßnahmen bis hin zur Schließung der Einrichtung führen.

### Fazit

Das Masernschutzgesetz stellt einen Schritt in die richtige Richtung dar. Es enthält allerdings zum einen keine vollständige Impfpflicht für die Gesamtbevölkerung, sondern beschränkt sich auf medizinisches Personal, Personal im Kontakt mit Kindern und Kinder selbst. Zum anderen bleibt die Impfung an sich weiterhin freiwillig – insoweit sollte man richtigerweise von einer **Nachweispflicht** sprechen. Die Frage, ob das Gesetz weitreichend genug ist, um ausreichende Durchimpfungsraten zu erzielen, wird von den Experten weiterhin kontrovers diskutiert. Die im Moment bestehenden Impflücken, die sich insbesondere bei nach 1970 geborenen Personen ergeben, werden durch das Gesetz jedenfalls nicht geschlossen. Daher bleiben weitere Maßnahmen, wie ein Impfregister und gezielte Aufklärung von hoher Bedeutung.

---

#### Kontaktanschrift:

Dr. Juliane Netzer-Nawrocki/  
Dr. Kyrill Makoski  
Möller & Partner – Kanzlei für  
Medizinrecht ([www.moellerpartner.de](http://www.moellerpartner.de))  
Die Anwälte der Kanzlei sind als  
Justiziarer des BVKJ e.V. tätig.

Red.: WH

---

# Bericht aus dem Hauptstadtbüro des BVKJ

Das Bundesgesundheitsministerium sorgt dafür, dass der Gesundheitsausschuss des Bundestages und auch die Verbände gut beschäftigt bleiben – und dadurch auch für manche Kontroverse...

Lange gerungen haben wir mit einer Position zur Landarztquote, die der BVKJ an sich ablehnt. Dennoch kommt diese nun in den meisten Bundesländern, wodurch eine neue, realpolitische Positionierung des BVKJ unabdingbar wurde.



Kathrin Jackel-Neusser

## Kurzer Hintergrund zur Landarztquote

Aus der im **Masterplan Medizinstudium 2020** festgeschriebenen geplanten „Stärkung der Allgemeinmedizin“ resultierte die sogenannte „Landarztquote“. Diese soll es den Ländern ermöglichen, einen weiteren Anreiz dafür zu schaffen, dass sich junge Ärzte im ländlichen Raum als Allgemeinmediziner niederlassen.

Die Länder können bis zu 10 Prozent der Medizinstudienplätze vorab an Bewerber vergeben, die sich verpflichten, nach Abschluss des Studiums und der fachärztlichen Weiterbildung in der Allgemeinmedizin für bis zu zehn Jahre in der hausärztlichen Versorgung in unterversorgten bzw. durch Unterversorgung bedrohten ländlichen Regionen tätig zu sein.

Studierende bzw. Studienbewerber sollen außerdem besser informiert werden über die Möglichkeit finanzieller Förderungen, wenn z.B. ganze Ausbildungsabschnitte im ländlichen Raum absolviert werden.

Nordrhein-Westfalen war das erste Bundesland, das die Landarztquote eingeführt hat. Zum Wintersemester 2019/2020 wurden erstmals 170 Studienplätze (7,6% der Studienplätze außerhalb des sonstigen Vergabeverfahrens) an Bewerber vergeben, die sich vertraglich verpflichten 10 Jahre in einer unterversorgten Region hausärztlich tätig zu sein. Wer den Vertrag nach dem Medizinstudium und (in) der Facharztweiterbildung nicht erfüllt, muss mit Strafzahlungen von bis zu 250.000 € rechnen, so zumindest dort der Status Quo.

## Hier die neue Position des BVKJ-Bundesvorstandes zur Landarztquote (Köln, den 12.01.2020):

Link: [https://www.bvkj.de/fileadmin/pdf/presse/200112\\_Beschlussvorlage-Landarztquote.pdf](https://www.bvkj.de/fileadmin/pdf/presse/200112_Beschlussvorlage-Landarztquote.pdf)

„Generell lehnt der BVKJ die Landarztquote als zukunftsfähiges Mittel gegen den Ärztemangel auf dem Land ab. Nur wenige junge Menschen sind in der Lage, ihr Leben so langfristig festzulegen und sollten hierzu auch nicht durch entsprechende Gesetzesvorhaben angehalten werden. Zum anderen sind Strafzahlungen von bis zu 250.000 € (Beispiel NRW) unverhältnismäßig hart.

In jedem Fall gilt: Reduzieren wir die Gesamtzahl von künftigen Medizinstudenten um bis zu zehn Prozent im Sinne der Landarztquote, ohne zusätzliche Studienplätze zu schaffen, führt dies unweigerlich zu vermehrten Engpässen in allen anderen medizinischen Bereichen. Daher fordern wir – schon seit langer Zeit – mit Nachdruck, dass deutlich mehr Medizinstudienplätze geschaffen werden müssen.

De facto führt die Tatsache, dass die Landarztquote nun voraussichtlich dennoch in allen Bundesländern eingeführt werden wird, dazu, dass dadurch die Ressourcen für

die Pädiatrie weiter verknappt werden, wenn i.d.R. 10 Prozent der Medizinstudienplätze pauschal an die Allgemeinmedizin gehen, hier aber Internisten sowie Kinder- und Jugendärzte außen vor bleiben.

Daher fordern wir, dass bei der konkreten Ausgestaltung der Landarztquote, diese zumindest für die gesamten hausärztlichen Versorgungsbereich geöffnet wird.

Analog zur Landarztquote in NRW, sollten alle Bewerber, die über die Landarztquote einen Studienplatz erhalten, nach Abschluss des Studiums eine Weiterbildung absolvieren dürfen, die „zur Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung berechtigt“. Laut dem fünften Sozialgesetzbuch (§ 73 Abs. 1a SGB V) sind dies nicht nur Fachärzte für Allgemeinmedizin, sondern auch Kinder- und Jugendärzte und Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung.“

## Position zur Neuen Ärzteapprobationsordnung (ÄApprO) (vom 24.01.2020)

Neben einer Stellungnahme der hier federführenden DGKJ, die mit dem BVKJ abgestimmt wurde (einsehbar unter BVKJ/Stellungnahmen auf unserer Internetseite), hat Dr. Fischbach sich außerdem direkt an Bundesgesundheitsminister Spahn zur ÄApprO mit einem Schreiben gewendet (siehe Homepage unter [https://www.bvkj.de/fileadmin/pdf/presse/2020\\_01\\_24\\_Brief\\_Min\\_Spahn\\_BVKJ\\_A\\_\\_ApprO.pdf](https://www.bvkj.de/fileadmin/pdf/presse/2020_01_24_Brief_Min_Spahn_BVKJ_A__ApprO.pdf)):

„Sehr geehrter Herr Bundesminister, Ein auch in der Stellungnahme (der DGKJ) enthaltener Aspekt ist aus unserer Sicht besonders wichtig zu regeln:

Statt „Allgemeinmedizin“: „Fächer der hausärztlichen Versorgung im Sinne von § 73 Abs. 1a Satz 1 SGB V“



Der Entwurf der Neuen Approbationsordnung zeigt leider ganz deutlich, was sich schon beim Masterplan Medizinstudium 2020 abzeichnete: Statt korrekterweise von den „hausärztlichen Versorgern nach § 73 Abs. 1a Sozialgesetzbuch V“ zu sprechen, die ja auch allesamt in der Versorgungslandschaft fehlen, wird wieder nur einseitig – und auch in nicht korrekter Weise – von den „Allgemeinärzten“ gesprochen. Dies ist aber nicht nur unkorrekt, es kann auch zu sehr negativen Auswirkungen bezüglich der Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung führen.

Nach § 73 Abs. 1a SGB V nehmen insbesondere drei Fachgruppen an der hausärztlichen Versorgung teil: Allgemeinmediziner, Internisten (ohne Schwerpunkt) sowie Kinder- und Jugendärzte. Rund 40 Prozent der Hausärzte in Deutschland sind also Internisten und Kinder- und Jugendärzte. Ohne Internisten und ohne Kinder- und Jugendärzte wäre die hausärztliche Versorgung in Deutschland flächendeckend gefährdet. Wir warnen deshalb davor, die bereits sehr einseitige Ausrichtung des Masterplans Medizinstudium 2020 auf die neue ÄApprO zu übertragen.

Eine gute hausärztliche Versorgung kann auch in Zukunft nur gemeinsam durch alle Fachgruppen, die nach § 73 Abs. 1a SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, sichergestellt werden. Dafür müssen jedoch alle als gleichberechtigte Akteure einbezogen werden.

**Fakt ist: Die hausärztliche Versorgung kann nur durch die stärkere Einbindung von Kinder- und Jugendärzten sowie Internisten sichergestellt werden! Der BVKJ fordert deshalb erneut mit Nachdruck:**

**In der Neuen Approbationsordnung muss konsequent die verkürzte Formulierung „Allgemeinmedizin“ ersetzt werden durch „Fächer der hausärztlichen Versorgung im Sinne von § 73 Abs. 1a Satz 1 SGB V“. (...)**

Hierzu war Dr. Fischbach auch intensiv im Austausch mit der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V., die viele der Argumente des BVKJ übernommen hat, sowie mit der Bundesärztekammer.

### Patientendaten-Schutzgesetz (PDSG, auch DVG II)

Die geplanten Regelungen, die der Bundestag aber noch beschließen muss, im Detail (Quelle: Internetseite des Bundesgesundheitsministeriums):

#### • ePA

Schon jetzt ist klar: Krankenkassen müssen ihren Versicherten ab 2021 eine elektronische Patientenakte anbieten. Damit diese auch befüllt wird, erhalten Patienten zeitgleich einen Anspruch darauf, dass ihr Arzt Daten in die ePA einträgt. Ärzte bekommen das erste Befüllen und das Verwalten der ePA bezahlt.

Für das erstmalige Befüllen der Akte erhalten die Mediziner eine einmalige Vergütung von **zehn Euro** für das Jahr 2021. Eine Vergütung für das Befüllen ab dem 1. Januar 2022 soll zwischen KBV und GKV-Spitzenverband festgelegt werden.

Die Aufgabe, erstmals die Akte zu befüllen, können Ärzte auch „auf Personen, die als berufsmäßige Gehilfen oder zur Vorbereitung auf den Beruf bei ihnen oder in an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Einrichtungen“ übertragen. Sprich: Auch MFA oder in Krankenhäusern Pflegekräfte können diese Unterstützung für Patienten übernehmen.

Neben Befunden, Arztberichten oder Röntgenbildern lassen sich ab 2022 auch der Impfausweis, der Mutterpass, das gelbe U-Heft für Kinder und das Zahn-Bonusheft in der elektronischen Patientenakte speichern. Versicherte können ab 2022 bei einem Krankenkassenwechsel ihre Daten aus der ePA übertragen lassen.

Mit der elektronischen Patientenakte entscheidet allein der Patient, was mit seinen Daten geschieht. **Die Nutzung der ePA ist freiwillig.** Der Versicherte entscheidet, welche Daten in der ePA gespeichert und welche wieder gelöscht werden. Er entscheidet auch in jedem Einzelfall, wer auf die ePA zugreifen darf.

Ab 2022 sollen Versicherte darüber hinaus die Möglichkeit bekommen, über ihr Smartphone oder Tablet für jedes in der ePA gespeicherte Dokument einzeln zu bestimmen, wer darauf zugreifen kann. Patienten können also zum Beispiel festlegen, dass ein Arzt zwar auf die ePA zugreifen darf, dass ihm aber bestimmte Befunde nicht angezeigt werden.

Wer seine Daten in der ePA einsehen möchte, kann das auf dem eigenen Smartphone oder Tablet tun. Auch Versicherte, die kein mobiles Endge-

rät besitzen, können die ePA nutzen. Sie bekommen die Möglichkeit, ihre ePA zum Beispiel in einer Filiale ihrer Krankenkasse einzusehen. Die Kassen werden mit dem Gesetzentwurf verpflichtet, ihren Versicherten ab dem Jahr 2022 geeignete Geräte zur Verfügung zu stellen.

Ab 2023 haben Versicherte die Möglichkeit, die in der ePA abgelegten Daten im Rahmen einer Datenspende freiwillig der Forschung zur Verfügung zu stellen.

#### • Digitale Lösungen /E-Rezept

Für das E-Rezept soll es eine App geben, mit der sich das E-Rezept direkt auf das Smartphone laden lässt. Der Patient kann es dann in einer Apotheke seiner Wahl einlösen. Das kann eine Apotheke vor Ort sein oder eine Online-Apotheke. Die App wird Teil der sicheren Telematikinfrastruktur und soll im Laufe des Jahres 2021 zur Verfügung stehen. Wenn der Versicherte sein Rezept lieber in einer anderen App speichern möchte, kann er es über eine Schnittstelle dorthin weiterleiten. Auch Überweisungen zum Facharzt sollen auf elektronischem Weg übermittelt werden können.

#### • Datenschutz und Datensicherheit in der Telematikinfrastruktur

Für Patientenakten auf Papier (Karteikarten) gilt ein sogenannter Beschlagnahmeschutz. Das heißt: Im Fall einer polizeilichen Ermittlung ist ein Arzt nicht verpflichtet, die Daten eines Patienten herauszugeben. Das Arztgeheimnis bleibt gewahrt. Dieselben Regeln sollen auch für die elektronische Patientenakte gelten.

Jeder Nutzer der Telematikinfrastruktur – ob Arzt, Krankenhaus oder Apotheker – ist für den Schutz der von ihm verarbeiteten Patientendaten verantwortlich. Die Details dazu werden mit dem Gesetzentwurf lückenlos geregelt.

Betreiber von Diensten und Komponenten innerhalb der Telematikinfrastruktur müssen Störungen und Sicherheitsmängel unverzüglich an die Gematik melden. Tun sie das nicht ordnungsgemäß, droht ihnen ein Bußgeld von bis zu 250.000 €.

**Der BVKJ wird hier klar Kritik daran üben, dass der Datenschutz nicht alleinige Sache des Arztes bzw. der Ärztin bleiben darf!**

## Antworten auf Anfragen im Bundestag / Arzneimittel

- **Lieferung von Arzneimitteln sicherstellen**

Lieferengpässe bei Arzneimitteln sind nach Angaben der Bundesregierung nicht mit therapeutisch relevanten Versorgungsgpässen gleichzusetzen. Oft stünden alternative Arzneimittel zur Verfügung, heißt es in der Antwort (19/16701) der Bundesregierung auf eine Kleine Anfrage (19/16315) der Linksfraktion.

In der parlamentarischen Beratung über den Gesetzentwurf für einen fairen Kassenwettbewerb seien unlängst gesetzliche Änderungen besprochen worden, die unter anderem die Vorbeugung, Abmilderung und Behebung von Lieferengpässen bei Arzneimitteln betrafen. Derzeit werde geprüft, welche Vorkehrungen geeignet sein könnten, um den Lieferengpässen bei Arzneimitteln noch besser zu begegnen.

- **Initiativen für mehr Kinderarzneimittel**

Die Arzneimittelsicherheit für Kinder soll verbessert werden. In den vergangenen Jahren habe es auf europäischer und nationaler Ebene vielfältige Initiativen gegeben, um Arzneimittel, die für Kinder geprüft und zugelassen seien, verfügbar zu machen, heißt es in der Antwort (19/16304) der Bundesregierung auf eine Kleine Anfrage (19/15949) der AfD-Fraktion.

Die Entscheidung, ob ein Arzneimittel im Einzelfall auch in einer Indikation angewendet werden solle, für die es nicht zugelassen sei (Off-Label-Use), obliege dem behandelnden Arzt. Um den Off-Label-Use bei Kindern zu vermindern, wird die Forschung zur Entwicklung von Kinderarzneimitteln sowie die Zulassung von Kinderarzneimitteln mit geeigneten Darreichungsformen und Formulierungen gefördert.

---

**Kontakt:**

Kathrin Jackel-Neusser  
Leitung Stabsstelle Politik

Fon: (030) 28 04 75 10

E-Mail:

kathrin.jackel-neusser@uminfo.de

Red.: WH

## Kinder- und Jugendrehabilitation

# Der ärztliche Befundbericht zur Beantragung einer Rehabilitation

Bei der Einleitung und Initiierung einer medizinischen Rehabilitation für ein Kind oder einen Jugendlichen bei der Rentenversicherung kommt dem Kinder- und Jugendarzt eine entscheidende Bedeutung zu. Allerdings kann er eine Rehabilitation – sie ist eine Antragsleistung – nicht verordnen, sondern dokumentiert die Notwendigkeit einer stationären Rehabilitation im ärztlichen Befundbericht. Mit dem Honorarantrag macht er seinen Aufwand geltend. Der rentenversicherte Elternteil beantragt die Rehabilitation und füllt dazu den Antrag aus.



Alwin Baumann

### Reha rettet Lebensläufe

Die konzeptionelle Grundlage der Rehabilitation bildet das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell. Es geht hier nicht um eine reine Krankenbehandlung, sondern um ein umfassendes therapeutisches Angebot – insbesondere für chronisch kranke Kinder und Jugendliche. **Das Ziel ist dabei, die krankheitsbedingten Teilhabestörungen positiv zu beeinflussen.** Deswegen hat sich die Rehabilitation das Motto „Reha rettet Lebensläufe“ gegeben. Für den Befundbericht bedeutet dies, dass neben den Diagnosen auch die Teilhabestörungen aufzuführen sind. Teilhabestörungen sind die Auswirkungen der Erkrankung auf das alltägliche Leben des Kindes oder Jugendlichen – in der Familie, dem Kindergarten, der Schule, dem Freundeskreis, beim Sport und sonstigen Aktivitäten.

### Die Angaben des Kinder- und Jugendarztes im Befundbericht

Der Befundbericht dient der Rentenversicherung als Grundlage zur Be-

willigung des Antrags und zur Wahl der geeigneten Rehabilitationsklinik. Die Klinik erstellt mit dem Befundbericht in Abstimmung mit dem Patienten und seinen Eltern den **Rehabilitationsplan**

### Beispielhafte Darstellung der häufigsten Diagnosen in der Kinder- und Jugendrehabilitation

Psychische und Verhaltensstörungen	
Verhaltensstörungen	Anpassungsstörungen
ADHS	Angststörungen
emotionale Störungen	Belastungsstörungen
Schulabsentismus	
Störung des Sozialverhaltens	Depressionen
Bindungsstörungen	depressive Episode
Enuresis	manische Episoden
Enkopresis	affektive Störungen
Entwicklungsstörungen	
Sprachentwicklungsstörungen	Körperliche Verhaltensauffälligkeiten
Störungen schulischer Fertigkeiten	Essstörungen
Asperger-Syndrom	Anorexie
Autismus	Bulimie
	Schlafstörungen
	selbstverletzendes Verhalten
Krankheiten des Atmungssystems	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
Asthma bronchiale	Adipositas
Bronchitis	Mukoviszidose
Krankheiten der oberen Atemwege	Diabetes mellitus
Krankheiten der Haut	Orthopädische Erkrankungen
Atopisches Ekzem	Skoliose
Psoriasis	Kyphose und Lordose
	Juvenile Arthritis
	Verletzungen des Knies
Bösartige Neubildungen	Krankheiten des Nervensystems
Lymphatische Leukämie	Infantile Zerebralparese
Bösartige Neubildung des Gehirns	Epilepsie
Hodgkin-Krankheit	Migräne
	Hemiparese und Hemiplegie
Krankheiten des Verdauungssystems	Angeborene Fehlbildungen
Zöliakie	
Morbus Crohn	
Colitis ulcerosa	



und legt die **Ziele der Rehabilitation** fest. Aus diesen Gründen notiert der Kinder- und Jugendarzt die aktuellen Diagnosen, die Krankheitsvorgeschichte, die aktuellen Beschwerden und Funktionseinschränkungen sowie die bisherige Therapie. Des Weiteren wird eine aktuelle Diagnostik mit den entsprechenden Untersuchungsbefunden benötigt. Für die Klinik ist es sehr hilfreich, wenn der Kinder- und Jugendarzt Rehabilitationsziele aus seiner Sicht benennt sowie Besonderheiten, die die Klinik bei der Durchführung der Rehabilitation beachten sollte.

### Bei welchen Erkrankungen ist an eine Kinder- und Jugendrehabilitation zu denken?

Als Grundlage für eine Rehabilitation gibt es seitens der Rentenversicherung grundsätzlich keine Einschränkung auf bestimmte Diagnosen bzw. Erkrankungen. **An eine Rehabilitation ist immer dann zu denken, wenn die Erkrankung**

**durch die interdisziplinäre Rehabilitationsbehandlung positiv beeinflusst werden kann.** Nicht notwendig ist eine Rehabilitation bei einer reinen kindertypischen Infektanfälligkeit, nicht sinnvoll ist sie bei einer akuten und damit hoffentlich vorübergehenden Erkrankung. **Wenn ein Kind so schwer behindert ist, dass es den allgemeinen Arbeitsmarkt später nicht erreichen wird, kann die Rentenversicherung keine Rehabilitation bewilligen.** Bei den psychischen und Verhaltensstörungen ist die Abgrenzung zur Kinder- und Jugendpsychiatrie zu beachten. Eine Rehabilitation kommt in Abhängigkeit vom Schweregrad und der Gruppenfähigkeit in Frage.

Die Diagnosen für eine Kinder- und Jugendreha waren 2018 psychische und Verhaltensstörungen (26,6%), Atemwegserkrankungen (24,1%), Adipositas (16,7%), Hauterkrankungen (9%), orthopädische Erkrankungen (8,3%), Diabetes mellitus (2,3%), onkologische Erkrankungen (2,2%), Krankheiten des Nervensystems (2,0%) und andere (8,8%).

### Informationen und Unterstützung durch das Bündnis Kinder- und Jugendreha e.V.

Der Befundbericht und die Anträge zur Rehabilitation sind auf der Startseite der Homepage [www.kinder-und-jugendreha-im-netz.de](http://www.kinder-und-jugendreha-im-netz.de) zu finden. Hier finden sich auch alle weiteren Informationen zur Kinder- und Jugendreha, ebenso eine Vorstellung aller Rehabilitationskliniken. Die Kinder- und Jugendärzte und die betroffenen Familien können sich vom Bündnis beraten lassen. Das „Handbuch Medizinische Rehabilitation für Kinder und Jugendliche“ und Flyer können hier bestellt 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](mailto:a.baumann@bkjr.de)  
[kontakt@kinder-und-jugendreha-im-netz.de](mailto:kontakt@kinder-und-jugendreha-im-netz.de)

Red.: WH

## Cyber-Versicherung: Schutz bei digitalen Infekten

*Die Digitalisierung bietet in vielen Fällen eine enorme Arbeitserleichterung. Dabei bringt die elektronische Verarbeitung von Patientendaten zahlreiche Risiken mit sich. Fällt Ihre Praxis-IT aus, führt das oftmals zu einer vorübergehenden Praxischließung. Werden Daten entwendet, müssen Sie dies Betroffenen und Aufsichtsbehörden mitteilen.*



Markus Schon

### Hackerangriff

Ein Praxisfall: Ein Hacker verschaffte sich Zugriff in das Computernetzwerk einer Arztpraxis. Er kopierte die Adressen und Passwörter aus der Patientendatenbank – insgesamt über 1.000 Datensätze. Die Praxis musste daraufhin alle Patientennummern ändern und die Patienten persönlich informieren. Zur Einhaltung der Benachrichtigungspflichten wurden Spezialanwälte beauftragt. Ein PR-Berater war im Einsatz, um einen möglichen Reputationsverlust zu vermeiden. Dennoch stellten viele Patienten Ansprüche

auf Schmerzensgeld. Gesamtschaden: 90.000 Euro.

### Wie können Sie sich vor solchen Risiken schützen?

Wichtige Fragen zu Cyber-Risiken in Ihrer Praxis:

- Ist meine IT gut gesichert und sind die Schutzmaßnahmen aktuell?
- Welche Kosten entstehen und wer trägt diese, wenn meine Praxis angegriffen wird?
- Wer haftet bei Datenrechtsverletzungen und wer bezahlt den Schaden?

## BERUFSFRAGEN

- Bin ich ausreichend versichert?
- Habe ich für meine Praxis einen Cyber-Notfallplan?
- Sind meine Mitarbeiter bzgl. Datenschutz sensibilisiert?

### Welche Kosten entstehen bei Hackerangriffen?

Sind Ihnen Patientendaten abhand gekommen, können folgende Kosten entstehen:

- Benachrichtigung aller Patienten bei einer Datenpanne (gesetzlich vorgeschrieben),
- Ertragsausfall bei einer Betriebsunterbrechung,
- Haftpflichtansprüche, die aus einer Datenpanne resultieren,
- 24/7-Krisenhotline mit IT-Experten für Sofortmaßnahmen,
- Computer-Forensik zur Klärung des Vorfalles,
- Wiederherstellungskosten für die Daten,
- PR-Maßnahmen um Reputationsschäden zu vermeiden.

Eine **Cyber-Versicherung** kann Sie vor den finanziellen Folgen eines Angriffs bewahren, in dem sie die Kosten übernimmt und Ihnen mit wertvollem Know-How zur Seite steht.

### Was leistet eine Cyber-Versicherung?

Eine zu empfehlende Cyber-Versicherung setzt sich aus drei Bausteinen zusammen:

1. **Cyber-Haftpflichtversicherung** zur Absicherung bei Ansprüchen von Dritten. Dies umfasst Schadenersatzansprüche aufgrund
- eines Verstoßes gegen eine gesetzliche Datenschutzbestimmung

- eines Verstoßes gegen Geheimhaltungspflichten
- eines Verstoßes gegen eine vertragliche Datenschutzbestimmung wie dem BDSG
- der Weitergabe eines Virus
- eines Denial-of-Service-Angriffs auf Dritte
- einer Persönlichkeitsrechtsverletzung

Abgesichert ist auch die Abwehr unberechtigter Ansprüche.

### 2. Cyber-Eigenschadenversicherung zur Übernahme der Kosten von:

- Betriebsunterbrechungen
- IT-Forensik
- Rechtsberatung
- Benachrichtigung
- Krisenmanagement
- PR-Beratung
- Vertragsstrafen bei Kreditkartenmissbrauch
- Wiederherstellung Ihrer Daten

### 3. Assistance-Leistungen: 24/7-Krisenhotline, einen Cyber-Krisenplan, sowie ein Online-Training zur Sensibilisierung der Mitarbeiter

### Krisenmanagement im Fall der Fälle

Im Falle eines Hackerangriffes sollten Sie sofort den Krisenplan auslösen. Derartige Notfallpläne werden von spezialisierten Beratern als Teil einer Cyber-Versicherung erarbeitet. Die Auswirkungen eines schlechten Krisenmanagements sind nachhaltig spürbar. Eine möglicherweise negative Presse kann zu Patientenfluktuation führen. Und selbst wenn Ihre Praxis nicht in die Medien kommt, sollten Sie der negativen Mundpropaganda professionell entgegentreten. Zudem sollten rechtliche Konsequenzen nicht unterschätzt werden.

### Der Krisenplan hat folgende Inhalte:

- Allgemeiner Teil: Ziele, Alarmierung, Krisendefinition
- Krisenorganisation: Rollen, Aufgaben, Schnittstellen
- Erstreaktion: Checkliste Sofortmaßnahmen

Ergänzend zum Krisenplan unterstützt Sie eine Krisenhotline im Falle eines Cyber-Angriffs.

### Schadenprävention durch Training der Mitarbeiter

Mehr als die Hälfte aller Datenschutzverletzungen werden durch die eigenen Mitarbeiter verursacht – manchmal böswillig, ganz oft aber aus Unachtsamkeit oder Unwissenheit. Deshalb ist die Schulung Ihrer Mitarbeiter so wichtig.

Einige Versicherer bieten ein kostenloses Training an, um Mitarbeiter für digitale Risiken zu sensibilisieren und so Datenschutzverletzungen zu minimieren.

### Was kostet eine Cyber-Versicherung?

Eine umfassende Cyber-Versicherung kostet weniger, als Sie denken. Besonders rabattierte Spezialkonzepte für Ärzte sind bereits ab 400,- Euro Nettojahresprämie erhältlich.

### Korrespondenzanschrift:

Markus Schon, assekuranz ag, Leiter Ärzte-Service  
Diplom-Volkswirt  
Tel.:(0 3 52) 297 101-250  
E-Mail: Markus.Schon@assekuranz-ag.com

Red.: WH

## KINDER- UND JUGENDARZT im Internet

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



Dort steht Ihnen ein kostenloser Download zur Verfügung.

# Tagung des BVKJ-Länderrates in Freiburg

Der Länderrat tagte zum Jahresauftakt im Januar in Freiburg. Themenschwerpunkt war die digitale Transformation in der Pädiatrie. Die zentralen Aspekte hierzu wurden in Arbeitsgruppen aufbereitet und mit unseren Gästen diskutiert. Das Ergebnis wurde als Länderrats-Beschlussvorlage an den BVKJ Vorstand formuliert und abgestimmt.



Dr. Martin Lang

## Digitaler Wandel in der Kinder- und Jugendmedizin

Zum Hauptthema Digitalisierung haben wir **Frau Prof. Spiekerkötter**, ärztliche Direktorin für Kinder- und Jugendmedizin an der Universitätsklinik Freiburg, **Dr. Müschenich**, Gesundheitswissenschaftler und Vorstandsmitglied des Bundesverbandes Internetmedizin sowie **Herrn Plötze**, Landesgeschäftsführer der Barmer Ersatzkasse eingeladen.

**Dr. Müschenich** zeigte eindrucksvoll die vielfältigen Anwendungsmöglichkeiten von „Big Data“ in der Medizin auf. Diese sind in Amerika und China deutlich weiter und zunehmend verbreitet im alltäglichen Einsatz. Aktuell werden Sensoren und intelligente Kameras für

Smartphones entwickelt, die in naher Zukunft routiniert zahlreiche Biomarker der Handy-Besitzer registrieren werden. Dazu gehören nicht nur Herzkreislauf- und Atem-Parameter, Sauerstoffsättigung, Körpertemperatur, körperliche Aktivität, Kalorienverbrauch, Schlafqualität, Stimm- und Bewegungsanalysen.

