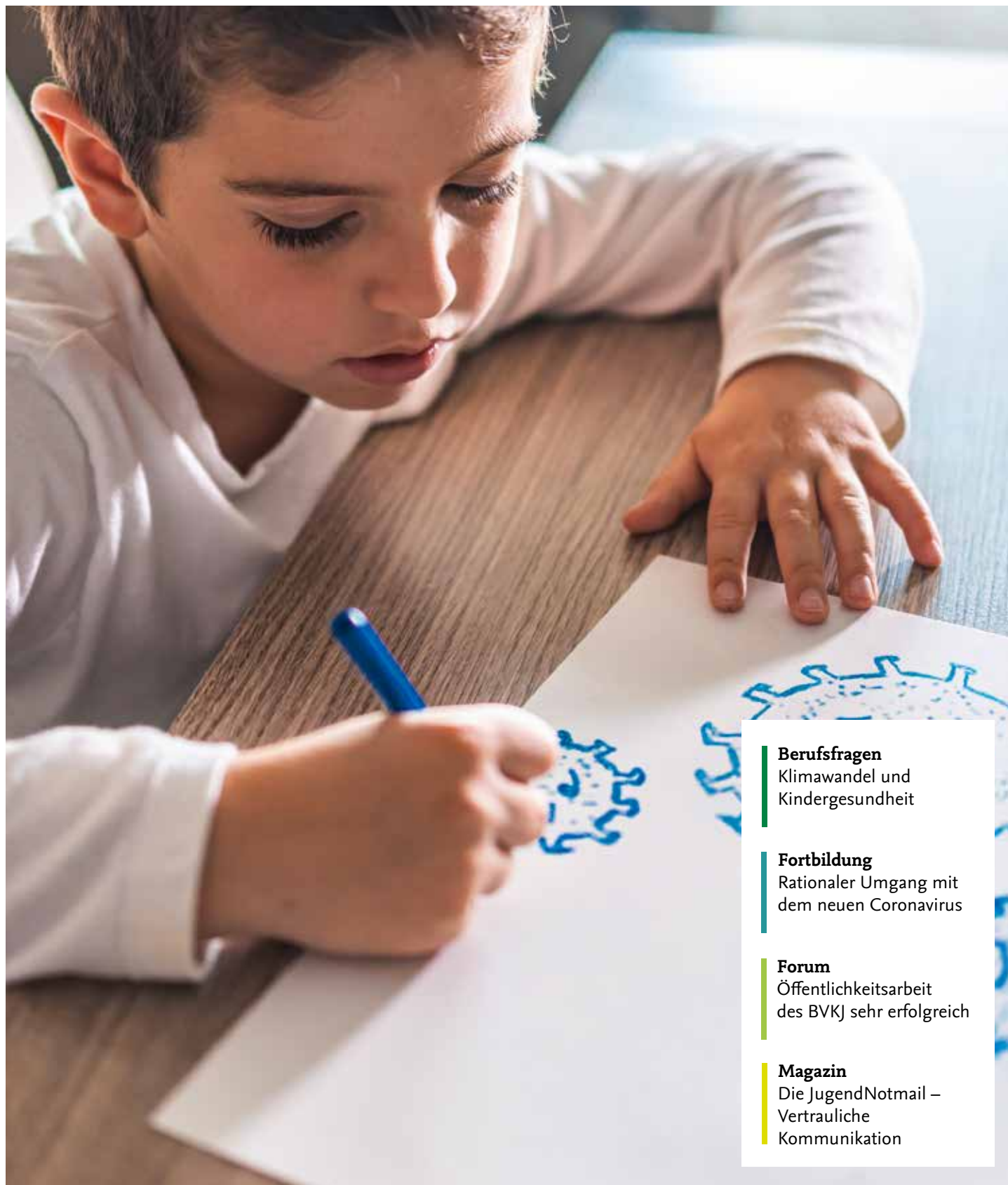


KINDER-UND JUGENDARZT

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

Heft 04/20
51. (69.) Jahr

bvkJ.



Berufsfragen

Klimawandel und
Kindergesundheit

Fortbildung

Rationaler Umgang mit
dem neuen Coronavirus

Forum

Öffentlichkeitsarbeit
des BVKJ sehr erfolgreich

Magazin

Die JugendNotmail –
Vertrauliche
Kommunikation

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

INHALT 04 | 2020

Editorial

Editorial // Thomas Fischbach 223

Berufsfragen

Klimawandel und Kindergesundheit in der pädiatrischen Praxis – Welche Aufgaben müssen wir bewältigen? // Thomas Lob-Corzilius 226

Reform Sozialgesetzbuch VIII
Dialogprozess – Mitreden – Mitgestalten // Sigrid Peter 230

Ambulante Weiterbildung auf dem Vormarsch – Junge Ärzte an Niederlassung interessiert // Wolfram Hartmann 232

Zukunft von EBM und GOÄ: Einheit oder Koexistenz der Gebührenordnungen // Marcus Heidemann 234

Bericht aus dem Hauptstadtbüro // Kathrin Jackel-Neusser 236

PädExpert® – schnelle Hilfe für Ärzte und Patienten // Martin Lang 239

Datenschutz und ärztliche Schweigepflicht – Reichweite und Grenzen – // Juliane Netzer-Nawrocki 240

Fortbildung

Highlights aus Bad Orb: Alternativmedizin – gibt es die? Und wenn, warum? // Walter Dorsch 244

Empfehlung zum Management von Patienten mit Verdacht auf die COVID-19-Erkrankung durch SARS-CoV-2 // Johannes Hübner, Hans-Iko Huppertz 248

Aufrechterhaltung von Impfungen und Früherkennungsuntersuchungen in der aktuellen SARS-CoV-2 Pandemie
Suchtforum // Matthias Brockstedt 250

Welche Diagnose wird gestellt? // Anne Teichler 252

Impfforum // Ulrich Heiningen 253

Kinder-Vorsorgeuntersuchungen – das neue System in Deutschland im Vergleich mit den Systemen in Österreich und der Schweiz – Teil 1 // Burkhard Lawrenz 255

consilium: Indikation für Zoster-Impfung nach durchgemachtem Zoster nach Chemotherapie // Hans-Jürgen Laws 256

Reviews aus englischsprachigen Zeitschriften 262

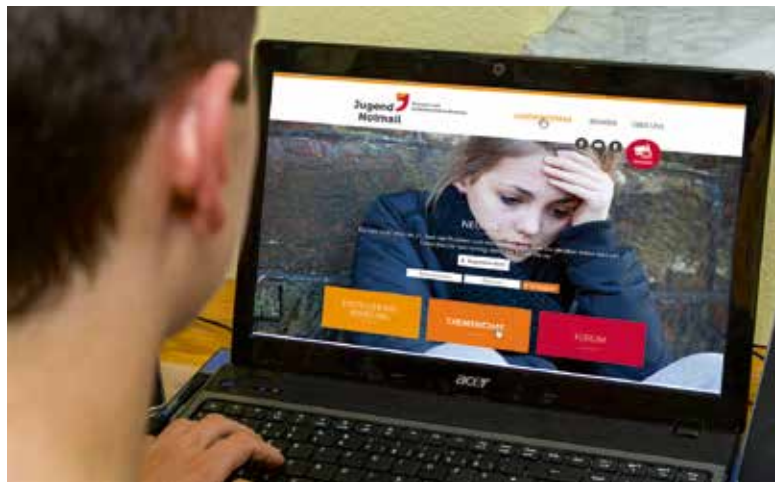
264

Forum

Pressebilanz BVKJ 2019 // Raimund Schmid 266

Die Mehrheit der Kinder- und Jugendärzte ist für die Einführung der Masern-Impfpflicht // Mona Hernández-Rascón 270

Theater auf Rezept – Plädoyer für eine besondere Medizin // Hermann-Josef Kahl 274



Die JugendNotmail – Vertrauliche Kommunikation S. 274

14.900 Kinder und Jugendliche im Jahr 2017 wegen akuten Alkoholmissbrauchs im Krankenhaus 276

Das Leser-Forum 277

Magazin

Vertrauliche Kommunikation – Die JugendNotmail ist ein starker Ansprechpartner // Christa Becker 278

Analogie // Richard Haaser 279

Woher kommt eigentlich ... // Christa Becker 280

Zahlen, Daten, Fakten // Christa Becker 282

Nachgefasst: Späterer Unterrichtsbeginn // Christa Becker 283

Was macht eigentlich ... Dr. Matthias Brockstedt? // Christa Becker 284

Buchtipps 286

Mitteilungen aus dem Verband

Harald Tegtmeier-Metzdorf zum 65. Geburtstag // Wolfram Hartmann 287

Personalien 288

Wahlaufruf für den Landesverband Hessen 288

Wahlaufruf für den Landesverband Westfalen-Lippe 289

Fortbildungstermine des BVKJ 290

Impressum 242

Pädindex 252,286

Nachrichten der Industrie 291

Wichtige Adressen des BVKJ 295

Anmerkung der Redaktion

In den Bezeichnungen „Kinder- und Jugendarzt“ bzw. „Kinder- und Jugendärztin“ 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“.

Titelbild

© Victor – stock.adobe.com

Beilagenhinweis

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

Digitalisierung

Vor wenigen Wochen hat uns der Referentenentwurf zum Patientendaten-Schutzgesetz (PDSG) erreicht. Bundesminister Spahn verfolgt mit diesem Gesetz im Wesentlichen zwei Ziele:

- einerseits digitale Lösungen und Möglichkeiten, Daten schnell an Patienten und deren Ärzte zu bringen,
- andererseits sensible Patientendaten zu schützen.



Dr. Thomas Fischbach

Beide Ziele sind aus der Sicht des BVKJ natürlich grundsätzlich unterstützenswert. Die Implementierung einer elektronischen Patientenakte halten wir für sinnvoll, soweit sie behandlungsrelevante Inhalte wie den Impfpass, die Kindervorsorgen oder weitere unverzichtbare Patienteninformationen enthält. Allen muss jedoch klar sein, dass bei der angedachten „Opt Out-Lösung“ wesentliche Informationen über die Patienten dem Arzt unter Umständen nicht zur Verfügung gestellt werden. Daher finden wir die Forderung der KBV nach einer **arztgeführten, elektronischen Arztakte (eAA)** auch sinnvoll.

Doch auch an anderen Stellen sitzt der Teufel im Detail. In unserer Stellungnahme zum PDSG-Referentenentwurf haben wir deutlich gemacht, dass zwar die Sicherheit der IT-Anbindung einer Praxis in der Tat in die Zuständigkeit des Praxisinhabers fällt – das ist im Übrigen heute schon der Fall. Wir haben aber unmissverständlich klargemacht, dass die Ärzteschaft darüber hinaus keine Verantwortung für systemimmanente Sicherheitslücken übernehmen kann, die beispielsweise Folge von Fehlern der IT-Industrie bzw. der PVS-Anbieter sind.

Auch gibt es Patientensicherheit nicht zum Nulltarif. Wer der deutschen Ärzteschaft immer weiter in die Arbeit hineinregiert, damit viel zusätzlichen Aufwand

schafft und höhere Sicherheitsstandards fordert, der muss auch Geld bereitstellen, um diesen Investitionsaufwand zu vergüten, der ausschließlich den Patienten zu Gute kommt. Um es klar zu sagen: Wir sehen nicht ein, dass wir die Patientensicherheit aus unseren Praxiserlösen finanzieren sollen.

Der BVKJ steht zur Digitalisierung und zur Nutzung moderner Kommunikationsformen sowie der künstlichen Intelligenz, wo diese der Versorgung der Patienten auch nutzt. Wir lehnen jedoch eine Politik ab, die sich einen schlanken Fuß macht und die damit verbundenen Kosten auf die Leistungserbringer abwälzen will, während sich die Krankenkassen aus der Finanzierung weitgehend zurückziehen können. So nicht, sehr geehrter Herr Minister Spahn. Auch wenn die Richtung stimmt, so müssen Sie beim PDSG noch deutlich nachbessern!

Reform der Notfallversorgung

Der BVKJ hat gemeinsam mit den pädiatrischen Fachgesellschaften und Verbänden (DGKJ, DIVI, GKinD, GNPI und VLKGD) eine Stellungnahme zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit für ein Gesetz zur Reform der Notfallversorgung abgegeben (Link: https://www.bvkj.de/fileadmin/pdf/presse/200207_RefEntwurf_Notfallversorgg_StellungnahmeKinderundJug.pdf) und auf der Verbände-Anhörung am 17.02.2020 erläutert.

Die Fachgesellschaften und Verbände unterstützen die Auffassung des BMG, dass in die Notfallambulanzen der Kliniken zu viele Patientinnen und Patienten kommen, deren Versorgung im ambulanten Bereich (Ärztlichen Notdienst der KV – auch Ärztlicher Bereitschaftsdienst genannt) erfolgen sollte. Dadurch sind die Wartezeiten für diejenigen, die dringend auf die Hilfe in der Notfallambulanz und ggf. eine stationäre Behandlung angewiesen sind, sehr häufig zu lang.

Es ist geplant, dass **Gemeinsame Notfallleitsysteme (GNL)**, erreichbar unter 116 117 oder 112, sowie **integrier-**

te Notfallzentren (INZ) in ausgewählten Krankenhäusern eingerichtet werden. Diese INZ sollen künftig entscheiden, ob Patienten stationär in der Klinik oder ambulant versorgt werden, und die erforderliche ambulante notdienstliche Versorgung leisten. Dies ebenso wie die bessere Verzahnung von ambulanter Notfallversorgung zwischen KV, Notfallambulanzen der Krankenhäuser und dem Rettungsdienst begrüßt die Pädiatrie.

Ein großer Anteil aller Kontakte im Notdienst betrifft Kinder und Jugendliche. Daher ist es richtig und wichtig, dass die besonderen Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen in der Reform berücksichtigt werden sollen. Der Reformvorschlag bleibt aber an einigen Stellen zu vage. Deshalb fordern wir:

- Gemeinsames Notfall-Leitsystem mit Vorhaltung spezieller Expertise für kranke Kinder und Jugendliche mit strukturierter auf die pädiatrischen Bedürfnisse angepasste Ersteinschätzung (z.B. SmED, mit eigenem Modul für Kinder und Jugendliche)
- Behandlung von Kindern und Jugendlichen durch Fachärztinnen/Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin
- Einrichtung von speziell ausgewiesenen integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche (KINZ)
- Ausreichende Anzahl von KINZ für eine bedarfs- und ressourcengerechte und flächendeckende Versorgung
- Eine zentrale Anlaufstelle für Rettungsdienst und Eltern ohne räumliche Trennung von KINZ und Notaufnahme der Klinik für Kinder und Jugendliche
- Vereinbarung der gemeinsamen fachlichen Leitung eines KINZ vor Ort im Vertrag zwischen Krankenhaus und KV

Der weitere Fahrplan für das Gesetzgebungsverfahren ist zurzeit noch offen.

Zweites Gesetz zur Änderung des Jugendschutzgesetzes

Das Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend hat einen

Referentenentwurf zur Änderung des Jugendschutzgesetzes vorgelegt. Gemeinsam mit DAKJ, DGKJ und DGSPJ haben wir eine Stellungnahme hierzu vorgelegt (https://www.bvkJ.de/fileadmin/pdf/presse/200228_BVKJ_DAKJ_DGKJ_DGSPJ_SN_AenderungJuSchG.pdf). Ziel des Gesetzes ist die Anpassung rechtlicher Vorschriften an die Medienlandschaft, in der sich Kinder und Jugendliche heute bewegen. Dabei steht der Umgang mit internetbasierten Medien im Fokus. Kinder und Jugendliche müssen einerseits vor nicht altersgerechten, gefährdenden oder ihre Entwicklung beeinträchtigenden Einflüssen geschützt werden, andererseits muss ihnen aber auch ein gutes Aufwachsen mit Medien (Medienkompetenz) vermittelt werden.

An dieser Stelle sehen wir sowohl die Eltern als auch die Schulen in der Verantwortung. Hier geht der Gesetzentwurf in die richtige Richtung, in dem das heutige Jugendschutzgesetz diesen Erfordernissen angepasst und vor allem auch in seiner Begrifflichkeit geschärft wird. Dies ist wichtig, da die letzte Neuordnung durch das Jugendmedienschutzgesetz aus dem Jahr 2003 stammt und seitdem neue erhebliche Gefährdungsdimensionen entstanden sind. Pars pro toto sei auf das Cybermobbing und das Cybergrooming hingewiesen. Um dieses Ziel zu erreichen, will der Bundesgesetzgeber aus der bisherigen Bundesprüfstelle für jugendgefährdende Medien eine personell aufgestockte Bundeszentrale für Kinder- und Jugendmedienschutz entwickeln.

Wir haben in unserer Stellungnahme anerkennend darauf hingewiesen, dass der Gesetzentwurf mit Bezug auf deren Nutzungsdauer, des Geräteinsatzes sowie der Inhalte zwar auf die möglichen Gefahren digitaler Bildschirmmedien hinweist, jedoch diese Begrifflichkeiten nicht näher definiert werden und damit einem großen Interpretationsspielraum Tür und Tor öffnet.

Der BVKJ hat sich in den letzten Jahren sehr intensiv und kompetent in die Mediendiskussion eingebracht. Hier sei beispielsweise die BLIKK-Studie (Bewältigung, Lernverhalten, Intelligenz, Kompetenz, Kommunikation – Kinder und Jugendliche im Umgang mit elektronischen Medien) erwähnt, die wir in Zusammenarbeit mit der Rheinischen Fachhochschule Köln und der Drogenbeauftragten der Bundesregierung durchgeführt haben und die das Me-

diennutzungsverhalten von Kindern und Jugendlichen analysiert hat. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Berichte/Abschlussbericht_BLIKK_Medien.pdf

Auch darüber hinaus liegen zahlreiche und valide Studienergebnisse vor, die die potentiell entwicklungsbeeinträchtigenden Folgen eines übermäßigen Gebrauchs digitaler Bildschirmmedien belegen. **Mit Bezug auf vorliegende Daten wenden wir uns klar gegen eine Altersfreigabe vor drei Jahren.** Wir haben in unserer Stellungnahme eine Beteiligung der entwicklungsneurologischen und -psychologischen Forschung bei der wissenschaftlichen Prozessbegleitung eingefordert.

COVID-19

Das neue Coronavirus SARS-CoV-2 hat seit Jahresbeginn von China ausgehend eine zunehmende globale Verbreitung erfahren. Durch teilweise intendierte Medienberichte hat sich nach dem Auftreten erster Fälle in Deutschland unter der Bevölkerung und teilweise sogar in der Fachöffentlichkeit Panik breitgemacht. Davon zeugen erhebliche Hamsterkäufe gerade von Lebensmitteln und leere Regale in Lebensmittelmärkten. Wir erleben eine sich ständig verändernde (epidemiologische) Lage, die statische Empfehlungen nicht möglich macht. Bei Erscheinen dieser Zeitschrift mag sich hier schon wieder einiges geändert haben.

Was wissen wir bisher? Das neue Coronavirus ist hochinfektiös und wird im Wesentlichen über respiratorische Sekrete übertragen. Es verursacht ein grippeähnliches Krankheitsbild. Risikogruppen sind insbesondere (männliche) Personen über 60 Jahre mit Vorerkrankungen wie beispielsweise COPD, Krebs, Diabetes mellitus oder Herz-Kreislaufkrankungen. Kinder sind bisher weniger betroffen und bei ihnen verläuft die Erkrankung milde. Todesfälle bei Kindern hat es bislang (Stand 3. März 2020) nicht gegeben. Verbindliche Handlungsvorgaben für das Gesundheitswesen werden vom Robert-Koch-Institut verfasst und ständig aktualisiert (https://www.rki.de/DE/Home/homepage_node.html). Bitte nutzen Sie diese Informationsquelle täglich! Auch die KBV informiert praxisnah (https://www.kbv.de/html/themen_44232.php).

Problematisch ist die unzureichende Verfügbarkeit schützender Equipments

wie FFP-2-Masken, Schutzkleidung und neuerdings auch Desinfektionsmittel. Leider wird diesbezüglich von einigen verantwortungslosen Personen ein Geschäft mit der Angst gemacht und schützende Materialien zu Wucherpreisen angeboten oder unzureichend schützender normaler OP-Mundschutz hochpreisig angeboten. Wir begrüßen das seitens der Bundesregierung beschlossene Exportverbot für Schutzmaterialien, halten jedoch die „französische Lösung“ mit staatlicher Beschlagnehmung solchen Materials für effektvoller.

Eine routinemäßige Testung auf COVID-19 wird zum Redaktionsschluss nicht empfohlen. Sie ist Personen mit positiver Kontaktanamnese vorbehalten, zumal die Test-Kits nicht flächendeckend verfügbar sind. Die Gesundheitsbehörden sind teilweise aus Gründen der Epidemiologie inzwischen von einer Isolierungsstrategie bereits abgewichen, da sie aus heutiger Sicht nicht mehr Erfolg versprechend ist. Dies hat auch Bedeutung für unser ärztliches Handeln. Durch eine gezielte Beratung sollten leichte Erkrankungsfälle zu Hause bleiben und nicht in unsere Praxen gelangen.

Unser ärztliches Ethos fordert von uns allerdings bei Behandlungsbedürftigkeit die Versorgung unserer Patienten auch in einer pandemischen Lage. Hierzu müssen wir selbst und unser Personal natürlich geeignete Schutzmaßnahmen ergreifen, ganz vorneweg Verzicht auf Händeschütteln, Niesen in die Ellenbeuge sowie ganz zuvorderst Händewaschen und -desinfektion. Der unter Infektionsverdacht stehende Patient selbst sollte einen normalen chirurgischen Mundschutz tragen. Eine möglicherweise erforderliche Weitervermittlung an Kliniken soll über die Rufnummer 116 117 erfolgen, die dies koordiniert.

Lesen Sie dazu auch die gemeinsame Empfehlung von DAKJ, DGKJ, DGPI und BVKJ (<https://www.dakj.de/wp-content/uploads/2020/03/dakj-dgpi-2020-corona-stand-0203.pdf>).

Insgesamt handelt es sich bei der COVID-19-Erkrankung um eine sehr ernstzunehmende Infektion – das zeigen die weltweiten Fallzahlen und die rasante Ausbreitung. Hoffen wir, dass das deutsche Gesundheitssystem der Pandemie gut standhalten kann.

Dr. Thomas Fischbach
Präsident

Red.: WH

Klimawandel und Kindergesundheit in der pädiatrischen Praxis – Welche Aufgaben müssen wir bewältigen?



Dr. med. Thomas Lob-Corzilius

Viola Mambrey¹

Stephan Böse-O'Reilly^{1,2,3}

Julia Schoierer^{1,2}

Hanna Mertes¹

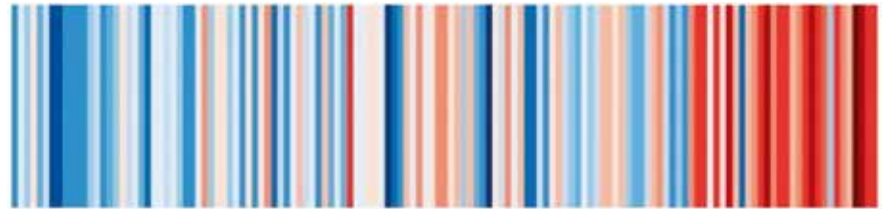


Abb. 1: Durchschnittstemperatur für Deutschland zwischen 1881 und 2017, jeder Streifen visualisiert ein Jahr (Datenbasis: Deutscher Wetterdienst, Graphik: Ed Hawkins, www.klimafakten.de)

Abstract

Im Zuge des Klimawandels ist in Deutschland bereits eine Steigerung der Temperatur um 1,5 Grad zu beobachten. Dieser Trend wird sich mit einer steigenden Anzahl von Hitzetagen und Hitzeperioden fortsetzen. Die Temperaturerhöhung hat erhebliche Auswirkungen auf den kindlichen Organismus – direkter und indirekter Art. Insbesondere auch vor dem Hintergrund, dass Umweltstressoren den kindlichen stärker als den erwachsenen Organismus beeinflussen, da z. B. das Atmungs- und das Immunsystem noch nicht voll ausgebildet sind.

Deshalb werden der Klimaschutz und die langfristige und effektive Klimaanpassung im Gesundheitswesen immer bedeutsamer. In den ersten Lebensjahren zählt die Kinder- und Jugendarztpraxis zu dem entscheidenden Setting, um Kinder und deren Familien zu erreichen.

Die Arbeitsgruppe Globale Umweltgesundheit am Klinikum der Universität München hat im Rahmen der Deutschen Anpassungsstrategie an den Klimawandel (DAS) zusammen mit Kooperationspartnern aus pädiatrischen Berufsverbänden und Fortbildungsanbietern die Gesundheitsfolgen des Klimawandels als ärztliche Fortbildung aufbereitet. Seit 2017 werden die Fortbildungseinheiten bundesweit im Rahmen pädiatrischer Kongresse und von Qualitätszirkeln angeboten und über 1.000 Kinder- und Jugendärzte wurden fortgebildet.

Es bedarf des weiteren Aufbaus von Kapazitäten, um klimawandelbedingten Gesundheitsgefahren mit präventiven Maß-

nahmen entgegenwirken zu können. Vor dem Hintergrund der steigenden Bedeutung umweltmedizinischer (und klimawandelbedingter) Themen sollte das Wissen aller in der pädiatrischen Praxis Tätigen erweitert werden. Eine dazu notwendige Strategie ist die Stärkung der nichtärztlichen Assistenzberufe.

Klimawandel in Deutschland – was passiert bei uns?

Während sich die globale Mitteltemperatur im Vergleich zur vorindustriellen Zeit um ca. 1,0 Grad erhöht hat (First 2019), ist in Deutschland bereits eine Steigerung um 1,5 Grad zu beobachten (1,3 bis 1,6 Grad), wobei die Erwärmung im Süden und Westen Deutschlands stärker ausfällt als im Norden und Osten (UBA 2019).

Den bisherigen Temperaturanstieg in Deutschland hat der Graphiker Ed Hawkins mithilfe der Daten des Deutschen Wetterdienstes eindrücklich dargestellt (Abb. 1).

Dieser Temperaturanstieg hängt von anthropogenen Treibhausgasemissionen ab, deren Konzentration in der Atmosphäre kontinuierlich ansteigt. Um eine Prognose für die weitere Temperaturentwicklung abbilden zu können, rechnen Modelle mit unterschiedlichen Szenarien (einer starken Verringerung des CO₂-Ausstoßes und einem unveränderten Ausstoß).

Die Modelle zeigen, dass auch bei einer starken Reduzierung der Emissionen um 50% mit einem weiteren Anstieg der globalen Mitteltemperaturen auf 2,0 Grad gerechnet werden muss (DWD 2020). Das

(1) AG Globale Umweltgesundheit, Institut und Poliklinik für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin, Klinikum der Universität München, LMU, München

(2) Deutsche Akademie für Prävention und Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter, Bochum

(3) Institut für Public Health, Medical Decision Making und Health Technology Assessment, Department für Public Health, Versorgungsforschung und Health Technology Assessment, UMIT- Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik, Hall i.T., Österreich

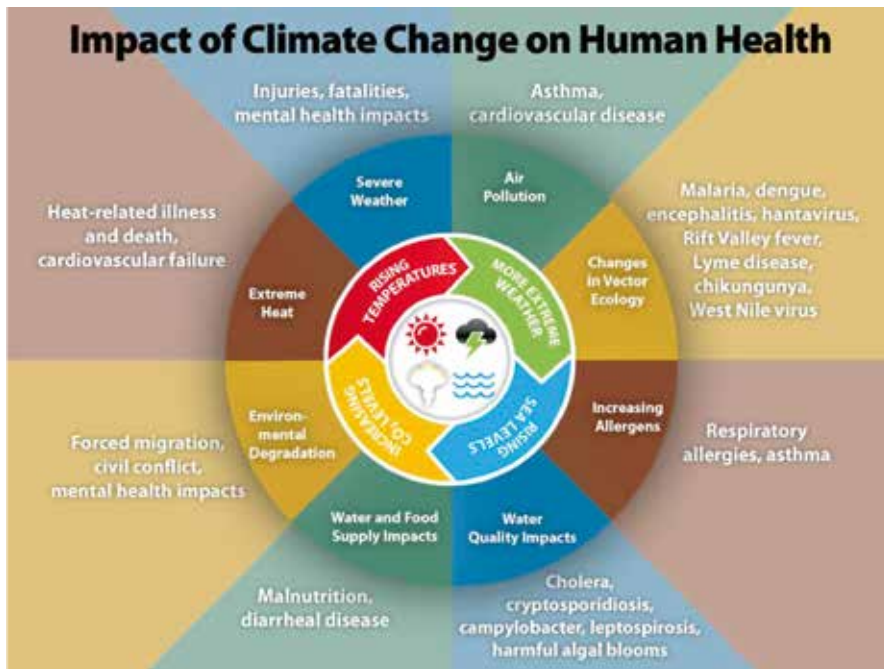


Abb. 2: Auswirkungen des Klimawandels auf die menschliche Gesundheit (<https://www.cdc.gov/climateandhealth/effects/default.htm>) (Luber et al. 2014)

bedeutet, dass beispielsweise die durchschnittlichen Sommertemperaturen in Deutschland bis 2050 um 1,5 bis 2,5 Grad wärmer als im Jahr 1990 sein werden (DWD 2020). Auch der bisherige Trend mit einer steigenden Anzahl von Hitzetagen und Hitzeperioden wird sich fortsetzen (First 2019, WMO 2019, Deutschländer and Mächel 2017, Augustin et al. 2017).

Diese Temperaturentwicklungen haben, neben der Hitze- und einer vermehrten UV-Belastung der kindlichen Haut, auch Auswirkungen auf die Vegetationszeiten von Pflanzen, teilweise mit früherer Pollenproduktion, das Einwandern neuer Pflanzenarten wie der allergenpotenten, beifußblättrigen Ambrosie und neuer Insektenpezies, die als Krankheitsvektoren dienen können. Auch die sommertags verschlechterte Luftqualität mit höherer Ozon-, teilweise auch Stickstoffdioxid- und Feinstaubbelastung sowie das Auftreten von Dürre-/Trockenperioden oder extremer Niederschlagsereignisse wie Starkregen, bedingt durch eine verstärkte Verdunstung mit mehr Feuchtigkeit in der Atmosphäre, belasten die kindliche Entwicklung und Gesundheit (siehe Abbildung 2) (Anderko et al. 2019).

Der Klimawandel betrifft letztlich alle Lebens- und eine Vielzahl weiterer Bereiche, z. B. Land-, Forst- oder die Wasserwirtschaft, in denen Anpassungsmaßnahmen an die Klimawandelfolgen dringend nötig sind. Gesundheit ist hierbei

ein Querschnittsthema, sodass die klimawandelbedingte Betroffenheit anderer Bereiche stets auf unsere Gesundheit wirkt (Luber et al. 2014).

Klimawandel und Kindergesundheit

Kleinkinder und Kinder leiden aus verschiedenen Gründen am stärksten unter den gesundheitlichen Konsequenzen des Klimawandels. Der kindliche Organismus befindet sich in der Entwicklung; so sind das Atmungs- oder das Immunsystem noch nicht voll ausgebildet und werden dadurch stärker als bei Erwachsenen durch Umweltstressoren beeinflusst. Aufgrund des Verhältnisses von Körperoberfläche zu Körpermasse nehmen Kinder, relativ gesehen, mehr Umweltstressoren wie Allergene oder Luftschadstoffe auf als Erwachsene. Hinzu kommen eine schnellere Atmung und teilweise schlechtere Abbau- und Ausscheidungsmöglichkeiten (Heindel et al. 2015, Anderko et al. 2019).

Verglichen mit Erwachsenen verbringen Kinder einen größeren Teil ihrer Zeit draußen – sie sind somit klimawandel(mit) bedingten Umweltexpositionen wie Hitze, UV-Strahlung, Luftschadstoffen und Allergenen in einem stärkeren Maße ausgesetzt, während sie gesundheitsgefährdende Situationen (noch) nicht einschätzen und verstehen können und diese so-

mit nicht aus eigenem Antrieb verlassen oder vermeiden (können) (Anderko et al. 2019). Da auch die Thermoregulationsfähigkeit bei Kindern noch nicht voll ausgeprägt ist, der Körper zur Wärmeableitung aufgrund des Verhältnisses Körperoberfläche zu Körpermasse mehr arbeiten muss und die Schweißproduktion geringer ist, neigen sie eher zur Überhitzung, als gesunde Erwachsene (Eis et al. 2011, Anderko et al. 2019, Basagaña et al. 2011).

Anpassungsstrategien an den Klimawandel in der Pädiatrie

Derzeitige Klimafolgen, wie beispielsweise Wetterextreme, werden nicht wieder enden, sobald die CO₂-Emissionen sinken, sondern darüber hinaus für Jahrhunderte bestehen bleiben (First 2019). Klimaschutz und auch die langfristige und effektive Klimaanpassung werden vor diesem Hintergrund immer bedeutsamer. Bereits 2008 hat die Bundesregierung deshalb die Deutsche Anpassungsstrategie an den Klimawandel (DAS) auf den Weg gebracht (BMU 2008) und zahlreiche innovative Ideen aus unterschiedlichen Handlungsfeldern gefördert.

Unsere **Arbeitsgruppe Globale Umweltgesundheit** am Klinikum der Universität München hat im Rahmen der DAS-Strategie zusammen mit Kooperationspartnern aus pädiatrischen Berufsverbänden und Fortbildungsanbietern {Bundesärztekammer (BÄK), Bayerische Landesärztekammer (BLÄK), Berufsverband Kinder- und Jugendärzte (BVKJ), Deutsche Akademie für Prävention und Gesundheitsförderung (DAPG), Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin (DGKJ), Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ), Gesellschaft für Pädiatrische Allergologie und Umweltmedizin (GPA)} die Gesundheitsfolgen des Klimawandels innerhalb der folgenden Schwerpunkte als ärztliche Fortbildung aufbereitet (siehe Abbildung 3):

- Auswirkungen des Klimawandels auf die Gesundheit
- Sommerhitze – eine besondere Belastung
- UV-Schutz nur im Sommer? Prävention von Hautkrebs
- Neue Allergene – neue Allergien & Asthma
- Luftschadstoffe & Atemwegserkrankungen

BERUFSFRAGEN

- Infektionskrankheiten & reisemedizinische Aspekte
- Extremes Wetter – welche seelischen Folgen hinterlassen Stürme & Überschwemmungen?

Die Fortbildungseinheiten wurden seit 2017 bundesweit im Rahmen pädiatrischer Kongresse und von Qualitätszirkeln angeboten, sodass bereits über 1.000 Kinder- und Jugendärzte hinsichtlich der gesundheitlichen Folgen des Klimawandels fortgebildet wurden. Ein starkes Interesse bestand für die Themen „Neue Allergene – neue Allergien & Asthma“ sowie für die infektiologischen Folgen, die der Klimawandel mit sich bringt. Die in diesem Zusammenhang auftretenden reisemedizinischen Fragen wurden ebenfalls erörtert. Weitere Informationen, Audios zu den Vorträgen etc. stehen auf www.klimawandelundbildung.de zur Verfügung (Abbildung 3).

Klimawandel und Kinder- gesundheit – wie kann das mittelfristig in die pädiatrische Praxis integriert werden?

Die geförderte Dauer des Klimawandels- und Bildungsprojektes von über drei Jahren Laufzeit hat sich als große Chance erwiesen, das Angebot in unterschiedliche Fortbildungsformate für Pädiater zu integrieren. Aber kann die Teilnahme an einer einmaligen Fortbildung der

Relevanz der Thematik Rechnung tragen? Welchen Stellenwert nehmen derzeit klimawandelbedingte Gesundheitsrisiken, deren Behandlung, aber auch deren Prävention, in der kinder- und jugendärztlichen Praxis ein?

Die Kinder- und Jugendarztpraxis ist insbesondere in den ersten Lebensjahren das entscheidende Setting im Gesundheitswesen, um Kinder und deren Familien zu erreichen. Mit einer Inanspruchnahme von über 90 % der Vorsorgeuntersuchungen gilt die pädiatrische Praxis als wichtige Institution, um nicht nur potentielle Entwicklungsverzögerungen und Erkrankungen frühzeitig zu diagnostizieren und ggfs. kurativ zu behandeln, sondern auch um gesundheitsrelevantes Wissen und Präventionsinhalte zu vermitteln. Die angebotenen Vorsorgeuntersuchungen sind deshalb der geeignete Rahmen, um Präventionsgespräche, auch zu klimawandelbedingten Gesundheitsgefahren, zu führen sind.

Allerdings ist der Zeitrahmen von durchschnittlich 27 Minuten sowie die EBM-Vergütung deutlich limitiert. Der Deutsche Ärztetag hat deshalb im Mai 2019 gefordert, zukünftig das Präventionsgespräch als Weiterentwicklung des Präventionsgesetzes als eigene Leistung abrechenbar zu machen (Ärztetag 2019). Bei einer Umsetzung in den EBM wäre es dann auch in der Kinder- und Jugendarztpraxis möglich, klimawandelbedingte

Gesundheitsrisiken zu thematisieren und vergleichbar mit einer Klimasprechstunde Kinder, Jugendliche und deren Eltern aufzuklären und zu motivieren. Denn durch die gezielte Ansprache und Aufklärungsangebote können präventives Verhalten erhöht und Ängste angesprochen werden. (Macpherson and Wynia 2017)

Eine dazu notwendige weitere Strategie ist die **Stärkung der nichtärztlichen Assistenzberufe im Präventionsbereich**. Medizinische Fachangestellte übernehmen bereits Präventionsarbeit in der pädiatrischen Praxis, beispielsweise in Form von Beratungsgesprächen zur Muttermilchernährung, Beikosteneinführung oder Unfallprävention. Eine speziell für MFAs konzipierte Fortbildung ist die der Präventionsassistentin (www.dapg.info). Vor dem Hintergrund der steigenden Bedeutung umweltmedizinischer (klimawandelbedingter) Themen sollte das Wissen aller in der pädiatrischen Praxis Tätigen erweitert werden. Denn es gilt insbesondere Eltern zu motivieren, wie sie die Gesundheit ihrer Kinder mit gezielten Maßnahmen schützen können.

Damit wird auch die Kernbotschaft des von der Bundesärztekammer mitherausgegebenen Policy Briefes „Lancet Countdown on Climate Change and Health“ (Watts et al. 2019) vom November 2019 unterstützt:

Die Erkenntnis, dass der Klimawandel eine zunehmende Gesundheitsbedrohung darstellt, muss allgemein verstanden werden, um dann schleunigst zu handeln. Rasche Einbeziehung von Klimawandel und „Planetary Health“ in die Lehrpläne aller Gesundheits- und medizinischen Fakultäten, sowie in die Aus-, Fort- und Weiterbildung aller Gesundheitsberufe, muss sichergestellt werden. (Bundesärztekammer 2019).

Denn die bereits bestehenden Klima- und somit auch Gesundheitsfolgen (siehe Abbildung 2) werden nicht wieder enden, sobald der menschengemachte CO₂-Ausstoß sinkt.

Literatur beim Verfasser

Korrespondenzanschrift:

Dr. med. Thomas Lob-Corzilius,
Allergologie, Kinderpneumologie,
Umweltmedizin
49078 Osnabrück
E-Mail: thlob@uminform.de

Red.: WH



Abb. 3: Kooperationspartner sowie Aufbau und Inhalte der Fortbildung Klimawandel und Gesundheit

Reform Sozialgesetzbuch VIII

Dialogprozess – Mitreden – Mitgestalten

In Deutschland leben 21,9 Millionen Kinder und Jugendliche zwischen 0-27 Jahren. Zielgruppe des Gesetzes sind rund 1,5 Millionen dieser Bevölkerungsgruppe, die zusätzlichen Unterstützungsbedarf haben: 1,1 Millionen Kinder wachsen in Deutschland unter schwierigen sozialen Bedingungen auf und sind darauf angewiesen, dass staatliche Stellen sie und ihre Familien unterstützen. Das gilt zum Beispiel für Kinder, die in Heimen groß werden oder für Kinder, deren Familien nicht für sie so sorgen können, wie es nötig wäre. 360.000 Kinder und Jugendliche haben eine seelische und/oder körperliche Behinderung.

Bisher sind nur rund 100.000 Kinder mit einer seelischen Behinderung durch das Kinder- und Jugendhilferecht erfasst. Die ca. 260.000 Kinder und Jugendliche mit einer geistigen oder körperlichen Behinderung sind bisher durch die sogenannte „Behindertenhilfe“ erfasst. 31.000 sogenannte „Careleaver“ werden aus der Kinder- und Jugendhilfe nach Erreichen des 18. Geburtstages entlassen; sie brauchen jedoch weiterhin Betreuung und Unterstützung. (aus einer Pressemitteilung des BMFSFJ vom 10.12.2019)*



Dr. Sigrid Peter

Prof. Dr. Ute Thyen

Dr. Gabriele Trost-Brinkhues

Startschuss für den Entwurf eines neuen Kinder- und Jugendstärkungsgesetzes

Die wichtigsten Ziele bei der Erarbeitung des neuen Kinder- und Jugendstärkungsgesetzes sind:

1. Mehr Beteiligung von jungen Menschen, Eltern und Familien
2. Besserer Kinder- und Jugendschutz
3. Stärkung von Pflege- und Heimkindern
4. Mehr Prävention vor Ort
5. Hilfen aus einer Hand für Kinder und Jugendliche mit und ohne Behinderungen

Das **Sozialgesetzbuch VIII** regelt die Leistungen und Aufgaben der Kinder und Jugendhilfe. Dazu gehören unter anderem die Jugendarbeit und die Jugendsozialarbeit, die Familienbildung und -beratung, die Kindertagesbetreuung, die so genannten „Hilfen zur Erziehung“, die Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche mit seelischer Behinderung oder auch die Hilfe für junge Volljährige. Auch der Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung, die Inobhutnahme durch das Jugendamt, die Heimaufsicht oder die Amtsvormundschaft werden im Sozialgesetzbuch VIII geregelt. Der Reformbedarf im SGB VIII ist lange erkannt. Mit dem Dialog- und Beteiligungsprozess wurde nun sichergestellt, dass alle Perspektiven in die Erarbeitung des Gesetzes zur Reform einbezogen werden.