Zukünftig werden auch Kameras eingebaut, die unblutig und in Echtzeit laufend Laborparameter mittels **Photospektrometrie** erfassen. Weiterhin werden akribisch und äußerst exakt Herzkreislauf- und objektive Aussagen zu unserer aktuellen Stimmung übermittelt, über das sogenannte „**transdermal optical imaging**“ (TOI). Die massenhafte und exakte Erfassung von immer mehr Biomarkern (im Fingerprint, in der Gesichtserkennung, in der Stimmlage, im Bewegungsmuster, etc.) ermöglicht den Entwicklern von medizinischen Applikationen (Apps) über mathematische Algorithmen rasant zunehmende Anwendungsmöglichkeiten für die künstliche Intelligenz (KI). Bereits im vergangenen Jahr erschienen vermehrt wissenschaftliche Publikationen in renommierten Fachmagazinen, wie „Nature“, die belegen, dass künstliche Intelligenz bei der Erkennung, Diagnose oder Vorhersage bestimmter Krankheiten sehr leistungsfähig ist und sogar besser abschneiden kann als ärztliche Vergleichsgruppen.

**Herr Plötze** gewährte uns einen Einblick in die umfangreichen Aktivitäten der Barmer Ersatzkasse zur Entwicklung der elektronischen Patientenakte (ePa). Diese soll nicht nur eine umfassende Übersicht über sämtliche Vorsorgen und einen elektronischen Impfplaner enthalten, sondern auch ein elektronisches Multitool werden, mit dem weitere digitale Medizinapplikationen integriert werden können. Das Ziel ist der schrittweise Aufbau eines

elektronischen **Gesundheitsmanagers**. Um dies zu erreichen, strebt die Krankenkasse Kooperationen mit zahlreichen Akteuren auf dem entstehenden Digitalprodukte-Markt an.

In **Arbeitsgruppen** hat der Länderrat die Vorstellungen der geladenen Experten bewertet und analysiert. In vielen Einsatzgebieten wird die digitale Technik für den Patienten kostengünstiger und exakter arbeiten, als wir Ärzte das können. Auf der anderen Seite werden wir gefordert sein, die digitale Prädiktion aus der Big-Data-Analyse bezüglich des tatsächlichen Krankheitswertes einzuordnen und für unsere Patienten-Familien in einer menschlich-empathischen Interaktion zu vermitteln.

Unsere Arzt-Rolle wird sich wandeln. Und es ist klar, dass der Berufsverband sich proaktiv diesem Thema stellen wird. Dabei ist es von Vorteil, dass wir mit unseren eigenen telemedizinischen Produkten, wie **PädExpert®** und der Videosprechstunde eine Vorreiterrolle spielen und als anerkannte Gesprächspartner gelten.

Das **digitale Versorgungsgesetz (DVG)** ist seit Januar dieses Jahres in Kraft und regelt drei wesentliche Bereiche für unseren künftigen Arbeitsalltag:

### 1. Gesundheit-Apps auf Rezept

Es werden im Laufe des Jahres digitale Anwendungen zur Diagnostik oder Therapie von Krankheiten zur ärztlichen Verschreibung und Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkassen auf den Markt kommen. Vorgeschaltet ist die Prüfung und Genehmigung durch das **Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)**. Denkbar sind Apps zur Kopfschmerz-/Migränetherapie, Diabetesbetreuung, Konzentrations-

schwäche, Schielbehandlung, Sprachtherapie, Ernährungstherapie, u.v.m. Wir fordern die Hersteller und das Bundesinstitut auf, auf den **Nutzwert** für das Kinder- und Jugendalter zu achten, damit nicht viele Produkte für das Kindesalter „off-label-use“ eingesetzt werden. Wir sollten eine Liste für Kindesalter-taugliche Medizin Apps entwickeln.

### 2. Telekonsile

Hier ist der BVKJ mit seinem selbstentwickelten Konzept Branchenprimus und sehr anerkannt. **PädExpert®** hat eine Vorbild-Rolle für die digitalisierte **Experten-Vernetzung**. Nun sollten sämtliche Krankenkassen ihre vom Gesetzgeber übertragene Verantwortung wahrnehmen und **PädExpert®** und weitere Telekonsile flächendeckend **allen Versicherten** zur Verfügung stellen. Die bislang von den Kostenträgern verlangte Einschränkung auf einige wenige medizinische Indikationen muss aufgehoben werden. Digitale Expertenkonsile sollen immer zum Einsatz kommen, wenn der behandelnde Arzt eine Fachexpertise benötigt, sei es in Fragen der Diagnosestellung oder der Therapieoptimierung. Wenn der Gesetzgeber die ausnahmslose digitale Vernetzung zwischen der ambulanten Medizin, den Krankenhäusern und den Apotheken durchsetzt, sollte die **flächendeckende Einführung digitaler Expertenkonsile** mittels einer prioritären Strukturförderung durchgesetzt werden, da sie zweifellos einen **hohen Nutzwert** für die Patientenversorgung bedeutet, wie unsere Evaluationsdaten belegen. Wir Ärzte müssen uns engagiert daran machen, Telekonsile verstärkt im Alltag einzusetzen, und auch **Kooperationspartner** für

das **PädExpert®**-System bei den anderen Fachgruppen und in den Kliniken zu werben.

### 3. Videosprechstunde

Sie kann als Ergänzung zum persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt eingesetzt werden, beispielsweise im akuten Krankheitsfall, oder auch bei der Betreuung chronisch Kranker. Ihr Nutzwert ist begrenzt, denn als reine Arztleistung muss sie genauso hoch honoriert werden, wie der persönliche Arzt-Patienten Kontakt. Außerdem ist die häufig damit erdachte Vorstellung der Entlastung eines überforderten Systems nicht real, da sie für die virtuelle Beratung reine Arztzeit beanspruchen, gegebenenfalls sogar 24/7 und damit er zusätzliche Arbeitsressourcen binden. Dennoch sollten Videosprechstunden in der Hand der Arztpraxen bleiben, da eine Verlagerung auf Hotlines durch Krankenkassen oder industrielle Anbieter die medizinische Qualität eher mindern und den Bedarf nach Zweitmeinungen in den Praxen mit hoher Wahrscheinlichkeit steigern.

## Elektronische Patientenakte (ePA)

Aufgrund der Komplexität dieses Vorhabens, wurde sie aus dem verabschiedeten DVG ausgelagert und wird in einem in Kürze erscheinenden DVG II ausführlich behandelt. An dem festgelegten Einführungszeitpunkt 2021 soll nicht gerüttelt werden. Klar ist, dass in der Kürze der Einführungszeit keine stabile und zufriedenstellende ePa entwickelt werden kann, es werden Prototypen sein mit erheblichen Verbesserungsbedarf, ähnlich wie wir das bei der Einführung der Telematikinfrastruktur (TI) derzeit erleben. Grundsätzlich positiv ist, dass die

# 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](http://www.dgaap.de)



elektronische Patientenakte (ePA) in der Selbst-Verantwortung des Patienten bleiben soll. Da er über eine doppelte Drop-out Funktion alleine über die Weitergabe diverser medizinischer Informationen entscheidet, ist die ePA allerdings wenig geeignet, für den zuverlässigen, vollumfänglichen Informationstransfer zwischen den verantwortlich behandelnden Ärzten. Hier braucht es klare juristische und medizinische Regelungen und die Entwicklung von ärztlich verantworteten elektronischen Fallakten (eFA).

**Dies sind nur einige der im Länderrat umfangreich aufgeworfenen und diskutierten Themen hinsichtlich der digitalen Transformation in der Gesundheitsversorgung für Kinder und Jugendliche. Wir sehen uns hier in einem fortlaufenden Prozess, den wir fachlich ständig präsent begleiten sollten. In diesem Sinne unser:**

### Länderrats-Beschluss zur Digitalisierung in der ambulanten Pädiatrie

- Der Länderrat sieht im Digitalen Versorgungsgesetz das Potential einer besseren Versorgung durch Digitalisierung und Innovation. Wir sehen darin eine Chance den digitalen Wandel in der Medizin versorgungsgerecht mit zu gestalten.
- Eine sektorenübergreifende Vernetzung, sowie der Einsatz von **Telekonsilen**, **Videosprechstunden** und die Verschreibung von **GesundheitsApps** können die Expertise der Ärzte stärken. Dabei müssen unbedingt die spezifischen Erfordernisse zur Behandlung im Kindes- und Jugendalter berücksichtigt werden.
- Durch den digitalen Wandel in der Medizin bekommt das **Arzt-Patienten-Verhältnis** eine neue Dimension. Wir stehen zu unserer ärztlichen Verantwortung und müssen dafür sorgen, dass unseren Patienten kein Schaden erwächst. So fordern wir **Transparenz** aller Datenflüsse in der Telematik-Infrastruktur und die **freie Selbstbestimmung** der sensiblen Gesundheitsdaten durch den Patienten.
- **Datensicherheit** und **Datenschutz** sind unverzichtbare Grundlage und vor der Einführung sämtlicher digitaler Innovationen sicherzustellen. Sie müssen durch die Hersteller garan-

tiert und durch unabhängige Stellen geprüft werden.

- Sämtliche Medizinprodukte bekommen herkömmlich eine Sicherheitsgarantie auf allen Ebenen als Grundbedingung für den Einsatz in Klinik und Praxis, weshalb auch alle Digitalisierungsprodukte zum Praxiseinsatz eine **Herstellergarantie** zur Datensicherheit und eine Vorabprüfung durch IT-Spezialisten erhalten müssen. Eine Haftung für Mängel an digitalen Innovationen darf nicht auf unsere Praxen übertragen werden.
- Digitalisierung muss **praxistauglich**, **adäquat honoriert** und einen nachweislichen Nutzen für die Patienten und deren Betreuung in der ambulanten und stationären Medizin aufweisen und einen **Mehrwert** für die Arzt-Patienten Beziehung darstellen.
- Der Länderrat bittet den BVKJ-Vorstand, unsere Verbandshaltung in einem Positionspapier zu formulieren und in der Politik und den Selbstverwaltungsgremien zu verhandeln.

### TSVG (Terminservice- und Versorgungsgesetz)

Die Umsetzung des Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) scheint in den Bundesländern wenig Aufhebens zu machen. Einig sind sich alle, dass die Regelungen des TSVG allen Orten nur mit „angezogener Handbremse“ geleistet werden. Schließlich bringen sie in der Pädiatrie keine Verbesserung in der Versorgung und schon gar nicht in den Gebieten der Unterversorgung. Außerdem erzeugen sie enorme Verwaltungskosten, Finanzmittel die letzten Endes bei der medizinischen Versorgung wiederum fehlen.

### Umsetzung der neuen Bedarfsplanung

Über die Umsetzung der neuen GBA-Bedarfsplanung gibt es unterschiedliche Resonanz aus den verschiedenen Bundesländern. Während einige Bundesländer die Verfügbarkeit neuer Arztsitze begrüßen und als Versorgungsverbesserung erleben, sind es insbesondere die Flächenländer im Süden, die mit der aktuellen Regelung keine Erleichterung der akuten Unterversorgungs-Not erleben. Neue Arztsitze in den Ballungsgebieten,

soweit sie überhaupt rechnerisch ermittelt wurden, wurden von der KV bereits intern weitergeleitet (z.B. an Jobsharing Praxen), noch bevor sie überhaupt öffentlich ausgewiesen worden. Das Gros der freien Arztsitze wurde für die ländlichen Regionen ausgewiesen. Hier lassen sich allerdings bis auf weiteres aufgrund der schwierigen strukturellen Niederlassungsbedingungen ohne weitere Förder- und Weiterbildungsförderungs-Maßnahmen in keiner Weise ausreichend junge Fachärzte finden.

### Antibiotic Stewardship

Die Umsetzung des Konzeptes einer rationalen antibiotischen Therapie nimmt bundesweit an Fahrt auf. So wurde im Spätsommer letzten Jahres durch die Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie (DGPI) und den BVKJ eine gemeinsame Arbeitsgruppe „Antibiotic Stewardship“ (ABS) gegründet. Deren Empfehlungen zum rationalen Einsatz von Antibiotika haben die meisten Bundesländer bereits regional adaptiert und in unseren Praxen zum Einsatz gebracht. Für den BVKJ sind R. Tillman aus Bielefeld und Dr. Trapp aus Bremen in der Arbeitsgruppe aktiv. Auf Länderebene gibt es noch Unterschiede, bezüglich der Umsetzung einer transparenten Auswertung und eines Benchmarking für die Praxen. In einigen Bundesländern gibt es bereits enge Abstimmungen zum rationalen Antibiotikaeinsatz zwischen der klinischen und der ambulanten Pädiatrie. Geäußert wurde auch der Wunsch die Allgemeinmediziner und Hals-Nasen-Ohren-Ärzte auf Länderebene mit einzubeziehen.

### Neuwahl der Landesvorsitzenden

Im vergangenen Halbjahr wurde Werner Meier zum Landesvorsitz im Saarland gewählt, wieder gewählt für eine neue Amtsperiode wurden Christiane Thiele in Nordrhein und Dr. Stefan Renz in Hamburg.

---

#### Korrespondenzadresse:

Dr. Martin Lang  
Länderratsvorsitzender  
86150 Augsburg  
E-Mail: Dr.Lang@jugendmedizin.de

Red.: WH

---

## BVKJ-Service GmbH informiert

# Hämatologisches und Hämostaseologisches Konsil in der Telemedizin

Das telemedizinische Projekt **PaedExpert®** hat sich in den letzten Jahren immer weiter in den ambulanten pädiatrischen Praxen etabliert und bestätigt sich als wertvolles Tool in der Patientenbetreuung, da die korrekte Diagnose im Durchschnitt 15-mal schneller gestellt werden kann (1,4). Das Programm bietet ein konsiliarärztliches Expertensystem zur raschen Problemlösung oder Einholung von Zweitmeinungen (2,3,8). Daraus resultiert ein verbessertes Therapievertrauen, sowie Outcome für den Patienten (6). Bereits 2018 mussten dadurch 98 % der telemedizinisch vorgestellten Patienten nicht beim Spezialisten direkt vorstellig werden, wodurch im Durchschnitt 116 km Fahrstrecke pro Patienten eingespart wurden (5,7). Bisher wurden 2.538 Fälle in **PaedExpert®** bearbeitet.



Prof. Dr. med Stefan Eber

L. Wiederer<sup>1</sup>

A. Rozwadowska<sup>1</sup>

S.W. Eber<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Schwerpunktpraxis für pädiatrische Hämatooknologie, Hämostaseologie, Immunologie und Kinderklinik der Technischen Universität München

### Modul „Gerinnungsstörung unklarer Genese“

Das Modul „Gerinnungsstörung unklarer Genese“ dient der Abklärung einer auffälligen Gerinnungsanamnese der Patienten oder deren Familien und/oder pathologischer Laborwerte. Wichtig

ist der kollegiale Austausch in jedem Fall bei bekannter perioperativer Blutung. So kann eine Beratung zur Diagnostik und Therapie von Thrombozytopathien, von Willebrand Erkrankung, Vitamin K Mangel und einigen Subgruppen der Thrombophilie erfolgen. Schwere Blutungen in der Anamnese sowie eine Hämophilie-Erkrankung können telemedizinisch nicht abgeklärt werden, da nur eine persönliche Vorstellung beim pädiatrischen Hämostaseologen die optimale Diagnostik und Versorgung des Patienten gewährleisten kann.

### Modul „Ikterus Prolongatus“

Erst kürzlich hinzugefügt wurde das Modul „Ikterus Prolongatus“, durch das der pädiatrische Hämatologe bei Persistenz eines Neugeborenenikterus über zwei Wochen zu Rate gezogen werden kann. Wichtigstes Ziel des Moduls ist die Unterscheidung eines gastroenterologischen von einem hämolytischen Ikterus, da die Therapie grundsätzlich verschieden ist. Der hämolytische Ikterus, zum Beispiel infolge einer ABO/Rh Unverträglichkeit birgt das Risiko einer späten Anämisierung, die zum Beispiel durch eine vorübergehende subkutane Gabe von Erythropoetin gebessert werden kann. Das wichtigste Hauptmerkmal ist die indirekte Hyperbilirubinämie im Gegensatz zur Erhöhung des direkten Bilirubin bei cholestatischem Ikterus.

### Modul „Anämie“

Bei weitem die meisten Anfragen erreichen uns über das Modul „Anämie“, welches bereits 109-mal aufgerufen wurde. Häufige Konsultationsgründe sind die Differentialdiagnose zwischen Eisenmangel und heterozygoter Thalassämieanlage. Neben der verminderten Hämoglobinkonzentration sollten immer Veränderungen der Erythrozyten Indizes sowie eine erhöhte Erythrozytenverteilungsbreite oder verminderte Speichereisenwerte mitgeteilt werden.

### Weitere Konsultationsanlässe

Zudem werden Patienten mit anhaltender Blässe, Müdigkeit, Abgeschlagenheit oder vergrößerter Milz vorgestellt. In Zusammenarbeit mit den unterstützenden Krankenkassen können fast alle ICD-Codierungen der unterschiedlichen Anämieformen (hyporegenerativ und hyperregenerativ) im Modul angefragt werden. Die Eingabemaske bietet altersspezifische Referenzwerte zur Bewertung der vorliegenden Laborveränderungen, sowie bald auch die Möglichkeit des Wechsels von Einheiten (siehe Abbildung 1). Da in den sog. „neuen“ Bundesländern die SI-Einheiten gelten, kann **PaedExpert®** somit Regionen übergreifend genutzt werden. Nicht zuletzt werden beide Einheitsangaben eingeführt, weil eine Verwechslung der Einheiten bereits zur fälschlichen An-

Alter	Hämoglobin (g/dl)	Hämatokrit (%)	MCV (fl)
1 Tag	13,5	42	100-125
1 Woche	13,5	42	88-110
4 Wochen	10,0	31	84-98
0,5-2 Jahre	10,5	33	70-82
2-6 Jahre	11,5	34	72-87
6-12 Jahre	11,5	35	76-90
12-18 Jahre	12 - ♀ 13 - ♂	36 37	77-92

Hämoglobin 9,7 g/dl

Hämatokrit 28 %

MCV 102 fl

**Abbildung 1:** Eingabemaske des Moduls „Anämie“ mit altersspezifischen Referenzwerten. Das Beispiel zeigt eine leichte, makrozytäre Anämie bei Vitamin B 12 Mangel (s.u.)

nahme einer therapierefraktären Anämie führte.

### Fall Beispiel: Vitamin-B12-Mangel

Ein 8 Monate alter Säugling wird in der Praxis wegen Blässe und leichter motorischer Entwicklungsverzögerung vorgestellt. Die Allgemeinpädiaterin ordnet als weiterführende Diagnostik ein Blutbild sowie eine Hämoglobinanalyse an. Es zeigen sich eine makrozytäre Anämie (Hb 9,7 g/dl, MCV 102 fl; siehe Abb. 1) und erhöhte Hb A2-Konzentration (4,8 %).

Vom Labor wird der Verdacht einer heterozygoten  $\beta$ -Thalassaemia minor geäußert. Es erfolgt ein telemedizinisches Konsil mittels **PädExpert®**. Der Spezialist äußert den dringenden Verdacht auf einen Vitamin-B12-Mangel als Ursache der makrozytären Anämie

sowie der bereits vorhandenen Entwicklungsverzögerung. Der Verdacht auf eine  $\beta$ -Thalassaemia minor beruhte auf einer falschen Interpretation der leicht erhöhten HbA2-Konzentration. Die vom Spezialisten empfohlene Messung der Methylmalonsäure im Urin ergab einen deutlich erhöhten Wert der Methylmalonsäure im Urin (5480  $\mu$ g/dl; Norm <47) und sicherte die Diagnose. Somit konnte die Pädiaterin vor Ort direkt mit der Gabe von Vitamin B12 subkutan beginnen. Die weitere Abklärung ergab einen alimentären Vitamin-B12-Mangel infolge anhaltenden Stillens und schwerem chronischen Vitamin-B12-Mangel der Mutter. Durch die schnelle Diagnostik konnte auch eine schwerere Entwicklungsverzögerung vermieden werden.

Der **Vitamin B12 Mangel bei veganer und vegetarischer Ernährung** ist - wie die

Daten aus unserer Praxis zeigen- ein aktuelles und wichtiges Thema. Wir konnten anhand der retrospektiv erhobenen Daten aus unserer Schwerpunktpraxis zeigen, dass ein Vitamin B12 Mangel bei unzureichendem Fleischkonsum ein häufiges Problem ist. Wir haben die Daten von 3.341 unserer Patienten ausgewertet. Davon hatten 151 (4,5 %) einen Vitamin B12 Mangel, 13 % davon einen schweren. Bei fast allen dieser Patienten (99 %) konnten wir eine mangelnde Fleischkost eruieren.

In unserem Patientenkollektiv haben wir einen gleichzeitigen Eisenmangel bei 38 % der Patienten feststellen können und eine gleichzeitig vorliegende Neutropenie bei 19 %. Gleichzeitigen Vitamin B12- und Vitamin K-Mangel haben wir bei 2 % der Betroffenen beobachtet. Um der zunehmenden Zahl an Patienten mit umfangreichen Mangelerscheinungen bei fleischarmer Kost eine fachgerechte Beratung durch den niedergelassenen Pädiater zu erleichtern, bereiten wir daher derzeit ein neues **telemedizinisches Modul zur Diagnostik und Therapie des Vitamin B 12 Mangels und seiner Komorbiditäten** vor.

*Literatur bei den Verfassern*

#### Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med Stefan Eber  
Praxis für Kinder- und Jugendmedizin  
Waldfriedhofstraße 73  
81377 München  
praxis@kid-z.de

Red.: WH

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

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

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



## Highlights aus Bad Orb

# „Das Kind ist zu klein“ – Was kann ich tun?

Wenn man „Dr. Google“ im Internet fragt und die Stichworte „Kleinwuchs“ und „Kinder“ eingibt, werden fast 2 Millionen Ergebnisse angezeigt. Der „Kleinwuchs“ wurde in der Vergangenheit von zahlreichen Autoren, Selbsthilfegruppen, Berufsorganisationen oder auch Pharmafirmen ausführlich aus verschiedenen Blickwinkeln beleuchtet. Dabei finden sich „gebetsmühlenartig“ immer wieder folgende Aussagen: Kleinwuchs ist ein Symptom und keine Diagnose. Bei jedem kleinwüchsigen Kind bzw. bei einem Kind mit einer niedrigen Wachstumsgeschwindigkeit muss die Ätiologie des Kleinwuchses bzw. der Wachstumsstörung geklärt werden. Dem niedergelassenen Kinderarzt kommt eine Schlüsselrolle zu. Eine sorgfältige Messung und regelmäßige Dokumentation des kindlichen Wachstums sind Voraussetzungen für das Erkennen von Wachstumsproblemen. Wird aber der einzelne Kinderarzt von den Eltern mit den Aussagen konfrontiert „Mein Kind ist zu klein“ oder „Mein Kind wächst zu langsam“, dann muss er sich die beiden Fragen beantworten „Was kann ich in meiner Praxis tun“ und „Wann sollte ich das Kind überweisen“.



Prof. em. Dr.  
Helmuth G. Dörr

### Einleitung

Das kindliche Wachstum spielt in der kinderärztlichen Sprechstunde eine zentrale Rolle. Die Beurteilung des Längenwachstums von der Geburt bis zur Adoleszenz gehört mit zu den wichtigsten Aufgaben eines Kinderarztes.

Ein Kleinwuchs liegt vor, wenn die Körpergröße unter der 3. Perzentile (- 1.88 Standardabweichungen) der Referenzpopulation liegt. Eine normale Körpergröße schließt eine Wachstumsstörung nicht

aus. Eine verminderte Wachstumsgeschwindigkeit führt zu einem Verlassen der Perzentilenkurve nach unten (perzentilenflüchtiges Wachstum) und eventuell erst nach einiger Latenz von Monaten bzw. Jahren zu einem Kleinwuchs.

Für die differenzialdiagnostische Abklärung bei Kleinwuchs und/oder Wachstumsstörung liegen zahlreiche Algorithmen vor. Grundsätzlich wird zwischen „Normvariante“ und „Pathologie“ unterschieden. **Zu den Normvarianten (idiopathischer Kleinwuchs) gehören der familiäre Kleinwuchs und die konstitutionelle Entwicklungsverzögerung von Wachstum und Pubertät.** Der pathologische Kleinwuchs kann nach den Körperproportionen in proportioniert oder dysproportioniert differenziert werden. Diese Einteilung hat den Vorteil, dass man beim **dysproportionierten Kleinwuchs primär an eine Skelettdysplasie denkt**, die radiologisch untersucht werden sollte. **Beim proportionierten Kleinwuchs ist die Unterscheidung zwischen prä- und postnatalem Kleinwuchs wichtig.** Zum pränatalen Kleinwuchs gehören der SGA-Kleinwuchs und der Kleinwuchs bei Chromosomenstörungen oder genetischen Erkrankungen, zum postnatalen

Kleinwuchs alle Kleinwuchsformen bei chronischen Erkrankungen, der psychosoziale Kleinwuchs und endokrine Störungen.

Der pathologische Kleinwuchs kann auch in die beiden Formen „primär“ und „sekundär“ eingeteilt werden. In die Gruppe „primärer Kleinwuchs“ gehören chromosomale Störungen oder genetische Störungen (z.B. Ullrich-Turner-Syndrom, Kleinwuchs bei SHOX-Syndrom oder Prader-Willi-Syndrom), der SGA (Small for Gestational Age) - Kleinwuchs und der ossäre Kleinwuchs (z.B. Skelettdysplasien). Zur Gruppe „sekundärer Kleinwuchs“ gehören alle postnatalen Kleinwuchsformen bei chronischen Krankheiten wie gastrointestinale Störungen (z.B. Zöliakie), kardiovaskuläre Störungen, Nierenerkrankungen, chronische Infektionen oder Lungenerkrankungen, Stoffwechselerkrankungen, der psychosoziale Kleinwuchs und die endokrinen Störungen.

### Anamnese

Eine sorgfältige Anamnese kann schon wichtige Hinweise auf die Ursache der Wachstumsstörung liefern. Die wichtigsten Punkte sind in der Tabelle 1 zusammengestellt.



**Tabelle 1:** Anamnese bei Kleinwuchs bzw. Wachstumsstörung

• Schwangerschaftsanamnese
• Geburtsanamnese (Gestationsalter, Länge, Gewicht, Kopfumfang)
• Auxologische Anamnese
• Erfassung der bisherigen Längen- und Gewichtsdaten
• Berechnung der Wachstumsgeschwindigkeit in cm/Jahr
• Berechnung des Körpermassenindex (BMI) in kg/m <sup>2</sup>
• Familienanamnese (Körpergröße der Eltern, Geschwister, Pubertätsentwicklung der Eltern)
• Psychomotorische Entwicklung, Ernährung, vegetative Anamnese
• Sozialanamnese, Schulleistungen, soziales Kontaktverhalten
• Begleiterkrankungen, chronische Krankheiten, Medikamente
• Erkrankungen in der Familie

**Referenzkurven für Wachstum und Gewicht**

Alle Daten für die Körpergröße und das Gewicht werden in Perzentilenkurven übertragen. Längenmaße und Gewichtsmasse eines Kindes werden dabei immer gemeinsam betrachtet. Die in Deutschland verwendeten Referenzdaten für die Geburtsmaße von Neugeborenen (Einlinge) wurden 2014 von Voigt et al. aktualisiert. Die Frage, welche Referenzkurven zur Beurteilung des postnatalen Wachstumsverlaufs eines Kindes am besten geeignet sind, ist nicht einfach zu beantworten (z.B. Prader, Hesse, Kromeyer-Hauschild). In Deutschland liegen aktuelle Referenzperzentilen aus der KiGGS-Studie des Robert Koch-Instituts zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen vor. Diese Daten sind auch im Ped(z)-Kinderarzt-Rechner (siehe unten) hinterlegt.

**Genetische Zielgröße**

Die mittlere genetische Zielgröße wird anhand der Elterngrößen berechnet und ist ein wichtiger Orientierungspunkt, um das Längenwachstum des Kindes in Relation zu den Größen der Eltern zu beurteilen. Die Zielgröße sollte daher in die Wachstumskurve eingetragen werden. Bisher wurde die genetische Zielgröße nach Tanner mit der Formel (Größe des Vaters + Größe der Mutter):  $2 + 6.5 \text{ cm}$  (Jungen) bzw.  $- 6.5 \text{ cm}$  (Mädchen) berechnet. Nach Hermanussen und Cole ist der Trend zu einer größeren Körperhöhe seit Mitte der 1990er Jahre in Mitteleuropa erloschen und die Zielgrößenberechnungen müssen auf den Körperhöhenmittelwert (50. Perzentile) der Bevölkerung

bezogen werden. Die 50. Perzentile der Erwachsenengröße liegt nach den Daten der KiGGS-Studie bei 179 cm (Jungen) bzw. bei 165,8 cm (Mädchen). Die korrekte Zielgröße liegt immer um etwa 28% dichter am Bevölkerungsmittel als die nach Tanner berechnete. Die Zielgröße wird im Ped(z)-Kinderarzt-Rechner nach dieser Methode berechnet.

**Besonderheit: SGA-Kleinwuchs**

Liegen die Geburtsmaße (Länge, Gewicht) eines Neugeborenen nach den jeweiligen Referenzkurven für Neugeborene unter der 3. Perzentile, dann ist das Neugeborene ein SGA-Neugeborenes. Das Wachstum dieser Kinder muss im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen besonders überwacht werden, da **10 % der SGA-Kinder kein postnatales Aufholwachstum zeigen** und im Alter von 4 Jahren kleinwüchsig sind. **Bei kleinwüchsigen SGA-Kinder sollte die Wachstumsstörung im Alter von 4 Jahren abgeklärt werden**, da bei einer eindeutigen Diagnose SGA unter bestimmten Voraussetzung eine Behandlung mit Wachstumshormon (WH) durchgeführt werden kann.