Die Weiterentwicklung des Kinder- und Jugendhilferechts auf Basis des in der letzten Legislaturperiode beschlossenen Kinder- und Jugendstärkungsgesetzes mit dem Ziel, ein wirksames Hilfesystem zu schaffen, war Grundlage des **Dialogprozesses Mitreden – Mitgestalten**. „Ziel muss ein wirksames Hilfesystem sein, das die Familien stärkt und Kinder vor Gefährdungen schützt. Das Kindeswohl ist dabei Richtschnur. Die Unterstützung und Stärkung der elterlichen Erziehungsverantwortung bleibt Anspruch und Auftrag der Jugendhilfe. Die enge Kooperation aller relevanten Akteure muss einen stärkeren Stellenwert einnehmen. Dazu gehört auch im Interesse von fremduntergebrachten

Kindern die Elternarbeit und die Qualifizierung und Unterstützung von Pflegeeltern“ (aus dem Koalitionsvertrag 19. Legislaturperiode).

Die Zukunft der Kinder- und Jugendhilfe wurde unter Beteiligung von Expertinnen und Experten aus kommunaler, Landes- oder Bundesebene, in Fachverbänden und Fachorganisationen, in Wissenschaft und Forschung, bei öffentlichen Trägern, in der Kinder- und Jugendhilfe, in der Behindertenhilfe und in der Gesundheitshilfe, die Verantwortung für ein gutes Aufwachsen von Kinder und Jugendlichen übernehmen, diskutiert und abgestimmt.

Die **kinder- und jugendärztlichen Verbände** waren durch PD Burkhard Rodeck (DGKJ), als dessen Vertreterin Professorin Ute Thyen (DGSPJ), Dr. Gabriele Trost-Brinkhues (BVÖGD) am Dialog beteiligt. Der BVKJ war durch Dr. Sigrid Peter in alle Stellungnahmen und einzelne Sitzungen eingebunden.

Als Ressourcen standen dem Dialogprozess Daten und Fakten zur Verfügung, die von einer Unterarbeitsgruppe bereitgestellt wurden, sowie die Ergebnisse aus verschiedenen Dialogprozessen, die seit dem Koalitionsbeschluss stattgefunden hatten und zum Teil noch andauern.

- Dialogforum zur Zukunft der Kinder- und Jugendhilfe (organisiert durch den Deutschen Verein – kein Abschlussbericht)
- Dialogforum Pflegekinderhilfe (organisiert durch die Internationale Gesell-

schaft für erzieherische Hilfen IGFH, bislang kein Abschlussbericht)

- Dialogforum „Bund trifft kommunale Praxis“ (gefördert durch das BMFSFJ - Diskussionsergebnisse auf der Homepage des Difu)

AG Kinder psychisch kranker Eltern (Federführung durch BMFSFJ) - Ergebnisbericht unter <https://www.ag-kpke.de/arbeitsgruppe/berichte-und-expertisen>

Langwieriger Prozess

Von November 2018 bis November 2019 lief der vom BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) koordinierte Dialogprozess. Mitreden – Mitgestalten. Federführend war die parlamentarische Staatssekretärin Frau Caren Marks. Klare Meinungsbilder zur Frage der Verbesserungen für die Situation von jungen Menschen und ihren Familien war das Ziel. Das Ergebnis soll die Grundlage für die hierfür notwendigen gesetzlichen Änderungen im Kinder- und Jugendhilferecht sein.

Die fünf Sitzungen der Arbeitsgruppe SGB VIII: Mitreden – Mitgestalten wurden von ca. 70 Mitgliedern getragen. Die Arbeitsgruppe wurde unterstützt durch die Unterarbeitsgruppe Quantifizierung und Statistik mit ca. 25 Teilnehmern. An den Sitzungen nahmen viele Akteure teil, die bereits in den bisherigen Arbeitsgruppen aktiv waren. Die hohe zeitliche Inanspruchnahme und die zum Teil mangelnde Bündelung der Prozesse wurde immer wieder von Kollegen der Verbände, besonders aus dem Bereich der Gesundheitshilfe, kritisiert.

Grob geschätzt sind in 2018-2019 etwa 50 Personenarbeitstage allein aus den kinder- und jugendmedizinischen Verbänden in die Begleitung und Unterstützung des Prozesses geflossen. Ohne die Vertretung von klinisch tätigen Ärzte/Innen oder Fachleuten wären die Diskus-

sionen jedoch nicht zielführend gewesen. Genau aus dieser Gruppe konnten konkrete praktische Erfahrungen und die Rückmeldungen von Familien helfen, Schnittstellen besser zu identifizieren. Auch die Stellung der Ärzte als erste Anlaufstelle für Familien und ihre Herausforderungen, deren Aufgaben als Lotsen für Familien in einem oft undurchdringlich wirkenden sozialrechtlichen Dickicht zu dienen, wurde deutlich gemacht. Akteure beider Seiten, Betroffene und begleitende Ärzte benötigen Entlastung durch Zusammenführung, Vereinfachung, mehr Beteiligung und Bürokratieabbau.

Mittels Online-Konsultationen konnten Kommentare und Hinweise von Fachkräften aus der Kinder- und Jugendhilfe und anderen professionellen Akteuren aufgenommen werden. Fachkräfte der freien und öffentlichen Kinder- und Jugendhilfe und der Eingliederungshilfe sowie Akteure aus angrenzenden relevanten Arbeitsfeldern (z.B. Schule, Kita, Familiengericht) haben ihre Perspektiven auf die Kinder- und Jugendhilfe, aber auch im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitforschung in Fokusgruppen und Interviews eingebracht. Ihre Sichtweisen und Standpunkte werden systematisch mit Blick auf systemische und strukturelle Veränderungsbedarfe ausgewertet und fließen in das weitere Verfahren zur Modernisierung der Kinder- und Jugendhilfe ein. Auch Betroffene (Kinder, Jugendliche, junge Erwachsene) kamen mittels Fokusbefragungen zu Wort.

Fünf Leitthemen wurden identifiziert

- Mehr Beteiligung von jungen Menschen, Eltern und Familien
- Besserer Kinderschutz und mehr Kooperation
- Stärkung von Pflege- und Heimkindern
- Prävention im Sozialraum stärken
- Mehr Inklusion/wirksames Hilfesystem/weniger Schnittstellen

Der letzte Punkt, der nicht Gegenstand der Koalitionsvereinbarungen war, ist sicher auch dem öffentlichen Appell für eine inklusive Jugendhilfe zu verdanken; die kinder- und jugendärztliche Verbände haben diese als Erstunterzeichner mit getragen.

<https://www.kinderaerztliche-praxis.de/a/appell-exklusion-beenden-kinder-und-jugendhilfe-fuer-alle-jungen-menschen-und-ihre-familien-2055788>

Am 10.12.2019 hat Bundesministerin Dr. Franziska Giffey in einer Fachkonferenz mit 230 Expertinnen und Experten den **Abschlussbericht „Mitreden-Mitgestalten“** von der parlamentarischen Staatssekretärin Caren Marks entgegengenommen.

Alle Berichte finden Sie unter der Onlineplattform www.mitreden-mitgestalten.de

Fazit

Es ist der Start für die Erarbeitung einer gesetzlichen Änderung des Kinder- und Jugendhilfegesetzes. Aus allen Protokollen, zahlreichen Stellungnahmen und Expertisen wurde der Abschlussbericht mit konkreten Empfehlungen für die Reform des SGB VIII erstellt. Die Gesetzesvorlage soll im Frühjahr 2020 vorgestellt werden.

** Nachbemerkung: Die Autoren halten die vom BMFSFJ genannten Zahlen der hilfebedürftigen Kinder und Jugendlichen für zu gering (vorliegende Zahlen von Schuleingangsuntersuchungen). Sie begrüßen jedoch die Anstrengungen durch die Reform des SGB VIII alle Betroffenen zu erreichen.*

Korrespondenzanschrift:

Dr. Sigrid Peter
Vizepräsidentin BVKJ
10115 Berlin
E-Mail: sigrid.peter@bvkj.de

Red.: WH

KINDER- UND JUGENDARZT im Internet

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

www.kinder-undjugendarzt.de



Dort steht Ihnen ein kostenloser Download zur Verfügung.

Information aus der KBV

Ambulante Weiterbildung auf dem Vormarsch – Junge Ärzte an Niederlassung interessiert

Ärzte, die sich für eine ambulante Weiterbildung interessieren, werden immer jünger. Das ist ein Ergebnis des Evaluationsberichts 2018. Damit ist zu erwarten, dass ärztlicher Nachwuchs perspektivisch früher in die ambulante Versorgung einsteigt. Während das Durchschnittsalter der Ärzte in Weiterbildung (AiW) im allgemeinmedizinischen Bereich 2016 noch 40,3 betrug, lag es 2018 bei 38,3 Jahren. Die Mediziner in der Weiterbildungsförderung der weiteren Facharztgruppen sind im Durchschnitt 35,2 Jahre alt – ein Jahr jünger als zum Förderstart in 2016.

Förderprogramm zeigt Wirkung

„Das vor vier Jahren im V. Sozialgesetzbuch verankerte erweiterte Förderprogramm Weiterbildung zeigt somit Wirkung“, resümiert der stellvertretende KBV-Vorstandsvorsitzende Dr. Stephan Hofmeister. Damit sei die Weiterbildung umfassender und attraktiver gefördert worden. So sei unter anderem die Zahl der Förderstellen angehoben und der **monatliche Förderbetrag von 3.500 auf 4.800 €** erhöht worden.

Kinder- und Jugendmedizin beliebt

Insgesamt wurden in den weiteren Facharztgruppen 1.621 AiW (736 Vollzeitstellen) in 2018 gefördert. Davon strebten **24 Prozent einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin**, 17 Prozent einen Facharzt für Augenheilkunde an. Jeweils 15 Prozent wollten in den Fachgebieten Dermatologie und Gynäkologie tätig sein. **Generell etabliert sich die ambulante Weiterbildung immer mehr**, was unter anderem an der hohen Nachfrage nach Förderstellen bei Fachärzten abzulesen ist.

72 Prozent der AiW sind Frauen

Rund 280 Millionen € flossen für die Weiterbildung 2018 in die von Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und Krankenkassen paritätisch finanzierten Gehaltszuschüsse im vertragsärztlichen Bereich, davon rund **42 Millionen für Weiterbildungsstellen in der fachärztlichen Versorgung**. Die Anzahl aller geförderten Ärzte in Weiterbildung hat in 2018 gegenüber dem Vorjahr um insgesamt 14,8 Prozent zugenommen.

Etwa 72 Prozent aller AiW sind weiblich, was verglichen mit den vergangenen Jahren eine relative Konstante darstellt. Dagegen setzt sich der 2015 einsetzende **Trend mit zunehmender Teilzeitbeschäftigung** fort: Während 2015 noch 31 Prozent in Teilzeit beschäftigt waren, betrug deren Anteil 2018 41 Prozent.

Regionale Auswahl bei weiteren Fachgruppen

Bundesweit werden derzeit mindestens 7.500 allgemeinmedizinische Weiterbildungsstellen für den ambulanten und stationären Bereich gefördert. Weitere **2.000 Stellen stehen jährlich ausschließlich für die ambulante Weiterbil-**

dung von Fachärzten anderer Fachgruppen wie Augenheilkunde, Kinder- und Jugendmedizin oder Gynäkologie bereit.

Welche Fächer es konkret sind, legen die KVen gemeinsam mit den Krankenkassen vor Ort fest. So haben sie die Möglichkeit, Ärzte in den Fachgruppen weiterzubilden, die in der Region im ambulanten Bereich besonders benötigt werden.

Gehaltszuschuss für Ärzte in Weiterbildung

Der **monatliche Gehaltszuschuss für Ärzte in Weiterbildung beträgt im ambulanten Bereich je Vollzeitstelle 4.800 €** und orientiert sich damit an der im Krankenhaus üblichen Vergütung. In der allgemeinmedizinischen Weiterbildung gibt es weitere Zuschüsse, wenn die weiterbildende Praxis in einem unterversorgten Gebiet (500 Euro) oder in einem von Unterversorgung bedrohten Gebiet liegt (250 Euro).

Link: https://www.kbv.de/html/1150_44034.php

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

Der Honorarausschuss informiert

Zukunft von EBM und GOÄ: Einheit oder Koexistenz der Gebührenordnungen

Die Koalitionspartner hatten es schon frühzeitig festgelegt: Um den Streit um die Einheitsgebührenordnung im Rahmen einer Bürgerversicherung nach SPD-Wunsch und die Beibehaltung des dualen Versicherungssystems nach CDU-Wunsch nicht primär in die Koalition zu tragen, sollte eine wissenschaftliche Kommission zunächst Fakten liefern, was rechtlich und wirtschaftlich aber auch medizinisch umsetzbar wäre.

Die Ergebnisse dieser **Wissenschaftlichen Kommission für ein modernes Vergütungssystem (KOMV)** liegen jetzt vor.



Dr. Marcus Heidemann

Die unendliche Geschichte der GOÄ – Papier der KOMV liegt vor

Nach ärztlicher Auffassung ist die alte GOÄ längst überholt und muss zwingend durch eine modernisierte wie auch preislich angepasste neue GOÄ ersetzt werden. Gesundheitsminister Spahn hat aber bereits früh zu Protokoll gegeben, das sei mit diesem Koalitionspartner vermutlich nicht zu machen. Insofern wurde das Ergebnis der von der Koalition beschlossenen KOMV mit Spannung und zum Teil auch mit Befürchtungen erwartet. Seit Ende Januar liegt das Ergebnis der Kommission nun auch öffentlich vor.

Entstanden ist ein über **200-seitiges Gutachten**, das nicht nur (berufs-)politische Grundlage der weiteren Diskussionen über die Fortentwicklung der ärztlichen Vergütung ist, sondern auch, insbesondere in den einleitenden Teilen, eine recht gute und verständliche Übersicht

über die geschichtlichen Grundlagen der Abrechnung und insbesondere auch über die rechtlichen und wirtschaftlichen Grundlagen und Beziehungen im System der vertragsärztlichen wie auch der privatärztlichen Abrechnung enthält. Eine Lektüre dieses teils kann interessierten Kollegen somit durchaus auch zur allgemeinen Information empfohlen werden.

Entscheidend sind aber ganz sicher die Passagen, die zur Zukunft der Vergütung Stellung beziehen, inwieweit eine Vereinheitlichung medizinisch möglich, wirtschaftlich sinnvoll und rechtlich zulässig ist. Dies sind die Kernfragen, die die Politik im Auftrag an die KOMV klar formuliert hat.

Keine einheitliche Gebührenordnungen

Die KOMV empfiehlt im Ergebnis ausdrücklich, keine vollständig einheitliche Gebührenordnung, sondern eine „partielle Harmonisierung“, das heißt, dass gewisse Elemente und Strukturen gemeinsame Grundlage sein sollen und auch gemeinsam weiterentwickelt werden sollen. Gemeinsam könnten beispielsweise die Leistungslegenden und auch die relative Kostenbewertungen, das heißt das Verhältnis der Leistungsbewertungen zueinander, gestaltet werden. Unterscheiden würden sich aber die Preise, die für eine Leistung gezahlt würden. Bedeutet eine Leistung A, die in der GOÄ doppelt so teuer wäre wie Leistung B, würde auch im EBM doppelt so viel einbringen wie B, aber insgesamt ggf. auch deutlich schlechter bezahlt werden als in der GOÄ.

In einer vollständigen Vereinheitlichung der Systeme sieht die KOMV keine Lösung. Zu hoch seien die rechtlichen aber auch die wirtschaftlichen Hürden und zu unüberschaubar die dadurch ausgelösten Effekte, die eben nicht nur Gerechtigkeit schaffen würden, sondern auch ggf. neue Fehlanreize und Ungerechtigkeiten schaffen könnten.

So wird auch bei einer einheitlichen Vergütungshöhe nicht ausgeschlossen, dass es zahlungskräftige Patienten gibt, die sich für höhere Zahlungen eine priorisierte Behandlung erkaufen könnten. Hierdurch könnten auch aus Sicht der Kommission die Gerechtigkeitsaspekte konterkariert werden. Eine unterschiedliche Vergütung beinhaltet auch die Möglichkeit, regionale Aspekte weiter zu berücksichtigen und somit auch regionale Anreize zu setzen.

Vorteile sieht die KOMV im Rahmen der partiellen Harmonisierung vor allem in Synergien bei der gemeinsamen Grundlage der Gebührenordnungen. Die KOMV sieht die Notwendigkeit in beiden Systemen bestehende Fehlanreize (Über- und Unterversorgung) zu beheben. Auch der Qualitätssicherungseffekt, der im KV-System deutlich betonter vorkommt als in der privatärztlichen Welt, sei in der Vereinheitlichung positiv zu bewerten.

Bewertung des KOMV-Papiers unterschiedlich

Direkt nach der Veröffentlichung des KOMV-Ergebnisses kam es zu zahlreichen Stellungnahmen unterschiedlicher Organisationen und Personen. Hierbei

wurde deutlich, dass die partielle Harmonisierung im Wesentlichen auch nur eine sehr begrenzte partielle Zustimmung nach sich zog. Viele konnten im Ergebnis etwas finden, das ihren Vorstellungen entsprach, somit ggf. gelobt und hervorgehoben wurde.

Schwerpunkt der Äußerungen war aber oft, dass die konkrete Umsetzung eher kompliziert und wenn dann nur sehr langfristig möglich wäre. Eine Umsetzung zöge einen jahrelangen Reformprozess nach sich, der durch unterschiedlichste Interessen nur schwer und langsam zu steuern sei.

Auffallend ruhig und eher kritisch waren die Äußerungen der Bürgerversicherungs-Befürworter, so twitterte Karl Lauterbach: „Der Vorschlag der Kommission ist nicht im Ansatz ein Schritt Richtung Bürgerversicherung, eher das Gegenteil. Die gleiche Behandlung würde beim gleichen Arzt für den PKV-Versicherten doppelt so gut bezahlt, und der Steuerzahler kommt zum größten Teil dafür auf. So geht es nicht“.

Dies kann aus Sicht der Ärzteschaft eher als deutliche Beruhigung gewertet werden, dass auch der jetzt fertig gestellte GOÄ-Entwurf nicht als Schritt in die Bürgerversicherung betrachtet werden kann.

Was bedeutet das KOMV-Ergebnis nun insbesondere für die Weiterentwicklung der GOÄ aus Sicht der BÄK?

Die Bundesärztekammer, die kurz nach der Veröffentlichung der KOMV die Berufsverbände bei einem Termin in Berlin zum aktuellen Stand informiert hat, sieht in dem Konzept keine kurzfristig umsetzbaren Inhalte. Daher fordert BÄK-

Präsident Dr. Klaus Reinhardt jetzt eine kurzfristige Umsetzung der GOÄ-Reform.

Die nun fast vollständig fertiggestellte „Neue-GOÄ“ sei jederzeit kurzfristig umsetzbar und ermögliche somit die dringend notwendige inhaltliche wie auch finanzielle Reform der Privatabrechnung. Zudem erfülle die Neue GOÄ mit einer aktuellen und modernen Leistungsbeschreibung sogar die Anforderungen der KOMV an eine grundlegende Leistungslegendierung und sei somit auch als erster Schritt in diese Richtung zu werten. Dies könne ebenfalls als Grundlage auch für Reformen in der vertragsärztlichen Vergütung dienen.

Reinhardt betonte, dass die wahrgenommenen Unterschiede zwischen den Systemen ihren Ursprung in den Mengenbegrenzungen und Leistungseinschränkungen in der vertragsärztlichen Versorgung hätten. „Folglich vermag eine einheitliche Vergütungsregelung das Missverhältnis von unbegrenztem Leistungsanspruch bei begrenzten finanziellen Mitteln in der GKV nicht aufzulösen.“

Im Weiteren zeigte die BÄK auch im Detail zusätzliche in der Neuen GOÄ Punkte erfüllte Punkte auf, die ausdrücklich KOMV-Forderungen an eine moderne Gebührenordnung entsprachen.