**Beispiele für die Beurteilung des Längenwachstums mit Perzentilenkurven**

Normales Wachstum erfolgt in der Regel perzentilenparallel im familiären Zielbereich. Die Darstellung des Wachstums in Relation zur Zielgröße hat eine große Bedeutung für die frühzeitige Erkennung von Wachstumsstörungen. Nachfolgend werden drei Fälle dargestellt; die Wachstumskurven finden sich in der Abbildung 1.

**Fall A:** Das Mädchen war immer kleinwüchsig. Da auch die Eltern kleinwüchsig sind (genetische Zielgröße 148 cm) wurde die Diagnose „Familiärer Kleinwuchs“ gestellt. Das Mädchen wurde erstmals mit 15 Jahren (Tanner B5) in einem Zentrum bei einer Körperhöhe von 145 cm zur Mitbeurteilung vorgestellt. Bei der Untersuchung fiel ein **dysproportionierter mesomeler Kleinwuchs** auf: kurze Unterarme, verminderte Armspannweite mit 137 cm, normale Sitzhöhe mit 80 cm, aber verminderte subischiale Beinlänge (Körperhöhe – Sitzhöhe) mit 65 cm. Die Mutter war ebenfalls dysproportioniert kleinwüchsig. Die molekulargenetische Diagnostik ergab bei dem Mädchen und auch bei der Mutter eine **Deletion im SHOX-Gen** auf der pseudoautosomalen Region des X-Chromosoms. Beim genetischen SHOX-Kleinwuchs kann bei rechtzeitiger Diagnosestellung eine Therapie mit Wachstumshormon durchgeführt werden.

**Fall B:** Das Mädchen war immer kleinwüchsig, das Längenwachstum erfolgte parallel unter der 3. Perzentile. Der Kleinwuchs passt nicht zur genetischen Zielgröße. Bei der Untersuchung fielen **Dysmorphien** wie Ptosis, hoher Gaumen und ein weiter Mamillenabstand auf (Diagnose: **Ullrich-Turner-Syndrom**).

**Fall C:** Das Mädchen hatte normale Geburtsmaße und war mit 2 Jahren normal groß. Ein über Jahre vermindertes Längenwachstum führte dazu, dass das Mädchen seine Perzentilenkurve nach unten verlassen hat (Diagnose: **Hypothyreose** bei Autoimmunthyreopathie Typ Hashimoto).

**Körperliche Untersuchung**

Bei der körperlichen Untersuchung werden anthropometrische Parameter wie Körpergröße, Gewicht, Kopfumfang, Sitzhöhe und Armspannweite gemessen. **Kinder sollen bis zum 3. Lebensjahr im Liegen (Körperlänge) gemessen werden.** Um die Frage beurteilen zu können, ob der Kleinwuchs proportioniert oder dysproportioniert ist, müssen die Körperproportionen beurteilt werden. Hier sollte neben den schon genannten Parametern auch die subischiale Beinlänge (Differenz von Körperhöhe und Sitzhöhe) berechnet werden. Für die jeweiligen Parameter stehen Perzentilenkurven zur Verfügung. Es gibt auch Perzentilenkurven, die die verschiedenen Körpermaße (z.B. Körperhöhe

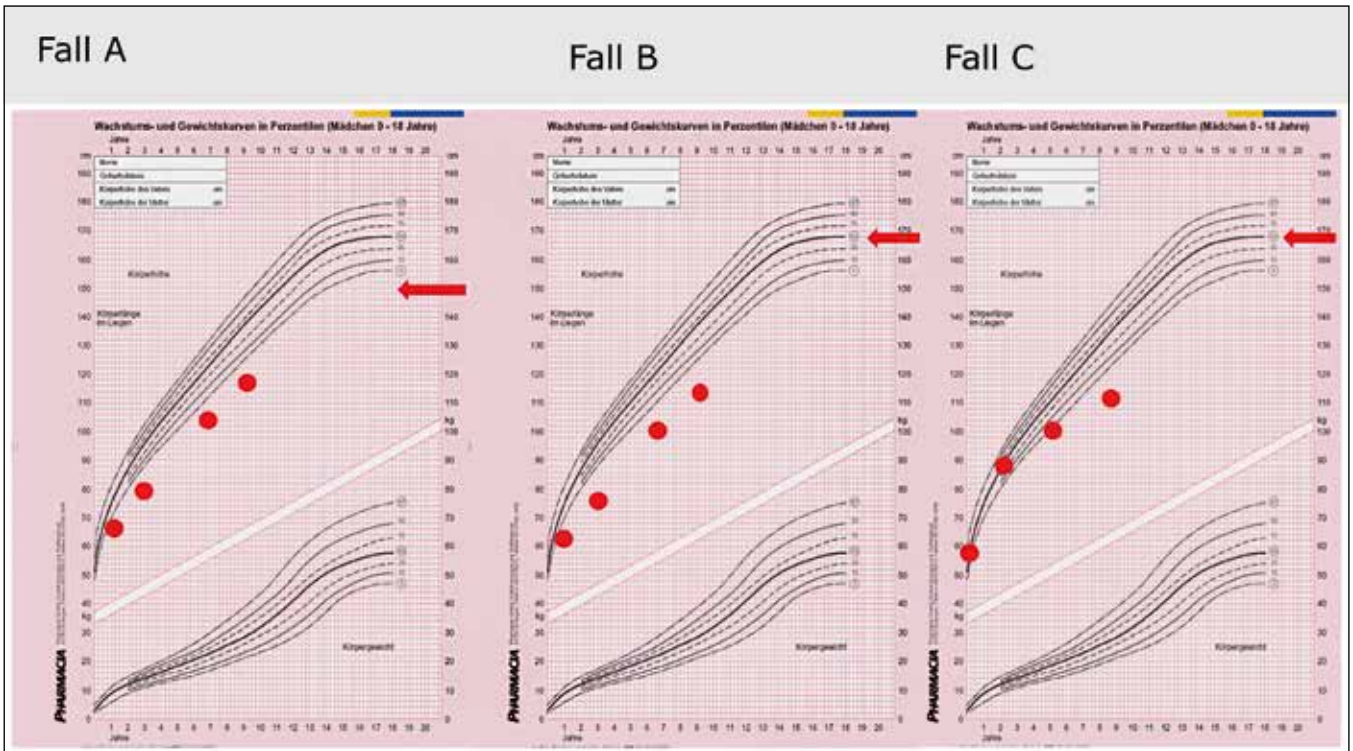


Abb. 1: Wachstumskurven (Perzentilenkurven) von 3 Mädchen mit genetischer Zielgröße (roter Pfeil)

zu Sitzhöhe, Oberlänge zu Unterlänge) zueinander in Beziehung setzen.

**Praktischer Hinweis**

Im Internet steht mit dem **kostenlosen Ped(z)-Kinderarzt-Rechner** (<https://www.pedz.de/de/rechner.html>), der auch als App für Android und iPhone/iPad erhältlich ist, ein wertvolles Tool zur Verfügung. Mit dem Programm können zahlreiche Berechnungen einfach und schnell durchgeführt werden. Der Autor übernimmt für die Richtigkeit, Vollständigkeit und Aktualität der Inhalte keine Gewähr. Die Verantwortung für die Bewertung der Richtigkeit liegt daher bei jedem einzelnen Arzt.

**Labordiagnostik**

Bei der Frage Labordiagnostik „Ja“ oder „Nein“ steckt der Kinderarzt in einer Zwickmühle. Eine Blutentnahme erfordert eine sorgfältige Planung (Vermeidung von präanalytischen Fehlern) und muss der komplexen Differenzialdiagnose des Kleinwuchses gerecht werden. Dazu muss er die Möglichkeiten und Grenzen seines Labors kennen. Hormonbestimmungen müssen spezifisch sein und der gemessene Wert muß vom jeweiligen Labor anhand von Referenzwerten für das jeweilige Alter, Geschlecht und Pubertät interpretiert werden.

Stehen diese Optionen nicht zur Verfügung, dann sollte die Labordiagnostik in einem Zentrum erfolgen.

Die allgemeine Labordiagnostik beinhaltet Blutbild, BSG, C-reaktives Protein, Se-Elektrolyte, Se-Kreatinin, Ferritin, Leberwerte, Alkalische Phosphatase, Blutgasanalyse und Urinstatus mit pH-Messung. Eine Zöliakie muß ausgeschlossen werden (IgA, Transglutaminase-IgA-AK). Bei Verdacht auf ein Ullrich-Turner-Syndrom sollte bei Mädchen eine Chromosomenanalyse durchgeführt werden. Als Screening für eine Hypothyreose wird die Bestimmung von fT<sub>4</sub> und TSH und bei V.a. WH-Mangel die Messung IGF-1 (ab dem Alter von 3 Jahren) und IGFBP-3 im Serum/Plasma empfohlen.

**Knochenalterbestimmung**

Mit einer Röntgenaufnahme der linken Hand werden der Ossifikationsgrad der Handwurzelknochen und der Epiphysenkerne (Radius, Ulna, Metacarpalia und Phalangen) sowie der Epiphysenschluß in der Pubertät beurteilt. Das Knochenalter wird durch Vergleich mit in einem Röntgenatlas hinterlegten Aufnahmen für das jeweilige Alter ermittelt (z.B. Atlas

von Greulich und Pyle). Mittlerweile liegt auch eine kommerzielle Software zur automatisierten Bestimmung des Knochenalters vor (**BoneXpert**).

Die Bestimmung des Knochenalters ist bei einem kleinwüchsigen Kind sinnvoll, um Dysmorphien festzustellen, die bei Syndromen vorkommen, oder um zu beurteilen, ob das Knochenalter dem chronologischen Alter entspricht oder ob es retardiert ist. Bei der Normvariante „konstitutionelle Entwicklungsverzögerung“, bei chronischen Krankheiten aber auch bei einer Hypothyreose oder einem Wachstumshormonmangel ist das Knochenalter retardiert. Eine Endgrößenprognose kann mit den Tabellen von Bayley und Pinneau durchgeführt werden, die sich im Atlas von Greulich & Pyle finden. Dabei ist zu beachten, dass jede Prognose Limitationen hat, die von der Variabilität der Beurteilung und von der verwendeten Methode abhängen. **Erst ab einem Knochenalter von etwa 10 Jahren ist eine einigermaßen zuverlässige Endgrößenprognose möglich.**

**Überweisung des Kindes**

Der Partner des niedergelassenen Kinderarztes bei der weiteren Abklärung des Kleinwuchses bzw. der Wachstumsstörung ist der Pädiatrische Endokrinologe. Auf dem Überweisungsschein sollte die

Fragestellung genau formuliert werden. Die Eltern (Begleitpersonen) sollten klare Anweisungen bekommen, wo sie einen Termin vereinbaren (z.B. Telefonnummer) und wie sie das Zentrum erreichen können (öffentliche Verkehrsmittel oder eigenes KFZ). Vorgaben wie Zeitpunkt der ambulanten Vorstellung (vormittags oder nachmittags) oder die Frage, ob das Kind nüchtern kommt, sollten vorab besprochen sein. Die Eltern sollten das Vorsorgeheft und auch wichtige Vorbefunde (z.B. Laborergebnisse) bei der Erstvorstellung im Zentrum vorlegen können.

**Fazit für die Praxis**

Normales Wachstum ist ein Gradmesser für das Wohlergehen und die Gesund-

heit eines Kindes. Die Beurteilung des Wachstums spielt in der kinderärztlichen Sprechstunde eine große Rolle, da jede chronische Erkrankung das Wachstum beeinträchtigen kann. Der Kinderarzt nimmt bei der Früherkennung des Kleinwuchses (Körpergröße < 3. Perzentile) und/oder einer Wachstumsstörung eine Schlüsselrolle ein. Bei einer niedrigen Wachstumsgeschwindigkeit (< 25. Perzentile), beim perzentilenflüchtigen Wachstum nach unten oder beim abweichenden Wachstum von der Zielgrößenperzentile muss an eine Wachstumsstörung gedacht werden. Die Befunde des Kinderarztes, erhoben mit Anamnese und der körperlichen Untersuchung, führen zu einer ersten Verdachtdiagnose. Die weiteren Untersuchungen sollten in

enger Zusammenarbeit mit einem Pädiatrischen Endokrinologen erfolgen.

*Literatur beim Verfasser*

**Korrespondenzanschrift:**  
 Professor em. Dr. H. G. Dörr  
 Universitätsklinikum Kinder- und  
 Jugendklinik  
 Pädiatrische Endokrinologie &  
 Diabetologie  
 Loschgestr. 15  
 91054 Erlangen

**Interessenkonflikt:**  
 Der Autor erklärt, dass kein  
 Interessenkonflikt vorliegt.

Red.: Keller



**Review aus  
 englischsprachigen Zeitschriften**

**Sollten Kinder mit einem erstmaligen  
 nephrotischen Syndrom mit der  
 Standard-Prednisolon-Therapie von  
 acht oder einer erweiterten Therapie von  
 sechzehn Wochen behandelt werden?**

**Sixteen-week versus standard eight-week prednisolone therapy for childhood nephrotic syndrome: the PREDNOS RCT.**  
 Webb NJ et al., Health Technol Assess 2019 May; 23(26): 1-108

Die optimale Dauer der Corticosteroid-Therapie zur Behandlung des akuten steroidempfindlichen nephrotischen Syndroms (SSNS) ist noch ungeklärt. Die meisten britischen Zentren führen eine 8-wöchige Behandlung durch, obwohl einige Untersuchungen vermuten lassen, dass eine längere Therapie vielleicht das Rückfall-Risiko eines nephrotischen Syndroms verringern würde. Die Autoren führten zu dieser Frage eine randomisierte, doppelblind Placebo-kontrollierte Parallelgruppenstudie einschließlich einer Kosten-Nutzen-Analyse durch. Sie wollten wissen, ob eine im Vergleich zu 8 Wochen längere 16-wöchige Prednisolon-Therapie zu besseren Ergebnissen bei der Rückfallrate führt.

An der Studie nahmen 125 britische Kinderkliniken teil. Teilnehmer im Alter zwischen 1 und 15 Jahren wurden nach einem Minimierungsalgorithmus (1:1) randomisiert, um ein Gleichgewicht zwischen Ethnien (südasiatisch, weiß oder anderweitig) und dem Alter ( $\leq 5$  oder  $\geq 6$  Jahre) zu gewährleisten. Zweihundertsiebenunddreißig Kinder stellten sich mit dem ersten Schub eines SSNS vor. Die Kontrollgruppe (n = 118) erhielt eine Prednisolon-Standardbehandlung (SC) von 60 mg/m<sup>2</sup>/Tag (m<sup>2</sup>-Körperoberfläche) über die Wochen 1-4, 40 mg/m<sup>2</sup> Prednisolon an alternierenden Tagen über die Wochen 5-8 und ein passendes Placebo alternierend an wechselnden Tagen in den Wochen 9-18 (Gesamtdosis 2240 mg/m<sup>2</sup>). Die Interventionsgruppe (n = 119) erhielt eine erweiterte Prednisolon-Therapie (EC) von 60 mg/m<sup>2</sup>/Tag Prednisolon in den Wochen 1-4, 60 mg/m<sup>2</sup> Prednisolon an alternierenden Tagen in den Wochen 5-16, mit Dosisreduktion um 10 mg/m<sup>2</sup> alle 2 Wochen (Gesamtdosis 3150 mg/m<sup>2</sup>). Das primäre Ziel war die Erfassung der Zeit bis zum ersten Rezidiv [Albustix® (Siemens Healthcare Limited, Frimley, UK)-positive Proteinurie +++ oder höher für 3 aufeinander folgende Tage oder das Vorhandensein eines generalisierten Ödems und einer plus +++ Proteinurie]. Zu den sekundären Ergebniszielen gehörten die Erfassung der Rückfallraten, die Häufigkeit eines FRNS (frequently relapsing nephrotic syndrome) und eines SDNS (steroid dependent nephrotic syndrome), die



Verwendung anderer immunsuppressiver Therapien, die Häufigkeit von schweren Nebenwirkungen (SAEs serious adverse events) und leichteren AEs (adverse events) sowie die Häufigkeit von Verhaltensänderungen, gemessen mit der Achenbach Child Behaviour Checklist ACBC. Außerdem wurde eine umfassende Wirtschaftlichkeitsanalyse erhoben. Die Analyse wurde als „Intention to treat Analyse“ durchgeführt. Alle Studienteilnehmer wurden mindestens 24 Monate lang begleitet.

In der Auswertung zeigte sich zwischen der SC- (standard course) und der EC-(extended course) Gruppe kein signifikanter Zeit-Unterschied bis zum ersten Rückfall (Hazard Ratio 0,87, 95% Konfidenzintervall 0,65 bis 1,17; Log-Rank  $p = 0,3$ ). Es zeigten sich auch keine Unterschiede in der Inzidenz des FRNS (SC 50% vs. EC 53%;  $p = 0,7$ ), des SDNS (44% vs. 42%;  $p = 0,8$ ) oder in der Notwendigkeit auf weitere immunsuppressive Therapien zurückzugreifen (56% vs. 54%;  $p = 0,8$ ). Die gesamte Prednisolon-Dosis, die beide Teilnehmer-Gruppen jeweils nach Abschluss der Studienmedikation erhalten hatten, betrug 5475 mg für den SC und 6674 mg für den EC ( $p = 0,07$ ). Die SAE- und AE-Raten unterschieden sich nicht signifikant (25% vs. 17%;  $p = 0,1$ ). Es zeigten sich auch keine Unterschiede in den ACBC-Scores (Achenbach child behaviour checklist). Über 24 Monate wiesen die Kinder in der EC-Gruppe weniger Krankenhausaufenthalte, weniger Notdienstbesuche und Hausarztbesuche auf als die in der SC-Gruppe. Dadurch verursachten sie weniger Kosten (mittlere Einsparung pro Patient £ 382).

Mit dieser Studie konnte insgesamt kein klinischer Nutzen für die EC-Therapie bei britischen Kindern nachgewiesen werden. Die Kosten-Nutzen-Analyse ergab, dass die EC-Therapie aufgrund der geringeren Inanspruchnahme gesundheitlicher Dienste (Krankenhaus, Hausarzt) etwas billiger sein könnte.

### Kommentar

Das steroid-sensitive idiopathische nephrotische Syndrom (SSNS) gehört zu den häufigsten Nierenerkrankungen im Kindesalter, das sich typischerweise im Alter zwischen 1 und 10 Jahren manifestiert. Die Inzidenz beträgt für Deutschland etwa 1,8 pro 100.000 Kinder unter 16 Jahren (ESPED-Register 2005 – 2006, jährlich in Deutschland etwa 200 bis 250 Neuerkrankungen). Das Krankheitsbild wird über das Auftreten einer massiven Proteinurie ( $\geq 40 \text{ mg/m}^2$  Körperoberfläche) und eine Hypalbuminämie definiert. Die Nieren geben vermehrt Eiweiß in den Urin ab, was zu einem niedrigen Eiweißgehalt im Blut und einer generalisierten Ödembildung führt. Unbehandelt kann dies zu schweren Komplikationen wie Infektionen und Blutgerinnseln führen. Die meisten nephrotischen Syndrome bilden sich unter Steroiden zurück. Leider treten nach Beendigung der Steroidtherapie häufig Rezidive auf. Bisher konnte nicht geklärt werden, wie lange Prednisolon zur optimalen Behandlung von Kindern nach einem ersten Schub verabreicht werden sollte, um das Rückfallrisiko zu verringern. Die in Großbritannien geltenden Leitlinien zur Therapie des SSNS weichen von den deutschen Empfehlungen ab. In der AWMF Leitlinie (S2e) wird bei der Erstmanifestation eines SSNS eine Behandlung mit Prednisolon in der Dosierung von  $60 \text{ mg/m}^2/\text{Tag}$  (in 3 Einzeldosen, maximal  $80 \text{ mg}/\text{Tag}$ ) über 6 Wochen behandelt, gefolgt von alternierenden Prednisolon-Gaben in einer Dosierung von  $40 \text{ mg/m}^2/48\text{h}$  (in einer Einzeldosis, maximal  $60 \text{ mg}/48\text{h}$ ). Die letztere Dosierung

wird für weitere 6 Wochen sowohl von der „American Academy Pediatric Nephrology“ als auch von der „deutschen Gesellschaft für pädiatrische Nephrologie“ empfohlen (Evidenzgrad 1 B für eine Therapiedauer von 12 Wochen). Die Ergebnisse der aktuellen Studie lassen Zweifel an der Wirksamkeit einer länger als 8 Wochen dauernden Steroid-Therapie aufkommen, da sich keine Vorteile für eine längere Prednisolon-Therapie nachweisen ließen. Diese Ergebnisse werden von Hahn et al. mit einer 2015 durchgeführten Cochrane-Analyse bestätigt, die ebenfalls keine Vorteile für eine längere Prednisolon-Therapie erkennen lässt. Aktuell wird eine randomisierte, kontrollierte, multizentrische Studie (Intent-Studie) zur Initialtherapie des idiopathischen nephrotischen Syndroms im Kindesalter durchgeführt, in der die therapeutische Wirksamkeit einer initialen Gabe von Mycophenolatmofetil mit der von Prednisolon verglichen wird. Die Ergebnisse stehen noch aus.

### Literatur

Webb NJ et al. Sixteen-week versus standard eight-week prednisolone therapy for childhood nephrotic syndrome: the PREDNOS RCT. Health Technol Assess 2019 May; 23(26): 1-108

AWMF Leitlinie (S2e): Idiopathisches Nephrotisches Syndrom im Kindesalter: Diagnostik und Therapie. Aktueller Stand 07/2016. AWMF online. Download 19.11.19

Hahn D et al. Corticosteroid therapy for nephrotic syndrome in children. Cochrane Database Syst Rev 2015 Mar 18; (3): CD001533

*Ich bedanke mich bei Herrn Prof. Dr. med. Rainer Büscher, ärztlicher Leiter des Nierenzentrums für Kinder- und Jugendliche des KfH der Kinderklinik am Universitätsklinikum Essen, für seine Anregungen und die kritische Durchsicht des Manuskripts.*

### Korrespondenzanschrift:

Dr. Jürgen Hower, Mülheim an der Ruhr

## Das Wiederholungsrisiko für Frakturen im Kindesalter

Escott BG et al. Risk of Recurrent Fracture: A Population-Based Study.

Pediatrics 2019 Jul 15; 144(2) [epub ahead of print]

**B**esitzen Kinder, die in der Kindheit einen Knochenbruch erleiden, im Vergleich zu Kindern ohne Fraktur, ein erhöhtes Risiko in der weiteren Kindheit oder im frühen Erwachsenenalter eine weitere Fraktur zu erleiden? Eine Frage, die der Beantwortung bedarf. Die Autoren haben für ihre aktuelle Populationsstudie unterstellt (a priori Nullhypothese), dass bei Kindern nach einer Fraktur kein erhöhtes Risiko für eine Zweitfraktur besteht.

Für diese bevölkerungsbezogene, retrospektive Kohortenstudie (51,3% Jungen; 48,7% Mädchen) wurde die Datenbank in Ontario, Kanada, verwendet, in die 2,5 Millionen gesunde Kinder im Alter zwischen 0 und 15 Jahren, die den Studienkriterien entsprachen, aufgenommen worden waren. Kinder, die zwischen dem 1. April 2003 und dem 31. März 2004 in Ontario lebten, wurden in die Studie aufgenommen und über 7 Jahre begleitet.



Die Exposition war das Auftreten einer Fraktur während einer einjährigen Basisperiode. Das Ergebnisziel war die Erfassung aller Frakturen während eines 7-jährigen Follow-ups.

Insgesamt 43.154 Kinder erlitten im Basisjahr der Studie eine Fraktur (17,5 Frakturen pro 1000 Kinderjahre). Kinder mit einer ersten Fraktur hatten nach Berücksichtigung von Geschlecht, Wohnort und anderen Verletzungen (Kopf und Weichteilgewebe) ein um 60% höheres zweites Frakturrisiko (Inzidenzquotenverhältnis [IQV]: 1,60; 95% Konfidenzintervall [KI] 1,46-1,75;  $P < 0,0001$ ) während der Nachbeobachtungszeit. Das IQV war im frühen Kindesalter zwischen 0-5 Jahren mit etwa 1,7 (95% KI 1,60-1,82) höher als zwischen 6-15 Jahren mit einem IQV von etwa 1,50 (95% KI 1,48-1,56). Bei Jungen nahm das IQV ab dem Alter von 6 Jahren bis zum Alter von 12 Jahren zu (Odds Ratio 2,69; 95% KI 2,61-2,77) und bis zum Alter von 15 Jahren wieder ab.

Das Auftreten einer Erst-Fraktur im Kindesalter war mit einer erhöhten Rate zukünftiger Frakturen im Vergleich zu Kindern, die keine Fraktur erlitten hatten, verbunden. Es mag daher in der Praxis sinnvoll sein, bei kindlichen Frakturen nach möglichen beeinflussbaren Risikofaktoren wie fehlender körperlicher Aktivität und unzureichender Ernährung (z.B. übermäßiger Konsum gesüßter Sodage Getränke anstatt Milch) zu achten, die das Erreichen einer ausreichenden Knochenmasse beeinträchtigen und damit das kindliche Frakturrisiko erhöhen können.

### Kommentar

Knochenbrüche treten in der Kindheit häufig auf. Etwa ein Drittel aller Jungen und Mädchen sind vor Beendigung des 17. Lebensjahres von einer Fraktur betroffen, wobei die Angaben einzelner Länder großen Schwankungen unterliegen. Da der größte Teil der Knochenentwicklung im Kindes- und Jugendalter stattfindet, könnte eine beeinträchtigte Knochenentwicklung zu einem aktuellen und später erhöhten Fraktur-Risiko führen. Mehrere Autoren haben über einen steigenden Trend für zunehmende Frakturen im Kindesalter nach Stürzen mit geringer Energie be-

richtet. Dies gilt insbesondere für Frakturen des distalen Radius und des proximalen Oberarmknochens. Sie vermuten, dass steigende Fraktur-Raten im Kindesalter schon bei geringen Traumata mit einer suboptimalen Knochengesundheit zusammenhängen könnten, deren Ursachen komplex sind, aber weitestgehend vom Ausmaß und der Qualität der Knochenmasse abhängen. Der Beitrag des individuellen genetischen Make-Ups wird dabei auf 60-80% der Variabilität geschätzt. Nur zu etwa 20-40% dürfte die Qualität der Knochen über Interventionen (Ernährung und Sport) beeinflussbar sein. Um die Rate nachfolgender Frakturen zu senken, sollte die körperliche Aktivität und die Ernährung der Kinder und Jugendlichen beachtet werden, um eine optimale maximale Knochenmasse (Peak Bone Mass) zu erreichen. Die Gabe von Milchprodukten und Vitamin D kann, neben körperlicher Aktivität, vor Abschluss des Wachstums zu einer Stärkung der Knochen führen und damit auch das Risiko für eine zweite Fraktur bei Kindern mit einer unzureichenden Knochenentwicklung mindern. Eine in der Kindheit und Adoleszenz erworbene hohe Knochenmasse mag auch, wie eine zunehmende Evidenz vermuten lässt, zur Risikominimierung von Frakturen im Alter beitragen. In Deutschland erreicht mehr als die Hälfte der Bevölkerung (Kinder Jugendliche und Erwachsene) nicht die für eine optimale Knochenentwicklung notwendige Serum-25-(OH)D Vitamin D-Konzentration von 20ng/ml, bei etwa 15% liegt sie unter 10ng/ml. Ein subklinischer Vitamin D-Mangel führt zu einer geringeren intestinalen Kalzium-Aufnahme. Es ist deshalb nicht verständlich, warum sich Verbraucherorganisationen wie Food Watch und die Gewerkschaft für Erziehung und Wissenschaft in Deutschland für die Abschaffung der Schulmilch und des Schulkakaos, die für eine gesunde Knochenentwicklung im Wachstum reich an Kalzium und weiteren Mikro- und Makronährstoffen sind, einsetzen.

*Literatur über den Verfasser*

**Korrespondenzadresse:** Dr. Jürgen Hower, Mülheim an der Ruhr



# Ihre Meinung zählt!

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

**ifak**

**Machen Sie mit!**

# Enterovirus Surveillance zur Überwachung der Poliofreiheit in Deutschland

*Die Ärzteschaft in Deutschland kennt das Krankheitsbild der Poliomyelitis kaum mehr, weil das verantwortliche Virus seit Jahrzehnten in Folge weltweiter Impfkampagnen in Europa nicht mehr vorkommt; es kann aber wieder eingeschleppt werden, wenn die Bevölkerung nicht ausreichend geimpft ist. Um den Eltern die Notwendigkeit der fortgeführten Impfungen zu erklären, ist es wichtig den aktuellen Stand der weltweiten Polioeradikation und die Maßnahmen zur Überwachung der Poliofreiheit in Deutschland zu kennen. Gleichermäßen wichtig ist aber auch zu vermitteln, dass die weltweite Ausrottung eines Erregers, so wie es bislang nur für Pocken gelang, ein Segen nicht nur für die Menschen heute, sondern auch für alle zukünftigen Generationen ist.*



**Dr. Kathrin Keeren<sup>1</sup>**

**Dr. Sindy Böttcher<sup>2</sup>**

**Dr. Fabian Feiß<sup>3</sup>**

**Dr. Konrad Beyrer<sup>4</sup>**

**Dr. Sabine Diedrich<sup>2</sup>**

## 1. Einleitung

Gemeinsam mit den Partnern im Verbund der Globalen Polioeradikationsinitiative (GPEI), Unicef, Rotary International und der US-Gesundheitsbehörde CDC – ist es der WHO gelungen, die Poliomyelitis (Kinderlähmung) weitgehend zurückzudrängen.

Durch die seit 1988 weltweit durchgeführten Impfprogramme konnte die Zahl der Polioerkrankungen um 99,9 % reduziert werden. Endemisch kommt die Poliomyelitis nur noch in Pakistan und Afghanistan vor. Von dort kann es jedoch zur Einschleppung von Polioviren (z. B. durch Migration oder Reisen) in bereits poliofreie Regionen, also auch nach Europa, kommen (Beispiel: Polioausbruch in Tadschikistan mit Weiterverbreitung u. a. nach Moskau im Jahr 2010)[1, 2].

Polioviren (PV) werden in drei verschiedene Serotypen unterteilt (PV 1-3). Darüber hinaus werden Impfviren (VDPV) und Polio-wildviren (WPV) unterschieden. VDPV sind durch Rückmutation mit erneutem Erwerb der Pathogenität aus einem Lebendimpfvirus entstanden und können bei nicht ausreichendem Impfschutz der Bevölkerung zirkulieren und Ausbrüche hervorrufen, wie zum Beispiel 2015 in der Ukraine [3]. Die weltweite Zirkulation von WPV Typ 2 gilt seit 2015 als beendet. Ende Oktober 2019 wurde von der WHO auch WPV Typ 3 als eradiziert erklärt [4]. Die Übertragung von WPV Typ 1 konnte noch nicht gestoppt werden [5]. Nach dem neuen Plan der

WHO soll jedoch bis 2023 die endgültige Polioeradikation erklärt werden [6].

Das Programm zur globalen Polioeradikation beinhaltet neben der konsequenten Durchführung der Impfungen und einer guten Überwachung der Poliovirus-Zirkulation (Surveillance) auch das Laborcontainment. Es enthält Anforderungen bezüglich Biosafety und Biosecurity für Labore, Impfstoffhersteller oder Einrichtungen, die Polioviren lagern oder handhaben. Ziel ist es, dass langfristig nur noch wenige Labore weltweit mit Polioviren arbeiten. Diese Labore müssen unter höchsten Sicherheitsanforderungen arbeiten, um das Risiko zu minimieren, dass Polioviren zufällig oder absichtlich freigesetzt werden. In Deutschland wurde im Sinne des Containments 2017 ein neuer Paragraph in das Infektionsschutzgesetz aufgenommen (IfSG §50a). Er beinhaltet eine Anzeigepflicht für den Besitz von Polioviren oder Material, das möglicherweise Polioviren enthält (PIM). Darüber hinaus sind Tätigkeiten mit dem bereits eradizierten Poliovirus Typ 2 nur in zentralen Einrichtungen mit spezieller Zulassung (Polio essential facility, PEF) erlaubt. Diese Zulassung hat bisher kein Labor in Deutschland beantragt.

Eine besondere Herausforderung für die Überwachung im Falle zurückgedrängter Krankheiten ist der Nachweis, dass tatsächlich kein Krankheitsfall mehr auftritt. Denn auch eine nachlässige Überwachung führt dazu, dass keine Krankheitsfälle gemeldet werden. Es ist daher von entscheidender Bedeutung,

<sup>1</sup> Robert Koch-Institut, Geschäftsstelle der Nationalen Kommission für die Polioeradikation in Deutschland, Berlin

<sup>2</sup> Robert Koch-Institut, Nationales Referenzzentrum für Poliomyelitis und Enteroviren (NRZ PE), Berlin

<sup>3</sup> Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung Referat 401 Infektionsschutz, Hannover

<sup>4</sup> Niedersächsisches Landesgesundheitsamt (NLGA), Hannover

dass die WHO für jeden Mitgliedstaat sicher sein kann, dass auftretende Fälle auch erkannt und gemeldet werden würden. Daher können zur Überwachung der Poliosituation folgende Methoden zum Einsatz kommen: (a) Überwachung der akuten schlaffen Paresen (AFP-Surveillance = WHO-Goldstandard), (b) Enterovirus Surveillance (Polioviren gehören zu den Enteroviren) und (c) Umweltmonitoring [7]. Deutschland trat im Jahr 1997 der GPEI bei. Als Überwachungssystem der Poliofreiheit wurde zunächst die Nationale AFP-Surveillance etabliert und in den Jahren 1998 - 2010 durchgeführt. Da jedoch die Anzahl der Einsendungen für die AFP-Surveillance im Hinblick auf die WHO Empfehlungen unzureichend war, wurde zusätzlich ein alternatives System eingeführt. Im Rahmen der Enterovirus Surveillance (EVSurv) wird seit 2006 allen pädiatrischen und neurologischen Kliniken in Deutschland zur differentialdiagnostischen Abklärung von viralen Meningitiden /Enzephalitiden und akuten schlaffen Paresen (APF) eine unentgeltliche Enterovirus-Diagnostik angeboten.

## 2. Zielsetzungen der Enterovirus Diagnostik bei viralen Meningitiden/Enzephalitiden:

- Überwachung der Poliofreiheit in Deutschland
- Beitrag zur ätiologischen Abklärung aseptischer Meningitiden/Enzephalitiden
- Verbesserung des Patientenmanagements
- Erkennen von Erkrankungshäufungen (zeitlich und räumlich)
- Erhebung von Daten zu klinisch relevanten nicht-Polio-Enterovirustypen (NPEV)

## 3. Methoden

### Ablauf

Zur Durchführung der Enterovirus Surveillance wurde 2006 ein Labornetzwerk für Enterovirus Diagnostik in Deutschland etabliert (LaNED). Die teilnehmenden Laboratorien führen den primären Enterovirusnachweis (mit virologischen und/oder molekularen Methoden) einschließlich Typisierung durch.

Alle nicht typisierten/typisierbaren Enteroviren, PCR-positiven und Anzucht-negativen Proben werden zum Nationalen Referenzzentrum für Poliomyelitis und Enteroviren (NRZ PE) zur weiteren Analyse (Poliovirusausschluss) gesandt. Zur Qualitätssicherung werden vom NRZ PE in Zusammenarbeit mit INSTAND e.V. regelmäßig Ringversuche durchgeführt. Die Teilnahme ist verpflichtend und wird im Kooperationsvertrag geregelt. Die Labore erhalten eine Aufwandsentschädigung vom Robert Koch-Institut (RKI).

Im Rahmen der EVSurv wird pro Patient eine Probe unentgeltlich untersucht. Als Untersuchungsmaterial sollten bevorzugt Stuhlproben eingesandt werden, da das diagnostische Fenster (längere Ausscheidungsdauer, hohe Viruslast, unproblematische Probengewinnung und ausreichende Probenmenge) größer ist als bei Liquorproben. Ungeachtet dessen werden Liquorproben ebenfalls zur Diagnostik angenommen. Die Probenentnahme sollte dann jedoch innerhalb der ersten Tage nach Erkrankungsbeginn erfolgen.

Bei akuten schlaffen Lähmungen (AFP) bzw. akuter schlaffer Myelitis (AFM) mit

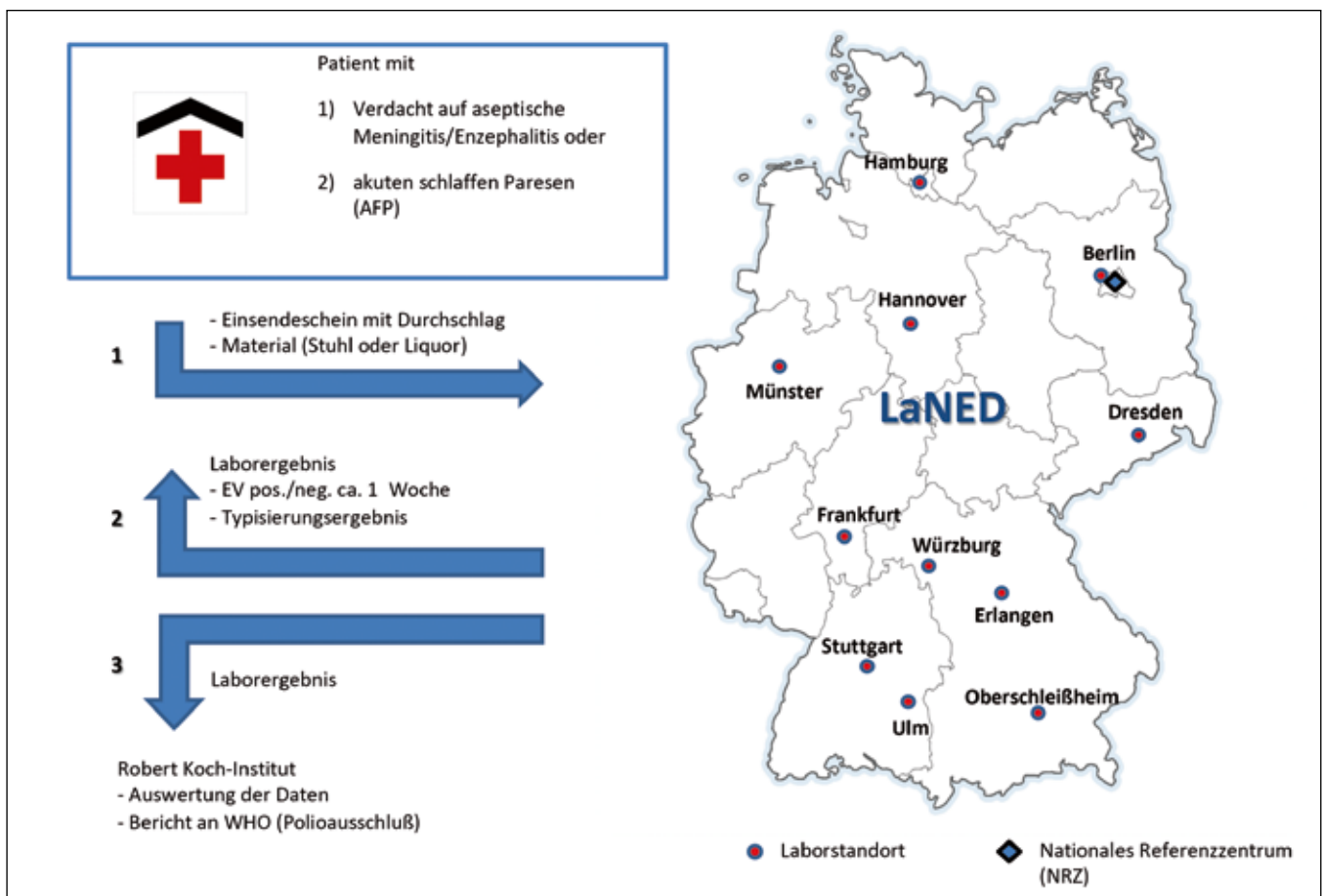


Abb. 1: Schematische Darstellung des Ablaufs der Enterovirus Surveillance

vorangegangener respiratorischer Symptomatik sollte zusätzlich eine respiratorische Probe kostenlos im LaNED untersucht werden. Hintergrund dafür sind Berichte aus Nordamerika und Europa zum gehäuften Nachweis von Enterovirus D68 (EV-D68) im Zusammenhang mit AFM [8].

Bei gegebener Indikation wird die Probe gemeinsam mit dem vollständigen „Einsendeschein für die Enterovirus-Surveillance“, der aus einem Deckblatt und einem Durchschlag besteht, an ein LaNED der Wahl geschickt. Das Labor untersucht die Probe und erstellt den Befund für die einsendende Klinik. Der Durchschlag des Einsendescheins mit den pseudonymisierten Daten des Patienten sowie das Laborergebnis zur epidemiologischen Auswertung wird vom Labor an die Geschäftsstelle der Nationalen Kommission für die Polioeradikation am RKI weitergeleitet (Abb. 1).

**Teilnehmer:** Im Jahr 2005 wurden 679 Krankenhäuser über das neu eingerichtete System informiert (383 pädiatrische und 296 neurologische Abteilungen). 287 Krankenhäuser stimmten einer freiwilligen Teilnahme zu. Die Anzahl der einsendenden Kliniken (90 % Pädiatrien) blieb mit durchschnittlich 200 (166-238) pro Jahr nahezu stabil. Die Aufnahme weiterer Teilnehmer ist jederzeit möglich und wünschenswert. In Deutschland sind Infektionen mit Nicht-Polio-Enteroviren (NPEV) nicht meldepflichtig und Untersuchungen auf Enteroviren werden nicht von den Krankenkassen bezahlt. Um den

Klinikern einen Anreiz zu bieten, Stuhlproben einzusenden, sind die Untersuchungen durch das LaNED kostenfrei.

## 4. Ergebnisse

Jedes Jahr werden 2.000 bis 3.000 Stuhl- und Liquorproben von hospitalisierten Patienten mit Verdacht auf eine aseptische Meningitis/Enzephalitis bzw. akute schlanke Paresen (AFP) im bundesweiten Labornetzwerk (LaNED)

auf Enteroviren untersucht. Seit 2006 sind 35.276 Proben eingesendet worden (Tab. 1). Etwa 57% der Einsendungen stammten von männlichen, 42% von weiblichen Patienten. Bei den untersuchten Patienten handelte es sich überwiegend um Kinder <15 Jahren (84%, Median 4 Jahre). Die Proben werden aus dem gesamten Bundesgebiet eingesandt. Die Anzahl der Einsendungen aus den meisten Bundesländern blieb relativ stabil. (Tab. 2).

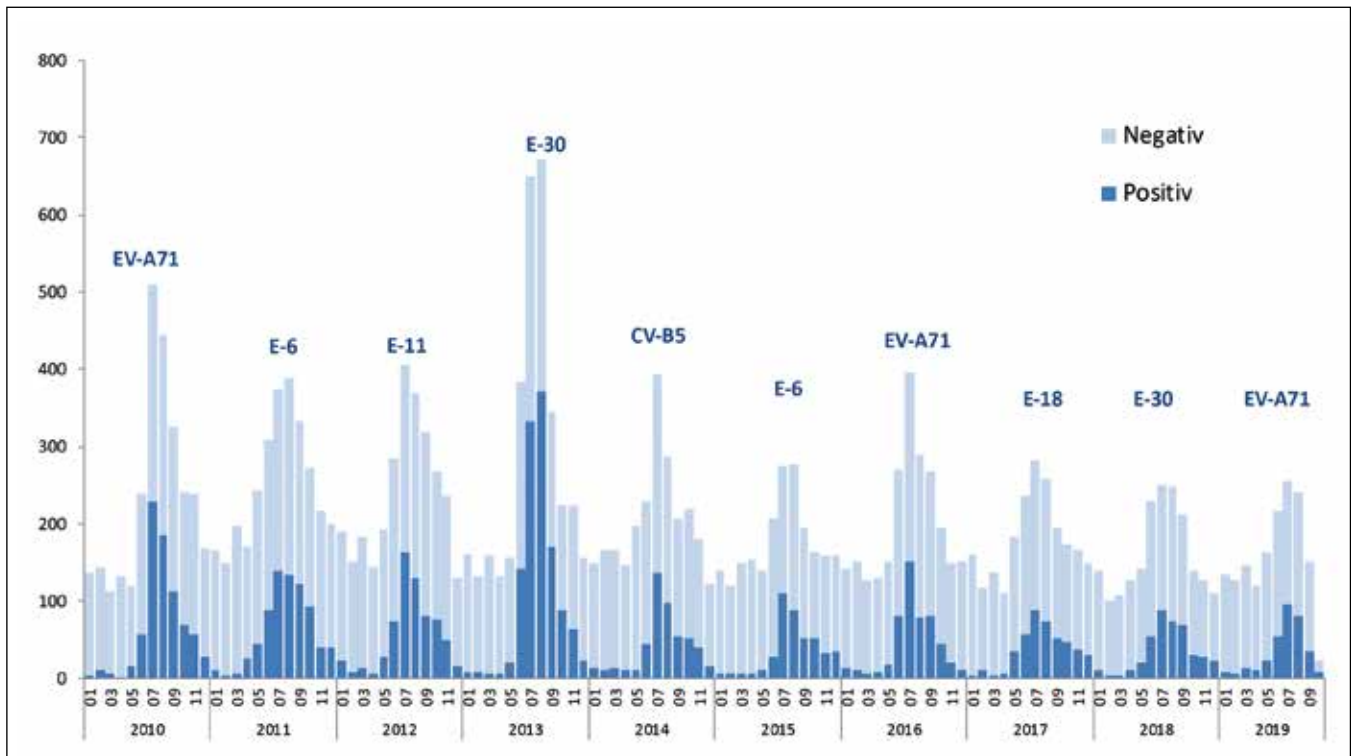
**Tab. 1:** Ergebnisübersicht der Enterovirus-Surveillance (EVSurv) in Deutschland 2006 – 09/2019

Jahr	EV-PCR pos	EV-PCR neg	Gesamt	% PCR pos	davon AFP Fälle	
					Anzahl gesamt	davon EV-PCR pos
2006	683	1241	1964	34,8	52	3
2007	665	1534	2235	29,8	50	3
<b>2008</b>	<b>1108</b>	<b>2040</b>	<b>3216</b>	<b>34,5</b>	<b>63</b>	<b>3</b>
2009	487	2022	2556	19,1	61	6
2010	771	2040	2947	26,2	51	6
2011	748	2273	3074	24,3	60	6
2012	668	2205	2926	22,8	49	7
<b>2013</b>	<b>1242</b>	<b>2150</b>	<b>3455</b>	<b>35,9</b>	<b>75</b>	<b>7</b>
2014	501	1961	2508	20,0	46	3
2015	429	1708	2171	19,8	56	4
2016	527	1897	2444	21,6	76	6
2017	448	1718	2188	20,5	54	6
2018	418	1511	1960	21,3	29	4
2019	335	1244	1632	20,5	35	3
<b>Jahresmittel</b>	<b>645</b>	<b>1825</b>	<b>2520</b>	<b>25</b>	<b>54</b>	<b>5</b>
<b>Gesamt</b>	<b>9030</b>	<b>25544</b>	<b>35276</b>		<b>757</b>	<b>67</b>

**Tab. 2:** Einsendungen aus den Bundesländern seit 2006

Bundesland	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
??	96	100	89	91	73	101	65	92	51	68	125	142	143	97
BB	56	33	92	55	83	89	138	141	101	57	55	35	44	21
BE	35	66	129	103	107	253	242	213	172	147	148	136	155	124
BW	246	169	429	337	290	238	153	205	137	103	128	103	109	89
BY	274	367	639	355	499	397	416	517	321	234	327	278	244	248
HB	9	21	13	19	17	25	26	26	20	28	39	37	30	32
HE	130	148	204	174	162	172	120	154	153	107	122	94	80	55
HH	74	41	44	42	44	47	53	138	49	37	57	51	80	78
MV	79	76	70	56	106	41	146	124	95	59	62	42	22	28
NI	428	476	664	556	610	782	681	821	674	699	742	611	594	507
NW	226	251	250	234	268	248	284	297	245	258	254	241	176	124
RP	53	122	136	159	172	149	165	181	197	162	119	151	78	62
SH	80	44	49	51	41	41	38	66	35	35	36	27	37	46
SL	7	16	31	16	11	11	15	3	3	17	8	12	29	15
SN	89	203	287	270	342	310	244	298	145	117	140	132	113	90
ST	44	49	38	23	42	82	89	81	45	23	20	5	4	5
TH	33	49	45	44	77	77	46	92	62	44	56	83	19	14





**Abb. 2:** EV-PCR Ergebnisse von 2010 bis 2019 nach Monat/Jahr mit Darstellung der jährlich prädominant zirkulierenden EV- Serotypen

In ca. 25% der Proben konnten Enteroviren nachgewiesen werden (Tab. 1). Eine Bestimmung des Serotyps war in ca. 80% der EV-positiven Proben möglich. Bislang wurden insgesamt 52 verschiedene Serotypen detektiert. Darunter waren keine Polioviren. Dominante Serotypen waren bisher vor allem Echovirus Typ 30 (E30), aber auch Echovirus-6 (E6) und Enterovirus A-71 (EV-A71) [9], gefolgt von Coxsackievirus B5 (CVB5).

Die jährliche Zahl der akuten schlaffen Paresen, die bisher im Rahmen der EVSurv dokumentiert wurde, belief sich durchschnittlich auf 57 (Spanne: 29 - 78). Bei wenigen AFP Patienten (3 - 7 pro Jahr) wurde eine Infektion mit Nicht-Polio-Enteroviren nachgewiesen. Die EVSurv dokumentiert keine MRT Befunde, daher ist der Anteil der AFP Patienten mit Nachweis einer akuten schlaffen Myelitis (AFM) nicht bekannt. Seit 2006 wurden insgesamt 20 verschiedene EV-Serotypen bei AFP Patienten festgestellt (Tab. 3). Dabei wurde EV-A71 am häufigsten detektiert. Der in den USA mit den AFP/AFM Fällen in Verbindung gebrachte Serotyp EV-D68 wurde bisher nur einmal nachgewiesen.

Infektionen mit Enteroviren zeigen eine ausgeprägte Saisonalität und dominieren in den Monaten Juli bis September (64% aller EV-Infektionen im Jahr). Die

Anzahl der Einsendungen stieg bislang ab Juli sprunghaft an, während sie ab September langsam zurückging. Gleiches galt für den Anteil der EV-PCR positiven Proben (Abb. 2).

Die Zahl der Einsendungen ist in den letzten Jahren rückläufig. Wurden im Juli 2010 noch mehr als 500 Proben eingesandt, waren es im Vergleichszeitraum 2019 nur noch rund die Hälfte (2).

Über den Gesamtzeitraum war der Anteil der EV-positiven Proben in der Altersgruppe der 5- bis 9-Jährigen am höchsten (34%). Seit 2014 sind die Einsendungen von Proben der Kinder ab 5 Jahren jedoch rückläufig, während die Anzahl der Einsendungen von Kindern unter 5 Jahren stabil blieben. Abb. 3 zeigt die Entwicklung über die letzten 3 Jahre im Vergleich zu 2010.

### 5. Diskussion

Zur Überwachung der Poliofreiheit wird in Deutschland die Enterovirus Surveillance (EVSURV) durchgeführt. Sie steht bundesweit allen Kliniken kostenlos zur Verfügung und bietet eine qualitätsgeprüfte Enterovirus-Diagnostik für Patienten mit Symptomen, die mit einer Poliovirusinfektion kompatibel sind (akute schlaffe Lähmung, virale Me-

ningitis). Im Vordergrund steht der Ausschluss einer Poliomyelitis. Gleichzeitig leistet EVSurv einen Beitrag zur Überwachung der Zirkulation klinisch relevanter EV-Serotypen und zur ätiologischen Abklärung aseptischer Meningitiden/Enzephalitiden. Da für diese Erkrankungen (außer Poliomyelitis) keine bundesweite Meldepflicht vorliegt, beruhen die in der EVSurv erhobenen Fälle auf einer freiwilligen Teilnahme der Ärzteschaft. Aufgrund der seit 2006 durchgeführten EVSurv kann zwar von einer stabilen Datenbasis ausgegangen werden, dennoch wird in den letzten Jahren ein Rückgang der Probeneinsendungen beobachtet, insbesondere aus Bayern, Baden-Württemberg und Sachsen. In erster Linie werden dabei weniger Materialien von Kindern über 5 Jahren untersucht. Eventuell erkrankten in den letzten Jahren weniger Kinder dieser Altersgruppe an einer schwer verlaufenden Enterovirusinfektion und wurden daher nicht hospitalisiert. Darüber hinaus konnten mit Hilfe der Impfungen gegen Haemophilus influenzae b, Pneumokokken und Meningokokken die Fallzahlen bakterieller Meningitiden gesenkt werden [10]. Dies führt möglicherweise dazu, dass die klinische Aufmerksamkeit gegenüber diesem Krankheitsbild insgesamt zu-

rückgegangen ist. Auch der Einsatz von Schnelltests auf mehrere Erreger direkt im Krankenhaus, könnte ein Grund für geringere Probeneinsendungen an die LaNED-Labore sein. Werden Enterovirus positive Proben anschließend nicht an ein Labor weiter geschickt, entfallen für diese Proben die Typisierungen und somit auch der Poliovirusausschluss. Auch die Daten zur Zirkulation von NPEV sind wichtig, da sie zur Erkennung gesundheitsrelevanter Trends beitragen können und auch im internationalen Kontext bewertet werden. So wurde beispielsweise im Jahr 2014 erstmals ein Anstieg der AFP/AFM-Fälle in den USA festgestellt. Zeitgleich kam es zu einem nationalen Ausbruch schwerer Atemwegserkrankungen, die durch Enterovirus D68 (EV-D68) verursacht wurden. Seither wird ein möglicher Zusammenhang diskutiert, obgleich in nur vier Fällen von bisher 590 Betroffenen Enteroviren (EV) im Liquor nachgewiesen wurden (CVA16, EV-A71 und EV-D68; keine Polioviren) [8]. Auch in einigen europäischen Ländern sind solche Fälle beschrieben worden. Im Jahr 2016 wurde die „EV-D68 Working Group“ ins Leben gerufen. Virologen und Kliniker aus ganz Europa trugen klinische und virologische Informationen zu EV-D68 Fällen zusammen. Demnach traten im Jahr 2016 in Europa 29 AFP/AFM Fälle auf bei denen EV-D68 nachgewiesen wurde. Der Nachweis gelang am häufigsten aus respiratorischen Proben (96%) [11]. Auch in Deutschland wurde 2016 vermehrt über AFP/AFM Fälle berichtet. Polioviren konnten auch hier als Ursache ausgeschlossen werden. Jedoch wurden bei einigen Patienten NPEV nachgewiesen. In Deutschland kam es im Jahr 2018, im Gegensatz zu den USA, zu keinem erneuten Anstieg erfasster AFP Fälle. Auch wurde EV-D68 insgesamt nur vereinzelt im Rahmen der EVSurv nachgewiesen (8 Fälle seit 2006). Dieser Serotyp wird meist in respiratorischen Proben detektiert, da EV-D68 nicht säurestabil ist und daher nur selten die Magen-Darm Passage übersteht. Um jedoch auch dieses Virus besser zu erfassen, ist die Einsendung einer respiratorischen Probe (zusätzlich zum Stuhl oder Liquor) von Patienten mit AFP und einer vorangegangenen respiratorischen Symptomatik ausdrücklich erwünscht und wird kostenlos in einem LaNED Labor durchgeführt.

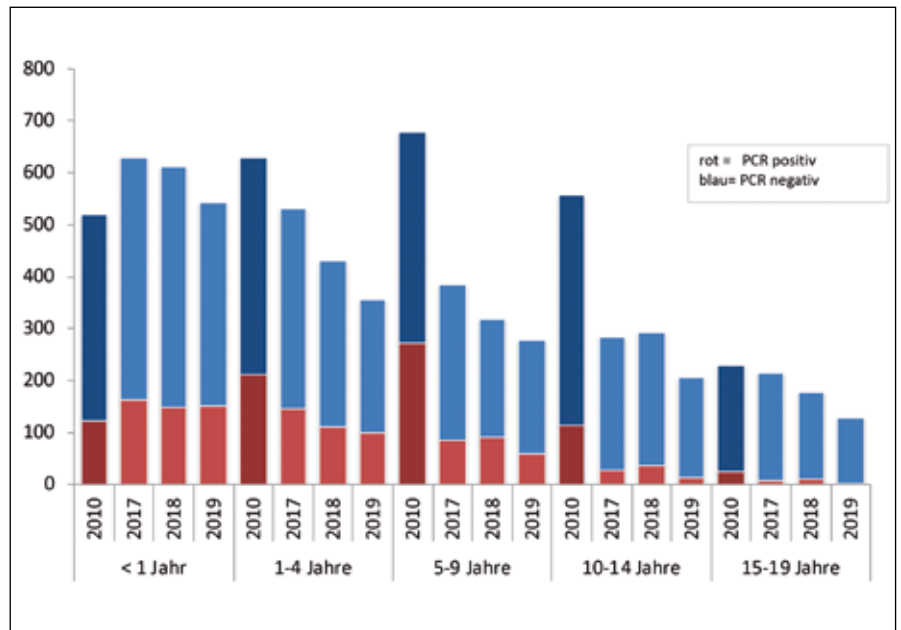


Abb. 3: Rückgang der Proben von > 5 jährigen Kindern: Einsendungen der letzten 3 Jahre (2017-2019, hell) im Vergleich zum Jahr 2010 (dunkel) nach Alter der Patienten. blau = PCR negativ; rot = PCR positiv

6. Fazit

Die globale Polioeradikation soll bis 2023 erreicht werden. Deshalb muss das Auftreten polio-kompatibler Erkrankungen (wie z. B. Meningitiden, schlaffe Paresen) gezielt beobachtet und labordiagnostisch abgeklärt werden. Neben Polioviren können auch NPEV sowie andere neurotrope Viren akute schlaffe Paresen hervorrufen. Es sollten vorrangig Stuhlproben auf Enteroviren untersucht werden, da hier ein Nachweis ca. 14 Tagen nach Symptombeginn möglich ist. Proben, die beispielsweise durch Schnelltests positiv auf Enteroviren getestet wurden, sollten in einem qualifizierten Labor typisiert werden, um Polioviren ausschließen zu können und somit den WHO-Vorgaben gerecht zu werden. Diese Daten tragen darüber hinaus dazu bei, dass die Zirkulation von NPEV dokumentiert wird und neu zirkulierende Varianten frühzeitig erkannt werden.