Fazit

Zusammenfassend lässt sich somit sagen, dass die Befürchtungen, eine Bürgerversicherung könnte durch das KOMV-Papier einen starken Schub erhalten, nicht eingetreten sind. Die KOMV hat klar herausgearbeitet, dass beide Systeme Problem haben und Fehlanreize setzen. Es besteht Reformbedarf.

Mit dem vorliegenden und auch von der PKV gewünschten „GOÄ-Neu-Ent-

wurf“ ist eine Reform der GOÄ kurzfristig umsetzbar und aus Sicht der BÄK sogar eine Grundlage für eine Reform des EBM im KOMV-Sinne gelegt. Ob sich das aber in der derzeitigen politischen Situation tatsächlich umsetzen lässt, bleibt weiterhin unklar.

Eine neue GOÄ ist zwingend auf die politische Durchsetzung durch den Gesundheitsminister angewiesen, der diese als Verordnungsgeber festsetzen müsste. Die instabile Situation der Koalition ist dabei sicher nicht förderlich, somit eine Umsetzung in dieser Legislatur weiter fraglich. Nach der nächsten Wahl steht dann wieder alles in den politischen Sternen der dann vorherrschenden Mehrheitsverhältnisse.

Bundesärztekammerpräsident Dr. Klaus Reinhardt machte aber auch deutlich, dass die Ärzteschaft einen weiteren Stillstand nicht unbegrenzt ohne deutliche Kommentierung und ggf. auch konkrete Handlungen hinnehmen werde.

Aus Sicht des BVKJ-Honorarausschusses ist die Neue GOÄ und deren baldige Einführung ebenfalls ausdrücklich zu befürworten. Auch wenn nicht klar ist, welche letzten Veränderungen der politische Prozess noch bringen könnte, so ist doch durch die Arbeit des BVKJ eine deutliche Betonung pädiatrischer Abrechnungsbedürfnisse in die GOÄ eingeflossen, von der auch die jetzt schon seit einem ganzen Berufsleben mit der alten GOÄ abrechnenden Kollegen möglichst bald profitieren sollen.

Korrespondenzanschrift:

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

Red.: WH

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.



Bericht aus dem Hauptstadtbüro

Derzeit dominiert das Corona-Virus natürlich auch das politische Geschehen. Der Präsident hat hierzu schon im Editorial berichtet. Regelmäßig finden Treffen des Krisenstabes der Regierung statt. Alles, was man hier berichten würde, wäre zum Zeitpunkt der Lektüre des Berichts veraltet – so dynamisch ist die Entwicklung. Wie schon in den Schreiben der Geschäftsstelle dargelegt, halten das Bundesgesundheitsministerium, das RKI, die BZgA und die KBV hier alle fast täglich aktualisiert auf dem Laufenden.



Kathrin Jackel-Neusser

Krisenmanagement funktioniert nicht

An dieser Stelle werden natürlich auch die systemischen Missstände deutlich: Ein chronisch unterfinanzierter öffentlicher Gesundheitsdienst – der BVKJ beklagt dies schon seit langer Zeit und immer wieder – hat es nun schwer, seinen Aufgaben nachkommen zu können. Geschlossene Kinderkliniken bzw. -stationen, zu wenig Kinder- und Jugendärzte in vielen Regionen – auch dies macht es nicht einfacher. Allen, die täglich die Patienten unter teils widrigen Bedingungen versorgen, kann man nur den größten Respekt aussprechen!

Manchmal lohnt auch ein Blick über die eigenen Grenzen. Während die Bürger hier Hamsterkäufe machen und dem Gesundheitspersonal die letzten Schutzmasken und Desinfektionsmittel wegkaufen, herrscht an anderen Orten echtes Leid. In den Flüchtlingslagern dieser Welt hungern und erfrieren auch Kinder. Die Berichte dazu – unter anderem von Ärzten ohne Grenzen e.V. – sind erschütternd und relativieren auch manches, das wir hier als problematisch empfinden.

Was wird eigentlich aus den Kinderrechten im Grundgesetz?

Im November 2019 hatte – nach jahrelanger vorheriger Diskussion über eine Aufnahme der Kinderrechte ins Grundgesetz – das Bundesjustizministerium einen Gesetzentwurf vorgelegt. Danach sollten Kinder einen Anspruch auf Förderung ihrer Grundrechte erhalten, zudem sollte eine Pflicht zur Berücksichtigung des Kindeswohls festgeschrieben werden. Die DAKJ hatte dies öffentlich begrüßt. Justizministerin Christine Lambrecht (SPD) will die Kinderrechte durch eine Änderung des Artikels 6 in das Grundgesetz aufnehmen. Innenminister Horst Seehofer (CSU) lehnte den Entwurf nun (Stand: Ende Februar) aber ab, mit der Begründung, der Entwurf sei ihm „ein bisschen zu detailliert und zu weitgehend.“ Nach RND-Informationen widersprechen auch das Kanzleramt und fast alle Unions-Ministerien dem Entwurf. Das Thema soll nun im Koalitionsausschuss beraten werden.

Elektronischer Impfpass

Der BVKJ hat das Projekt des elektronischen Impfpasses als Teil der **elektronischen Patientenakte (ePA)** von Anfang an eng begleitet (wir haben bereits berichtet). Der elektronische Impfpass ist das erste Dokument, das als medizinisches Informationsobjekt (MIO) für die ePA in der KBV definiert wird, es folgt nun das digitale Vorsorgeheft – auch hier sind wir einbezogen.

Alle durchgeführten Impfungen sind in einem Impfpass zu dokumentieren. Rechtsgrundlage in Deutschland ist hierfür § 22 Infektionsschutzgesetz, in dem die Dokumentationsinhalte konkret vorgegeben werden. Historisch bedingt ist der Impfpass ein papierbasiertes Dokument, in dem handschriftlich die durchgeführten Impfungen dokumentiert werden.

Anforderungen an den papierbasierten internationalen Impfpass (ICV – international certificate of vaccination) sind von der WHO vorgegeben. In Deutschland ist die Nutzung der WHO Vorlage nicht auf Reiseimpfungen beschränkt, sondern wird zur Dokumentation aller Impfungen genutzt (gelbes Heft).

Die elektronische Erfassung der Impfdaten bietet einige Vorteile gegenüber der papierbasierten Dokumentation. Eine zentral gespeicherte elektronische Impfdokumentation, zum Beispiel in einer Patientenakte, kann stets eingesehen und ergänzt werden. So ist ein Verlust der Daten nicht so leicht möglich, wie dies mit einem papierbasierten Impfpass der Fall sei. Ein elektronischer Impfpass kann außerdem die Datenbasis für ein Impfmanagement darstellen, beispielsweise durch einen Abgleich mit Impfpfehlungen, um zu helfen, Impfücken aufzudecken oder auch durch Erinnerungsfunktionen. In diesem Zusammenhang hat der BVKJ gegenüber der KBV auch das „best practice“ des Impfinformationssystems (IIS) angeregt.

Wie geht es weiter?

Der elektronische Impfpass ist als medizinisches Informationsobjekt nun definiert und konnte auf einer Internetseite der KBV kommentiert werden. Die Kommentierung ist seit dem 28.02.2020 beendet – alle eingegangenen Kommentare (weit über 300) werden derzeit nun von der KBV gesichtet, bewertet und bearbeitet. Zu den fachlichen und technischen Inhalten stimmt die KBV sich u.a. mit HL7, der Medizin Informatik Initiative und weiteren Berufs- und Fachexperten ab.

Kontakt: Kathrin Jackel-Neusser
Leitung Stabsstelle Politik
Fon: (030) 28 04 75 10
Mail: kathrin.jackel-neusser@uminfo.de
Red.: WH

PädExpert® – schnelle Hilfe für Ärzte und Patienten. Erfolgreiche Behandlungen ohne Wartezeit beim Experten dauern im Schnitt nur 4 Tage.

Das telemedizinische Expertenkonsil „PädExpert“ wird inzwischen von fast 1.000 Pädiatern in der Praxis eingesetzt. Der einfache Zugang – ein Internetanschluss genügt – und auch die Möglichkeit, schnell und kompetent eine Auskunft vom Experten zu bekommen, wird von immer mehr Kinder- und Jugendärzten aus Klinik und Praxis geschätzt.



Schnelle Online-Bearbeitung

In den allermeisten Fällen können die Anfragen der Allgemeinpädiater an die Experten im Netzwerk auch online gelöst werden. Im Schnitt dauert eine erfolgreiche Behandlung nur etwa 4 Tage. Teilnehmende Ärztinnen und Ärzte berichten, dass sich durch den Einsatz von „PädExpert“ die teilweise mühsame Terminfindung beim Experten deutlich reduzieren hat.

Erleichterung auch für Patienten

Für die Patienten bedeutet die Verfügbarkeit dieser telemedizinischen Anwendung in der Praxis, dass unnötige Termine beim Experten vermieden werden können. Oftmals sind solche Termine mit langen Anfahrten und Wartezeiten verbunden. Inzwischen erstatten mehr als 80 Gesetzliche Krankenkassen (GKV) die telemedizinischen Anfragen.

PraxisApp „mein Kinder- und Jugendarzt“

Die Barmer und die Betriebskrankenkassen honorieren inzwischen auch den Einsatz der **PraxisApp „Mein Kinder- und Jugendarzt“**, mit der z.B. auch digitale Tagebücher (Asthma, Rheuma, Kopf- und Bauchschmerzen, Schreibabys) via **PädExpert®** in der Praxis kontrolliert werden können.

Selbstzahlerleistungen

All diese Anwendungen werden auch von den Privaten Krankenkassen (PKV) erstattet. Im System hinterlegt ist daher auch eine „PKV-Abrechnung“, deren Leistungsziffern vom Honorarausschuss des BVKJ erarbeitet wurden. Mit dieser Vor-



Erklärung zur Behandlung mit Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL)

Name und Anschrift des Patienten: _____

Krankenkasse: _____

Behandelnder Kinder- und Jugendarzt: _____

Hinzugezogener Experte über PädExpert: _____

Ich bin Patient der o.g. gesetzlichen Krankenkasse. Ich wünsche, die folgenden Leistungen nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) als Individuelle Gesundheitsleistung in Anspruch zu nehmen (wobei mir bekannt ist, dass beide von mir in Anspruch genommenen Ärzte die nachgenannten Leistungen und Abrechnungen erstellen werden).*

Ziffer	Leistung	Steigerungssatz	voraussichtlicher Betrag
A 15	Einleitung bzw. Beantwortung einer telemedizinischen Fallkonferenz.	1,0 – 3,5	17,49 € – 61,20 €
A 60	Konsiliarische Erörterung im Bereich der Telemedizin.	1,0 – 3,5	7,00 € – 24,48 €
A 5298	Zuschlag für die Vorhaltung und Verwendung telemedizinischer Infrastruktur bei Abrechnung der Ziffern A15 und A60.	1,0	6,12 €
-	Verwaltungskosten-Pauschale	-	5,37 €

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die hierfür entstehenden Kosten nach der GOÄ abgerechnet werden. Die GOÄ kann ich in der Praxis einsehen. Das Abrechnungssystem der GOÄ ist mir erläutert worden.

Es ist mir bekannt, dass meine Krankenkasse die medizinisch notwendige Behandlung gewährt und ich hierfür – außer den gesetzlich festgelegten Zuzahlungen – keine Zahlungen leisten muss. Ich möchte jedoch die nicht von den Krankenkassen bezahlten vorgenannten Leistungen auf eigene Kosten erhalten. Dieser Wunsch ist nicht auf die Initiative meines behandelnden Arztes zustande gekommen.

Ich wurde darüber aufgeklärt, warum die vorgenannten Leistungen in meinem konkreten Fall nicht von der vertragsärztlichen Versorgung erfasst sind. Auch wurde ich über Nutzen und Kosten der Leistungen beraten. Die entsprechenden Kosten werden vermutlich nicht von meiner Krankenkasse übernommen, so dass ich den entsprechenden Betrag selbst zu zahlen habe.

lage können Patienten diese Leistungen auch als Selbstzahler in Anspruch nehmen.

„Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass viele Eltern dazu bereit sind, denn sie möchten häufig eine zeitnahe Diagnose oder eine Behandlungsoption. Oft fehlt auch die Zeit, um weitere Anschlusstermine beim Experten zu vereinbaren und dann auch wahrzunehmen. Durch den Einsatz von **PädExpert®** können wir in solchen Fällen oftmals helfen – oder der Experte kann einen zeitnahen Termin einschieben, da er über die vorgestellten standardisierten Anfragen sehr gut einschätzen kann, ob ein solcher Termin tatsächlich nötig ist oder nicht“, berichtet Dr. Martin Lang, bayerischer Landesvor-

sitzender des BVKJ aus Augsburg, von der Praxis mit dem telemedizinischen Konsil.

Anmelden können sich Pädiater aus Klinik und Praxis unter www.paedexpert.de. Die PraxisApp „Mein Kinder- und Jugendarzt“ kann unter <https://www.monks-aerzte-im-netz.de/praxisapp/praxisapp-mein-kinder-und-jugendarzt/> für die Praxis freigeschalten werden.

Korrespondenzanschrift:

Dr. Martin Lang, Landesverbandsvorsitzender des BVKJ Bayern
86150 Augsburg
E-Mail: Dr.Lang@jugendmedizin.de

Red.: WH

Datenschutz und ärztliche Schweigepflicht – Reichweite und Grenzen –

Kommunikation ist heute auf vielen Wegen möglich – persönlich, am Telefon, per E-Mail, Messenger oder über soziale Medien. Bei der Vielzahl der Kommunikationswege und der technischen Leichtigkeit des Austauschs kann man jedoch schnell die wesentliche Frage aus den Augen verlieren: „Darf ich meinem Gesprächspartner die gewünschte Auskunft überhaupt erteilen?“.

Der niedergelassene Kinder- und Jugendarzt ist im beruflichen Alltag besonders von dieser Frage betroffen. Die Behandlung minderjähriger Patienten und die Kommunikation mit den Erziehungsberechtigten steht – jedenfalls dann, wenn die Patienten bereits als einsichtsfähig betrachtet werden können – regelmäßig im Spannungsverhältnis des Informationsrechts der Eltern und der ärztlichen Schweigepflicht. Dies kann auch bei der erforderlichen Kommunikation mit Behörden, wie dem Jugendamt, eine gewichtige Rolle spielen. Daher soll der folgende Beitrag einen Überblick über die Grundsätze der ärztlichen Schweigepflicht geben.



Dr. iur. Juliane Netzer-Nawrocki

Das Patientengeheimnis ist als Teil des Rechts auf informationelle Selbstbestimmung grundrechtlich geschützt. Es dient der Schaffung und dem Schutz des Vertrauens, das für eine gedeihliche Beziehung zwischen Arzt und Patient vonnöten ist. Schon der Eid des Hippokrates verlangt von den Ärzten, über das zu schweigen, was sie anlässlich der Behandlung erfahren.

Rechtsgrundlagen

• Strafrecht und Standesregeln

Die Pflicht des Arztes, Geheimnisse der Patienten nicht weiterzugeben (Schweigepflicht), ist in mehrfacher Weise gesichert.

Zunächst ergibt sie sich aus dem **Behandlungsvertrag zwischen Patient und Arzt**. Eine Verletzung dieser Pflicht führt zu einer Schadensersatzpflicht

des Arztes gegenüber dem Patienten nach den Grundsätzen der positiven Vertragsverletzung. Dann ist die ärztliche Schweigepflicht in den jeweiligen **Berufsordnungen** geregelt. Eine Verletzung kann berufsrechtlich sanktioniert werden. Daneben wird sie auch durch das **Strafrecht** in § 203 StGB gesichert. Hier kann beim Handeln in Bereicherungsabsicht maximal eine Freiheitsstrafe von zwei Jahren (§ 203 Abs. 5 StGB), ansonsten von einem Jahr oder eine Geldstrafe verhängt werden. Als prozessuales Gegenstück wird auch ein Zeugnisverweigerungsrecht im Prozess gewährt (§ 53 StPO, § 383 Abs. 1 Nr. 6 ZPO). Durch diese Regelungen wird ein Schweigepflichtiger davor geschützt, etwas, was er geheim zu halten hat, im Prozess als Zeuge offenbaren zu müssen. Danach kann er das Zeugnis verweigern, solange er nicht von der Schweigepflicht entbunden wurde. Liegt diese Entbindung aber vor, darf er sich nicht mehr auf sein Zeugnisverweigerungsrecht berufen – er muss aussagen.

Sachlicher Umfang der Schweigepflicht

Die Verschwiegenheitspflicht erfasst nicht nur die Tatsache, dass bzw. ob ein Behandlungsverhältnis besteht, dessen Ergebnisse, Diagnostik oder die durchgeführten Maßnahmen, sondern darüber hinaus alle Informationen, die dem Kinder- und Jugendarzt während des Behandlungsverhältnisses bekannt werden.

Dokumentiert sind diese Informationen in der Patientenakte selbst. Niedergelegt sind solche Daten aber auch in Aufnahmen, Röntgenbildern und Fotos, die im Rahmen des Behandlungsverhältnisses angefertigt werden und Rückschlüsse auf die Identität des Patienten erlauben. Daher werden auch diese Daten vom sachlichen Schutzbereich der Schweigepflicht umfasst. **Beabsichtigt ein Kinder- und Jugendarzt zum Beispiel auf einem Kongress Fotos von Patienten zu zeigen, ist vorher stets die Einwilligung des Patienten einzuholen.** Ggf. kann es im Einzelfall ausreichen, dafür Sorge zu tragen, dass der Patient nicht erkannt werden kann. Dafür ist eine sorgfältige Anonymisierung aller Daten mit Personenbezug zu veranlassen.

Schweigepflichtige Personen

Die **schweigepflichtigen Personen** sind in § 203 Abs. 1 StGB aufgelistet. Ärzte werden dort ausdrücklich genannt. Nach § 203 Abs. 3 StGB werden auch alle Gehilfen des Arztes in den Kreis der schweigepflichtigen Personen einbezogen, ohne dass die Offenbarung ihnen gegenüber den Tatbestand der Verletzung der Schweigepflicht erfüllen würde – also die Sekretärin ebenso wie die MTA/MFA oder eine Ärztin im Praktikum, aber auch der Zivildienstleistende genauso wie die mitarbeitende Ehefrau.

Seit Ende 2017 dürfen die schweigepflichtigen Personen fremde Geheimnisse auch gegenüber sonstigen Personen („Dritten“) offenbaren, die an ihrer beruf-

lichen oder dienstlichen Tätigkeit mitwirken, soweit dies für die Inanspruchnahme der Tätigkeit der sonstigen mitwirkenden Personen erforderlich ist. Von dieser Erweiterung sind nun zum Beispiel auch Servicetechniker erfasst oder Leistungen, die an externe Dienstleistungsanbieter vergeben werden (z.B. Outsourcing Telefonrezeption o.ä.). Datenschutzrechtlich liegt in der Regel ein Auftragsverhältnis vor. Die Einwilligung des Patienten ist datenschutzrechtlich nicht erforderlich, da es sich aufgrund der Weisungsgebundenheit bei dem Dienstleister nicht um einen „Dritten“ im Sinne der datenschutzrechtlichen Vorschriften handelt.

Strafrechtlich wird dies nun seit der Gesetzesänderung ähnlich beurteilt. Gegenüber diesen dritten Personen liegt nämlich kein „Offenbaren von Geheimnissen“ vor. Sie werden gemäß § 203 Abs. 4 StGB selbst als schweigepflichtige Personen betrachtet. Durch die Änderung des Gesetzes wurde ein langer Streit um die Divergenz zwischen der datenschutzrechtlich zulässigen Konstruktion und der strafrechtlichen Relevanz beendet.

Entbindung von der Schweigepflicht

Der Patient kann den Schweigepflichtigen, primär den behandelnden Arzt, jederzeit von der Schweigepflicht entbinden. Dies geschieht zum Beispiel im Rahmen von Arzthaftungsprozessen, denn anderenfalls wäre eine vernünftige Beweisführung schlicht unmöglich. Die Entbindung von der Schweigepflicht kann ausdrücklich, konkludent oder auch durch ein mutmaßliches Einverständnis erteilt werden.

Sonderfall – Die Schweigepflicht gegenüber Familienangehörigen

Die Schweigepflicht gilt auch gegenüber Familienangehörigen. Auskünfte an die Familie sind also nur zulässig, wenn der Patient ausdrücklich zugestimmt hat oder von einer mutmaßlichen Einwilligung auszugehen ist. Dies stellt den Kinder- und Jugendarzt teilweise vor Probleme – insbesondere dann, wenn sich die einsichtsfähigen, aber minderjährigen Patienten aus eigenem Anlass in die Behandlung begeben haben und eine Unterrichtung der Eltern nicht wünschen.