Im Rahmen der bundesweiten EVSurv wird allen pädiatrischen und neurologischen Kliniken in Deutschland zur differentialdiagnostischen Abklärung von viralen Meningitiden bzw. Enzephalitiden sowie akuten schlaffen Paresen eine unentgeltliche Enterovirusdiagnostik aus (vorrangig) Stuhl- aber auch Liquorproben angeboten. Zusätzlich sollte beim Auftreten eines polio-ähnlichen Verlaufes bzw. AFP/AFM mit vorangegangener

Tab. 3: EV-Serotypen, die bei Patienten mit akuten schlaffen Lähmungen nachgewiesen wurden

	Erreger	Anzahl der Nachweise bei AFP seit 2006
1	EV-A71	6
2	E-30	4
3	E-6	4
4	CV-A4	4
5	E-18	4
6	CV-A5	3
7	CV-B4	3
8	CV-A9	2
9	CV-B2	2
10	CV-A2	2
11	CV-A10	2
12	CV-A16	2
13	EV-D68	1
14	CV-A8	1
15	E-25	1
16	CV-B3	1
17	E-7	1
18	E-9	1
19	CV-A6	1
20	E-11	1
	<b>NPEV</b>	<b>21</b>

respiratorischer Symptomatik die Untersuchung einer Probe des oberen Respirationstraktes in die Diagnostik mit einbezogen werden. Diese wird ebenfalls kostenlos angeboten. Bereits der Verdacht einer Polioinfektion (schlaffe Lähmungen einer oder mehrerer Extremitäten, unklarer Impfstatus, Reiseanamnese) ist nach Infektionsschutzgesetz meldepflichtig. Darüber hinaus sollte das NRZ PE am RKI informiert werden, um eine vollständige labordiagnostische Abklärung zu gewährleisten. Gesundheitsamt, Landesbehörde, NRZ PE und RKI tragen die relevanten

Informationen zusammen, bewerten die Situation und beraten dann hinsichtlich eventuell notwendiger Infektionsschutzmaßnahmen.

**Weitere Informationen:**

[https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/NRZ/Polio/Polio\\_node.html](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/NRZ/Polio/Polio_node.html)  
[https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/Poliokommission/EVSurv/EVSurv\\_node.html](https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/Poliokommission/EVSurv/EVSurv_node.html)

Literatur bei den Verfassern

**Korrespondenzanschrift:**

Dr. Kathrin Keeren  
 Geschäftsstelle der Nationalen Kommission für die Polioeradikation in Deutschland Robert Koch-Institut/ FG 15 Seestr. 10, 13353 Berlin  
 Tel: 030-18754-2865  
 E-Mail: EVSurv@rki.de

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

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)68909-34, 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 IV 2019

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, Mengstr. 16, 23552

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](http://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.

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.



# Hundehaltung bei einem neunjährigen Jungen mit Hundehaarsensibilisierung im CAP

## Frage

Es geht um einen neunjährigen Patienten mit Hinweisen für einen Alpha 1-Antitrypsin-Mangel und erhöhten spezifischen IgE-Werten für Hundepithel (2,01 kU/l, Klasse 2) und Hausstaubmilbe (5,41 kU/l, Klasse 3). Die Familie hat einen Hund.

1. Darf die Familie den Hund behalten?
2. Reicht ein Encasing und eine symptomatische Asthmatherapie?

## Antwort

Da zwischen einem zufällig nachgewiesenen Alpha 1-Antitrypsin-Mangel und einer allergologischen Fragestellung keine Wechselwirkungen zu erwarten sind, wird der Alpha 1-Antitrypsin-Mangel im weiteren außer Acht gelassen.

Mit den Angaben des Fragestellers sind mehrere Antworten möglich.

### Sensibilisierung

Waren nur Laborwerte auffällig ohne Hinweise auf klinische Relevanz? Dann wäre der Begriff Sensibilisierung zutreffend. Bei isolierter Sensibilisierung sind keine besonderen Vorsichtsmaßnahmen erforderlich.

Es ist jedoch nicht einfach, bei einem im häuslichen Umfeld durchgehend vorhandenen Allergen die klinische Relevanz zu erkennen. Provokationsverfahren, d. h. ein Reibetest mit den Haaren des eigenen Hundes oder mit käuflicher Testlösung als Haut-Prick, konjunkivaler oder nasaler Test, helfen weiter. Möglich sind auch Auslassversuche, das heißt Vermeidung der Allergenexposition für ein paar Wochen, am besten in einer anderen Umgebung, beispielsweise im Urlaub, und Reexposition durch Rückkehr nach Hause.

### Allergie

Hatte das Kind jemals oder gar reproduzierbar eine klinisch fassbare Reaktion auf den Kontakt zum Hund, z. B.

- Zeichen eines allergischen Schnupfens
- oder eine Exazerbation des Asthma bronchiale
- oder eine Urtikaria
- oder kam es während der Abwesenheit des Hundes zu einer Besserung von Beschwerden mit erneuter Zunahme nach Rückkehr des Tieres
- oder war eine dauerhaft bestehende allergisch bedingte Atemwegproblematik mit üblichen Mitteln nicht hinreichend zu behandeln, das heißt einer anti-asthmatischen Therapie Stufe 2 bis allenfalls Stufe 3?

In diesem Fall ist von einer manifesten Allergie auszugehen. Bei Verdacht oder Beweis, dass der eigene Hund Beschwerden hervorruft, wird die Allergenvermeidung empfohlen, also die Abschaffung des Tieres.

Wie jede medizinische Maßnahme bedarf aber auch dieser Rat einer Güterabwägung. Zu bedenken ist, dass mit Abschaffung keinesfalls die Allergenexposition sofort auf Null gesetzt ist. Vielmehr zeigen Studien und die Beobachtung von Patienten, dass Tierallergene lange, auch über viele Monate, im Wohnumfeld persistieren können.

Deshalb sind Alternativen wie die Begrenzung des Aufenthaltsortes des Hundes (z. B. Außenbereiche, definierte Räume) zu prüfen. Die Schlaf- und Spielumgebung des Kindes sollte ausnahmslos vom Hund gemieden werden.

Lässt sich die Dauerexposition durch ein Haustier im Haushalt nicht vermeiden, beispielsweise wenn der Lebensunterhalt der Familie mit Tierhaltung be-

stritten wird, ist mit einem höheren Medikamentenbedarf zu rechnen.

### Fazit

- Sofern nur eine Sensibilisierung ohne klinische Hinweise für eine Allergie besteht, spricht nichts gegen die Hundehaltung.
- Sollte eine Allergie als klinische Reaktion auf den Hund bereits nachgewiesen oder zu vermuten sein, bestünde eine Option darin, das Tier versuchsweise aus dem üblichen Aufenthaltsbereich des Kindes fernzuhalten und die Kontakte zwischen Kind und Hund auf Außenbereiche zu beschränken.
- Möglicherweise resultiert die Erfordernis einer höheren Behandlungsstufe, das heißt zusätzlicher Medikamente und/oder höherer Dosierungen.
- Unverrückbares Behandlungsziel muss die vollständige Kontrolle des Asthma bronchiale sein: Ausbleiben von Exazerbationen, Beschwerdefreiheit sowohl tags als auch nachts, normales Ergebnis im Lungenfunktions-test und fehlender Bedarf an Salbutamol-Inhalationen.
- Das Encasing ist eine Erstmaßnahme für die Hausstaubmilbenallergie und hat keinen belegten Nutzen für die Hundehaarallergie.

### Korrespondenzadresse:

Chefarzt Priv.-Doz. Dr. med.  
Thomas Nüßlein  
Gemeinschaftsklinikum  
Koblenz-Mayen  
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin  
Koblenzer Str. 115-155  
56073 Koblenz

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.



# Welche Diagnose wird gestellt?

L. Schulz, J. Stegmann, P. Höger

## Anamnese

Ein 12 Jahre altes Mädchen stellt sich mit einer seit 2 Tagen zunehmenden schmerzhaften Schwellung des rechten Auges vor. Unter bisheriger topischer Kortisonbehandlung kam es zu einer Verschlechterung des Lokalbefundes. Zusätzlich sei in der Nacht zuvor Fieber aufgetreten. Im Vorfeld bestand ein akuter Luftwegsinfekt.

Das Mädchen stammt aus Ghana, lebt seit 3 Monaten in Deutschland. Bis auf gelegentliche Luftwegsinfektionen keine Vorerkrankungen. Keine stationären Voraufenthalte.

## Untersuchungsbefund

Stabiler Allgemeinzustand, HNO: Trommelfelle beidseits reizlos und spiegelnd, Rhinitis. Rachenring verschleimt, Schleimstraße an Rachenhinterwand, Tonsillen etwas hyperplastisch, nicht gerötet, keine Beläge. Rechtes Auge: Oberlid deutlich geschwollen überwärmt und druckdolent (Abb. 1 a+b), Lidöffnung erschwert. Keine Konjunktivitis. Seröses Sekret. Okulomotorik nicht beeinträchtigt. Linkes Auge reizfrei. Zahnstatus: ohne pathologischen Befund. Lymphknotenuntersuchung: zervikale Lymphknoten beidseits leicht vergrößert, <1 cm Durchmesser, gut verschieblich. Neurologischer Status: kein Meningismus, voll orientiert. Hautuntersuchung: keine Ödeme. Übrige pädiatrische Untersuchung unauffällig.

## Diagnostik

Labor bei Aufnahme: Leukozyten 18,5/nl, CRP 48,1 mg/l.

## Welche Diagnose wird gestellt?

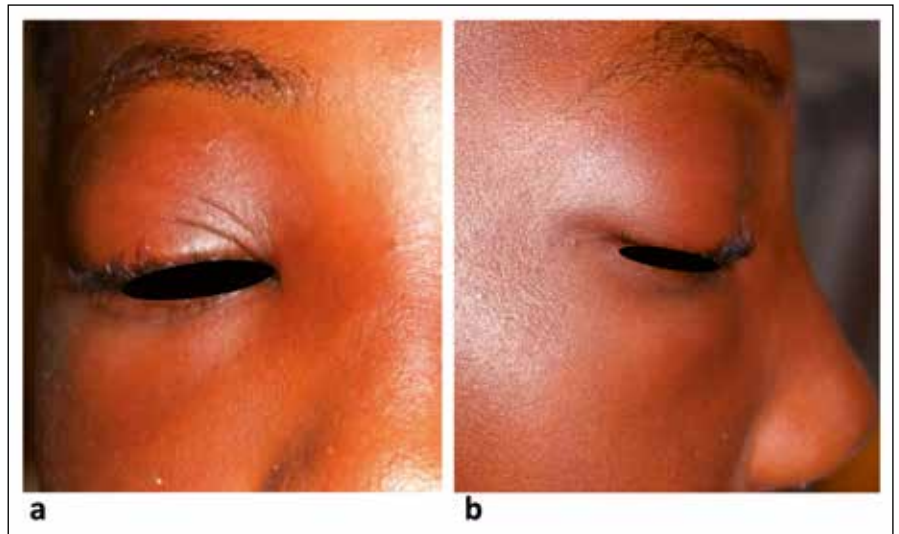


Abb. 1 a+b: Unschärf begrenzte Rötung und Schwellung periokulär rechts, insbesondere im Bereich des Oberlides

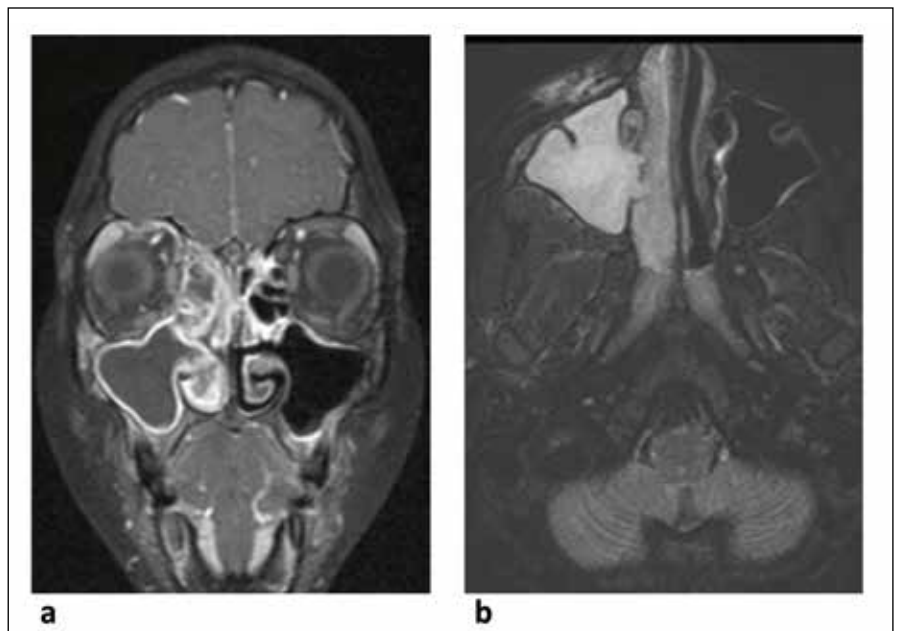


Abb. 2 a+b: Kieferhöhlen- und Siebbeinzellen-Empyem rechts mit deutlicher Umgebungsreaktion in der Subkutis, meningeal und angedeutet im rechten Frontallappen. Deutliche, in T2 hyperintense Verdickung der Weichteile rechtsseitig im Gesicht vor der Kiefer- und Stirnhöhle und im Bereich der Augenlider

Im craniellen MRT (Abb. 2a,b) zeigen sich flüssigkeitsgefüllte Kieferhöhle und Siebbeinzellen rechts im Sinne eines Empyems (Diffusionsstörungen, hier nicht gezeigt) mit Umgebungsreaktion in der Subkutis, aber auch meningealem Enhancement um den rechten Frontallappen. Kein Nachweis einer Durchwanderung in die rechte Orbita, jedoch in T2 hyperintense Verdickung der Weichteile rechtsseitig im Gesicht vor der Kieferhöhle und im Bereich der Augenlider. Kein Nachweis einer intraorbitalen oder intrakraniellen Abszedierung.

### Akute bakterielle Rhinosinusitis mit präseptaler Lidphlegmone und beginnender meningealer Beteiligung

Luftwegsinfekte sind eine der häufigsten Erkrankungen im Kindesalter. Die meist viralen Rhinosinitiden sind in 5-8% aller Fälle durch eine bakterielle Superinfektion kompliziert (1, 2).

Bei Sinusitiden im Kindesalter sind vor allem der Sinus maxillaris und ethmoidalis betroffen, da diese bereits bei der Geburt angelegt und pneumatisiert sind. Der Sinus sphenoidalis wird erst im Alter von 3-7 Jahren, der Sinus frontalis im Alter von 7-12 Jahren pneumatisiert (2).

Typische Symptome der akuten Rhinosinusitis im Kindesalter sind Fieber (50-60%), eitriges Rhinorrhoe und Sekretabfluss über die Rachenhinterwand („postnasal drip“) (71-80%), Husten (50-80%) und Gesichts- und Kopfschmerzen (29-33%) (3). An eine bakterielle Rhinosinusitis muss gedacht werden, wenn ein Luftwegsinfekt länger als 10 Tage persistiert oder wenn nach initialer Symptombesserung die Beschwerden zunehmen (2).

Die häufigsten bakteriellen Erreger der akuten Rhinosinusitis sind *Streptococcus pneumoniae* (40%), *Haemophilus influenzae* (20%) und *Moraxella catarrhalis* (20%), seltener Streptokokken der Gruppe A oder Anaerobier. Der Nachweis von *Staphylococcus aureus* spricht meist für eine Kolonisation und sollte nicht zwingend als ursächlich für eine Sinusitis betrachtet werden. In einem Drittel der Fälle findet man eine Mischkultur. Anaerobier sind häufiger mit dentalen Infektionen assoziiert (1, 2).

Wenn die bakterielle Infektion sich auf die umgebenden anatomischen Strukturen ausbreitet, kann es zu Komplikationen kommen. Dabei finden sich in 60-70% orbitale Komplikationen, in 15-20%

intrakranielle Komplikationen und in 5-10% Knocheninfektionen im Gesichtsschädelbereich (4).

Orbitale Komplikationen treten typischerweise gehäuft bei akuter Sinusitis ethmoidalis auf und betreffen meist Kinder unter 5 Jahren (5).

Die orbitalen Komplikationen werden traditionell nach Chandler (6) eingeteilt. Dabei unterscheidet man präseptale Komplikationen (Lidphlegmone, periorbitales Ödem oder präseptale Cellulitis) von den selteneren und gefährlicheren postseptalen Komplikationen (orbitale Cellulitis, Intraorbitale Phlegmone, Periostitis der Lamina papyracea, subperiostealer Abszess, intraorbitaler Abszess). Die postseptalen Komplikationen können weitere Komplikationen wie eine Meningitis, sub- oder epidurale Abszesse, ein Hirnabszess oder eine Sinusvenenthrombose verursachen (6).

In dem von uns präsentierten Fall zeigte sich eine Kombination aus Sinusitis ethmoidalis und maxillaris mit Empyembildung sowie präseptaler orbitaler Beteiligung und beginnende Beteiligung der Meningen und des Frontallappens rechts (siehe MRT Abbildungen im Anhang).

### Diagnostik und Differentialdiagnosen

Die Diagnose kann meist anhand der Anamnese gestellt werden. Dabei ist es jedoch oft schwierig, eine akute bakterielle Rhinosinusitis klinisch von einem unkomplizierten Infekt der oberen Luftwege zu unterscheiden. Sonographisch können Schleimhautschwellung und Erguss dargestellt werden. Röntgenologisch kann eine Verschattung der Sinus dargestellt werden. Beide Untersuchungen können jedoch nicht zwischen bakterieller Sinusitis und viraler Infektion unterscheiden und gelten daher nicht mehr als obligat. Bei vermuteten Komplikationen erfolgt eine Bildgebung mittels MRT. Differentialdiagnostisch muss ggf. an Allergien, nasale Fremdkörper oder anatomische Defekte gedacht werden (2).

### Therapie

Die Spontanheilungsrate der akuten Rhinosinusitis ist erregerabhängig und liegt höher bei Infektionen mit *H. influenzae* und *M. catarrhalis* (>50% Spontanheilung) als bei Pneumokokkeninfektionen

(15%). Die Indikation für eine antibiotische Therapie bei akuter Rhinosinusitis wird bei folgenden Präsentationsformen gestellt:

1. Infektion der oberen Luftwege mit persistierenden Symptomen über 10 Tage.
2. Auftreten schwerer Symptome (Fieber über 39°C, eitriges Nasensekret) während 3-4 aufeinanderfolgenden Tagen.
3. Zweigipfliger Verlauf: neu auftretendes Fieber, Kopfschmerzen, Nasensekretion 5-7 Tage nach Abklingen einer typischen viralen Atemwegsinfektion.

Mittel der ersten Wahl ist Amoxicillin. Bei Komplikationen der akuten Rhinosinusitis wird primär eine parenterale Antibiotikatherapie empfohlen, bei extrakraniellen Komplikationen z.B. mit Ceftriaxon oder Cefotaxim und Clindamycin. Isolierte präseptale orbitale Entzündung können mit Amoxicillin/Clavulansäure behandelt werden. Bei intrakraniellen Komplikationen muss eine ZNS-gängige Therapie gewählt werden, wie z.B. Ceftriaxon oder Metronidazol und je nach Resistenzlage Vancomycin. Die Indikation zur chirurgischen Therapie soll frühzeitig diskutiert werden mit dem Ziel der Druckentlastung und Drainage sowie der Erregeridentifikation (2).

Bei unserer Patientin erfolgte die notfallmäßige endoskopische Empyementlastung der Nasennebenhöhlen und anschließend eine intravenöse antibiotische Therapie. Ein Keimnachweis gelang nicht. Der postoperative Verlauf verlief komplikationslos.

### Literatur

1. Drago L et al. Microbiological aspects of acute and chronic pediatric rhinosinusitis. *J. Clin. Med.* 2019; 28: 149.
2. DGPI Handbuch, Infektionen bei Kindern und Jugendlichen. Stuttgart: Thieme-Verlag. 7. Auflage 2018, S. 192-195.
3. Lin SW et al. Clinical spectrum of acute rhinosinusitis among atopic and nonatopic children in Taiwan. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2012; 76: 70-75.
4. Sobol SE et al. Orbital complications of sinusitis in children. *J Otolaryngol.* 2002; 31: 131-136.
5. Hauser A et al. Periorbital and orbital cellulitis. *Pediatr. Rev.* 2010; 31: 242-249.
6. Chandler JR et al. The pathogenesis of orbital complications in acute sinusitis. *Laryngoscope.* 1970; 80: 1414-1428.

### Korrespondenzanschrift:

Dr. Lena Schulz, Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift, Abt. Pädiatrie und Pädiatrische Allergologie/ Pneumologie, Liliencronstraße 130, 22149 Hamburg

Red.: Höger

# „Bildschirmfrei bis Drei“: Am Lebensanfang volle Wirklichkeits- erfahrung ermöglichen

*Menschen haben bemerkenswerte Eigenschaften: Sie gehen aufrecht mit eigenaktiv gehaltenem Gleichgewicht, sie können ihre dadurch freien Hände als feine Universalwerkzeuge benutzen, sie kommunizieren und kooperieren bei eigenständigem Denken und Erinnern, übernehmen die inneren Perspektiven Anderer und lernen dabei sprechen<sup>(1)</sup>. Dann haben sie gemessen an den Tieren eine bemerkenswert lange Kindheit und Jugendzeit, in der sie alles, aber auch alles selber lernen müssen, was sie brauchen, um sich bei aller menschlichen Eigenständigkeit in ihre Umgebung einerseits einzupassen und diese andererseits zu gestalten<sup>(2)</sup>. Vor allem in den ersten Lebensjahren bildet das Kind gleichzeitig seinen eigenen Körper und dessen Nervensystem an vielen kleinen Anstrengungen zu einem Instrument, das ihm dann hilft, sein weiteres Leben immer selbstständiger zu meistern. Dies alles schaffen Menschen nur, wenn sie sich aktiv um die Verwirklichung ihrer Visionen bemühen - auch dann, wenn dies beschwerlich ist. Und sogar das muss jedes Kind lernen. Kann verfrühte Bildschirmexposition kleine Kinder behindern, menschliche Grundfähigkeiten voll auszubilden? Im Folgenden soll es anhand einiger Aspekte um diese Frage gehen.*



**Till Reckert**

**Silke Schwarz**

**Uwe Büsching**

**David Martin**

## Sensomotorische Integration an Welterfahrungen

Eine phänomenologische (Selbst-)Beobachtung der eigenen Wahrnehmungen in der Welt und am eigenen Leib zeigt, wie unterschiedlich ein direkter oder ein (bildschirm-)medienvermittelter Weltkontakt wirkt<sup>(3,4)</sup>. In der Kindheit entwickeln sich der eigene Körper und das Nervensystem in diesem Körper an diesen Erfahrungen

und werden so zu einem fähigen Werkzeug für das Handeln, Empfinden und Erkennen. Bei dieser Entwicklung gilt auch im Nervensystem der Grundsatz: „Use it or loose it“. Es ist wichtig, zu Erlernendes mit allen Sinnen und sinnvoll handelnd gut in der körperlichen Erfahrung zu verankern (embodied cognition)<sup>(5)</sup>. Heinrich Pestalozzi (1746-1827) „Lernen mit Kopf, Herz und Hand“ ist insbesondere im Vor- und Grundschulalter wichtig<sup>(6)</sup>.

Bildschirmmedienerfahrungen werden ausschließlich über das Sehen und Hören vermittelt. Doch sogar diese beiden Sinne werden ungenauer und flacher angesprochen: Filme sind schlechter mit dem Ton synchronisiert und der Ton kommt nicht aus dem scheinbar sprechenden Mund auf dem Bildschirm, sondern aus den Lautsprechern daneben. Bildschirmmedien eignen sich also nicht einmal dazu, die Fähigkeiten des Hinsehens und Hinhörens frühkindlich präzise auszubilden. Riechen, Schmecken, Vibration, Luftzug und Wärmewahrnehmungen sind ausgeschlossen. Wenn wir sitzend auf den Bildschirm blicken, haben unsere Körperwahrnehmungen (Eigenbewegung, Tastsinn, Gleichgewicht) nichts mit der dort abgebildeten Situation zu tun: Mediennutzer werden tendenziell zu bewegungslosen Kopfmenschen, die sich vom Rest ihres Körpers entkoppeln<sup>(3)</sup>.

Man kann Bildschirmmedienkonsum also als sensomotorische Desintegration bezeichnen: Die verschiedenen körperlichen Sinne lernen ihre Zusammenarbeit schlechter, werden also suboptimal zu einem Werkzeug für das spätere Leben gebildet. Eltern kann man daher sagen: „Wenn Kinder, die sich noch in die Wirklichkeit einleben, viel Zeit vor Bildschirmen verbringen, verarmt und verfälscht dies ihre Wirklichkeits- und Selbstwirksamkeitserfahrungen. Erst wenn sie diese gemacht haben, können die Informationen durch das Medium bereichernd sein.“

Bildschirmvermittelte Lerninhalte sind bequemer vermittelbar, verankern sich aber oberflächlicher als sinnlich weitaus realistischere und komplexere Welterfahrungen, vor allem, wenn letztere mit Hilfe eigenen Handelns erworben wurden. Insbesondere kleine Kinder brauchen die ganzheitliche und körperliche Auseinandersetzung mit der vollen Wirklichkeit, um sich zu körperlicher und psychischer Gesundheit hin entwickeln zu können.“

## Bindung

Je mehr Zeit Kinder Bildschirmen widmen, desto weniger kommunizieren sie mit Eltern und Freunden und desto weniger Bindung entwickeln sie zu ihnen. Erfahrungen, die mit diesen Bindungen

einhergehen, verstärken die urmenschliche Fähigkeit zur Empathie. Je weniger Empathie Menschen in ihrer Kindheit entwickelten, desto schwerer haben sie es später miteinander im analogen Leben. Je schwerer Empathie im mitmenschlichen Leben fällt, desto eher kann ein Rückzug in die digitale Welt später zu einem pathologischen Internetgebrauch oder dysfunktionaler Internetkommunikation („Hasskommentare, Cybermobbing“) führen(7).

Eltern kann man in diesem Zusammenhang sagen: „Auch unsere feinen sozialen Fähigkeiten üben wir ab dem frühesten Säuglingsalter nur im direkten Miteinander. Darauf gründet unsere mitmenschliche Empathie. Diese wiederum verringert unter anderem das spätere Risiko schlechter digitaler Kommunikation und andere Formen des pathologischen Internetgebrauchs bis hin zur Internetsucht.“

### Spracherwerb

Während des Spracherwerbes muss das Kind lernen, drei sprachliche Ebenen wahrzunehmen, aufeinander zu beziehen und zu erzeugen: Erstens die für sich genommen zunächst bedeutungslosen (aber lautmalerisch wichtigen) Sprachlaute, zweitens die Bedeutung von Wörtern und Sätzen und drittens den auszutauschenden gedanklichen Inhalt hinter den Wort- und Satzbedeutungen. Diese drei Ebenen treten sprachlich immer zusammen auf, können nicht auseinander abgeleitet werden, sind aber unter bestimmten Bedingungen voneinander trennbar: Der gedankliche Inhalt sollte bei einer Übersetzung in eine andere Sprache möglichst gleich bleiben, während die ihn möglichst gut beschreibenden neuen Wörter und Sätze in der neuen Sprache gefunden werden müssen. Die Sprachlaute der ersten Ebene können durch Gesten oder geschriebene Zeichen ersetzt werden. Gestik und Mimik kann sogar Bedeutungen vermitteln, die nicht direkt mit Wörtern in Verbindung stehen(8).

Erfolgreiches Zuhören und Verstehen geht mit einem Mitvollzug dieser drei Ebenen einher, wie sich anhand synchroner Hirnaktivierungen der Hörzentren, Sprachzentren und frontaler Hirnbereiche bei Sprecher und Hörer zeigen ließ. Interessanterweise war das Verstehen am besten, wenn die Hirnaktivierungsmuster im frontalen Bereich des Hörers antizipierend zu denen des Sprechers ablie-

fen, während die Hörzentren des Hörers gleichzeitig mit dem Sprecher und die Sprachzentren leicht nachfolgend aktiviert waren(9). Man versteht also dann am besten, wenn man gelernt hat, innerlich eigenaktiv und antizipierend das hervor zu bringen, was der Sprecher im Zusammenhang mit einer bestimmten Situation gleich sagen könnte, um dies dann mit dem tatsächlich wahrnehmbar Gesagten abzugleichen(10). Dieses intersubjektive Koppeln der Hirnaktivitäten und das damit einhergehende Verstehen gelingt in einem Face-to-Face-Dialog besser als in einem Monolog. Es gelingt schlechter, wenn das Gesicht des Gesprächspartners nicht sichtbar ist (Back-to-Back-Dialog oder -Monolog)(11).

Damit wird verständlich, dass es nicht ohne Folgen bleiben kann, wenn ein (auch im Hintergrund) laufender Fernseher messbar die kindlichen Sprachäußerungen und die Dialoge zwischen Erwachsenen und Kindern vermindert und vom Hin- und Zuhören ablenkt(12).

Gute Sprach- und Denkfähigkeiten sind Vorläuferfähigkeiten für den souveränen Umgang mit Medien. Diese werden ursprünglich nicht mit Medien erlernt, sondern später auf den Umgang mit ihnen angewandt. Medien verhelfen insbesondere kleinen Kindern nur dann zum Spracherwerb, wenn sie ein Vehikel für direkte mitmenschliche Kommunikation sind; das gemeinsame Anschauen eines Bilderbuches regt dabei aber zu viel mehr direkter Kommunikation an, als das gemeinsame Anschauen eines Filmes(13).

Eltern kann man also völlig berechtigt sagen: „Kinder lernen von Geburt an sprechen, wenn Mitmenschen ihnen zuhören und antworten. Sie wollen mit Ihnen gemeinsam die Welt erleben und sich darüber austauschen. Sprechend lernen sie denken, und denkend lernen sie sprechen. Und sie lernen es nur zusammen mit anderen Menschen innerhalb der Situationen, in denen sie interagieren und sprechen. Sie lernen es nicht von Apparaten, die nur so klingen, als ob sie sprechen und nur so tun, als ob sie interagieren. Wenn Kinder sprachlich in ihrem Alltag nicht gut gefördert werden, weil nur wenig mit ihnen interagiert wird, so ist dies ein Hindernis auf ihrem weiteren Lebensweg.“

Sprechen lernt man also nur aktiv. Dazu muss jemand da sein, der auch zuhört und sich für die kindliche sprachliche Kre-

ativität interessiert, sich an ihr freut und verständlich antwortet.

### Krea(k)tivität

Diese frühe, ständige Übung der Kreativität als Teil der menschlichen und menschheitlichen Wirklichkeit ist aber auch in einem noch viel weiter gefassten Sinne wichtig. Denn der Mensch meistert sein Leben nur dann gut, wenn er kreativ ist. Daher fügten wir Kinder- und Jugendärzte in unsere Empfehlungen zu einem achtsamen Bildschirmmediengebrauch(14) den folgenden Satz ein, der über Medienpädagogik im engeren Sinne weit hinausgeht, aber auf diesem Feld besonders oft missachtet wird: „Ermöglichen Sie Ihrem Kind, kreativ zu werden, indem Sie ihm weniger vorgeben.“

Eigenschöpferisches, kindliches Spiel gedeiht in einer sicheren Umgebung, die nicht die Fähigkeit von Kindern unterläuft, spontan zu denken und zu handeln. Dies geschähe, wenn man Kinder dauernd mit Reizen und Handlungsaufforderungen überflutet. Kinder erlangen dann kein Gefühl für ihre eigene Fähigkeit, unabhängig Probleme zu lösen und den Dingen um sich herum Bedeutungen zu verleihen. Alles allzu präformierte Spielzeug kann hierbei hinderlich sein.

Vergleichbar präformiert sind Filmhelden verglichen mit den Helden, die man sich vorstellt, wenn man einer erzählten Geschichte lauscht. Dies wirkt sich auch auf das nachfolgende Spiel aus, welches an situationsgerechter Variabilität, Innigkeit und damit Qualität verliert. Wenn Kinder mit einem Spielzeug spielen, das eine Figur aus einer Fernsehserie darstellt, spielen sie unkreativ, vor allem direkt nach dem Fernsehen(13).

Erwachsene mit kreativen Fähigkeiten haben sich als Kinder häufiger selbstorganisiert spielend in selbstgeschaffene Welten hineinphantasiert(15) und ihre Kreativität im freien Rollenspiel geübt(16). Wenn Erwachsene das kindliche Spiel begleiten, sprechen sie und die Kinder mehr miteinander, wenn sie traditionelles, einfaches Spielzeug benutzen und nicht elektronisches Spielzeug(17).

Eltern kann man also sagen: „Kinder schaffen mit der Kraft ihrer Phantasie täglich neue Welten. Einfache, natürliche und unterschiedlich verwendbare Spielsachen unterstützen sie dabei. Kinder üben so eine zukünftige Kernkompetenz.



Ein gutes Kinderspielzeug bestehe daher zu 90% aus Kind und zu 10% aus Zeug (sei also umso einfacher, je kleiner das Kind ist).

Bildschirmmedien sind das Gegenteil davon: Schon eine erzählte Geschichte regt dazu an, dass sich Kinder individuelle innere Bilder machen, während dieselbe Geschichte als Film einheitliche äußere Bilder z. B. aus der „Traumfabrik Hollywood“ in die kindliche Vorstellungswelt transplantiert. Hat man eine Geschichte einmal als Film gesehen, wäre ein Leseerlebnis nachher weniger ein eigenes.“

### Fazit und Ausblick

Die primäre Sinnes- und Motorikentwicklung sowie die Sprach- und Denkent-

wicklung sollten also fortgeschritten sein, bevor Eigenaktivität und Selbstbildung an der Welt durch Bildschirmmedien erschwert werden.

Im einem später folgenden Aufsatz wird es um die Frage gehen, wie wir als Kinder- und Jugendärzteschaft weiter dabei helfen können, den Slogan „Bildschirmfrei bis Drei“ zu evaluieren und in dem Bewusstsein der Bevölkerung zu verankern. Dieser Slogan ist in den verbändeübergreifenden pädiatrischen Empfehlungen für Eltern zum achtsamen Bildschirmmediengebrauch<sup>(14)</sup> enthalten.

Die Autoren führten im Rahmen eines Verbundes zwischen der Universität Witten/Herdecke und dem BVKJ im letzten Jahr mit niedergelassenen Kinder- und

Jugendärzten die prospektive, multizentrische Pilotstudie „Medienfasten“ durch<sup>(18,19)</sup>. Aktuell arbeiten sie zusammen mit dem BVKJ und der DAK an einem großangelegten Projekt, welches einen randomisierten halben Jahrgang Neugeborener mit ihren Familien und Pädiatern in Deutschland erreichen soll. Davon werden wir in Kürze mehr berichten.

*Literatur bei den Verfassern*

### Korrespondenzanschrift:

Dr. Till Reckert

72764 Reutlingen

E-Mail: till.reckert@icloud.com

Red.: WH

## 02.12.2019 Pressemitteilung aus dem BMFSFJ

# Giffey und Rörig richten „Nationalen Rat gegen sexuelle Gewalt an Kindern und Jugendlichen“ ein

**Z**ehn Jahre nach Einrichtung des Runden Tisches „Sexueller Kindesmissbrauch“ (Anmerkung Dr. Hartmann: An dem der BVKJ durch seinen Präsidenten beteiligt war) kommt heute am 02.12.2019 der „**Nationale Rat gegen sexuelle Gewalt an Kindern und Jugendlichen**“ zu seiner konstituierenden Sitzung zusammen. Auf Einladung von Bundesfamilienministerin Dr. Franziska Giffey und Johannes-Wilhelm Rörig, dem Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs, treffen sich mehr als 40 hochrangige staatliche und nicht-staatliche Akteure im Bundesfamilienministerium.

**Der Nationale Rat ist der Ort für den langfristig angelegten interdisziplinären Dialog auf den Ebenen von Bund, Ländern und Kommunen zur dauerhaften Bekämpfung von sexueller Gewalt gegen Kinder und Jugendliche und deren Folgen.**

Dem Gremium gehören neben **Vertreterinnen und Vertretern aus Politik und Wissenschaft, der Zivilgesellschaft und der Fachpraxis auch Betroffene an.**

Der Rat soll bis Sommer 2021 eine Verständigung über konkrete Ziele und Umsetzungsschritte erarbeiten, um die Prävention, Intervention und Hilfen für betroffene Kinder und Jugendliche spürbar zu verbessern und die Forschung weiter voranzubringen.

### Bundesfamilienministerin Dr. Franziska Giffey:

„Sexualisierte Gewalttaten gegen Kinder und Jugendliche sind keine Einzelfälle, sondern ein Problem, das die gesamte Gesellschaft angeht. Daher ist es wichtig, dass wir beim Kampf gegen sexuellen Missbrauch alle an einem Strang ziehen. Es ist unsere gemeinsame Pflicht, Kinder und Jugendliche zu schützen und dafür zu sorgen, dass sie gut aufwachsen. Daher müssen wir alle zusammen für wirksame Schutzkonzepte und Hilfen sorgen. Das heutige Bekenntnis zur Zusammenarbeit ist fast 10 Jahre nach dem Runden Tisch ‚Sexueller Kindesmissbrauch‘ ein weiterer wichtiger Schritt und ein Startschuss für einen Schulterchluss auf höchster Ebene zwischen Staat, Zivilgesellschaft, Verant-

wortungsträgern, Wissenschaft und Betroffenen.“

Der Nationale Rat gegen sexuelle Gewalt an Kindern und Jugendlichen ist nach der dauerhaften Einrichtung des Amtes eines Unabhängigen Beauftragten mit einem Betroffenenrat und mit der Verlängerung der Arbeit der Unabhängigen Aufarbeitungskommission der nächste große Meilenstein. Ziel des Nationalen Rates soll sein, sich gemeinsam als Verantwortungsgemeinschaft über die nächsten konkreten Schritte im Kampf gegen sexuellen Missbrauch zu verständigen. Alle Verantwortungsträger sollen hierzu in ihrer Zuständigkeit einen Beitrag leisten.

### Unabhängiger Beauftragter Johannes-Wilhelm Rörig:

„Wenn wir uns die ungebrochen hohen Fallzahlen und die Missbrauchsfälle von Staufen, Lügde oder jetzt Bergisch-Gladbach vor Augen führen, ist völlig klar, dass tausende Kinder und Jugendliche in Deutschland nicht ausreichend vor sexueller Gewalt geschützt sind. Wir

müssen von 1 bis 2 betroffenen Kindern in jeder Schulklasse ausgehen – dieses Ausmaß darf nicht länger hingenommen werden. Für die Arbeit des Nationalen Rates habe ich mir große Ziele gesetzt. Wir müssen in Deutschland dringend einen spürbaren Rückgang der Missbrauchsfälle erreichen. Betroffene Kinder und Jugendliche dürfen künftig nicht mehr übersehen und sexueller Missbrauch muss früher beendet sowie die Folgen sexueller Gewalt maximal gelindert werden. Besonders liegt mir zudem eine Verständigung zu einer umfassenden Prävalenz- und Wirkungsforschung in Deutschland und eine bundesweite Aufklärungs- und Sensibilisierungsinitiative, in der Dimension der Anti-AIDS-Kampagne, am Herzen.“

#### **Betroffenenrat beim Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs:**

„Der Betroffenenrat begrüßt, dass mit dem Nationalen Rat eine konzentrierte,

gesamtgesellschaftliche Anstrengung unternommen wird, Kinder und Jugendliche und deren Schutz vor sexualisierter Gewalt in den Mittelpunkt gemeinsamen Handelns zu stellen. Erstmals werden Betroffene mit ihrer fachlichen Expertise und ihrem Erfahrungswissen von Beginn an in diese gesamtgesellschaftlichen Anstrengungen einbezogen. Für den Betroffenenrat ist das ein Erfolg auch seiner Arbeit in den vielfältigen Themenfeldern gemeinsam mit dem Unabhängigen Beauftragten und verschiedenen Ministerien der Bundesregierung. Wir setzen durch die Arbeit des Nationalen Rates auf ein gestärktes konsequentes Handeln mit dem Ziel, am Bedarf Betroffener orientiert in flächendeckende Unterstützung und Hilfe, in Fachberatungsstellen, in Ausbildung und Qualifizierung, in Aufarbeitung und Prävention zu investieren.“

Nach seiner Konstituierung wird der Nationale Rat in thematischen Facharbeitsgruppen zu folgenden Themenberei-

chen arbeiten und jeweils zweimal im Jahr 2020 sowie einmal im Jahr 2021 tagen:

- Schutz und Hilfe
- Kindgerechte Justiz
- Ausbeutung und Internationale Kooperation
- Forschung und Wissenschaft.

Bis zum Sommer 2021 soll der Nationale Rat sich zu konkreten Zielen und Umsetzungsschritten verständigt haben.

Die Teilnehmenden-Liste der konstituierenden Sitzung sowie die Arbeitsstruktur des Nationalen Rates finden Sie unter [www.bmfsfj.de](http://www.bmfsfj.de) bzw. unter [www.beauftragter-missbrauch.de](http://www.beauftragter-missbrauch.de) im Pressebereich.

#### **Zusammenstellung und Bearbeitung:**

Dr. Wolfram Hartmann, 57223 Kreuztal

E-Mail:

[dr.wolfram.hartmann@uminfo.de](mailto:dr.wolfram.hartmann@uminfo.de)

# Anteil der von Armut und sozialer Ausgrenzung bedrohten Menschen in Deutschland stabil

**STATIS**  
Statistisches Bundesamt

*Pressemitteilung Nr. 419 vom 30. Oktober 2019 // WIESBADEN – In Deutschland waren im Jahr 2018 nach EU-Definition rund 15,3 Millionen Menschen von Armut oder sozialer Ausgrenzung bedroht und damit 18,7 % der Bevölkerung. Wie das Statistische Bundesamt (Destatis) nach den Ergebnissen der Haushaltserhebung LEBEN IN EUROPA (EU-SILC) weiter mitteilt, waren es im Jahr 2017 mit 15,5 Millionen Menschen noch 19,0 % der Bevölkerung gewesen.*

**E**ine Person gilt als von Armut oder sozialer Ausgrenzung bedroht, wenn mindestens eine der folgenden drei Lebenssituationen zutrifft: Ihr Einkommen liegt unter der Armutsgefährdungsgrenze, ihr Haushalt ist von erheblicher materieller Entbehrung betroffen oder sie lebt in einem Haushalt mit sehr geringer Erwerbsbeteiligung. Für jede dieser Lebenssituationen kann jeweils der Anteil der Personen in der Bevölkerung ermittelt werden, auf den diese Situation zutrifft:

- Mit 16,0 % der Bevölkerung war jede sechste Person in Deutschland

im Jahr 2018 armutsgefährdet (2017: 16,1 %). Das entsprach rund 13 Millionen Menschen. Die Armutsgefährdungsquote ist ein Indikator zur Messung relativer Einkommensarmut. Eine Person gilt nach der EU-Definition für EU-SILC als armutsgefährdet, wenn sie über weniger als 60 % des mittleren Einkommens der Gesamtbevölkerung verfügt (Schwellenwert der Armutsgefährdung). 2018 lag dieser Schwellenwert für eine alleinlebende Person in Deutschland bei 1.136 Euro im Monat, für zwei Erwachsene mit

zwei Kindern unter 14 Jahren bei 2.385 Euro im Monat.

- 3,1 % der Bevölkerung in Deutschland waren im Jahr 2018 von erheblicher materieller Entbehrung betroffen (2017: 3,4 %). Das bedeutet, dass ihre Lebensbedingungen aufgrund von fehlenden finanziellen Mitteln eingeschränkt waren. Sie waren zum Beispiel nicht in der Lage, ihre Rechnungen für Miete, Hypotheken oder Versorgungsleistungen zu bezahlen, ihre Wohnungen angemessen zu beheizen oder eine einwöchige Urlaubsreise zu finanzieren.

- 8,1% der Bevölkerung unter 60 Jahren lebten in einem Haushalt mit sehr niedriger Erwerbsbeteiligung, das heißt, die tatsächliche Erwerbsbeteiligung der erwerbsfähigen Haushaltsmitglieder im Alter von 18 bis 59 Jahren betrug insgesamt weniger als 20%. Im Jahr 2017 hatte der Wert bei 8,7% gelegen.

Das Statistische Amt der Europäischen Gemeinschaften (Eurostat) veröffentlicht die Ergebnisse aller an **EU-SILC (European Union Statistics on Income and Living Conditions)** teilnehmenden Länder in seiner Datenbank unter <https://ec.europa.eu/eurostat/de/home>.

#### Methodische Erläuterungen zur Erhebung LEBEN IN EUROPA sowie zur Berechnung von Armutsgefährdung und sozialer Ausgrenzung:

**EU-SILC (European Union Statistics on Income and Living Conditions)** ist die EU-weit vergleichbare Datenquelle über Einkommen, Armut und Lebensbedingungen in Europa. Für die Statistik gelten in allen Mitgliedstaaten einheitliche Definitionen sowie methodische Mindeststandards. Die amtliche Erhebung, deren Durchführung und Aufbereitung den Mitgliedstaaten obliegt, wird in Deutschland seit 2005 jährlich unter der Bezeichnung **LEBEN IN EUROPA** als freiwillige Erhebung bei rund 14.000 Privathaushalten durchgeführt.

#### Von Armut oder sozialer Ausgrenzung bedrohte unter 18-Jährige 2018 in Deutschland

Insgesamt in %	Armutsgefährdet in %	Erheblich materiell depriviert in %	In einem Haushalt mit sehr geringer Erwerbsbeteiligung in %
17,3	14,5	2,7	6,0
in der EU			
24,0	19,9	6,4	7,6

Ein Kernindikator, der aus **LEBEN IN EUROPA** ermittelt wird, ist die **Armutsgefährdungsquote**. Sie gibt an, wie hoch der Anteil der armutsgefährdeten Personen an der Gesamtbevölkerung ist. Zur Berechnung der Armutsgefährdungsquote wird das von allen Haushaltsmitgliedern tatsächlich erzielte Haushaltseinkommen des Vorjahres herangezogen (bei **LEBEN IN EUROPA 2018** bezieht sich das Haushaltseinkommen auf das Jahr 2017). Es setzt sich zusammen

- aus dem Einkommen aus selbstständiger und unselbstständiger Erwerbstätigkeit,
- dem Einkommen aus Vermögen, Renten und Pensionen
- sowie empfangenen laufenden Sozialtransfers – wie zum Beispiel Arbeitslosengeld, Sozialhilfe oder Kindergeld. Direkte Steuern und Sozialbeiträge sind abgezogen. Dieses Haushaltseinkommen wird auf die Personen des Haushalts nach einem Gewichtungsschlüssel (Äquivalenzskala) verteilt, der unterschiedliche Haushaltsstrukturen

berücksichtigt sowie den Umstand, dass Personen in einem Haushalt durch das Zusammenleben Einspareffekte bei den laufenden Kosten erzielen.

Die Äquivalenzskala weist jeder Person im Haushalt ein Gewicht zu. Nach der modifizierten OECD-Skala, die bei **EU-SILC** angewendet wird, erhält die erste erwachsene Person stets das Gewicht 1. Jede weitere Person erhält ein Gewicht, das die Größenordnung des Mehrbedarfs berücksichtigen soll, der durch diese Person entsteht: Weitere Erwachsene und Kinder ab 14 Jahren erhalten das Gewicht 0,5, Kinder unter 14 Jahren das Gewicht 0,3. So ergibt sich bei einer Familie mit zwei Kindern unter 14 Jahren beispielsweise das Gesamtgewicht 2,1.

Das verfügbare Haushaltseinkommen wird nun durch die Summe der Gewichte dividiert. Das so ermittelte Einkommen der Personen wird als „bedarfsgewichtetes Äquivalenzeinkommen“ bezeichnet und jeder Person im Haushalt als persönliches Äquivalenzeinkommen zugeschrieben. Zu beachten ist, dass es sich beim

## Kliniknotstand ist TV-Thema

„Kein Geld für arme Kinder“, so heißt ein Filmbeitrag von Stefan Eberlein, der als „Die Story im Ersten“ im November 2019 von der ARD ausgestrahlt wurde. Der Autor und Regisseur beschreibt darin, wie das Fallpauschalen-System den Kinderkliniken zusetzt: Die zeit- und kostenintensive Behandlung kranker Kinder wird nicht berücksichtigt, der Pflegekräftemangel ist ein weiteres Problem. Die Folge: Betten stehen leer, Eltern werden vertröstet oder abgewiesen, Kliniken geben Teile ihrer Kinderstationen auf.

Bis zum **4. November 2020** ist der aufrüttelnde Film in der [www.ardmediathek.de](http://www.ardmediathek.de) zu finden. Einfach den Filmtitel bei der dortigen Suche eingeben. Ebenfalls in dieser Mediathek ist unter „**Kliniken schließen Kinderstationen**“ bis zum **15. Januar 2021** ein Beitrag aus dem **politischen Magazin „quer“** des BR abrufbar. Nach pointierter Ansage von Moderator Christoph Süß werden in dem 6-minütigen Film die Aussagen von Politikern und ihre



© Manuela Maar / pixelio.de

Entscheidungen gegenübergestellt. Prädikat: unbedingt sehenswert!

Red.: cb

Äquivalenzeinkommen um eine fiktive Rechengröße handelt.

Um das mittlere Einkommen zu ermitteln, wird der Median (Zentralwert) verwendet. Dabei werden die Personen ihrem Äquivalenzeinkommen nach aufsteigend sortiert. Der Median ist der Einkommenswert derjenigen Person, die die Bevölkerung in genau zwei Hälften teilt. Das heißt, die eine Hälfte hat mehr, die andere weniger Einkommen zur Verfügung. 60 % dieses Medianwertes stellen den Schwellenwert für Armutsgefährdung dar.

Im Frühjahr 2010 beschloss der Rat der Europäischen Union die Strategie Europa 2020. **Eines der Kernziele der Europäischen Union ist dabei die Verminderung von Armut und sozialer Ausgrenzung.** Für die Messung der Gefährdungslagen wurden zusätzlich zur Armutsgefährdungsquote zwei weitere Sozialindikatoren auf der Grundlage von EU-SILC eingeführt: der Anteil der Bevölkerung mit erheblicher materieller Entbehrung (auch: erhebliche materielle Deprivation) und der Anteil der Personen, die in einem Haushalt mit sehr geringer Erwerbsbeteiligung (auch: Erwerbslosenhaushalt) leben.

**Erhebliche materielle Entbehrung liegt nach der EU-Definition für EU-SILC dann vor, wenn aufgrund der Selbsteinschätzung des Haushalts mindestens vier der folgenden neun Kriterien erfüllt sind:**

1. Finanzielles Problem, die Miete, Hypotheken oder Rechnungen für Versorgungsleistungen rechtzeitig zu bezahlen.
2. Finanzielles Problem, die Wohnung angemessen heizen zu können.
3. Finanzielles Problem, unerwartete Ausgaben in einer bestimmten Höhe aus eigenen finanziellen Mitteln bestreiten zu können.
4. Finanzielles Problem, jeden zweiten Tag Fleisch, Fisch oder eine gleichwertige vegetarische Mahlzeit einnehmen zu können.
5. Finanzielles Problem, jährlich eine Woche Urlaub woanders als zu Hause zu verbringen.
6. Fehlen eines Pkw im Haushalt aus finanziellen Gründen.
7. Fehlen einer Waschmaschine im Haushalt aus finanziellen Gründen.
8. Fehlen eines Farbfernsehgeräts im Haushalt aus finanziellen Gründen.
9. Fehlen eines Telefons im Haushalt aus finanziellen Gründen.

Ein Haushalt mit sehr geringer Erwerbsbeteiligung liegt nach der EU-Definition für EU-SILC dann vor, wenn die tatsächliche Erwerbsbeteiligung (in Monaten) der im Haushalt lebenden, erwerbsfähigen Haushaltsmitglieder im Alter von 18 bis 59 Jahren insgesamt weniger als 20 % der potenziellen Erwerbsbeteiligung des Haushalts beträgt. Ein Beispiel: In einem Haushalt leben zwei

erwerbsfähige Haushaltsmitglieder, die beide im vorangegangenen Jahr jeweils 12 Monate gearbeitet haben (2 x 12 Erwerbsmonate). Ihre Erwerbsbeteiligung beträgt also 100 % ihrer potenziellen Erwerbsbeteiligung. Arbeitete nur eines der beiden erwerbsfähigen Haushaltsmitglieder 12 Monate im vorangegangenen Jahr und das andere Haushaltsmitglied gar nicht, würde die Erwerbsbeteiligung des Haushalts insgesamt dagegen nur noch 50 % betragen. Die tatsächliche Erwerbsbeteiligung des Haushalts ist hier also nur halb so hoch wie potenziell möglich. Arbeitete diese Person dagegen nur 4 Monate im vorangegangenen Jahr, würde die Erwerbsbeteiligung des Haushalts auf weniger als 20 % (20 % wären 4,8 Monate) sinken. Nach der oben genannten Definition würde für diesen Haushalt eine sehr geringe Erwerbsbeteiligung vorliegen.

Armut oder soziale Ausgrenzung ist nach der EU-Definition für EU-SILC dann gegeben, wenn eines oder mehrere der drei Kriterien „Armutgefährdung“, „erhebliche materielle Entbehrung“, „Haushalt mit sehr geringer Erwerbsbeteiligung“ vorliegen.

---

**Zusammenstellung und Bearbeitung:**

Dr. Wolfram Hartmann  
57223 Kreuztal  
E-Mail:  
dr.wolfram.hartmann@uminfo.de

---



## **Beirat**

**Nationales Zentrum Frühe Hilfen  
und  
Bundesstiftung Frühe Hilfen**

### **Zwischenruf des Beirates des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen und der Bundesstiftung Frühe Hilfen**

**Gesundes Aufwachsen von Anfang an geht nur gemeinsam – Das Gesundheitswesen muss ein fester Bestandteil der Verantwortungsgemeinschaft in den Frühen Hilfen bleiben!**

Die ersten tausend Tage im Leben eines Kindes sind die wichtigste Phase, um die entscheidenden Weichen für eine gesunde Entwicklung eines Menschen zu stellen. Das haben viele wissenschaftliche Disziplinen nachgewiesen: Neurowissenschaften, Erziehungswissenschaft, Entwicklungspsychologie und nicht zuletzt auch die Gesundheitswissenschaften. Damit es gelingt, diesen Zeitraum für Kinder bestmöglich zu gestalten, ist ein tragfähiges Netzwerk von aufeinander abgestimmten Unterstützungsangeboten unverzichtbar. Hier müssen die medizinische Versorgung und die Kinder- und Jugendhilfe als die zentralen Leistungsbereiche eng und koordiniert zusammenarbeiten.

Genau diese Aufgabe erfüllen die Frühe Hilfen. Sie unterstützen Familien ab der Schwangerschaft und in den ersten drei Jahren ihrer Kinder mit passgenauen, präventiven Angeboten. Sie werden mittlerweile deutschlandweit in Netzwerken Frühe Hilfen angeboten.

Durch die vernetzte Zusammenarbeit wird ein besseres Aufwachsen von Kindern erzielt. Die Leistungen der Frühen Hilfen werden von jungen Eltern flächendeckend gut angenommen und sind dadurch wirksam.

Die Vernetzung auf der Bundesebene wird durch das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) – getragen von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in Kooperation mit dem Deutschen Jugendinstitut (DJI) – umgesetzt. Das NZFH hat erheblich dazu beigetragen, die in Deutschland stark gegliederten Leistungssysteme für Gesundheit, Kinder- und Jugendhilfe und Eingliederungshilfe zu einer kooperativen Verantwortungsgemeinschaft vor Ort und auf der Länderebene zu etablieren. Das NZFH schafft die strukturellen Voraussetzungen für gemeinsames Handeln über die föderalen Grenzen hinweg. Es hat entscheidende Impulse für die Verbesserung der intersektoralen Zusammenarbeit gesetzt und die Fachdisziplinen in eine konstruktive Verständigung über Versorgungs- und Kooperationsziele und entsprechende Qualitätsentwicklungsprozesse gebracht. Der Beirat des NZFH, der von allen relevanten wissenschaftlichen Disziplinen und fachpolitischen Interessenvertretungen in Deutschland getragen wird, hat diesen mehrjährigen Prozess kontinuierlich begleitet und gestaltet.

Die fachliche interdisziplinäre Arbeit des NZFH muss verstetigt werden, um die aufgebauten Strukturen und institutionalisierten Prozesse nicht zu gefährden, was nur gelingen kann, wenn das NZFH weiterhin sowohl von dem Gesundheitswesen als auch von der Kinder- und Jugendhilfe in einer Verantwortungsgemeinschaft getragen wird. Qualitätsentwicklung und

**Beirat**  
**Nationales Zentrum Frühe Hilfen**  
und  
**Bundesstiftung Frühe Hilfen**

-sicherung und die hierin zum Ausdruck kommende Expertise kann auf Dauer nur durch Fachkräfte gewährleistet werden, die in entfristeten Beschäftigungsverhältnissen tätig sind. Diese Voraussetzung ist bislang nur für die eine Hälfte des NZFH erfüllt, indem die Stellen beim DJI entfristet wurden. Das gilt umgekehrt nicht für die Stellen des NZFH in der BZgA. Dies ist umso unverständlicher, da die Finanzierung dieser Stellen durch die Bundesstiftung Frühe Hilfen dauerhaft gesichert ist. Aktuell ist damit die gesamte Struktur des NZFH und somit generell der Frühen Hilfen in der gemeinsamen Verantwortung der Kinder- und Jugendhilfe und des Gesundheitswesens in Frage gestellt!

Die Mitglieder des Beirates des NZFH, der auch die Bundesstiftung Frühe Hilfen berät, fordern den Bundesminister für Gesundheit Jens Spahn auf, sich in den kommenden Haushaltsverhandlungen dafür einzusetzen, dass das NZFH in seinen bestehenden Strukturen dauerhaft sichergestellt wird.

Für den Beirat des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen und der Bundesstiftung Frühe Hilfen

Lübeck und Münster, den 16.01.2020



Prof. Dr. Ute Thyen  
Vorsitzende des Beirats



Prof. Dr. Karin Böllert  
Stellv. Vorsitzende des Beirats



## Päd-Ass 2020 ein voller Erfolg

Näherte man sich Ende Januar dem Augustenburger Platz auf dem Gelände der Berliner Charité, konnte man eines nicht übersehen: Dass dort von 23. bis zum 26. des Monats der Assistentenkongress des BVKJ stattfand. Denn allerorten waren Plakate zu finden, die auf die Veranstaltung hinwiesen. Zudem strömten am 24. Januar zahlreiche junge Frauen und auch einige Männer – teils noch mit Rucksäcken oder Koffern bestückt – auf das Lehrgebäude mit dem Audimax zu. Bei 430 Teilnehmern und einer durchweg guten Stimmung kann man den Päd-Ass bereits vor der detaillierten Auswertung als großen Erfolg bezeichnen.

Die wissenschaftliche Leitung hatte erstmals Präsidiumsmitglied Prof. Wolfgang Kölfen übernom-

men, bei der Organisation stand ihm – mit viel Erfahrung – Dr. Dirk Schnabel von der Berliner Charité zur Seite. Das abwechslungsreiche und ganz auf die Bedürfnisse der jungen Ärzte zugeschnittene Programm war zuvor intensiv kommuniziert worden, daher kam es wohl auch zu der hohen Zahl der Anmeldungen.

### Spannender Start

Der Kongress stand unter dem Motto „Wer Gutes erhalten will, muss Neues wagen.“. Das war direkt am Programm erkennbar, das einen Mix aus bewährten Strukturen – ein Zusammenspiel aus Vorträgen und Seminaren – und neuen Inhalten darstellte. Breit gefächert waren die Themen der 35 Blockseminare, die ab dem 23. Januar in verschiedenen Kliniken

### Begrüßungsrede des BVKJ-Präsidenten

Am Freitag, den 24. Januar, begrüßte Dr. Thomas Fischbach die Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Als Thema hatte er die „Zukunft der Kinder- und Jugendmedizin“ gewählt, als Schwerpunkt dabei die anstehende Digitalisierung.