Eine feste Altersgrenze, wann die Eltern noch zu informieren sind, besteht nicht. Teilweise wird vertreten, dass Jugendliche ab 15 Jahren eine ausreichende Verstandesreife aufweisen würden, um medizinische Entscheidungen selbst zu treffen und eigenverantwortlich zu entscheiden. Ihre Interessen seien dann höher zu gewichten und der Arzt sei verpflichtet, die Schweigepflicht auch gegenüber den Eltern zu beachten. Jedoch sollte diese Altersgrenze nur als Richtschnur und gerade nicht als starre Grenze betrachtet werden. Vielmehr sollte der Kinder- und Jugendarzt im Einzelfall bewerten, ob der Patient die Gesamtsituation – gerade auch die Folgen der Nichtunterrichtung der Erziehungsberechtigten – verantwortungsbewusst einschätzen kann. Bei der Beurteilung ist auch zu berücksichtigen, wie schwerwiegend die Erkrankung ist.

Der Kinder- und Jugendarzt wird in solchen Zweifelsfällen strafrechtlich über die Figur des rechtfertigenden Notstandes nach § 34 StGB geschützt. In der Vergangenheit spielte dies auch in Misshandlungsfällen – ggf. sogar durch die Sorgeberechtigten selbst – eine Rolle. Eine Strafbarkeit nach § 203 StGB scheidet dann zum Beispiel aus, wenn sich bei Abwägung der widerstreitenden Interessen, namentlich der körperlichen Unversehrtheit und der Freiheit des Patienten sowie demgegenüber der persönliche Lebens- und Geheimbereich des Patienten, der durch die Schweigepflicht geschützt werden soll, ein wesentliches Überwiegen des zu sichernden Schutzgutes ergibt.

Geht der behandelnde Kinder- und Jugendarzt beispielsweise vom Vorliegen einer Sexualstraftat aus, so überwiegt der Schutz der körperlichen Unversehrtheit und Freiheit des Patienten, die durch die Schweigepflicht geschützten Interessen. Der Kinder- und Jugendarzt sollte bei einer Gefährdung des Wohls der minderjährigen Patienten also ggf. die Eltern oder das Jugendamt informieren und wird diesbezüglich nicht strafrechtlich belangt werden. Entsprechende Informations- und Offenbarungsbefugnisse regelt auch § 4 des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG).

Problematischer kann sich die Situation für den Kinder- und Jugendarzt bei getrennt lebenden Erziehungsberechtigten darstellen. Hier muss die Frage geklärt werden, wer das Recht zur elterlichen Sorge inne hat, welches die Sorge

in Gesundheitsangelegenheiten umfasst. Teilen sich die Eltern das Recht zur elterlichen Sorge, darf der Arzt grundsätzlich beide Elternteile über den Gesundheitszustand informieren. **Liegt das Sorgerecht bei nur einem Elternteil, kann die Information des anderen Elternteils unzulässig sein.** In Zweifelsfällen kann die Vorlage schriftlicher Nachweise über die Sorgerechtsituation helfen.

Schweigepflicht im Rahmen der Praxiskommunikation

• Unter Ärzten Allgemein

Auch für Ärzte untereinander besteht die Schweigepflicht. Sie entfällt nicht deswegen, weil der Empfänger ebenfalls der Schweigepflicht unterliegt. Bei einer Anschluss- oder Konsiliarbehandlung ist aber im Regelfall von einer vermuteten Einwilligung des Patienten auszugehen. Gleiches gilt auch bei einer Behandlung durch eine andere Abteilung im selben Krankenhaus.

• Sonderfall Praxisverkauf

Die Übergabe der Patientenkartei beim Verkauf einer Praxis erfordert die ausdrückliche (schriftliche) Einwilligung jedes Patienten. Eine konkludente Einwilligung kann nur angenommen werden, wenn der Patient weiterhin die Praxis besucht. Eine Vertragsklausel, die eine Verpflichtung zur Weitergabe der Kartei enthält, ist wegen Verstoß gegen § 203 StGB nichtig, und kann sogar zur Nichtigkeit des gesamten Praxiskaufvertrages führen. Der bisherige Inhaber muss aber weiterhin die Unterlagen aufbewahren oder dafür Sorge tragen, dass sie sicher verwahrt sind (§ 10 Abs. 4 Musterberufsordnung für Ärzte [MBO]).

Im Praxiskaufvertrag sind daher besondere Regelungen erforderlich, die die Behandlung der Patientenkartei zwischen Abgeber und Käufer beinhalten.

Bürotechnik

Jede Übertragung von Daten birgt Risiken. Deswegen muss genau darauf geachtet werden, dass die Adresse korrekt ist, die richtigen Unterlagen im Umschlag sind, die Faxnummer stimmt oder die E-Mail-Adresse korrekt ist. Soll mit dem Patienten bzw. den Erziehungsberechtigten

per E-Mail kommuniziert werden, sind Sicherheitsmaßnahmen nach dem Stand der Technik und der Schutzwürdigkeit der Daten zu treffen. Im Verhältnis Arzt – Patient geht es um Gesundheitsdaten und damit um besondere Arten personenbezogener Daten (Art. 9 DS-GVO), die zusätzlich auch nach § 203 StGB einem besonderen (straf)rechtlichen Schutzbereich unterliegen. Daher wird überwiegend davon ausgegangen, dass eine **Transport- und eine Inhaltsverschlüsselung (Ende-zu-Ende-Verschlüsselung)** vorzunehmen ist. Ob diese Voraussetzungen über den Server der Praxis sichergestellt sind, sollte im Vorfeld mit einem IT-Fachmann geklärt werden.

Telefonische Auskünfte

Ein Sonderproblem stellen **telefonische Auskünfte** dar: Eine Auskunft darf nur erteilt werden, wenn die Identität und die Berechtigung des Anrufers zweifelsfrei feststeht. Der Arzt sollte sich bei Telefonaten mit Patienten oder Eltern also zunächst möglichst neutral rückversichern, dass er mit dem „richtigen“ Adres-

saten spricht und keine Informationen an Nichtberechtigte herausgibt. Dies könnte im Rahmen eines Anrufs dahingehend erreicht werden, dass sich der Arzt zunächst mit dem eigenen Namen meldet und sodann nachfragt mit wem er verbunden sei und ob es sich um den Vater/die Mutter des Kindes handle. Erst danach sollte auf die Behandlung des Kindes näher eingegangen werden.

Offenbarung ohne Einwilligung

Bei bestehenden Meldepflichten, zum Beispiel bei ansteckenden Krankheiten, ist eine Offenbarung persönlicher Gesundheitsdaten verpflichtend und daher ohne Einwilligung des Patienten möglich. (§§ 6 ff. Infektionsschutzgesetz [IfSG]). Der Kinder- und Jugendarzt verstößt nicht gegen seine ärztliche Schweigepflicht.

Fazit

Aufgrund des weiten Schutzbereichs der ärztlichen Schweigepflicht und der vermehrten technischen Anforderungen

an eine datenschutzkonforme Kommunikation, sollte jedenfalls die Übermittlung personenbezogener Daten auf das erforderliche Minimum beschränkt werden. Ein kritisches Hinterfragen des eigenen Umgangs mit der Verarbeitung von Patientendaten im Praxisalltag – sei es die direkte Kommunikation mit Fachkollegen, die Kommunikation mit den Erziehungsberechtigten oder auch die digitale Übersendung von Informationen, ist in Bezug auf die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht stets anzuraten.

Korrespondenzanschrift:

Dr. iur. Juliane Netzer-Nawrocki
Rechtsanwältin und Fachanwältin
für Medizinrecht
Möller & Partner – Kanzlei für
Medizinrecht (www.moellerpartner.de)
40213 Düsseldorf
E-Mail: zentrale@moellerpartner.de

*Die Anwälte der Kanzlei sind als
Justiziar der BVKJ e. V. tätig.*

Red.: WH

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 „generi-
sche 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
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, Lilienconstr. 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 „Berufs-
fragen“: 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 Mei-
nung des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V.
wieder. – Die Herstellerinformationen innerhalb der Rubrik
„Nachrichten der Industrie“ sowie die Rubrik „Seltene Erkran-
kungen“ erscheinen außerhalb des Verantwortungsbereichs
des Herausgebers und der Redaktion des „Kinder- und Ju-
gendarztes“ (Vi.S.d.P. Christiane Kermel, Hansisches Verlags-
kontor 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 Hup-
pertz, 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 Verlags-
kontor 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, Jah-
resabonnement € 117,30 zzgl. Versandkosten (€ 7,80 Inland,
€ 19,50 Ausland). Kündigungsfrist 6 Wochen zum Jahresende.

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

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

Hinweise zum Urheberrecht:

Siehe www.kinder-undjugendarzt.de/Autorenhinweise

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

Highlights aus Bad Orb

Alternativmedizin – gibt es die? Und wenn, warum?

Ein Streifzug durch die Welt der so genannten Alternativmedizin und seriöse Komplementärverfahren. Teil 1



Prof. Dr. med. Walter Dorsch

Einleitung

Die Diskussion über alternative medizinische Methoden wird aus sehr unterschiedlichen Standpunkten heraus geführt, oft tritt persönliche Verunglimpfung an die Stelle einer sachlichen Diskussion. Im Gespräch mit Eltern, Kollegen und Heilpraktikern, gilt es, den Gesprächspartner zu überzeugen, nicht darum, Recht zu haben. Dies setzt eine offene Streitkultur voraus, auf dem Boden rationalen Denkens. Wissenschaftliches Denken ist grundsätzlich ergebnisoffen, jede Außenseitermethode kann Eingang in den Kanon rationaler Behandlungsmethoden finden, sobald sie mit allgemeingültigen Methoden ihre Wirksamkeit unter Beweis gestellt hat. Andererseits darf nicht vergessen werden, dass sich die oft messianisch vorgetragene Begeisterung für Alternativmethoden oft aus trüben Quellen speist. Die Regenbogenpresse hat jahrzehntelang für fragwürdige Methoden geworben. Auch viele so genannte Fachinformationen schaffen keine Klarheit, beispielsweise die MSD Fachinforma-

tion (1) oder die Definition der Sanitas (2), einer Schweizer Versicherung, die meint: „Alternativmedizin ist eine Alternative zur Schulmedizin. Sie arbeitet ganzheitlich...“. Alles bleibt seltsam unpräzise, aber immer wieder wird der Gegensatz zwischen der apparate-, pharma- und profit-abhängigen Schulmedizin auf der einen und der ganzheitlichen, natürlichen, am Menschen insgesamt orientierten Alternativmedizin auf der anderen Seite konstruiert. Das ist Propaganda, der Begriff „Schulmedizin“ ein Schimpfwort. **Es gibt keine Alternativmedizin, die solides Fachwissen und wissenschaftliches Denken ersetzt, also eine reale Alternative darstellt.** Es gibt nur so genannte Alternativmethoden, die letzteres für sich in Anspruch nehmen. Und es gibt seriöse Komplementärverfahren, die klassische Methoden sinnvoll ergänzen.

Nur wenn wir die Existenz alternativer Fakten akzeptieren, gibt es eine Alternativ-Medizin.

Viele Krankenkassen, mancher Kollege, manches Krankenhaus und manche Politiker sehen das anders. Im Internetportal der gesetzlichen Krankenkassen (3) heißt es: „Immer mehr Menschen möchten im Krankheitsfall auch alternative Heilmethoden nutzen, immer mehr Krankenkassen kommen diesem Wunsch entgegen und übernehmen ganz oder teilweise die Kosten der Behandlung“. Zur Auswahl steht eine Fülle von Angeboten (Tab. I), es wird Seriöses mit Unseriösem vermischt, jeder kann sich bedienen. Der politisch gewollte wirtschaftliche Wettbewerb der Krankenkassen verhindert eine seriöse Auswahl.

Aber es heißt doch: „Wer heilt, hat Recht“! Reicht diese Begründung, um alle diese Methoden als empfehlenswert und ihre Wirksamkeit als wissenschaftlich nachvollziehbar einzuschätzen und sie somit zu Lasten der Sozialgemeinschaft zu finanzieren? Wohl kaum. Natürlich ist im subjektiven Erleben des Patienten der letzte Arzt immer der beste. Placebowirkungen spielen selbstverständlich in der konventionellen Medizin eine große Rolle, das ist seit langem bekannt. Nur ein Beispiel: bei jedem vierten chronisch kranken erwachsenen Patienten hilft Handauflegen, freilich nur kurz, wie vor Jahren eine Umfrage des Deutschen Allergiker und Asthma-Bundes zeigte (zitiert in 4 und 5). Wirkung in diesem Sinne zeigen auch Beschwörungrituale der Volksmedizin.

Übersicht der häufigsten Methoden

Die folgende kurze Übersicht (Tabelle 2, s.a. 5) beschränkt sich auf eine Auswahl der häufigsten Methoden.

Atemtherapie gehört zum Handwerkszeug der Kinderpneumologen, es gibt natürlich esoterische Übertreibungen.

Akupunktur ist keine Geheimwissenschaft. Ihre Wirksamkeit ist hinreichend bewiesen, allerdings nur bei wenigen der beanspruchten Diagnosen und wenigen Akupunkturpunkten. Für diese gibt es ein anatomisches Korrelat, wie man sich schnell beispielsweise durch Druck auf den Interdigitalraum I/II der eigenen Hand überzeugen kann. Für Meridiane und die Organrepräsentanz an Fußsohle und Ohr („Ohrakupunktur“ etc.) gibt es keine

Korrelate. Von vielen beanspruchten Indikationen und Wirkungen sind nur wenige gut belegt.

Dr. Bach, ein englischer Arzt, hat empfohlen, Blumen zu sammeln, denen er spezifische Wirkeigenschaften zugewiesen hat, sie über Nacht in eine Vase zu stellen und danach das Wasser zu trinken. Solange das Blumenwasser frisch ist, kann man diese Methode als harmlose, in der Apotheke aber relativ teure Autosuggestion ansehen.

Seit Jahrzehnten ist durch Hunderte von Untersuchungen bewiesen und allen seriösen Fachgesellschaften bewusst, dass **Bioresonanz**-Verfahren wertlos sind (4-6). Mit Bioresonanz-Verfahren lassen sich weder nachvollziehbare Diagnosen stellen, noch Krankheiten heilen. Das Vertrauen in derartige Techniken kann gefährlich werden, wenn in blindem Vertrauen auf lebenswichtige Notfallmedikamente verzichtet wird. **Die Bioresonanz ist seit 1986 in den USA als Betrug verboten; deutsche Krankenkassen erstatten die Kosten immerhin seit 1995 nicht mehr.** Es bereichert sich aber immer noch eine nicht unbeträchtliche Zahl von Ärzten und Heilpraktikern an Privatzahlern. Obwohl sich auch Gerichte, z.B. das Oberlandesgericht München (7) eindeutig geäußert haben, fehlt in der öffentlichen Wahrnehmung eine eindeutige und unmissverständliche Abgrenzung, auch aus unserem Kollegenkreis. Beispielsweise nennt bzw. empfiehlt die Ärztesgesellschaft für Naturheilverfahren (Physiotherapie) Berlin Brandenburg e.V. auf ihrer Website (8) unter Komplementäre Verfahren / Naturheilkundliche Diagnose- und Therapieverfahren die Verfahren Bach-Blütentherapie, Biofeedback – Training und Bioresonanz (!).

Ein Blick in die Historie; Die Bioresonanzverfahren leiten sich von der 1920 in den USA von **Albert Abrams entwickelten Radionik ab, der durch die American Medical Association dafür als „Dekan der Quacksalber des 20. Jahrhunderts“ bezeichnet** wurde. Der **Arzt und Mitbegründer der Frankfurter Sektion von Scientology, Franz Morell**, und sein Schwiegersohn, der Elektro-Ingenieur Erich Rasche, haben 1977 das Bioresonanzgerät entwickelt, das angeblich zugleich diagnostizieren und therapieren kann. Pate gestanden

hat das **E-Meter der Scientologen**, und auch für den Geräteverkauf sind zum Teil hochrangige Scientologen verantwortlich. Ursprünglich nannten die Erfinder das Verfahren nach ihren Initialen MORA. Der Name wurde unzählige Male geändert: in Biokommunikations-, Bicom-, Bioresonanz-Therapie (BRT), in Multicom- und Multiresonanztherapie; es gibt Geräte mit den klingenden Namen Vega-Select, Biophysikalische Informationstherapie (BIT), Mora-Color, Tricom, Audiocolor. Weitere Varianten sind: Diagnostische Resonanztherapie (DRT), Sequentielle Frequenzdiagnostik, Lykotronik-Therapie, SomaDyne, VegaSTT, Matrix-Regenerationstherapie und andere mehr.

Neuere Entwicklungen benutzen moderne Software und sind vorsichtiger mit ihren Heilversprechen, werden aber von Ärzten und Heilpraktikern eingesetzt, bis vor kurzem auch in Vitalia-Reformhäusern. Die **Bioscan Scalarwellenanalyse (BSWA)**, wird vom Hersteller, Institut Dr. Rilling Inc. Miami, FL 33131, USA, Hauptsitz in Baden Württemberg, Lilienthalweg 13, 72124 Pliezhausen) folgendermaßen beschrieben (10): „Die BSWA ist ein ganzheitliches Diagnose-Prinzip basierend auf den patienteneigenen Schwingungen. Durch langjährige Forschungsarbeit von namhaften Wissenschaftlern konnte festgestellt und bestätigt werden, dass jeder Mensch ein individuelles Schwingungsspektrum besitzt, das man analysieren und therapeutisch nutzen kann. Physiologische Vorgänge im Körper von Mensch und Tier werden durch elektromagnetische Schwingungen gesteuert. Auch Organe, gesund oder krank, haben ein individuelles Schwingungsspektrum. Die BSWA nutzt die körpereigenen Schwingungen, die der aktuellen, physiologischen Situation entsprechen.“ Der Vieva Vital Analyzer (Vitaltuning UG aus Hungen/Hessen) benutzt die gleiche Technologie (11): „Durch elektronische Analyse und Vergleichsauswertung dieser Informationen mit umfangreichen Daten aus einer permanenten Forschung, ist es möglich, in sehr kurzer Zeit Ergebnisse für eine analytische Beurteilung zur Verfügung zu stellen“. Die Analysegeräte seien in der Lage, in knapp einer Minute über 240 gesundheitsrelevante Parameter zu bestimmen. Viele der auf-

Tab. 1: Angebote der gesetzlichen Krankenkassen an „Alternativmethoden“, ein seltsames Sammelsurium seriöser und unseriöser Techniken (2)

Homöopathie
Osteopathie
Akupunktur
Alternative Arzneimittel, Globuli
Alternative Krebstherapie
Anthroposophische Medizin
Atemtherapie
Autogenes Training
Ayurveda
Bachblütentherapie
Balneotherapie
Chelattherapie
Chiropraktik, Chirotherapie
Eigenbluttherapie
Eigenharntherapie
Elektrotherapie
Eutonie
Feldenkrais
Heileurythmie
Misteltherapie
Neuraltherapie
Heliotherapie
Hydrotherapie
Kryotherapie
Phototherapie
Phytotherapie
Progressive Muskelentspannung
QiGong
Reflexzonenmassage
Shiatsu
Traditionelle Chinesische Medizin
Tanztherapie
Yoga / Meditation

Tab. 2: Auswahl häufiger so genannter Alternativmethoden und seriöser Komplementärmethoden

1. Atemtherapie
2. Akupunktur
3. Bach Blütentherapie
4. Bioresonanz
5. Diäten - Heilfasten
6. Eigenblutbehandlung
7. Entspannungsmethoden
8. Elektroakupunktur
9. Homöopathie
10. Kneipp'sche Verfahren
11. Kinesiologie
12. Pendeln
13. Physiotherapie
14. Phytotherapie
15. Schüsslern
16. Traditionelle Chinesische Medizin

geführten Begriffe sind pseudomedizinische Leerbegriffe, wie Geisteskraft oder Gedächtnisfunktion, Samenvolumen und Versorgung der langen bzw. kurzen Knochen und Knorpel.“

Eigene Untersuchungen mit der BSWA

Wir haben 6 Probanden und – zur Kontrolle – rohen Leberkäse und einen nassen Putzlumpen mit den persönlichen Daten unserer Probanden untersucht. Die Software ging also davon aus, dass der gleiche Patient dreimal untersucht worden war. Der gleiche Leberkäse lieferte unter verschiedenen Probanden-Namen nicht reproduzierbare Ergebnisse. Die „Messdaten“, die beide Geräte für die verschiedenen Testmaterialien unter gleichen Angaben lieferten (Tabelle IV), waren nahezu identisch, ergo können sie nicht zwischen Putzlumpen, Leberkäs und gesunden Probanden unterscheiden. Auch schwerste Erkrankungen, ja sogar den Status einer Leiche, konnten sie nicht erkennen. Die Reihenfolge der Messungen hatte keinen Einfluss (Abb. 1 und 2; 11).