Mit den Worten „Lassen Sie mich ein wenig visionär werden.“ formulierte er seine Ideen für die kommenden Jahre. „Telesprechstunden, Telesiten und Telemonitoring chronisch kranker Kinder und Jugendlicher werden sich sicher durchsetzen. Die sektorenübergreifende Versorgung wird sich ändern: Es werden zum Beispiel Kommunikations- oder Informationsplattformen für fachübergreifende Behandlungsteams entstehen.“ Im weiteren Verlauf seiner Rede wies er auf die Risiken der Digitalisierung hin, die nicht nur in der Cyber-Kriminalität liegt. „Hier werden wir intelligente und effiziente Sicherheitssysteme brauchen. Simulatortrainings müssen zeigen, wie etwa mit Systemausfällen umzugehen ist.“

Angesichts der Entwicklungen vollzog er den Brückenschlag zwischen den „alten Hasen“ und den künftigen Generationen von Pädiatern: „Ich hoffe dabei vor allem auch auf Ihre Ideen zur Aus- und Weiterbildung. Wir müssen zum Beispiel gemeinsam darüber nachdenken, wie wir künftig in Curricula auch Inhalte integrieren zum sicheren Umgang mit Daten, zu deren Erhebung und der klinischen Entscheidungsfindung auf Basis dieser Ergebnisse.“ Dr. Fischbach beschrieb den Wechsel von einer Faktenzentrierung zu einer „methodenzentrierten und wissenschaftsorientierten Haltung und Kompetenzentwicklung“. Sein Fazit lautete: „Das wird die große Aufgabe von uns Ärzten werden: Wir werden Experten für die Interpretation und Kommunikation der Ergebnisse, die uns Diagnosemaschinen liefern.“ Denn darin sieht der Präsident des BVKJ den großen Vorteil der Digitalisierung: „Sie wird uns von administrativen Aufgaben befreien und uns wieder näher an die Patienten bringen!“







in Berlin und Umgebung stattfanden. Der Freitag, also der 24. Januar, stand ganz im Zeichen von Vorträgen. Dabei wirkte Wolfgang Kölfen nicht nur als Moderator mit, er übernahm als Dozent die Themen **Zeitmanagement** und **ärztliche Gesprächsführung**. Beim Zeitmanagement schlüpfte er zudem in eine „praktische“ Rolle: Mit einer Vuvuzela ausgestattet, sorgte er dafür, dass die Vorträge keine Überlänge hatten und dass auch die Pausen pünktlich beendet wurden.

Den Abschluss am Freitag bildete eine spannende Diskussion unter dem Thema: **„Wir müssen reden“ – Weiterbildung im klinischen Alltag – Blickwinkel Chefärzte\*innen und Assistenzärzte\*innen**. Ein Thema, das die Gemüter erhitze und das zu einem regen Austausch „zwischen den Generationen“ führte. Dabei wurde die „Vereinbarkeit von Beruf und Familie“ aus verschiedenen Blickwinkeln betrachtet. Bei



## Stimmen zum Kongress:

*„Mein zweiter Päd-Ass. Die Struktur ist prima und abwechslungsreich. Und die Themenauswahl ist wirklich ganz auf die Bedürfnisse der Assistenten angelegt: neueste Entwicklungen, starke Praxisorientierung.“*

Martin Röhrenbach, Assistenzarzt im 4. Jahr

*„Ich bin beim ersten Mal dabei. Mir gefällt das breite gefächerte Themenspektrum – vom Neugeborenen bis zum Jugendlichen. Und der Austausch mit den Assistenzärzten aus anderen Kliniken.“*

Melanie Maier, Assistenzärztin im 1. Jahr

*„Dies ist der einzige Kongress, der wirklich ganz auf uns junge Ärzte abgestimmt ist. Die bewährte Struktur aus Seminaren und Vorträgen blieb erhalten, die Themen sind ganz aktuell. Ebenso wie die Abschlussfeier!“*

Jonas Obitz, Assistentensprecher des BVKJ

*„Die detaillierte Vorbereitung hat sich gelohnt. 430 zufriedene Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Spannende Diskussionen und ein intensiver Erfahrungsaustausch. Ich freue mich schon auf den Päd-Ass 2021 in Köln!“*

Wolfgang Kölfen, Organisator, wissenschaftlicher Leiter und Dozent

einem Frauenanteil von mehr als 90% sicherlich kein Wunder, doch zeigten sich gerade hier die männlichen Kollegen solidarisch und forderten auch mehr Familienzeit. Oft fiel das Stichwort von der **Work-Life-Balance**, zu der einer der Teilnehmer sagte: „Uns wird oft vorgehalten, dass die Kinder- und Jugendärzte früher eine 60-Stunden-Woche hatten. Einerseits schimpfen sie darüber, andererseits fordern sie von uns das Gleiche!“ Dass sich der **Protest der Assistenzärzte** nicht nur auf den Bereich der Pädiatrie beschränkt, zeigen aktuelle Umfragen sowie der Warnstreik der Ärzte an 23 Unikliniken im Februar 2020.

Der Samstag war gekennzeichnet durch einen Mix aus Vorträgen und Seminaren. Beides mit reger Beteiligung der Assistenzärzte. Im Laufe des Tages steigerte sich die Vorfreude auf das **Abendevent in der KUNZTSCHULE**, einer gelungenen „Kombination aus Historie und urbanem Design“, nahe beim Checkpoint Charlie gelegen. Das Catering, ein Mix aus Flying-Buffer, Desserts und Drinks, hatte die **Berlin Cuisine** übernommen, die durch den Kino-Film „Die Guerilla Köche“



berühmt wurde. Und für beste Stimmung sorgte anschließend **DJ Hung**.

## Ausblick auf 2021

Trotz des Abend- bzw. Nachtevents ging es am Sonntag, den 26. Januar, bereits ab 9 Uhr weiter im Programm mit dem Seminarblock III. Ab 10.45 Uhr stand das bekannte und beliebte Televoting-Quiz auf dem Programm. Den Abschluss bildete das **Stimmungsbarometer: Was Sie wirklich wollen? Ihre Meinung zum 18. Assistentenkongress 2021 in Köln**. Alle Ergebnisse und die Schlüsse, die daraus gezogen werden, stellen wir Ihnen in einer der nächsten Ausgaben des Kinder- und Jugendarztes vor.

Red.: cb



# Kind und Katastrophe – Neue Forschungsergebnisse zur Psychosozialen Notversorgung

Welche Hilfestellung benötigen Kinder und Jugendliche nach katastrophalen Ereignissen? Was steht ihnen bereits zur Verfügung? Wo muss ergänzt und nachgebessert werden? All diesen Fragen widmet sich das Forschungsprojekt KiKat (kurz für Kind und Katastrophe), das vom Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) initiiert und von der Medical School Hamburg durchgeführt wurde. Und das Empfehlungen für eine intensivere und zeitnahe Betreuung nach einer Katastrophe gibt.



© ambermb/Pixabay

im Rahmen humanitärer Hilfe standardisierte, **kinderfreundliche Schutz- und Spielräume**. In den USA kommen sogenannte ‚Disaster Child Care Volunteers‘ zum Einsatz – Freiwillige mit einem pädagogischen Hintergrund wie etwa Erzieherinnen und Erzieher. Als **Fachkräftepool** unterstützen diese Freiwilligen die regulären Kriseninterventionskräfte und **vermitteln Ruhe, Halt und Geborgenheit** gerade bei potentiell traumatischen Erfahrungen. Dies sollte auch in deutschen Einsatzplänen berücksichtigt werden“, so die Anregungen der Forscher.

## Praktische Umsetzung

Prof. Dr. Harald Karutz, der die Ergebnisse im Februar 2020 gemeinsam mit dem BKK präsentierte, beschreibt die Vorgehensweise: Sein Team hat 814 Mitarbeiter der Psychosozialen Notversorgung sowie 91 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten befragt, Interviews mit Betroffenen und Experten geführt und internationale Publikationen ausgewertet. „Mit dem Projekt ist es uns erstmals gelungen, die **Erfahrungen der in der PSNV tätigen Kolleginnen und Kollegen auch wissenschaftlich abzusichern**.“

Auch nach Abschluss des Projektes bietet das KiKat-Projektteam den Institutionen, Organisationen und Kommunen Implementierungsworkshops an, um bei der Umsetzung der im Projekt erarbeiteten **Handlungsempfehlungen** behilflich zu sein.

### Weitere Informationen dazu:

[https://www.bbk.bund.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/BBK/DE/2020/02/PM\\_Abschluss\\_KiKat\\_Projekt.html](https://www.bbk.bund.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/BBK/DE/2020/02/PM_Abschluss_KiKat_Projekt.html)

Red.: cb

**S**chlaf- und Konzentrationsstörungen, Ängste und Vermeidungsverhalten, Schwierigkeiten in der Schule oder Konflikte im Familiensystem: All diese Erscheinungen listet das Forschungsprojekt **Kind und Katastrophe** als mögliche Folgen für ein traumatisches Ereignis auf, an dem Kinder unmittelbar beteiligt waren oder das sie als Zeugen hautnah miterlebt haben. Denn sie verarbeiten das Unglück anders als Erwachsene, benötigen daher **besondere Hilfe**.

## Betreuungslücke nach dem Notfall

Grundsätzlich funktioniert die Psychosoziale Notversorgung in Deutschland auch bei Kindern und Jugendlichen gut – so ein Ergebnis des Projektes. Eine Lücke fanden die Forscher jedoch in der **Zeit zwischen der Akutversorgung und der Traumatherapie**, die zumeist mehrere Monate umfasst. In dieser Wartezeit seien die Kinder mit belastenden Erfahrungen von professioneller Seite „unversorgt“. Ein Fazit der Studie: „Die

traumatherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen nach komplexen Gefahren und Schadenslagen ist bundesweit unzureichend. Hier besteht **Optimierungsbedarf**.“

Forschungsleiter Prof. Dr. Harald Karutz von der Hamburger Medical School stellt fest, dass „Kinder und Jugendliche in den Einsatzplänen zu wenig berücksichtigt“ werden. Zwar seien Grundstrukturen vorhanden und es werde in dem Bereich der psychosozialen Notfallversorgung gute Arbeit geleistet. Doch folge dann eine Betreuungslücke. Einer der Gründe liegt sicherlich darin, dass es zu wenig Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Deutschland gibt. „Familien bräuchten auch **mittelfristige Unterstützung und Begleitung**. Aus den (von den Forschern geführten, Anm. d. Red.) Interviews geht hervor, dass sich Eltern gerade in der ‚Brückenzeit‘ Rat und Betreuung gewünscht hätten.“

Ein internationaler Vergleich zeigt, wie diese Lücken geschlossen werden können. Dazu die Studie: „So verwenden zum Beispiel die Vereinten Nationen (UN)

# Zahlen, Daten, Fakten

## Jugend-Kriminalität mit rückläufigen Zahlen

**A**uch wenn Presse und Soziale Medien oftmals ein anderes Bild vermitteln, die Zahlen belegen es: In Bezug auf die Jugend-Kriminalität gibt es eindeutig positive Tendenzen. Das zeigt unter anderem ein Zehnjahresvergleich, den die **Polizei in NRW** veröffentlichte: Im Vergleich zwischen **2009 und 2018** ergab das bei den **8- bis 21-Jährigen** aufgeteilt nach Delikten folgendes Bild:

<b>Diebstahl/Raub</b>	- 38,6 %
<b>Sachbeschädigung</b>	- 51,5 %
<b>Straftaten nach BtMG</b>	- 23,4 %
<b>Körperverletzung</b>	- 27,9 %

Die **Arbeitsstelle Kinder und Jugendkriminalitätsprävention** kommentiert ihre Untersuchungen: „Generell sind Straftaten Jugendlicher im Vergleich zu denen Erwachsener meist weniger schwer und umfassen insbesondere Ladendiebstahl, einfache Körperverletzung und Sachbeschädigung. (...) Vor diesem Hintergrund haben sich in der Regelpraxis des Jugendstrafverfahrens auch die Grundsätze ‚**informell statt formell**‘ (in Bezug auf die Verfahrenserledigung) und ‚**ambulant statt stationär**‘ (in Bezug auf die Sanktionierung) etabliert.“

### Nur 440 Jugendliche in Haft

Das zeigt sich auch im Zahlenvergleich: Von **59.668 verurteilten jungen Menschen (14 bis 21 Jahre) wurden in 2017 nur 9.685 zu einer Jugendstrafe** (überwiegend zur Bewährung) verurteilt. Daraus resultierend waren zur Stichtagszählung am 31. März 2018

- **3.557 männliche Personen** und
- **144 weibliche Personen** mit Jugendstrafen im Jugendstrafvollzug inhaftiert.

Davon waren 412 männliche und 28 weibliche Jugendliche zwischen 14 und 18 Jahren alt.

Das **Deutsche Jugendinstitut** beschreibt in knappen Worten die Kennzeichen der Jugendgewalt: Sie

- ist **episodisch**, d.h. meist ein vorübergehendes Phänomen im Lebenslauf,
- entsteht zumeist eher **situativ** oder in der Gruppe,



Alexas\_Fotos auf Pixabay

- vollzieht sich oft **in der gleichen Alters- und Geschlechtergruppe** (Jugendliche können sowohl Täter als auch Opfer sein).

Den episodischen Charakter der gesamten Jugendkriminalität unterstreicht auch die **Langzeitstudie der Universitäten Bielefeld und Münster**, die im Januar 2020 unter dem Titel „Kriminalität in der modernen Großstadt“ veröffentlicht wurde. Dazu haben die Wissenschaftler um den Kriminologen Klaus Boers und den Soziologen Jost Reinecke **von 2002 bis 2019 „rund 3.000 Personen zwischen dem 13. und 30. Lebensjahr** regelmäßig nach selbst begangenen Straftaten, Einstellungen, Werten und Lebensstilen befragt.“ Die Langzeitstudie hat das Ziel, „Entstehung sowie Verläufe devianter und delinquenter Handlungsstile über die Adoleszenzphase hindurch zu verfolgen und zu erklären.“

Beim Start der Studie wurden Jugendliche aus der **7. Jahrgangsstufe** an Schulen besucht und befragt. Auf die anfänglichen Interviews folgten – nach Verlassen der Schule – Befragungen auf postalischem Weg. Die Jugendlichen bzw. Erwachsenen berichteten sowohl über selbst begangene Straftaten als auch über ihre Erfahrungen als Kriminalitätsoffer.

### „Das wächst sich aus!“

Die Forscher waren sehr erfreut, mit ihrer Langzeitstudie das Vorurteil „einmal kriminell, immer kriminell“ widerlegen zu können. Im Gegenteil: **„Jugendkriminalität erledigt sich oft von allein“**, unter diesem Titel veröffentlichte dpa die Ergebnisse der Studie. Zwar sind Diebstahl oder einfache Gewaltdelikte im späten Kindes- und mittleren Jugendalter nicht ungewöhnlich, ab dem Ende des Jugendalters sind die meisten Jungen und Mädchen jedoch nicht mehr straffällig. **„Dieser starke Rückgang der Jugenddelinquenz ist normal und wird als Erfolg einer regulär verlaufenden Erziehung und Sozialisation gewertet.“** Durch den Einfluss von Eltern, Lehrern, Freunden sowie durch Vereine werden „soziale Normen nicht nur theoretisch erlernt, sondern durch pädagogisch angemessene Reaktionen auf Regelverletzungen.“ Die Zurückhaltung von Staatsanwälten und Gerichten sehen die Forscher als einen der Gründe für den starken Rückgang in der Adoleszenz. Sie raten daher von einer „Null-Toleranz-Strategie“ (einer schnellen Verurteilung bereits bei leichten Straftaten) dringend ab!

Red.: cb

## Geburtstage im April 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](mailto:bvkj.buero@uminfo.de) oder per Post an BVKJ Mielenforsterstraße 2, 51069 Köln

### 65. Geburtstag

Herr Dr. med. **Foruhar Khabirpour**, Speyer, am 01.04.1955  
 Frau Dr. med. **Uta Ressel-Gündel**, Greiz, am 01.04.1955  
 Herr Dr. med. **Klaus Adams**, Lindau, am 02.04.1955  
 Frau Dr. med. **Monika Huff-Nagel**, Konstanz, am 03.04.1955  
 Herr Dr. med. **Wilfried Späth**, Weißenhorn, am 05.04.1955  
 Frau Dr. med. **Ursula Richter**, Leipzig, am 06.04.1955  
 Herr Dr. med. **Eberhard Vith**, Mannheim, am 09.04.1955  
 Frau Dr. med. **Heike Hofmann**, Hamburg, am 10.04.1955  
 Herr Dr. med. **Heimo Polchau**, Kiel, am 10.04.1955  
 Frau Prof. Dr. med. **Renate Vahldieck**, Herne, am 11.04.1955  
 Frau Dr. med. **Elisabeth Mußwessels**, Hamm, am 12.04.1955  
 Herr Dr. med. **Peter Seidl**, Waldkirchen, am 13.04.1955  
 Frau **Marianne Reuter**, Tübingen, am 15.04.1955  
 Frau Dr. med. **Anna-Maria Zgorzelska-Stemplinger**, Dachau, am 15.04.1955  
 Herr Dr. med. **Jürgen Fleischmann**, Sinzig, am 16.04.1955  
 Herr Dr. med. **Wolfgang Eberl**, Braunschweig, am 17.04.1955  
 Herr Dr. med. **Winfried Engl**, Düsseldorf, am 17.04.1955  
 Herr Dipl.-Med. **Thomas Jansen**, Stuttgart, am 21.04.1955  
 Herr Dr. med. **Dietmar Rupprecht**, Günzburg, am 21.04.1955  
 Frau Dr. med. **Monika Müller-Ntokas**, Sulzbach-Rosenberg, am 23.04.1955  
 Frau Dr. med. **Melanie Buchacker-Hajduk**, Neu-Isenburg, am 24.04.1955  
 Frau Dr. med. **Ines Hedrich**, Erfurt, am 24.04.1955  
 Herr Dr. med. **Rainer Bressel**, Groß-Gerau, am 25.04.1955  
 Frau Dr. med. **Sabine Schlichting**, Wehrheim, am 25.04.1955  
 Herr Dr. med. **Verner Hallmen**, München, am 26.04.1955  
 Herr Dr. med. **Michael Hermanussen**, Altenhof, am 26.04.1955  
 Herr Dr. med. **Ulrich Schubert**, Burg, am 26.04.1955  
 Frau Dr. med. **Monika Bischof**, Malsch, am 27.04.1955  
 Herr **Harald Tegtmeier-Metzdorf**, Lindau, am 30.04.1955

### 70. Geburtstag

Herr Dr. med. **Gisbert Voigt**, Melle, am 03.04.1950  
 Frau Dr. med. **Barbara Herbrand**, Duisburg, am 06.04.1950  
 Frau Dr. med. **Silvia Krüger**, Berlin, am 08.04.1950  
 Herr Dr. med. **Heiner Schaub**, Hannover, am 09.04.1950  
 Frau Dr. med. **Franziska Lorenzen**, Hannover, am 11.04.1950  
 Frau Dr. med. **Bärbel Kröner-Beglau**, Mülheim Ruhr, am 14.04.1950  
 Herr **Gebhard Kersten**, Hannover, am 16.04.1950  
 Herr Dr. med. **Norbert Puls**, Pinneberg, am 18.04.1950  
 Herr Dr. med. **Joachim Altmann**, Immenstadt, am 23.04.1950  
 Frau Dr. med. **Christiane Pöhls**, Hofgeismar, am 23.04.1950  
 Herr Dr. med. **Gerhard Bötsche**, Lohmar, am 30.04.1950  
 Frau Dr. med. **Sabine Klavehn**, Eberswalde, am 30.04.1950

### 75. Geburtstag

Herr **Wolfgang Schmidts**, Bad Dürkheim, am 05.04.1945  
 Frau Dr. med. **Barbara von Kries**, Ahrensburg, am 07.04.1945  
 Herr Dr. med. **Harald Rönitz**, Frankfurt/Oder, am 16.04.1945  
 Frau Dipl.-Med. **Renate Greupner**, Rostock, am 18.04.1945  
 Frau Dr. med. **Ursula Augener**, Hamburg, am 22.04.1945

### 80. Geburtstag und älter

Herr Dr. med. **Guntram Salzer**, Regensburg, am 30.04.1940  
 Herr Dr. med. **Peter-Caspar Altfeld**, Hannover, am 27.04.1940

Herr Dr. med. **John-M. Schmidt**, Greven, am 26.04.1940  
 Herr Dr. med. **Wolfgang Schöntag**, Kronach, am 26.04.1940  
 Frau Dr. med. **Ursula Wacker**, Schwäbisch Gmünd, am 19.04.1940  
 Frau SR **Ingrid Kluge**, Berlin, am 15.04.1940  
 Herr **Peter Jäckel**, Wolfsburg, am 11.04.1940  
 Herr Dr. med. **Georg Kentrup**, Rhede, am 24.04.1939  
 Frau Dr. med. **Maria Plate**, Hildesheim, am 23.04.1939  
 Frau Dr. med. **Urte Neuling**, Hamburg, am 19.04.1939  
 Frau Dr. med. **Hilde Scholz**, Hemer, am 07.04.1939  
 Herr Dr. med. **Wolfgang Genss**, Koblenz, am 04.04.1939  
 Frau Dr. med. **Helga Füssel**, Chemnitz, am 03.04.1939  
 Herr Dr. med. **Eberhard Langer**, Cloppenburg, am 03.04.1939  
 Frau Dr. med. **Friederike Kühnemund**, Norderstedt, am 02.04.1939  
 Herr Dr. med. **Karsten Schlez**, Neustadt, am 21.04.1938  
 Frau Dr. med. **Gudrun Scharifi**, Mariental-Dorf, am 19.04.1938  
 Herr Dr. med. **Peter Stankowski**, Bergisch Gladbach, am 17.04.1938  
 Herr Dr. med. **Rüdiger Lorentzen**, Hannover, am 16.04.1938  
 Frau Dr. med. **Ursel Hergenhan**, Leipzig, am 13.04.1938  
 Herr Dr. med. **Hans-Henning Koch**, Hamburg, am 01.04.1938  
 Herr Dr. med. **Edgar Gruber**, Berlin, am 22.04.1937  
 Herr Dr. med. **Udo Kalbe**, Neustadt, am 04.04.1937  
 Herr SR Dr. med. **Roland Busch**, Rostock, am 02.04.1937  
 Herr Dr. med. **Klaus Gritz**, Bleckede, am 29.04.1936  
 Herr Dr. med. **Jörg Woweries**, Berlin, am 28.04.1936  
 Herr Dr. med. **Volker Jährig**, Limbach-Oberfrohna, am 24.04.1936  
 Herr Dr. med. **Khosrow Amirpour**, Wolfsburg, am 23.04.1936  
 Frau Dr. med. **Susanne Fleischmann**, Köln, am 18.04.1936  
 Frau Dr. med. **Rodica Draia**, Duisburg, am 29.04.1935  
 Frau Dr. med. **Anke Althaus**, Schrecksbach, am 22.04.1935  
 Frau Dr. med. **Ursula-Ruth Bauch**, Chemnitz, am 19.04.1935  
 Herr PD Dr. med. **Heinz G. Terheggen**, Köln, am 10.04.1935  
 Herr Prof. Dr. med. **Kurt Baerlocher**, St. Gallen, am 02.04.1935  
 Frau Dr. med. **Türkan Schnieders**, Geilenkirchen, am 01.04.1935  
 Herr Dr. med. **Horst Lison**, Hemmingen, am 28.04.1934  
 Herr Dr. med. **Hans-Joachim Landzettel**, Darmstadt, am 25.04.1934  
 Herr Dr. med. **Theophil Schleihauf**, Ilvesheim, am 06.04.1934  
 Herr Dr. med. **Arnold Vahle**, Landshut, am 03.04.1933  
 Herr Dr. med. **Bernhard Bucke**, Erlangen, am 13.04.1932  
 Herr Dr. med. **Johann Schwenk**, Achern, am 29.04.1931  
 Frau Dr. med. **Gisela Feldheim**, Kronshagen, am 21.04.1930  
 Herr Dr. med. **Faruk Ömer Erdem**, Izmir, am 01.04.1930  
 Herr Dr. med. **Rudolf Schlanstedt**, Goslar, am 06.04.1927  
 Herr Dr. med. **Heinz Wilutzky**, Bad Kreuznach, am 05.04.1924  
 Herr Dr. med. **Edward Jung**, Mölln, am 07.04.1923

### Wir trauern um:

Herrn Dr. med. **Christian Breuer**, Nürnberg  
 Herrn Dr. **Rolf Vortkamp**, Kaiserslautern

**Im Monat Januar konnten wir  
105 neue Mitglieder begrüßen.**



## Dr. Tilman Kaethner zum 65. Geburtstag



Wenn Tilman Kaethner auf seinen beruflichen Werdegang zurückblickt, kann er zahlreiche Stationen und Tätigkeitsfelder nennen: Studium der Humanmedizin in Göttingen, praktisches Jahr in Wolfen-

büttel, Forschung am Max-Planck-Institut wieder in Göttingen. Danach fiel die Entscheidung zugunsten der Pädiatrie: Seine Weiterbildung absolvierte er in Marburg, anschließend arbeitete er an der damaligen Uni-Kinderklinik in Berlin-Charlottenburg. 1993 erfolgte der Umzug ins niedersächsische Nordenham, wo er sich als Kinder- und Jugendarzt mit einer Einzelpraxis niederließ. Vor neun Jahren entdeckte er die Vorteile eines MVZ, seitdem arbeitet er mit einem Gynäkologen zusammen und hat zwei Pädiaterinnen angestellt.

So wechselvoll und von Umzügen geprägt sein Berufsleben war, dem Ehrenamt und dem BVKJ ist er stets treu geblieben: 1995 begann seine Laufbahn in Niedersachsen als stellvertretender Landesvorsitzender, 1998 übernahm er den Vorsitz. Damit einher ging die Ausrichtung der Landesverbandstagung und der Fortbildungen in Verden. 2003 wurde er in den Bundesvorstand gewählt, an-

fangs als beisitzender Vorstand, seit 2012 als Bundesschatzmeister. In dieser Funktion wurde er übrigens im Oktober 2019 in Bad Orb bestätigt.

Dass sein Engagement sich nicht nur auf den BVKJ konzentriert, zeigen zahlreiche Mitgliedschaften, u.a. in dem beratenden hausärztlichen Fachausschuss der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen oder dem Stadtrat Nordenham. Bei der Deutschen Gesellschaft für Ambulante Allgemeine Pädiatrie (DGAAP e.V.) gehört er zu den Gründungsmitgliedern, mittlerweile ist er dort ebenfalls Schatzmeister.

Mit der Gratulation zum 65. Geburtstag verbindet der BVKJ ein großes Dankeschön für Tilman Kaethners langjähriges Engagement und den Wunsch, dass er dem Verband noch lange als aktives Mitglied erhalten bleibt!

Red.: cb

## Glückwünsche an Professor Fred Zepp

Wo sein beruflicher Schwerpunkt liegt, das verrät der Gründer und Vorsitzende der Stiftung „Kinder.Gesundheit.Mainz“ auf deren Internet-Seiten: „Prävention ist die originäre Aufgabe der Kinderheilkunde, sie ist unsere Chance zur aktiven Gesundheitsförderung und Garant für Gesundheit und Lebensqualität zukünftiger Generationen.“ Gestartet unter dem Namen „Präventive Pädiatrie“, erfolgte 2016 die Umbenennung mit dem Zusatz „Stiftung für das Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin“ der Stadt Mainz. Die bedankte sich 2012 bei Fred Zepp mit der Verleihung des „Ehrenrings der Universitätsmedizin“ und bezeichnete ihn als „Wegbereiter einer innovativen Forschungsinfrastruktur“.

Der rheinland-pfälzischen Hauptstadt ist er tatsächlich stets treu geblieben: Hier studierte er Humanmedizin, war wissenschaftlicher Mitarbeiter der Universität, wurde 1989 Facharzt der Kinderheilkunde, 1990 Oberarzt. 1994 erhielt er den Titel Universitäts-Professor, vier Jahre später

wurde er Direktor der Universitäts-Kinderklinik und Kinderpoliklinik der Johannes-Gutenberg-Universität in Mainz.

Von Mainz aus führten und führen ihn seine Aktivitäten als Berater und Dozent in die unterschiedlichsten Funktionen und Länder: Er ist u.a. Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats des Paul-Ehrlich-Instituts, der ständigen Impf-Kommission



am Robert-Koch-Institut in Berlin und er wurde als erster Europäer in den wissenschaftlichen Beirat des International Vaccine Institute (IVI) der Vereinten Nationen berufen. In der „DGKJ-Fachkommission für Arzneimittelsicherheit im Kindesalter“ hat er den Vorsitz inne, von 2009 bis 2012 war er Präsident des Verbandes. Durch sein enormes Fachwissen und sein vielfältiges Engagement kam es immer wieder zu einer engen und vertrauensvollen Zusammenarbeit mit dem BVKJ, nicht nur bei dem wichtigen Thema Impfung.

An Professor Fred Zepp auch dafür ein großes Dankeschön, verbunden mit ganz herzlichen Glückwünschen zu seinem 65. Geburtstag. Glücklicherweise scheint der Gedanke an einen Ruhestand bei ihm in weiter Ferne, so dass er bei den zahlreichen wissenschaftlichen Gesellschaften, Institutionen und Beratungsgremien noch lange mitwirkt.