Anscheinend setzt die Überbrückung der beiden Pole des Handsensors eine Software in Gang, die Phantasie-Ergebnisse erzeugt. Diesen Verdacht hat **Daniel Pugge** (12) unwiderlegbar bestätigt, den wir nach der ersten Ausstrahlung von **Report München** (13) kennengelernt hatten. Er hat sich in seinem Videoblog intensiv mit der Hard-

ware solcher Diagnosegeräte und der Frage befasst, was dort überhaupt gemessen wird. Mit einer USB-Analysesoftware hat er den Datenstrom untersucht, der während einer „Messung“ zwischen dem Bioscan-Kasten und dem Computer ausgetauscht wird. **Es findet keine Übertragung von Messdaten statt.** Der PC wird lediglich davon unterrichtet, dass beide Pole des so genannten Sensors miteinander verbunden sind. Die Schlussfolgerungen sind eindeutig (14).

Nachdem die Geschäftsleitung der Vitalia fairerweise vor der ersten Ausstrahlung informiert und zur Stellungnahme aufgefordert wurde, verschwanden bundesweit alle Bioscan-Geräte aus den Filialen der Reformhauskette. Auch der Hersteller von Bioscan hatte Gelegenheit zur Stellungnahme. Vor der Kamera wurde sie verweigert, stattdessen erfolgte eine schriftliche Stellungnahme durch den Anwalt (zitiert in 11): „Eignigkeit bestand insoweit, als die Messung von Skalarwellen und etwaige Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand eines Menschen wissenschaftlich nicht anerkannt ist. Das hat unsere Mandantin auch nie behauptet. Hierzu sei explizit darauf hingewiesen, dass diese Methode in Deutschland insbesondere von Prof. Konstantin Meyl sowie weiteren Wissenschaftlern propagiert wird. Auch bekannte Wissen-



Abb. 2: Vievital Vitalanalyzer an Leberkäse (Fleischbrät, in Bayern ohne Leber und natürlich ohne Käse!)

schaftler wie Niels Bohr, Erwin Schrödinger, Carl Friedrich von Weizsäcker und viele andere haben durch ihre quantenphysikalischen Forschungen den Grundstein der Skalarwellentechnologie gelegt. Wie wir ... erläutert haben, wurde das Gerät aus unserer Sicht zweckentfremdet zur Messung an einem ... Leberkäse eingesetzt. Ebenso wurde dabei das identische Profil wie zuvor am Probanden verwendet. Wir haben ausführlich dargelegt, dass es sich bei einer solchen Anwendung um eine unsachgemäße Anwendung handelt, wodurch falsche Ergebnisse erzielt werden können... Da Wasser bekanntlich ein guter Informationsträger ist, werden auch bei zweckentfremdeten Messungen mit Wasseranteilen (sic!) Informationen übertragen. Das Gerät kann selbstständig nicht unterscheiden, ob es sich um eine natürliche Person handelt oder einen Gegenstand mit Wasseranteilen. ...Die Quantenphysik ist ein sehr komplexes Thema und schließt sämtliche Informationen der Personen mit ein...“

Das Gedächtnis des Wassers wird auch in der Homöopathie gern bemüht. Die Behauptung des Anwalts bedeutet, dass der Leberkäse bereits vor der Messung am Menschen die Daten kennt, die das Gerät später am lebenden Organismus erheben wird. Der Leberkäs als Prophet! Der Hersteller des Bioscan sollte sich das patentieren lassen. Er hat 2018 ein Gutachten angekündigt, das bis heute nicht vorliegt. Das Regierungspräsidium Stuttgart hat Anzeige bei der Staatsanwaltschaft Tübingen erstattet.

Auch der „Globalscan“, ein angeblich vom TÜV Bayern zertifiziertes Medizinprodukt der Firma Vitatec (10) kann



Abb. 1: Bioscan am Probanden

nicht zwischen Leberkäse und Mensch unterscheiden, es liefert pseudomedizinische Befunde für Leberkäse, nasen Lappen und Metall. Auf Nachfrage erklärt der TÜV Süd: „Die Zertifizierung schließt die auf der Homepage des Herstellers beschriebene Vitalfeld-Technologie nicht mit ein.“ Zertifiziert ist Global Diagnostic zur Bestimmung der Fett, Wasser und Muskelanteile des Körpers mittels Impedanzmessung, Körperfettwaagen, die das Gleiche tun, sind schon für 20€ zu haben. Damit lassen sich aber keine Aussagen über innere Organe und den Gesundheitszustand des Gesamtsystems machen. Der Hersteller schreibt: „Die medizinischen Anwendungen sind nach den entsprechenden Richtlinien zertifiziert, die Gesundheitsvorsorgeanwendungen erfüllen ebenfalls die einschlägigen Vorschriften“. Die Gerätschaften kosten ca. 20.000€, zweistündige Beratungen mit pseudomedizinischem Befunden bis zu 180€.

Auf die **Holopathie** (15) sei nur am Rande verwiesen. Die Technik vereint nach eigenen Angaben (Quintsysteme) Methoden der Bioresonanz mit der Homöopathie: „Die Holopathie ist eine Methode der Energiemedizin. Im Wesentlichen ist sie eine Weiterentwicklung der Bioresonanz, kombiniert mit neuer Elektronik und Software und einem neuen Energiemodell des Menschen. Mit der Holopathie können Sie alles machen, was Sie schon bisher von der Bioresonanz kennen. Plus noch einiges darüber hinaus: Riesige Substanzdatenbank, ausgefeilte Anwendungsprogramme, Feststellung der Testbarkeit und eingebaute Vortherapien, Prioritätstestung, Einbeziehung

der Psyche, transpersonale Blockaden, klare Systematik“. Die Geräte kosten gut 30.000€.

Diätetik, Ernährungstherapie und Heilfasten ist ein kaum überblickbarer Themenbereich, der hier nur am Rand erwähnt werden soll. In der täglichen Praxis besprechen wir, wie, wann und was Kinder essen sollten (s.a. 16) und nennen bezüglich der Zusammensetzung die fünf Grundregeln:

Reichlich Trinken von nicht gesüßten Getränken;

Pflanzliche Öle statt tierischem Fett benutzen.

Mäßigen Fleischgenuss üben

Reichlicher Verzehr von Obst und Gemüse

Verzicht auf jede Art von Junk Food

Eigenblut-Injektionen lösen eine unspezifische Entzündung in der Injektionsstelle aus und können durch den so genannten Counter irritant effect anti-entzündlich wirken. Bei Sonderformen der chronischen Urtikaria sind Eigenblutinjektionen möglicherweise eine Therapieoption. Generell ist das Risiko von Abszessen und Infektionen hoch und nicht zu verantworten. Die homöopathische Variante mit „potenziertem“ Eigenblut ist absurd.

Die **Elektroakupunktur** nach Dr. Voll (EAV) ist diagnostisch wertlos (4, 5), durch eine Änderung des Drucks, mit der die „Mess-Sonde“ auf die Akupunkturstellen gedrückt wird, kann dort jeder beliebige Zeigerausschlag des Gerätes erzeugt werden.

Entspannungstechniken wie beispielsweise die Progressive Muskel-Relaxation (PMR) nach Jacobson lassen sich gut in den Praxis- und Familienalltag integrieren. Nicht nur Kinder mit AD(H)S, profitieren eindeutig von der

PMR, weitere gut belegte Indikationen sind: Einschlafstörungen, Depression, Angst, Konzentrationsschwächen, Kopfschmerzen, Rückenschmerzen. Die PMR ist Kassenleistung (s.a.16). Autogenes Training und Yoga werden ebenfalls als hochwirksam empfohlen, sind aber vor allem jüngeren Kindern schwerer zu vermitteln.

Unter den so genannten Alternativmethoden spielt die **Homöopathie** eine herausragende Rolle. Sie soll, wie auch die folgenden Methoden der Tabelle gemeinsam mit dem Statement von C Weymayr (17) in der folgenden Ausgabe des Kinder- und Jugendarztes besprochen werden.

Von den ersten sieben häufig genannten Methoden der Tabelle II bleiben also die Akupunktur mit beschränkter Indikation und ohne mystischen Überbau, Diätetik und Ernährungstherapie als offenes Feld für Forschung und sinnvolle Anwendung in Prophylaxe und Therapie, Eigenblutbehandlung mit ebenfalls sehr eingeschränkter Indikation, z.B. in der Dermatologie und verschiedene Entspannungsmethoden.

Literatur beim Verfasser

Korrespondenzanschrift:

Prof. Dr. med. Walter Dorsch, Kinder- und Jugendarzt, Kinderpneumologie, Allergologie, Naturheilverfahren, Kinderärztliche Praxisgemeinschaft Aidenbachstraße 118, 81379 München

Interessenkonflikt:

Der Autor erklärt, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Red.: Keller

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



Empfehlung zum Management von Patienten mit Verdacht auf die COVID-19-Erkrankung durch SARS-CoV-2 (Stand 21.3.2020)

Das neue Coronavirus SARS-CoV-2 hat seit Beginn des Jahres die Weltöffentlichkeit beunruhigt und zu verschiedenen Maßnahmen geführt, die der Eindämmung oder Verzögerung der Ausbreitung dieses Erregers dienen sollten. Das Virus verbreitet sich in Deutschland derzeit unkontrolliert. Insofern werden die bisher verordneten Maßnahmen engmaschig von den Gesundheitsbehörden überprüft und ggf. an die aktuelle Situation angepasst. Hierfür sind einerseits das Robert Koch-Institut, andererseits die Gesundheitsbehörden der Bundesländer verantwortlich.

Owohl vieles zu diesem neuen Erreger noch unbekannt ist, lassen sich einige Aussagen treffen.

- Das umhüllte Virus ist sehr infektiös (Übertragungen können auch von Menschen mit milden Symptomen ausgehen).
- SARS-CoV-2 wird durch alkoholische Händedesinfektionsmittel und wahrscheinlich auch durch Händewaschen mit Seife abgetötet.
- Das Virus wird im Wesentlichen über Tröpfchen und Aerosole aus den Atemwegen und über die Hände übertragen.
- Schutz für das medizinische Personal bietet – zusätzlich zur hygienischen Händedesinfektion – eine aerosoldichte Atemschutzmaske (FFP2) und eine Schutzbrille (neben Schutzkitteln und Handschuhen). Ein großes Problem ist die mangelnde Verfügbarkeit von Schutzmaterial. Das RKI hat Empfehlungen zu einem ressourcenschonenden Umgang mit Masken und Schutzausrüstung zusammengestellt¹.
- Nach bisherigen Erkenntnissen sind Kinder bei Erkrankung weit weniger gefährdet, als Erwachsene. Wie bei diesen besteht bei Kindern wahrscheinlich ein erhöhtes Risiko für einen komplizierten Verlauf bei chronischen Erkrankungen des Herzens, der Lunge, bei Mehrfachbehinderung und Heimbetreuung.

- Kinder und Jugendliche mit Minderung der Infektionsabwehr bei immunsuppressiver Therapie oder Immundefekt sollten sich bei Fragen telefonisch an das behandelnde Zentrum wenden.
- Hinweise auf eine Gefährdung durch eine Therapie von COVID-19 Patienten mit Ibuprofen beruhen bisher ausschließlich auf pathophysiologischen Überlegungen und sind durch keinerlei klinische Daten belegt. Deshalb kann derzeit keine Empfehlung hinsichtlich Vermeidung von Ibuprofen oder präferentielle Verwendung von Paracetamol ausgesprochen werden. Eine antipyretische Therapie sollte bei unteren Atemwegsinfektionen generell vermieden werden.

Die Indikationen für eine Testung auf SARS-CoV-2 werden an die aktuelle Ausbreitungssituation angepasst.²

Aktuell sollen Kinder, die mit einer schwerwiegenden Erkrankung der Atemwege stationär aufgenommen werden müssen, auf das Virus getestet werden („Patienten mit klinischen oder radiologischen Hinweisen auf eine virale Pneumonie ohne Alternativdiagnose + ohne erfassbares Expositionsrisiko“³). Bei Kindern, die ambulant behandelt werden, erfolgt eine gezielte Testung nach Maßgabe des zuständigen Gesundheitsamtes oder auf dessen Veranlassung.

Das Vorgehen bei einem Verdacht auf SARS-CoV-2-Infektion ist vom Robert Koch-Institut festgelegt worden.³ Sowohl bei einem begründeten Verdachtsfall (Kontakt zu bestätigtem COVID-19 Fall oder Aufenthalt in einem Risikogebiet), als auch bei einem Fall unter differenzialdiagnostischer Abklärung ist ein ambulantes Management unter bestimmten Voraussetzungen empfehlenswert: leichter Erkrankungsgrad, Fehlen von Risikofaktoren, Compliance bezüglich der Verhaltensempfehlungen und die Möglichkeit einer jederzeitigen Wiedervorstellung bei Verschlechterung.

Allgemeine Maßnahmen zum Schutz vor Infektion oder Erkrankung bestehen

- im grundsätzlichen Verzicht auf das Händeschütteln
- Händewaschen mit Seife oder Händedesinfektion über 20 bis 30 sec.
- Husten in die Ellenbeuge oder in ein Papiertaschentuch, das danach sofort entsorgt wird
- Einhalten eines sozialen Abstandes von ≥ 1 Meter
- Meiden von öffentlichen Veranstaltungen mit vielen Menschen auf engem Raum.

Die in Deutschland meist großzügige Inanspruchnahme von Arztpraxen oder Klinikambulanzen bei banalen Atemwegsinfektionen

1 https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Ressourcen_schonem_Masken.html

2 https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Risikogebiete.html

3 https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Massnahmen_Verdachtsfall_Infografik_Tab.html

fektionen birgt die Gefahr von Übertragungen von SARS-CoV-2 und auch von anderen Viren. Nach wie vor sind derzeit die bekannten Viruserkrankungen (Influenza, Rhinoviren, RSV, humanes Metapneumovirus, Parainfluenza) weitaus häufiger als SARS-CoV-2-Infektionen. Besuche in der Praxis sollten auf das notwendige Maß beschränkt werden. Bei höheren Erkrankungszahlen müssen alle nicht notwendigen Maßnahmen verschoben werden. Wichtig ist in dieser Phase die Aufrechterhaltung des normalen Impfangebotes, ein rasches Nachholen von ausstehenden oder fehlenden Impfungen, insbesondere der Pertussis- und Masernimpfung, und die Durchführung von Indikationsimpfungen (Pneumokokken, Influenza) nach STIKO.

Ein Arztbesuch sollte bei schweren Atemwegsinfektionen (z.B. Fieber mit angestrengter, beschleunigter Atmung,

schlechter Allgemeinzustand, unzureichende Flüssigkeitszufuhr) erfolgen. Eine Erregersuche, z.B. mit verfügbaren Schnelltesten auf RSV oder Influenza, ist bei Aufnahme in eine Klinik wegen der Isolations- und Kohortierungsmaßnahmen hilfreich.

Patienten mit Atemwegsinfektionen (und ihre Begleitpersonen, falls diese auch Symptome haben) sollten vorher telefonisch Kontakt aufnehmen und bereits bei Betreten der Praxis (oder der Notfallambulanz) die Hände desinfizieren, soweit möglich einen Mund-Nasen-Schutz anlegen und separiert werden. Praxis- und Klinikpersonal sollten sich durch Tragen von Mund-Nasen-Schutz bei allen Patientenkontakten schützen.

In der Klinik müssen Patienten mit COVID-19 in einem Einzelzimmer (wenn möglich mit einer Schleuse und mit ei-

genem Sanitärbereich) oder kohortiert untergebracht werden. Die Kliniken müssen hierfür eigene Notfallpläne vorhalten (analog zu denen bei einer sehr schweren Influenzasaison). Bei dem in vielen Kinderkliniken dramatischen Mangel an Pflegepersonal ist ein solches Krisenmanagement nur möglich, wenn nicht zwingend erforderliche stationäre Aufnahmen (z.B. planbare Operationen ohne Notfallindikation) verschoben werden.

Innerhalb einer definierten Region ist es in höchstem Maße sinnvoll, dass Kinder- und Jugendkliniken und niedergelassene Kinder- und Jugendmediziner ihr Vorgehen gemeinsam mit den lokalen Gesundheitsbehörden abstimmen. Das gilt z.B. auch für die ambulante Versorgung (klinische Kontrolle) von Kindern, die mit ihren Familien zuhause in Isolierung oder Quarantäne bleiben müssen.



Prof. Dr. med. Johannes Hübner
Erster Vorsitzender der DGPI



Prof. Dr. med. Hans-Iko Huppertz
Generalsekretär der DAKJ

Aufrechterhaltung von Impfungen und Früherkennungsuntersuchungen in der aktuellen SARS-CoV-2 Pandemie

Stellungnahme der Kommission für Infektionskrankheiten und Impffragen der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (Stand 22.3.2020)

Die rasche Ausbreitung des neuen Coronavirus SARS-CoV-2 hat zur Einstufung des Ausbruchs als Pandemie geführt. Ziel der aktuell von den Gesundheitsbehörden verordneten Maßnahmen und Empfehlungen sind die Eindämmung oder Verzögerung der Ausbreitung des SARS-CoV-2. Deshalb ist auch geraten worden, nur zum Arzt zu gehen, wenn man deutlich erkrankt ist. Infolgedessen vermeiden Eltern Besuche in Kinder- und Jugendarztpraxen mit ihren Kindern und hinterfragen geplante Termine oder sagen sie ab. Auch auf Seiten der Ärzteschaft haben wir Unsicherheiten im Umgang mit dieser Situation wahrgenommen. Wie lange die Pandemie anhalten wird, vermag niemand vorauszusehen. Wir halten es deshalb für wichtig, rational zu entscheiden, welche geplanten Arztbesuche bei Kindern und Jugendlichen wahrgenommen und welche verschoben werden sollten. Dabei ist zu bedenken, dass alle verschobenen Termine später nachgeholt werden müssen. Dies birgt jedoch auch Risiken wie z.B., dass Nachholtermine vergessen oder versäumt werden, die personellen Kapazitäten aber auch Impfstoffvorräte dafür evtl. nicht ausreichen, oder die betroffenen Kinder und Jugendlichen in der Zwischenzeit eine impfpräventable Krankheit erlitten haben mit ggf. schweren Folgen oder sogar Epidemien mit z.B. Masern oder Keuchhusten ausbrechen.

Die vorliegende Stellungnahme befasst sich mit Impfungen und Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern und Jugendlichen in der aktuellen Situation.

Es gilt, mögliche Risiken durch SARS-CoV-2 dem Nutzen von Impfungen und Früherkennungsuntersuchungen gegenüber zustellen. Kinder, so zeigen die bisherigen Erfahrungen aus China und Italien, erkranken in der Regel nicht schwer an Covid-19.

Die Kommission für Infektionskrankheiten und Impffragen der DAKJ hält folgendes Vorgehen für sinnvoll, um einerseits anstehende Impfungen möglichst zeitge-

recht zu verabreichen und gleichzeitig das Risiko für eine Infektion mit SARS-CoV-2 durch diese Maßnahme nicht zu erhöhen:

1. Termine für Impfungen und Früherkennungsuntersuchungen sollten weiterhin möglichst zeitgerecht in den Praxen (und ggf. Kliniken) durchgeführt werden, damit die Kinder vor gefährlichen Infektionskrankheiten geschützt werden können.
2. Betreuung der Kinder in der Praxis durch möglichst wenige Mitarbeiter unter Einhaltung der aktuell empfohlenen Hygienemaßnahmen.
3. Geplante Termine in den Praxen sollten streng räumlich und zeitlich von anderen Arztbesuchen (insbesondere wegen Infektionskrankheiten) getrennt werden, z.B. indem man Halbtage oder ganze Tage ausschließlich für Impfungen und Früherkennungsuntersuchungen plant.
4. Das zu impfende Kind und die (einzige) Begleitperson (i.d.R. Mutter oder Vater, möglichst keine Geschwister ohne eigenen Termin) sollten nicht akut erkrankt sein, d.h. kein Fieber und keine Zeichen einer Atemwegsinfektion oder Gastroenteritis aufweisen.
5. Die Termine sollten so vergeben werden, dass möglichst keine oder nur sehr kurze Wartezeiten in der Praxis entstehen; so könnte man die in sinnvollem Abstand vor dem Gebäude wartenden Patienten auch per Handy in die Praxis bitten.
6. Die Aufrechterhaltung der Impfungen im 1. und zu Beginn des 2. Lebensjahres gemäß STIKO-Empfehlungen ist besonders wichtig:
 - 6-fach-Impfstoff (DTaP-IPV-Hib-HepB mit 2, 3, 4 und 11-14 Monaten)
 - Pneumokokken-Konjugatimpfstoff (PCV mit 2, 4 und 11-14 Monaten)
 - Masern-Mumps-Röteln-Windpocken-Impfung (MMR/V mit 11-14 und 15-23 Monaten)
 - sowie Rotavirus (ab 6 Wochen) und Meningokokken Gruppe C (ab 12 Monaten), insbesondere als Ko-

Administration mit einer der zuvor genannten Impfungen.