Red.: cb



# Fortbildungstermine

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

**21. März 2020**

**Seminar für Medizinische Fachangestellte in Dresden des BVKJ LV Sachsen**

Leitung: Dipl.-Med. Stefan Mertens, Radebeul  
Auskunft: ①

**04. April 2020**

**33. Pädiatrie zum Anfassen in Worms des BVKJ LV Rheinland-Pfalz und Saarland**

Leitung: Dr. Ch. Von Buch, Bad Kreuznach  
Auskunft: ①

**29. April 2020**

**#follow BVKJ – im NH Collection Berlin Friedrichstrasse**

Auskunft: ⑤

**08.-09. Mai 2020**

**30. Pädiatrie zum Anfassen in Erfurt des BVKJ Landesverbandes Thüringen**

Leitung: Dr. Andreas Lemmer, Erfurt  
Auskunft: ①

**19.-21. Juni 2020**

**50. Kinder- und Jugendärztetag Jahrestagung des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V. in Berlin**

Leitung: Prof. Dr. Klaus-Michael Keller, Wiesbaden  
Auskunft: ⑤,①

**20.-21. Juni 2020**

**15. PRAXISfieber-live Kongress für MFA in Kinder- und Jugendarztpraxen in Berlin**

Leitung: Dr. Michael Mühlshlegel, Lauffen  
Auskunft: ⑤,①

**08. Juli 2020**

**#follow BVKJ – im NH München Ost Conference Center**

Auskunft: ⑤

**11. Juli 2020**

**Pädiatrie zum Anfassen in Offenburg des BVKJ LV Baden-Württemberg**

Leitung: Dr. Christof Wettach, Lahr  
Auskunft: ③

**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, Rhauferdehn, 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

- ① **CCJ GmbH**  
Tel.: 0381-8003980, Fax: 0381-8003988, [ccj.hamburg@t-online.de](mailto:ccj.hamburg@t-online.de)  
oder Tel.: 040-7213053, [ccj.rostock@t-online.de](mailto:ccj.rostock@t-online.de)
- ② **Schmidt-Römhild Kongressgesellschaft, Lübeck**  
Tel.: 0451-7031-205, Fax: 0451-7031-214  
[kongresse@schmidt-roemhild.com](mailto:kongresse@schmidt-roemhild.com)
- ③ **DI-TEXT**  
Tel.: 04736-102534, Fax: 04736-102536, [Digel.F@t-online.de](mailto:Digel.F@t-online.de)
- ④ **Diaplan Gesellschaft für Dialog-marketing mbH**  
Tel.: 02204-973117, Fax: 02204-9731-111 [www.diaplan.de](http://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](mailto:bvkj.kongress@uminfo.de)

# Obstipation kindgerecht behandeln

*Obstipation – für Kinder und ihre Eltern eine erhebliche Belastung und ein gesellschaftliches Stigma.*

Umso wichtiger ist es schnell und nachhaltig die Kinder mit Laxantien zu unterstützen. Durch den Einsatz von hochmolekularem Macrogol können Kinder selbst mit kleinen, kindgerechten Trinkmengen die Obstipation überwinden. Eine große Vielfalt an Geschmacksvarianten unterstützt dabei die Compliance. Und der Einsatz von elektrolytfreien Formulierungen hilft, die ohnehin deutlich zu hohe Aufnahme von z. B. Natrium durch Kinder, zu minimieren. Mit Laxbene Junior 4 g Pulver zur Herstellung einer Lösung zum Einnehmen, in Beuteln, lassen sich diese Ziele eindrucksvoll erreichen – zur nachhaltigen Bewältigung des Problems Obstipation.

Auf Grund der guten Eigenschaften werden am häufigsten macrogolhaltige Produkte bei Babys und Kleinkinder verordnet.<sup>1</sup> Man unterscheidet zwischen Macrogol 3350 und Macrogol 4000. Die Zahl gibt das Molekulargewicht an. Je höher das Molekulargewicht ist, umso geringer ist die notwendige eingesetzte Wirkstoffmenge. Es erlaubt die Trinkmenge zu verringern und trotzdem effektiv abzuführen. Diese Eigenschaft kann speziell bei Babys und Kleinkindern



für eine bessere Compliance sorgen, da weniger getrunken werden muss.

Babys und Kleinkinder sollen natriumarm ernährt werden.<sup>2</sup> Studien belegen, dass es bei der Einnahme von Macrogol-Laxans zu keinem Verlust an Elektrolyten im Stuhl kommt und es daher keinen Bedarf an zusätzlichen Elektrolyten gibt.<sup>3</sup> Hinzu kommt, dass Babys und Kleinkinder oftmals über die normale Ernährung bereits das 3-fache der empfohlenen Tagesmenge der DGE an Natrium aufnehmen.<sup>2</sup> Daher sollten gerade Babies und Kleinkinder elektrolytfreie Produkte nutzen! Der salzige Geschmack elektrolythaltiger Macrogole führt zudem zu einer geringeren Akzeptanz bei Patienten.<sup>4</sup> Kindgerechte Behandlung bedeutet demnach elektrolytfrei behandeln. Am Markt gibt es Macrogol-Produkte als Medizinprodukte und als Arzneimittel. Im Gegensatz zu einer möglichen Zuzahlung bei der Abgabe von Medizinprodukten sind OTC-Arzneimittel für Kinder bis 12 Jahren und Jugendliche mit einer Entwicklungsstörung bis 18 Jahren garantiert zuzahlungsfrei.<sup>5</sup>

Laxbene junior 4 g Pulver zur Herstellung einer Lösung zum Einnehmen von Recordati Pharma GmbH vereint all diese positiven Produkteigenschaften. Es ist das einzige elektrolytfreie Macrogol-Arzneimittel mit der Zulassung von

6 Monaten bis 8 Jahren. Das Arzneimittel Laxbene junior 4 g Pulver zur Herstellung einer Lösung zum Einnehmen enthält den Wirkstoff Macrogol 4000 und hat somit den Vorteil einer geringen Trinkmenge von ca. 50 ml. Es ist elektrolytfrei und damit natriumarm. Es überzeugt zudem durch seinen fruchtigen Erdbeergeschmack. Für Kinder ab 8 Jahren gibt es das elektrolytfreie Laxbene 10 g Pulver zur Herstellung einer Lösung zum Einnehmen. Weitere Informationen finden Sie auf [www.laxbene.de](http://www.laxbene.de).

#### Literaturnachweise

- 1 IMS, Diagnosis Monitoring; Stand 08.19
- 2 [https://www.dge.de/uploads/media/DGE-Pressmeldung-aktuell-03-2009\\_Hypertonie-Salz.pdf](https://www.dge.de/uploads/media/DGE-Pressmeldung-aktuell-03-2009_Hypertonie-Salz.pdf) 2019
- 3 Hudziak H, Bronowicki JP, Franck P, Dubos-Berogin C, Bigard MA. Low-dose polyethylene glycol 4000: digestive effects. Randomized double-blind study in healthy subjects. *Gastroenterol Clin Biol.* 1996; 20(5): 418-23
- 4 Seinela L, Sairanen U, Laine T, Kurl S, Petterson T, Happonen P. Comparison of polyethylene glycol with and without electrolytes in the treatment of constipation in elderly institutionalized patients: a randomized, double-blind, parallel-group study. *Drugs Aging.* 2009; 26: 703-13.
- 5 §12 (12) AM-RL: Kinder bis 12 Jahre und Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis 18 Jahre

**Nach Informationen von  
Recordati Pharma GmbH, Ulm**



# Pneumokokken-Impfung: Booster-Dosis wird oft vergessen

Für die Grundimmunisierung ist die rechtzeitige und vollständige Gabe aller empfohlenen Impfdosen entscheidend. Bei der Pneumokokken-Impfung zeigt sich jedoch, dass nur zwei Drittel der Kinder auch die letzte Dosis erhalten.<sup>1</sup> Das widerspricht der Wahrnehmung der Kinderärzte: 58 % können das Fehlen der Booster-Dosis nicht bestätigen.<sup>2</sup> Die Herausforderung besteht also darin, dass die dritte Pneumokokken-Impfdosis nicht in Vergessenheit gerät. Impferinnerungssysteme könnten der Schlüssel sein.

Das 2+1-Impfschema für Pneumokokken-Konjugatimpfstoffe (PCV), wie Prevenar<sup>®</sup>13, wird von der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut für alle reifgeborenen Kinder im Alter von 2, 4 und 11-14 Lebensmonaten (LM) empfohlen.<sup>3</sup> Frühgeborene Kinder erhalten eine zusätzliche Impfdosis im Alter von 3 Lebensmonaten. Ausschlaggebend für einen vollständigen und langfristigen Pneumokokken-Impfschutz und auch für den Herdenschutz, ist die Booster-Impfdosis, also die letzte Pneumokokken-Impfdosis.<sup>4</sup> Doch dass genau hier ein Compliance-Problem besteht, ist vielen PädiaterInnen nicht bewusst: Eine Befragung von PädiaterInnen zeigte, dass 58 % der Befragten ein Fehlen der Booster-Impfdosis nicht bestätigen können.<sup>2</sup> Laut einer retrospektiven Datenbankanalyse<sup>A</sup> bekommen aber nur etwa zwei von drei Kindern auch den Booster bis zum Alter

von 24 Monaten (Abb. 1).<sup>1</sup> Das deutet darauf hin, dass die fehlende Booster-Dosis im Praxisalltag oft nicht auffällt.

## Erinnerungssysteme könnten helfen

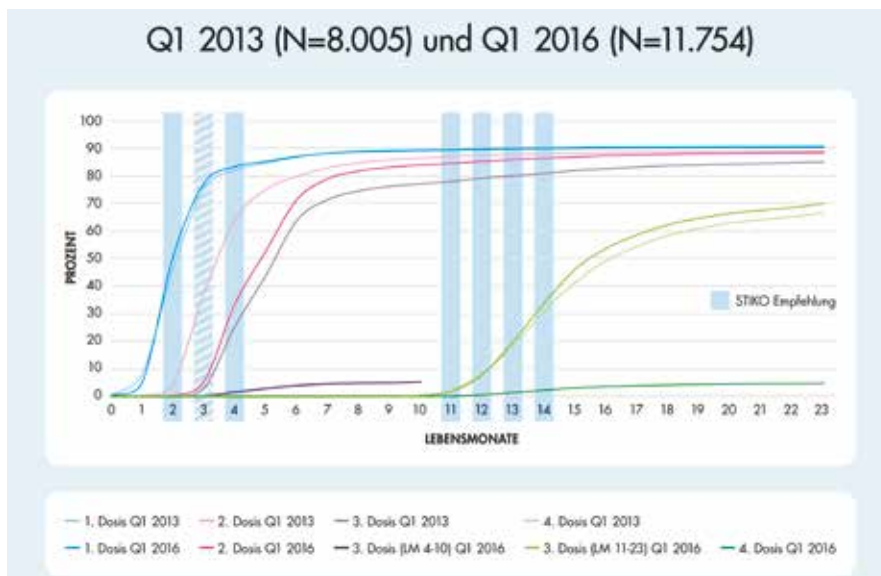
Ein wichtiger Baustein, um die PädiaterInnen beim Impfmanagement zu unterstützen, können Erinnerungssysteme sein. Beobachtungsstudien in deutschen Hausarztpraxen legen den Nutzen von EDV-gestützten Impfmanagementsystemen nahe: In Folge der Implementierung kam es zu hochsignifikanten Verbesserungen der Impfquoten.<sup>5</sup> Hier besteht in vielen Kinderarztpraxen noch Potenzial: Laut Umfrage ist in mehr als jeder zweiten der befragten Praxen noch kein expliziter Erinnerungsprozess etabliert (siehe Abb. 2).<sup>2</sup> Auch wenn die ÄrztInnen die Hauptverantwortung für die Einhaltung der Impftermine bei den Eltern

sehen, könnten sie diese mit Hilfe von Erinnerungssystemen unterstützen. Bei der Vielzahl an Impfterminen, die in den ersten beiden Lebensjahren anstehen, sind die Eltern für Hilfe dankbar, um diese empfehlungsgerecht einzuhalten.

Wie wertvoll diese Unterstützung sein kann, lässt auch die Befragung der PädiaterInnen vermuten. Die Befragten sehen als Hauptgrund für die niedrige Impfquote des Boosters, dass viele Eltern den Termin vergessen oder absagen (Abb. 3).<sup>2</sup> Eine Erklärung könnte sein, dass die Frequenz der U-Untersuchungen im ersten Lebensjahr kontinuierlich abnimmt und es somit immer weniger Anlässe für Impfungen oder eine Kontrolle des Impfstatus gibt.

## Fundierte Impfaufklärung weiterhin wichtig

Bedenken der Eltern und Diskrepanzen zur STIKO-Empfehlung zeigen sich auch bei der ersten Pneumokokken-Impfdosis. Die Datenbankanalyse zeigte, dass nur ca. die Hälfte der Säuglinge die erste Pneumokokken-Impfdosis zeitgerecht im Alter von zwei Lebensmonaten erhielt.<sup>1</sup> Der Standardimpfkalender der STIKO sieht im Alter von zwei Monaten Impfungen gegen acht unterschiedliche Infektionskrankheiten bzw. Erreger vor.<sup>3</sup> Dass sich dies für viele Eltern einschüchternd anhört, wird durch die Befragung bestätigt: 32 % der PädiaterInnen gaben an, dass Eltern besorgt sind, das frühe Impfen könne für ihr Kind schädlich sein. 27 % stimmten zu, dass Eltern die Impfungen im Alter



**Abb. 1:** Kumulierte Raten eines Pneumokokken-Konjugatimpfstoffs (%) pro Dosis und Lebensmonat bei reifgeborenen Kindern. Grafik erstellt nach [1].

A Retrospektive Datenbankanalyse auf Basis von Abrechnungsdaten einer für Deutschland bezüglich Alter und Geschlecht repräsentativen Stichprobe mit mehr als 4 Millionen gesetzlich krankenversicherten Kindern; Zwischenanalyse der jeweils 1. Quartale für die Geburtskohorten 2013 und 2016.



von zwei Monaten entzerrern möchten und die 6-fach-Impfung dabei der Pneumokokken-Impfung vorgezogen wird. Hinzu kommt, dass Impftermine häufig verschoben oder abgesagt werden, beispielsweise auch wenn der Impfling nur eine leichte Erkältung hat.<sup>2</sup> Neben Erinnerungssystemen bleibt daher auch eine fundierte Impfaufklärung besonders wichtig.

### Eltern brauchen Unterstützung durch die Kinderarztpraxen

Die Befragung lässt vermuten, dass die vielen Impftermine in den ersten beiden Lebensjahren ihrer Kinder Eltern verunsichern. Hier ist eine Unterstützung durch die Kinderarztpraxis wichtig, damit Eltern das Gefühl haben, richtig aufgehoben und gut informiert zu sein.

Gegen das Vergessen – den Hauptgrund für die niedrige Impfquote der Booster-Dosis – könnten automatisierte Impfmanagementsysteme helfen.

#### Quellen

1. Laurenz M et al. Impfraten und Impfzeitpunkte der Pneumokokken-Konjugatimpfung bei reifgeborenen Säuglingen vor und nach Umstellung auf das 2+1 Schema. Poster. DGKJ 2019, München.

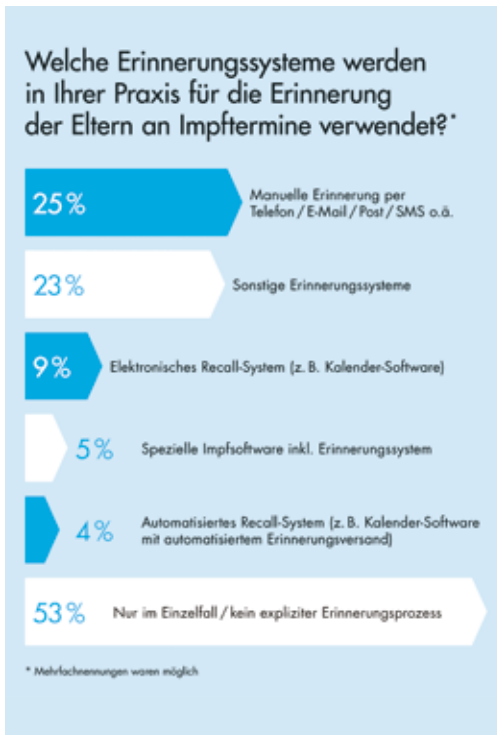


Abb. 2: Erinnerungssysteme in der Praxis Welche Erinnerungssysteme werden in Ihrer Praxis für die Erinnerung der Eltern an Impftermine verwendet?

Grafik erstellt nach [2].



Abb. 3: Fehlende Booster-Dosis bei der Pneumokokken-Impfung

Die Impfraten zeigen, dass die 3. Pneumokokken-Impfdosis (= Booster-Impfdosis) bei Reifgeborenen im Alter von 11-14 Monaten häufig nicht gegeben wird. Woran liegt das Ihrer Meinung nach?

Grafik erstellt nach [2].

2. DocCheck Research. Zufallsbasierte Online-Befragung mit 150 PädiaterInnen zum Thema Compliance bei Impfungen im Auftrag von Pfizer. Oktober 2019.
3. Ständige Impfkommission. Empfehlungen der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut - 2019/2020. Epid Bull 2019; 34:313-64.
4. Robert Koch-Institut. Wissenschaftliche Begründung zur Änderung der Pneumokokken-Impfempfehlung für Säuglinge. Epid Bull 2015; 36:377-92.

5. Schelling J et al. Elektronische Impfmanagementsysteme in der Praxis zur Verbesserung der Impfquoten. Bundesgesundheitsbl 2019; 62(4):433-9. Verfügbar unter: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00103-019-02912-2.pdf>.

#### Nach Informationen der Pfizer Pharma GmbH

#### Prevenar 13® Injektionssuspension

Pneumokokkenpolysaccharid-Konjugatimpfstoff (13-valent, adsorbiert)

**Zusammensetzung; Wirkstoffe:** 1 Dosis (0,5 ml) enth.: Pneumokokkenpolysaccharid, Serotypen 1, 3, 4, 5, 6A, 7F, 9V, 14, 18C, 19A, 19F, 23F: je 2,2 µg; Serotyp 6B: 4,4 µg; jeweils konjugiert a. CRM197-Trägerprotein, adsorbiert a. Aluminiumphosphat. 1 Dosis (0,5 ml) enth. etwa 32 µg CRM197-Trägerprotein u. 0,125 mg Aluminium. **Sonst. Bestandteile:** Natriumchlorid, Bernsteinsäure, Polysorbat 80, Wasser f. Inj.-zwecke.

**Anwendungsgebiete:** Säugl., Kdr. u. Jugendl. i. Alter v. 6 Wo.-17 J.: Aktive Immunisierung. z. Prävention v. invasiven Erkrank., Pneumonie u. akuter Otitis media, d. durch S. pneumoniae verursacht werden; Erw. ≥ 18 J. u. ältere Pers.: Aktive Immunisierung. z. Prävention v. invasiven Erkrank. und Pneumonien, d. durch S. pneumoniae verursacht werden. Anw. sollte auf Basis offizieller Empfehl. erfolgen u. Risiko von invasiven Erkrank. u. Pneumonien i. d. versch. Altersgruppen, bestehende Grunderkrank. sowie epidemiolog. Variabilität d. Serotypen i. d. untersch. geograph. Gebieten berücksichtigen. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichk. gg. d. Wirkstoffe, gg. e. d. sonst. Bestandteile od. gg. Diphtherie-Toxoid. Bei schwerer akuter fiebriger Erkrank. Impfung verschieben. **Nebenwirkungen:** Säugl. u. Kdr. i. Alter v. 6 Wo.-5 J.: NW i. klin. Studien: Sehr häufig: vermind. Appetit; Fieber; Reizbark.;

Erythem, Verhärt./ Schwell. od. Schmerz/ Berührungsempfindlichk. a. d. Inj.-stelle; Schläfrigkeit; mangelh. Schlafqualität; Erythem, Verhärt./ Schwell. v. 2,5-7,0 cm a. d. Inj.-stelle (nach Boosterdosis u. bei 2-5 J. Myalgie sehr häufig auf. Erw. ≥ 18 J. u. ältere Pers.: alte Kdrn.). Häufig: Erbrechen; Durchfall; Ausschlag; Fieber > 39 °C; eingeschr. Beweglichk. a. d. Inj.-stelle (starke Schmerzen/ Berührungsempfindlichk. od. Urtikaria-ähn. Ausschlag; Erythem, Verhärt./ Schwell. > 7,0 cm a. d. Inj.-stelle; Weinen. **Selten:** Überempfindlichk.-reakt. einsch. Gesichtssödem, Dyspnoe, Bronchospasmus; hypoton-hyproresponsive Episode. **NW nach Markteinführ. v. Prevenar 13 (Häufigk. nicht bekannt):** Lymphadenopathie (lokalis. i. Bereich d. Inj.-stelle); anaphylakt./ anaphylaktoide Reakt. einsch. Schock; Angioödem; Erythema multiforme; Urtikaria, Dermatitis, Pruritus a. d. Inj.-stelle; Hautröt. (Gesicht u./ od. a. Körper); Apnoe bei extrem Frühgeborenen (≤ 28. SSW). **Kdr. u. Jugendl. i. Alter v. 6-17 J.:** NW i. klin. Studien: Sehr häufig: vermind. Appetit; Reizbark.; Erythem, Verhärt./ Schwell. od. Schmerz/ Berührungsempfindlichk. a. d. Inj.-stelle; Schläfrigkeit; mangelh. Schlafqualität; Berührungsempfindlichk. a. d. Inj.-stelle (einschl. eingeschr. Beweglichk.). Häufig: Kopf schm.; Erbrechen; Durchfall; Ausschlag; Urtikaria od. Urtikaria-ähn. Ausschlag; Fieber. Weitere NW, d. bei Säugl. u. Kdr. i. Alter v. 6 Wo.-5 J. auftraten,

sind mögl. Bei Pat. m. Sichelzellanämie, HIV-Infekt. od. hämatopoet. Stammzelltranspl. traten Kopfschm., Erbrechen, Durchfall, Fieber, Müdigk., Arthralgie u. Myalgie sehr häufig auf. Erw. ≥ 18 J. u. ältere Pers.: NW i. klin. Studien: Sehr häufig: vermind. Appetit; Kopfschm.; Durchfall; Erbrechen (bei Erw. zw. 18 u. 49 J.); Ausschlag; Kälteschauer; Müdigk.; Erythem, Verhärt./ Schwell. od. Schmerz/ Berührungsempfindlichk. a. d. Inj.-stelle (starke Schmerzen/ Berührungsempfindlichk. sehr häufig bei Erw. zw. 18 u. 39 J.); eingeschr. Beweglichk. d. Arms (starke Beeinträcht. d. Beweglichk. d. Arms sehr häufig bei Erw. zw. 18 u. 39 J.); Arthralgie; Myalgie. Häufig: Erbrechen (bei Erw. ≥ 50 J.); Fieber (sehr häufig bei Erw. zw. 18 u. 29 J.). Gelegentlich: Übelk.; Überempfindlichk.-reakt. einsch. Gesichtssödem, Dyspnoe, Bronchospasmus; Lymphadenopathie i. Bereich d. Inj.-stelle. Bei HIV-Infizierten traten Fieber u. Erbrechen sehr häufig u. Übelk. häufig auf. Bei Pat. m. hämatopoet. Stammzelltranspl. traten Fieber u. Erbrechen sehr häufig auf. **Warnhinweise:** Nicht intravaskulär injizieren. Weitere Informationen s. Fach- u. Gebrauchsinformation. **Abgabestatus:** Verschreibungspflichtig. **Pharmazeutischer Unternehmer:** Pfizer Europe MA EEIG, Boulevard de la Plaine 17, 1050 Brüssel, Belgien. **Repräsentant in Deutschland:** PFIZER PHARMA GmbH, Linkstr. 10, 10785 Berlin. **Stand:** September 2018. b-8v9pv13-sui-0



## Spinale Muskelatrophie Typ 1

# Risdiplam erreicht primären Endpunkt der Zulassungsstudie FIREFISH

- Säuglinge mit SMA Typ 1 zeigten unter dem Spleißmodifikator Risdiplam eine statistisch signifikante und klinisch relevante Verbesserung beim Erreichen motorischer Meilensteine.
- Im Beobachtungszeitraum traten keine neuen Sicherheitssignale auf.
- In den bisherigen klinischen Studien zu Risdiplam hat keiner der Patienten die Studienteilnahme aufgrund therapiebedingter unerwünschter Ereignisse vorzeitig beendet.

Roche hat positive Topline-Ergebnisse aus dem zweiten Teil der zulassungsrelevanten Studie FIREFISH bekannt gegeben. Darin eingeschlossen sind Neugeborene mit Spinaler Muskelatrophie (SMA) Typ 1 im Alter zwischen 1 und 7 Monaten. Primärer Endpunkt war der Anteil der Studienteilnehmer, die nach 12-monatiger Behandlung mindestens 5 Sekunden lang ohne Unterstützung sitzen konnten. Die Beurteilung erfolgte mithilfe der bruttomotorischen Skala der Bayley Scales of Infant and Toddler Development Third Edition (BSID-III), einem validierten Klassifizierungssystem für motorische Fähigkeiten von Säuglingen und Kleinkindern bis 3,5 Jahre. Unter Risdiplam zeigten die Säuglinge eine signifikante und klinisch relevante Verbesserung beim Erreichen motorischer Meilensteine, obwohl die Symptome der Krankheit vor dem Beginn der Behandlung bei zahlreichen Babys fortgeschritten waren.

Die Sicherheitsdaten von Risdiplam, die im zweiten Teil der FIREFISH-Studie erhoben wurden, bestätigen das bisherige Sicherheitsprofil des Spleißmodifikators. Es kamen keine neuen Sicherheitssignale zutage. Über alle Studien hinweg wurden bislang über 400 Patienten mit Risdiplam behandelt. In diesem Rahmen traten bislang keine therapiebedingten unerwünschten Ereignisse auf, die zu einem Abbruch der Studienteilnahme führten.

Bereits im November 2019 hatte Roche bekannt gegeben, dass Risdiplam den primären Endpunkt der zulassungsrelevanten Studie SUNFISH erreicht hat. SUNFISH untersucht die Wirksamkeit

und Sicherheit des Spleißmodifikators Risdiplam bei Kindern und jungen Erwachsenen mit SMA Typ 2 oder Typ 3 im Alter zwischen 2 und 25 Jahren.

### Über Risdiplam

Risdiplam ist ein oral verfügbares Medikament aus der Klasse der niedermolekularen Arzneistoffe („small molecules“). Als Spleißmodifikator erhöht es die Bildung von funktionsfähigem SMN-Protein auf Basis des SMN2-Gens. Dadurch soll dem Untergang von Motoneuronen und dem fortschreitenden Muskelschwund bei SMA entgegengewirkt werden.

Roche leitet die klinische Entwicklung von Risdiplam in Zusammenarbeit mit der SMA Foundation und PTC Therapeutics. Risdiplam wird derzeit in drei multizentrischen Studien bei Menschen mit SMA untersucht, auch unter Einbeziehung älterer Patienten:

- FIREFISH – eine Open-Label-Studie mit SMA Typ 1 bei Säuglingen im Alter von 1-7 Monaten.
- SUNFISH – eine doppelblinde, placebokontrollierte Studie mit Kindern und jungen Erwachsenen (2-25 Jahre) mit SMA Typ 2 und 3.
- JEWELFISH – eine offene explorative Studie mit Patienten im Alter von 6 Monaten bis 60 Jahren mit SMA Typ 2 oder 3, die zuvor im Rahmen einer klinischen Studie mit einer SMN-Targeting-Therapie oder Olesoxime behandelt wurden.
- Eine neue Studie, RAINBOWFISH bei präsymptomatischer SMA, wurde Anfang 2019 initiiert.

### Über FIREFISH

FIREFISH ist eine offene, zweiteilige, zulassungsrelevante klinische Studie bei Säuglingen mit SMA Typ 1. In Teil 1 wurde eine Dosisesskalationsstudie an 21 Säuglingen durchgeführt. Das Hauptziel von Teil 1 war es, das Sicherheitsprofil von Risdiplam bei Säuglingen zu bewerten und die Dosis für Teil 2 zu bestimmen. Teil 2 ist eine zentrale, einarmige Studie zum Einsatz von Risdiplam bei etwa 40 Säuglingen mit SMA Typ 1 für 24 Monate, gefolgt von einer offenen Verlängerungsphase. Das Hauptziel von Teil 2 ist die Beurteilung der Wirksamkeit, gemessen am Anteil der Säuglinge, die nach 12 Monaten Behandlung ohne Unterstützung sitzen, wie sie in der Bruttomotorischen Skala der Bayley Scales of Infant and Toddler Development - Third Edition (BSID-III) (definiert als Sitzen ohne Unterstützung für 5 Sekunden) bewertet wird.

### Über SUNFISH

SUNFISH ist eine zweiteilige, doppelblinde, placebokontrollierte, pivotale klinische Studie mit Kindern und jungen Erwachsenen (2-25 Jahre alt) mit SMA vom Typ 2 und 3. Teil 1 bestimmte die Dosis für den konfirmatorischen Teil 2. Die Rekrutierung in Teil 2 der Studie wurde im September 2018 abgeschlossen. Deutsche Studienzentren waren jedoch nur im Teil 1 der SUNFISH-Studie involviert.

---

**Nach Informationen von Roche Pharma AG, Grenzach-Wyhlen**

---

### 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](http://www.bvkj.de)*

---

### Redakteure

#### „KINDER- UND JUGENDARZT“

Fortbildung:

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

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

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

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

**Prof. Dr. med. Peter H. Höger**

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

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

E-Mail: klaus-michael.keller@helios-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](http://www.bvkj.de)

Wir sind für Sie erreichbar:

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

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

Wir sind für Sie erreichbar:

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

Geschäftsführerin:

**Anke Emgenbroich**

Tel.: 0221/68909-24

E-Mail: anke.emgenbroich@uminfo.de

---

Service-Team:

Tel.: 0221/68909-27/28

Fax: 0221/68909-29

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

---

### Sonstige Links

**Kinderärzte im Netz**

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

**Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin**

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

**Kinderumwelt gGmbH und PädInform®**

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

**Stiftung Kind und Jugend des BVKJ**

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

---