7. Auch das Nachholen von versäumten Impfungen und Früherkennungsterminen der o.g. Altersgruppe soll baldmöglichst erfolgen.
8. Indikationsimpfungen bei Kindern und Jugendlichen mit Grundkrankheiten und dadurch erhöhten gesundheitlichen Risiken sollten ebenfalls zeitgerecht erfolgen (z.B. Pneumokokken).
9. Alle weiteren Früherkennungsuntersuchungen und Impftermine, bei denen flexible Zeitfenster empfohlen sind, sollen wenn es die Umstände erlauben, ebenfalls zeitnah geplant werden. Bei personellen Engpässen können diese Termine auch im Rahmen der vorgegebenen Zeitfenster aufgeschoben werden. Bei den Standardimpfungen sind dies:
 - DTaP (Alter 5-6 Jahre)
 - Tdap-IPV (Alter 9-16 Jahre)
 - HPV (Alter 9-14 Jahre)

Die Kommission hofft, dass bei Einhaltung dieser Optionen möglichst wenige Kinder und Jugendliche Schaden durch fehlende Früherkennungsuntersuchungen oder Impfungen erleiden.

Kommission für Infektionskrankheiten und Impffragen der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin:

Dr. med. U. v. Both, Dr. med. H. Grundhewer, Prof. Dr. med. U. Heining (Sprecher der Kommission), Prof. Dr. med. M. Knuf, Prof. Dr. med. G.C. Korenke, Prof. Dr. med. A. Müller. Unter Mitarbeit von Prof. Dr. med. H.I. Huppertz (Generalsekretär der DAKJ).

Korrespondenzadresse:

Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e.V., Prof. Dr. med. Hans-Iko Huppertz, Generalsekretär
Chausseestr. 128/129, 10115 Berlin
Tel.: 030.4000588-0, Fax: 030.4000588-88, kontakt@dakj.de, www.dakj.de

Steckbrief zu: Crystal

Chemische Bezeichnung: N - Methylamfetamin

Straßennamen(n): Ice, Meth, Crystal Meth, Yaba, Perlik, Piko, Crank, Crystal-Speed

Dosierung(en): niedrigste Wirkdosis 5-10 mg, mittlere Dosis 40 mg; es tritt rasch eine Gewöhnung ein, die zu Dosissteigerungen zwingt, es besteht ein sehr hohes Risiko körperlicher und psychischer Abhängigkeit; unterliegt dem Betäubungsmittelgesetz, ist also eine illegale Rauschdroge;

Einnahmeform: oral (historisch 1938 als Pervitin® - Tabletten oder „Hausfrauenschokolade“ oder „Panzerchokolade“ im 2. Weltkrieg); am häufigsten geschnupft als weißes Pulver, selten geraucht in Tabak oder aufgelöst und i.v. gespritzt.

Wirkeintritt geschnupft nach 3-10 Minuten, geschluckt nach 30-40 Minuten, Wirkdauer bis 14 Stunden (24 – 36 Stunden), danach ausgeprägte Müdigkeit und Erschöpfung, Katergefühl;

Interaktionen: verstärkt Wirkung von halluzinogenen Substanzen, verschleiert die Wirkungen von zeitgleicher Alkoholaufnahme mit hohem Risiko der Alkoholvergiftung; in Verbindung mit Neuroleptika und SSRI erhöhtes Risiko von Psychosen, Hochdruckkrisen und Serotonin-Syndrom;

Straßenpreis(e): 65-85 Euro / Gramm, das in 4 x 4 = 16 Einzeldosen zu 60 mg entsprechend wegen beinahe 80%er Reinheit 50 mg Wirkstoff pro einzelner „Linie“ geteilt wird; Preis der Einzeldosis dann 4-5 Euro; Vertrieb stark auch über das Internet; Herstellerfirmen in Tschechien, Baltikum oder Russische Föderation;



Erwünschte Wirkung(en): Wachheit, gestärktes Selbstvertrauen und Gefühl der Stärke, Euphorie und sexuelle Stimulierung; Konsumenten empfinden sich nicht als Drogenkonsumenten;

Unerwünschte Wirkung(en): Schlaflosigkeit und Erschöpfungszustände, Herzrasen, Rededrang („Laberflash“), Hypermotorik und zwanghaftes Kauen, oft als Bruxismus (Zähneknirschen), trockener Mund, Kopf- und Muskelschmerzen, Zittern, Halluzinationen und Verfolgungswahn bis zur manifesten Psychose; lokale Nasenschleimhautschäden; besonderes Risiko für embryonale ZNS – und andere Hemmungsfehlbildungen an Herz und Urogenitaltrakt bei Einnahme in der Schwangerschaft, postnatale Störungen des Schlaf-Wachrhythmus und Entwicklung eines ADHS werden mit der Einnahme in der Schwangerschaft in Verbindung gebracht;

Symptome bei Überdosierung: Tachykardie und Blutdruckanstieg oder Kreislaufkollaps, Angstzustände bis zu Halluzinationen und Psychosen, heftige Magenschmerzen bis Magendurchbruch; Hyperthermie;

Nachweismethoden: Metamfetamine werden bei einigen der handelsüblichen Drogenscreenings erfasst; sonst sicher durch GC / MS in allen Körperflüssigkeiten, Haaren oder Nägeln;

Therapieoptionen akut: nur bei (suizidaler, akzidenteller) Ingestion Aktivkohlegabe innerhalb von 60 Minuten sinnvoll; sonst nur symptomorientiert möglich, d.h. bei Halluzinationen und Angstzuständen Sedierung; bei Hyperthermie externe Kühlung und i.v. Gabe von Ringer-Laktatlösung; bei Stenokardien keine Betarezeptorenblocker trotz Tachykardie, nur Sedierung und Nitropräparate;

Langzeitfolgen: Typisch sind gereiztes, hektisches und emotional labiles Verhalten, Hautirritationen (sog. Speed-Pickel), Herz- und Kreislaufbeschwerden und kariesbedingter Zahnausfall; es werden dauerhafte kognitive Defizite und definierte hirnorganische Schädigungen diskutiert; das Risiko an Depressionen zu erkranken ist verdoppelt, das Risiko für eine Psychose verfünffacht;

Korrespondenzadresse

Dr. Matthias Brockstedt, Am Hirschsprung 43, 14195 Berlin
E-Mail: mabrock@zedat.fu-berlin.de

Red.: Heinen

Welche Diagnose wird gestellt?

Dr. Anne Teichler

Anamnese

Ein 15-jähriges Mädchen wird mit seit 6 Tagen bestehendem Fieber bis 40,5°, Husten, Schnupfen und einem seit 5 Tagen bestehenden, juckenden Hautauschlag vorgestellt. Bei laborchemisch erhöhten Transaminasen erfolgte die Einweisung mit Verdacht auf EBV-Infektion. Seit Jahren besteht eine bekannte rheumatoide Arthritis, die zunächst mit MTX behandelt wurde. Vier Wochen zuvor wurde die Therapie auf Sulfasalazin und Naproxen umgestellt.

Untersuchungsbefund

15-jähriges Mädchen in leicht reduziertem Allgemeinzustand. Körpertemperatur 39,3°. Es findet sich ein generalisiertes, stammbetontes, makulopapulöses Exanthem mit erythematösen, teils konfluierenden und vereinzelt auch hämorrhagischen Maculae und Papeln, außerdem eine leichte Lymphknotenschwellung cervical und inguinal. Der Rachen ist leicht gerötet, die Schleimhäute im Übrigen unauffällig.

Laboruntersuchungen

Laborchemisch zeigten sich im Verlauf ansteigende Transaminasen (GOT 176U/l, GPT 336U/l, γ GT 149U/l), eine Leukozytose (bis 18,8/nl), eine zunehmende Eosinophilie (bis maximal 18,6%), eine leichte Thrombozytopenie (min. 106/nl) und eine



milde hämolytische Anämie (Hb 11,0g/dl, Haptoglobin < 30 mg/dl, Retikulozyten 54,1‰, LDH 745U/l). Das CRP war leicht erhöht (16,5 mg/l), ebenso das Bilirubin (Bilirubin gesamt 2,3mg/dl, Bilirubin direkt 1,3mg/dl). Die übrigen Laborparameter, inklusive Nierenwerten, CK, Gerinnungswerten und ANA/ENA-Screening waren unauffällig. Die Serologien für CMV, EBV, Hepatitis A, Mycoplasmen und Chlamydien waren negativ. Die HHV-6 Serologie war positiv für IgG, ebenso war die HHV-6 PCR im Blut positiv.

Im Urinstatus fand sich eine milde Proteinurie(+).

Bildgebende Diagnostik

In der Abdomensonografie zeigte sich eine leichte Vergrößerung von Leber und Milz, im Röntgen-Thorax bilaterale pneumonische Infiltrate und ein rechtsseitiger Pleuraerguss. Die Echokardiografie war unauffällig.

Welche Diagnose wird gestellt?

DGAAP

Deutsche Gesellschaft für Ambulante Allgemeine Pädiatrie

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

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

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

Diagnose

DRESS-Syndrom

Beim DRESS (*drugrashwith eosinophilia and systemicsymptoms*) handelt es sich um eine seltene, potentiell lebensbedrohliche, arzneimittelinduzierte Hypersensitivitätsreaktion, die die Haut und weitere Organe, wie z.B. Leber, Lunge Niere, seltener das Herz und den Gastrointestinaltrakt, sowie das blutbildende System betreffen kann. Die Erkrankung kann in jedem Lebensalter, auch bei Kindern, vorkommen und betrifft Frauen häufiger als Männer.

Eine Vielzahl von Medikamenten wurde mit dem Auftreten eines DRESS in Zusammenhang gebracht. Zu den häufigsten Auslösern gehören Antikonvulsiva, wie Carbamazepin und Lamotrigin, Allopurinol, Antibiotika und Sulfasalazin. Pathogenetisch ist eine möglicherweise durch Arzneimittel-Metaboliten ausgelöste Reaktivierung humaner Herpesviren (insbesondere HHV-6 oder HHV-7, aber auch EBV und CMV) relevant.

In der Regel beginnt die Erkrankung 2-8 Wochen nach Beginn der Medikamenteneinnahme. Das klinische Bild ist sehr variabel. Fieber, Abgeschlagenheit, Lymphadenopathie und Hautausschlag sind dabei die häufigsten initialen Anzeichen. Das meist makulopapulöse und juckende Exanthem breitet sich zunehmend aus und kann bis zur Erythrodermie fortschreiten; in den meisten Fällen ist $\geq 50\%$ der Körperoberfläche betroffen. Auch eine ödematöse Gesichtsschwellung ist häufig zu beobachten. Im Verlauf kann der Ausschlag mit atypischen Kokarden, purpuriformen Hautveränderungen, vereinzelt Pusteln und einer exfoliativen Schuppung einhergehen. Eine Schleimhautbeteiligung mit einem Enanthem und leichten Erosionen ist möglich.

Das Vollbild des DRESS ist zusätzlich durch Arthralgien, hämatologische Veränderungen (Leukozytose, Auftreten atypischer Lymphozyten, Eosinophilie) und eine Organbeteiligung gekennzeichnet, wobei die Leber mit 50-80% am häufigsten betroffen ist. Der Schweregrad reicht von einer asymptomatischen Transaminasenerhöhung bis hin zum akuten Leberversagen. Im Falle einer Nierenbeteiligung können Hämaturie,

Proteinurie und akutes Nierenversagen auftreten. Eine Manifestation an der Lunge äußert sich z.B. als interstitielle Pneumonitis mit Dyspnoe und Husten. Seltener findet sich eine Beteiligung von Gastrointestinaltrakt oder ZNS und eine Myokarditis.

Charakteristisch ist ein langer, teilweise auch schubweiser Verlauf von mehr als 15 Tagen (durchschnittlich 6-9 Wochen). Die Letalität wird mit bis zu 10% angegeben und ist insbesondere abhängig von einer bestehenden Leberbeteiligung.

Diagnostik

Die Diagnosestellung wird erschwert durch die klinische Variabilität des Krankheitsbildes und das oftmals sukzessive Auftreten der Symptome, und erfolgt vor allem nach Ausschluss anderer Erkrankungen bzw. Differentialdiagnosen. Bei Verdacht auf ein DRESS sollten wiederholte Laborkontrollen erfolgen (inkl. Differentialblutbild, Leber- und Nierenwerten und Urinstatus). Je nach individuellen Beschwerden sind darüber hinausgehende Untersuchungen zu veranlassen. Eine Hautbiopsie kann bei unklarer Diagnose erwogen werden; das histologische Bild ist bei DRESS jedoch nicht spezifisch. Oftmals finden sich ein perivaskulär betontes, lymphozytäres Infiltrat, eine Spongiose, Dyskeratosen, Einzelzellnekrosen oder eine Interface-Dermatitis. Ein diagnostisches Hilfsmittel stellt der DRESS-Validierungsscore der RegiSCAR-Studiengruppe dar, der anhand des Vorliegens und Ausprägungsgrades verschiedener Symptome und Laborparameter Aussagen über die Wahrscheinlichkeit eines DRESS machen kann. Der Nachweis einer HHV 6-Reaktivierung ist prognostisch bedeutsam, da eine solche mit einem eher prolongierten Verlauf einherzugehen scheint, so dass entsprechende serologische Untersuchungen empfohlen werden.

Eine allergologische Diagnostik inklusive Epikutantest sollte frühestens 8 Wochen nach durchgemachter Erkrankung durchgeführt werden und kann ggf. zur Identifizierung des auslösenden Medikaments beitragen. Eine Reexposition ist aufgrund des Rezidivrisikos und der möglichen Schwere der Reaktion jedoch strikt zu vermeiden, so dass von einer oralen Provokationstestung abgeraten wird.

Differentialdiagnosen

Bei unserer Patientin dachten wir initial an eine EBV-Infektion. Weitere Differentialdiagnosen sind andere virale oder bakterielle Infektionen, Kawasaki-Syndrom, AGEP bei Auftreten von Pusteln, SJS und TEN, ein Hypereosinophilie-Syndrom, hämatologische Erkrankungen, Lymphome, Lupus erythematoses u.a. Von klassischen Arzneimittelexanthemen unterscheidet sich DRESS durch die Organbeteiligung.

Therapie

An erster Stelle steht das Absetzen des auslösenden Medikaments. Auch danach kann es jedoch über Wochen hinweg zu einer Verschlechterung der Symptomatik oder rezidivierendem Wiederaufflammen der Beschwerden kommen.

Therapeutisch kommen, insbesondere bei ausgeprägter Organbeteiligung, systemische Steroide in ausschleichender Dosierung zum Einsatz. Kontrollierte klinische Studien zur Therapie des DRESS liegen jedoch nicht vor. In Einzelfällen wurde auch über den Einsatz von Cyclosporin A und intravenösen Immunglobulinen berichtet. In leichteren Fällen wird lediglich symptomatisch behandelt. Lindernd können Antipyretika bei Fieber und Antihistaminika, sowie topische Steroide bei Juckreiz wirken.

Literatur

1. Kardaun SH, Sidoroff A, Valeyrie-Allanore L et al. Variability in the clinical pattern of cutaneous side-effects of drugs with systemic symptoms: Does a DRESS syndrome really exist? *Br J Dermatol* 2007;156:609-11
2. Metterle L, Hatch L, Seminario-Vidal L. Pediatric drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms: A systematic review of the literature. *Pediatr Dermatol*. 2020;37:124-129
3. Mori F, Caffarelli C, Caimmi S. Drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms (DRESS) in children. *Acta Biomed*. 2019;90:66-79
4. Paulmann M, Mockenhaupt M. Schwere Hautreaktionen: klinisches Bild, Epidemiologie, Ätiologie, Pathogenese und Therapie. *Allergo J Int* 2019;28:311-26

Korrespondenzanschrift:

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



COVID-19 durch SARS-CoV-2

Aktuell beschäftigt uns nichts mehr als das neue Coronavirus (SARS-CoV-2) und die dadurch ausgelöste Krankheit COVID-19. Der Ruf nach Impfstoffen ist verständlicherweise laut und zahlreiche Forschergruppen und Impfstoffhersteller arbeiten daran. Die Erwartungen dürfen allerdings nicht allzu hoch sein: um dem Anspruch der erforderlichen Qualität bezüglich Wirksamkeit und Sicherheit zu genügen, muss jeder Impfstoffkandidat ausreichend geprüft werden, was allgemeinen Schätzungen nach mindestens 12 Monate in Anspruch nehmen wird.

Bis dahin sei daran erinnert, bei allen Hürden die der Alltag gegenwärtig mit sich bringt, die allgemein empfohlenen Impfungen unserer Patienten nicht zu vernachlässigen. Helfen Sie mit, so gut Sie können, diese auch jetzt fortzuführen. Die Kinder und deren Eltern werden es Ihnen danken.

Hepatitis B Non-Responder

Eine interessante prospektive und kontrollierte Studie aus den Niederlanden hat sich der Frage gewidmet, mit welchem Impfstoff man Non-Respondern (also ein anti-HBs-Wert von <10 IU/L) nach Hepatitis B (HB) Grundimmunisierung mit 3 Dosen (0-1-6 Monate) am besten zum gewünschten Schutz vor Hepatitis B verhelfen kann. Dazu erhielten Erwachsene Non-Responder randomisiert 1:1:1:1 eine erneute Serie bestehend aus 3 weiteren Dosen in Monatsabständen mit a) einem konventionellen HB-Impfstoff, b) Twinrix®, c) HBVaxPro-40® oder d) den adjuvantierten Impfstoff Fendrix® [Lancet Infect Dis 2020;20: 92–101]. Nach jeder Dosis wurden die anti-HBs-Ak bestimmt. Die Serokonversionsrate (anti-HBs-Wert ≥ 10 IU/L) stieg von Dosis 4 zu 5 zu 6 auf 39%/58%/62% (a), 60%/72%/84% (b), 61%/78%/86% (c) und 60%/76%/88% (d). Den in Deutschland angestrebten Surrogatmarker für Langzeitschutz (≥ 100 IU/L) erreichten nach der 6. Dosis 38% (a), 47% (b), 55% (c) und 67% (d). Nebenwirkungen an der Impfstelle waren relativ häufig, aber transient und gering ausgeprägt, tendenziell etwas häufiger nach Fendrix® (d).

Die Ergebnisse können Ihnen also nützlich sein, wenn Sie bei sich oder Ihrem Praxispersonal unzureichenden Hepatitis B Impfschutz festgestellt und eine bislang unerkannte Hepatitis B Infektion (anti-HBc und HBs-Antigen Bestimmungen durchführen!) ausgeschlossen haben. Unter Jugendlichen, welche einer Risikogruppe zugehören, finden wir manchmal ebenfalls Non-Responder und auch hier darf man für das Vorgehen auf diese Studienergebnisse zurückgreifen. Die Autoren verrieten nicht, was sie mit den auch nach insgesamt 6 Impfdosen verbliebenen Non-Respondern gemacht haben. Mein Rat: weiterimpfen, wenn Compliance seitens der Betroffenen besteht. Der „Rekordhalter“

an unserer Klinik benötigte 14 Dosen bis zum Erfolg [Hum Vaccin 2010;6:725-728]...

Meningokokken Gruppe B (MenB)

Wie vertraut haben Sie sich mit den beiden verfügbaren MenB-Impfstoffen schon gemacht und sie zur Umsetzung der STIKO-Risikogruppen-Impfempfehlung eingesetzt? Welche Wirksamkeitserwartung haben Sie und die Eltern Ihrer Patienten? Zwei neue, kürzlich im New England Journal of Medicine publizierte Arbeiten geben weitere Auskunft. Ladhani und Kollegen haben das MenB-Impfprogramm mit dem 4-Komponenten-Impfstoff 4CMenB in England erneut analysiert (siehe Impfforum Kinder- und Jugendarzt 12/2016). Die Impfkzeptanz ist weiterhin sehr hoch (92,5% im 1. Lebensjahr) und die Inzidenz invasiver MenB Fälle rückläufig. Zwischen September 2015 und August 2018 traten in den ersten beiden Lebensjahren (ab Alter 9 Wochen, also der Zielgruppe für die Impfung) statt der statistisch erwarteten 253 nur 63 invasive MenB Infektionen auf, was einer Reduktion um 75% entspricht [NEJM 2020;382:309-317]. Die kalkulierte Impfwirksamkeit nach der 1. Dosis des 4CMenB Impfstoffs mit 2 Monaten war 24,1% (95%VB: -37,6 - 58,2), nach 2 Dosen (mit 2 und 4 Monaten) betrug sie 52,7% (-33,5 - 83,2). Bei den Impfversagern mit kulturellem Erregernachweis konnte man die Meningokokken mit der MATS-Methode typisieren und darauf basierend die Wirksamkeit gegen die durch den Impfstoff mutmaßlich abgedeckten Stämme berechnen; nach 2 Dosen betrug sie 64,4%. Nach der 3. Dosis (mit 12 Monaten) betrug die Wirksamkeit 59,1% (alle MenB) bzw. 71,2% (MATS-positive Stämme). Ist das Glas nun halb voll oder halb leer? Das kommt darauf an, wie „durstig“ man ist. Im Begleiteditorial wird es als „goodnews“ bezeichnet. Dem stimme ich zu. Ich habe in meiner Karriere zu viele Kinder mit invasiven Meningokokken-Infektionen gesehen und bin froh um jedes, welches zukünftig nicht mehr dieses Schicksal erleiden muss. Nationale Impfempfehlungen aber, das wissen Sie, müssen noch viele andere Kriterien berücksichtigen, weshalb wir wohl noch weiter auf eine Standardimpfempfehlung in Deutschland warten müssen. Dazu passt eine weitere Studie in der gleichen Ausgabe [NEJM 2020;382:318-327]. Dort berichtet meine Kollegin Helen Marshall (u.v.a) die Ergebnisse einer Meningokokken-Trägerstudie in Australien bei 24,269 SchülerInnen im Alter von 15-18 Jahren. Sie erhielten, randomisiert nach 270 teilnehmenden Schulen, entweder 2 Dosen 4CMenB Impfstoff (Intervall 2 Monate) bei Studienbeginn bzw. am Ende nach 12 Monaten (=Kontrollgruppe). Zu Beginn der Studie waren 169 von 12.735 (Impfkollektiv) und 163 von 11.519 in der Kontrollgruppe TrägerInnen von Meningokokken der Gruppen A,B,C,W,X oder Y (1,33% versus 1,42%), Am Studienende waren es 326 von 12.746 Geimpften und 291 von 11.523 in der Kontrollgruppe (2,55% versus 2,52%). Auch spezifisch für MenB war die Trägerrate 12 Monate nach Impfung nicht geringer als bei der Kontrollgruppe (1,29% versus 1,18%). Was schon vorher aus kleineren Studien bekannt war hat sich also bestätigt: 4CMenB hat offenbar keinen Effekt auf die Trägerrate mit MenB und somit besteht leider keine Hoffnung auf eine bedeutsamen Herdenimmunität in geimpften Populationen. Im Editorial wird dies zu Recht als „badnews“ bezeichnet.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Ulrich Heininger
Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB), Basel (Schweiz)
Red.: Huppertz

Kinder-Vorsorgeuntersuchungen – das neue System in Deutschland im Vergleich mit den Systemen in Österreich und der Schweiz – Teil 1

Nach einem Vortrag beim 51. Pädiatrischen Fortbildungskurs Obergurgl am 1.2.2019



Dr. Burkhard Lawrenz

Untersuchungshäufigkeit und Zeiträume (Tab. 1)

In D und A beginnt das Untersuchungsprogramm postnatal. Es beinhaltet die Überwachung der Adaptation des Neugeborenen nach dem APGAR-Schema², die Messung von Nabelarterien-pH und Basenüberschuss, eine Untersuchung auf äußerlich erkennbare Auffälligkeiten und Fehlbildungen sowie die Messung von Geburtsgewicht und Länge. In D muss dies als U1 „unmittelbar postnatal während der ersten 30 Minuten nach der Geburt des Kindes durchgeführt werden“³. In A wird das Gleiche „nach der

Geburt“ (ohne weitere Festlegung eines Zeitraums) erhoben und dokumentiert, zusätzlich der Kopfumfang, Ikterus und Unreife sowie ggf. Reanimation und Verlegung. In CH wird der körperliche Befund „innerhalb von Stunden nach der Geburt“ erhoben; das Ergebnis wird aber nicht im Gesundheitsheft festgehalten.

Für alle Versicherten in D folgen neun weitere Früherkennungs-Untersuchungen (FU) vom dritten Lebensstag (LT) bis zum sechsten Lebensjahr (LJ) als U2 bis U9 sowie die J1 zwischen dem 13. und 15. LJ. Der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. (BVKJ) hat zwei zusätzliche FU für das Grundschulalter (U10 und

Einleitung

Deutschland (D), Österreich (A) und die Schweiz (CH) haben unterschiedlich strukturierte Gesundheitssysteme, stimmen sich inhaltlich aber bereits in vielen medizinischen Empfehlungen und Leitlinien miteinander ab, zum Beispiel in den D-A-CH-Referenzwerten für die Nährstoffzufuhr¹. Krankheitsfrüherkennungsprogramme für Kinder gibt es in allen drei Staaten, in D seit 1971, in A seit 1974 und in CH seit 1984. Obwohl sich die Anfang 2017 allgemein umgesetzte Überarbeitung und Neustrukturierung des Kinder-Früherkennungsprogramms in Deutschland stark an dem bestehenden Programm in der Schweiz orientiert hat, zeigen die Vorsorgesysteme der drei Staaten weiterhin nicht nur viele Gemeinsamkeiten, sondern auch viele Unterschiede. Beide werden im Folgenden beschrieben und analysiert.

Tabelle 1: Anzahl und Zeiträume der Untersuchungen in den drei Staaten
In Klammern und kursiv: zusätzliche Untersuchungen in D, die nicht von allen Krankenversicherungen übernommen werden.

D	A	CH
U1: bis 30 Minuten postnatal	nach der Geburt	
U2: 3.-10. Lebensstag	1. Lebenswoche	mit 1 Woche
U3: 4.-5. Lebenswoche	4.-7. Lebenswoche	mit 1 Monat
U4: 3.-4. Lebensmonat	6.-8. Lebenswoche	mit 2 Monaten
U5: 6.-7. Lebensmonat	3.-5. Lebensmonat	mit 4 Monaten
U6: 10.-12. Lebensmonat	7.-9. Lebensmonat	mit 6 Monaten
U7: 21.-24. Lebensmonat	10.-14. Lebensmonat	mit 9 Monaten
U7a: 34.-36. Lebensmonat	22.-26. Lebensmonat	mit 12 Monaten
U8: 46.-48. Lebensmonat	34.-38. Lebensmonat	mit 18 Monaten
U9: 60.-64. Lebensmonat	46.-50. Lebensmonat	mit 24 Monaten
(U10: 8.-9. Lebensjahr)	48.-62. Lebensmonat	mit 3 Jahren
(U11: 10.-11. Lebensjahr)		mit 4 Jahren
J1: 14. Lebensjahr		mit 6 Jahren
(J2: 17.-18. Lebensjahr)		mit 10 Jahren
Gesamt: 11 (+3)	Gesamt: 11	mit 12 Jahren
		mit 14 Jahren
		Gesamt: 15

U11) sowie eine Abschluss-FU vor dem Erwachsenwerden (J2) entwickelt, die inzwischen von vielen deutschen Krankenkassen übernommen werden.

In A beschränkt sich das FU-Programm auf die ersten sechs LJ. In der sechsten bis achten Lebenswoche (LW) gibt es eine FU mehr als in D. Die FU in der vierten bis siebten LW wird durch eine orthopädische Mituntersuchung ergänzt, die FU im

siebten bis neunten LM durch eine HNO-fachärztliche mit Hörtest. Bei den FU im zehnten bis 14. sowie im 22.-26. LM erfolgen augenärztliche Mituntersuchungen, die zweite inklusive Spaltlampenbefund.

Dokumentation

In D werden die FU von der Geburt bis zum sechsten LJ im „Kinderunter-

suchungsheft“ eingetragen. Die einzige allgemein für Jugendliche angebotene FU (J1) wird nur in der Arztpraxis dokumentiert. Die drei zusätzlichen FU des BVKJ (U10, U11 und J2) werden in einem zusätzlichen Vorsorgeheft („Paed.plus“) eingetragen. In A gibt es einen „Mutter-Kind-Pass“, in dem sowohl die FU der Mutter während der Schwangerschaft mit diesem Kind als auch alle Kinder-FU festgehalten werden (in D und CH werden die FU während der Schwangerschaft im Mutterpass dokumentiert, der vom U-Heft der Kinder unabhängig ist). Die Kinder-FU in der Schweiz von einem Alter von einer Woche bis 14 Jahren werden im sogenannten „GESUNDHEITSHEFT“ eingetragen. Die Deckblätter des deutschen BVKJ-Zusatzhefts und des österreichischen Mutter-Kind-Passes sind in Abb. 1 zu sehen.

Struktur der Untersuchungen

In D folgt nach einigen Anamnesefragen ein Entwicklungsscreening mittels ausgewählter Grenzsteine (von U3 bis U9), eine strukturierte Beobachtung der Eltern-Kind-Interaktion (nur von U3 bis U6!), eine körperliche Untersuchung nach sehr detaillierten Vorgaben und eine (pri-



Abbildung 1: Mutter-Kind-Pass aus A und Zusatzheft Paed.plus® des BVKJ aus D

Paed.Check® U10 – 7 bis 8 Jahre U10

Bitte eintragen:
 w/f (ohne path. Befund), w/Ox/wBe (weitere Diagnostik/Beratung erforderlich) oder nu (nicht untersucht)

Befunde der MFA: (Seh- und Hörtest können entfallen, wenn aktuelle fachärztliche Befunde vorliegen)

Visus: _____ Stereotest: _____
 (bei Brillenträgern: getestet mit/ohne Brille? – Nichtzutreffendes streichen)

Tonaudiometrie: _____ Urinstix: _____

Gewicht: _____ kg Länge: _____ cm BMI: _____ kg/m² RR: _____ mmHg

Bitte alle vier Werte in die Perzentilkurven am Heftende eintragen!

Ärztliche Untersuchung:
 Nachzuprüfende Auffälligkeiten von Paed.Check® U9:

normalisiert gebessert unverändert verschlechtert

Augen: _____
 HNO: _____
 Schilddrüse: _____
 Zahnstatus/Kieferform: _____
 Herz und Lunge: _____
 Abdomen: _____
 Genitale/Pubertätsstadien: _____
 Haut: _____
 Bewegungsapparat: _____
 Koordination und Gleichgewicht: _____
 Sprache: _____
 Verhalten: _____

Eltern sind unzufrieden mit der Entwicklung und dem Verhalten des Kindes, weil:

Relevante anamnestische Ergebnisse:

Orientierende Beurteilung: Entwicklung und Verhalten altersgemäß? Ja Nein

Gesamtergebnis: keine Auffälligkeiten

Auffälligkeiten/Diagnosen: _____ Weitere Maßnahmen vereinbart: _____

Impfstatus beim Verlassen der Praxis vollständig: Ja Nein

Fehlende Impfungen: _____

Bemerkungen: _____

Terminvereinbarung: _____ **Impftermin:** _____

Abbildung 2: Dokumentation des Paed.check® U10 in D im Alter von 7-8 Jahren im Paed.plus®-Heft

mär-)präventive Beratung zu altersspezifischen Themen.

Bei U10, U11 und J2 folgt auf eine strukturierte Anamnese ein Screening auf zahlreiche psychosoziale Entwicklungsstörungen mit dem Mannheimer Elternfragebogen (MEF)⁴. Testbefunde, die an eine Medizinische Fachangestellte (MFA) delegiert werden können, und ärztliche Befunde werden dokumentiert (Abb. 2). Die antizipatorische Beratung erfolgt mit 7 kurzen Kernbotschaften, unterstützt durch Piktogramme (Abb. 3)

In A gibt es zusätzlich Fragen zum Stillen, ähnliche Entwicklungssitems, keine Interaktionsbeobachtung und eine wesentlich weniger regulierte körperliche Untersuchung, so dass die Dokumentation deutlich weniger Raum einnimmt (Abb. 4).

In CH sind Anamnese, Entwicklung, Untersuchung Laborbefunde und antizipatorische Beratung durch die Checklisten der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie (SGP) klar und rational strukturiert vorgegeben (Abb. 5).

In D werden nur auffällige Anamnese-Ergebnisse und Befunde angekreuzt. In A muss „ja“ oder „nein“ bzw. „unauffällig“ oder „auffällig“ gekennzeichnet werden. In CH werden vorgegebene Kästchen bei Auffälligkeiten anders markiert als bei Normalbefunden. Bei fehlender Markierung gilt der Punkt als nicht erfragt bzw. nicht untersucht. Das System in A und CH erscheint dokumentationsicherer als das in D, wo man bei fehlendem Kreuz nicht erkennen kann, ob der Befund unauffällig war oder versehentlich nicht erhoben wurde.

Eine primärpräventive (in CH „antizipatorische“) Beratung ist nur in D und CH Bestandteil der FU. Es werden ähnliche Themen vorgegeben (je nach Alter plötzlicher Kindstod, Ernährung, Vitamine, Spurenelemente, Unfälle, Suchtverhalten).

Screening auf kritische angeborene Herzfehler mittels postnataler Pulsoximetrie

Kritische angeborene Herzfehler (z. B. das hypoplastische Linksherzsyndrom) sind häufig in den ersten Lebensstagen asymptomatisch, führen dann aber plötzlich zu einem Verfall, der eine neonatale Sepsis vortäuschen kann. Bis sie richtig eingeordnet sind, können bereits irreversible Schäden eingetreten sein. 60% dieser Vitien werden heute durch die pränatale

Was Kinder brauchen – darauf sollten Eltern achten!
Paed.Check U10

- „Essenspausen bitte!“**
Kinder brauchen 5 Mahlzeiten am Tag und dazwischen keine weiteren Snacks. Süßes sollte es nur einmal am Tag in kleinen Mengen geben.
- „Wasser marsch!“**
Die besten Durstlöcher für Ihr Kind sind Getränke wie Wasser und ungesüßte Tees. Süße Getränke sind nichts für Kinder.
- „Volle Kraft voraus!“**
Viel Bewegung ist gefragt. Auch der Weg zur Schule zu Fuß oder mit dem Fahrrad gehört dazu. Täglich 90 Minuten sind prima und helfen auch beim Lernen. Es gilt die Regel: Täglich länger bewegen als vor dem Fernseher oder Computer sitzen!
- „Sicher ist sicher“**
Damit sich Ihr Kind sicher im Straßenverkehr bewegt, sollten Sie möglichst viel mit ihm üben. Bis zum 10. Geburtstag ist das Fahren auf dem Bürgersteig erlaubt – natürlich immer mit Helm. Seien Sie Vorbild!
- „Drück auf die Tube!“**
Zu viel Sonne schadet dem Kind. Sonnenschutz ist Pflicht. Bedecken Sie möglichst viel Haut mit Kleidung, bleiben Sie überwiegend im Schatten und meiden Sie Mittagssonne. Verwenden Sie Sonnenmilch mit hohem Lichtschutzfaktor.
- „Unterstützung tut gut“**
Wenn Ihr Kind Probleme in der Schule hat, machen Sie keinen Druck, sondern unterstützen Sie es beim Lernen! Seien Sie liebevoll, aber geben Sie klare Regeln vor.
- „Eine saubere Sache!“**
Nach jeder Hauptmahlzeit ist Zähneputzen dran. Um gut vorzusorgen, gehen Sie mit Ihrem Kind 2-mal im Jahr zum Zahnarzt. Verwenden Sie im Haushalt Jodsalz mit Fluorid und Folsäure.

Anmerkungen:

© BLE 2018

Die Einrichtung im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Ernährung und Landwirtschaft
 in FORM
 Dienstleistungsinitiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung
 Das Netzwerk Gesund ins Leben ist Teil der Initiative IN FORM und angesiedelt im Bundeszentrum für Ernährung (BZfE).
 Merkblätter zu Vorsorgeuntersuchungen/Paed.Check unter:
www.gesund-ins-leben.de/paedcheck
www.gesund-ins-leben.de
www.kinderaerzte-im-netz.de
 bvkj.
 Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V.

Abbildung 3: primärpräventive Beratung bei U10 in D

Sonografie erkannt. 20% sind postnatal symptomatisch, z. B. die kritische Aortensstenose mit einem Systolikum. Weitere 16% können durch ein postnatales Pulsoximetrie-Screening (POS) aufgedeckt werden, 4% werden auch damit übersehen⁵ (Abb. 6). Das Screening wird in D in der 25. bis 48. Lebensstunde (LS), in Ausnahmefällen schon ab der 5. LS, am Fuß mit einem Cut off von <96% durchgeführt und muss ggf. bis zum 14. Lebensstag (Ende der Toleranzzeit der U2) nachgeholt werden. In A ist die Pulsoximetrie nicht Bestandteil des Vor-

sorgeprogramms, in CH soll sie schon am 1. LT mit einem Cut off von <95% gemacht werden.

Screening auf angeborene Hormon- und Stoffwechselstörungen sowie Immundefekte

In D wird den Eltern aller Neugeborenen (NG) ein Screening auf 15 Zielkrankheiten angeboten, in A auf 13 und in CH auf zehn (Tab. 2). Das Screening auf Mukoviszidose (Cystische Fibrose, CF) wurde

in A bereits im Jahr 1997 eingeführt, in CH 2011 und in D erst 2016. Ein Screening auf T-Zell-Defekte einschließlich der schweren kombinierten Immundefekte (Severe

Combined ImmunoDefeciency, SCID) wurde in CH Anfang 2019 eingeführt⁶. In D wurde der Beschluss zur Einführung im Februar 2019 rechtskräftig⁷; die

Durchführung begann im August 2019. Es erfolgt durch den Nachweis von „T-cell Receptor Excision Circles“ (TRECs), kleine DNA-Ringe, die bei der Produktion von T-Zell-Rezeptoren entstehen. Fehlen sie, so sind keine funktionsfähigen T-Zellen vorhanden, und eine Konfirmationsdiagnostik in einem Immundefekt-Zentrum muss folgen. Zusätzlich wird derzeit in D vom GBA die Einführung von Screenings auf Sichelzell-Krankheit und Spinale Muskelatrophie geprüft.

Da das gesamte Screening aus einer Blutprobe erfolgt, ist eine schriftliche Einwilligung der Eltern notwendig, für das CF-Screening in D zuvor eine ärztliche Aufklärung nach dem Gendiagnostik-Gesetz. Die empfohlenen Zeiträume für die Blutentnahme unterscheiden sich geringfügig zwischen den Ländern (Tab. 2). Da die Untersuchung inzwischen überall mit Tandem-Massenspektrometrie erfolgt, sind bei reifen NG und Blutentnahme nach mindestens 24 LS keine falsch negativen Werte mehr zu erwarten.

Das Nachholen eines nicht erfolgten Screenings ist in jedem Lebensalter sinnvoll, wird aber zum Beispiel in D nur bis zu einem Alter von vier LW von den Krankenversicherungen übernommen.

3.-5. LEBENSMONAT

Körpergewicht _____g Körperlänge _____cm Kopfumfang _____cm

Stillen: ja nein voll teilweise

Ernährung altersgemäß Pre-Nahrung

Rachitisprophylaxe: Vitamin D täglich 1er-Nahrung

Ernährungsschwierigkeiten

Zwischenzeitliche Erkrankung

Greifbewegungen

Reaktion auf Licht/Bewegung

Strabismus

Reaktion auf Geräusche

Hebt Kopf in Bauchlage bis 90°

Oberkörper in Bauchlage auf Arme gestützt

Dreht sich um

Spreizhemmung

Untersuchungsbefund: auffällig unauffällig

Allgemeinzustand

Ernährungszustand

Entwicklungsstand

Augen: brechende Medien

sonstige Organbefunde

(detaillierte ärztliche Vermerke siehe nächste Seite)

Weitere Untersuchungsbefunde, Laborbefunde, fachärztlich-orthopädische Kontrolle, Erkrankungen, Therapie etc. falls erforderlich hier eintragen.

Diagnose: _____

Kontrollen dringend empfohlen

Datum: _____ Stempel, ärztliche Unterschrift

Abbildung 4: FU im dritten bis fünften LM im Mutter-Kind-Pass aus A

Tabelle 2: Screening auf angeborene Hormon- und Stoffwechselstörungen

	D	A	CH
Zeitpunkt der Blutentnahme	(36-) 48-72 LS	3. LT, wenn früher-> Ko 5.-10.LT	4. LT
Zielkrankheiten	Hypothyreose AGS Biotinidasemangel Galaktosämie PKU und HPA MSUD MCAD-Mangel LCHAD-Mangel VLCAD-Mangel Carnitinzylklusdefekte GA I IVA CF (seit 2016) Tyrosinämie I T-Zell-Defekte + SCID (seit August 2019)	Hypothyreose AGS Biotinidasemangel Galaktosämie PKU und HPA MSUD MCAD-Mangel LCHAD-Mangel VLCAD-Mangel Carnitinzylklusdefekte GA I IVA CF (seit 1997)	Hypothyreose AGS Biotinidasemangel Galaktosämie PKU und HPA MSUD MCAD-Mangel GA I CF (seit 2011) T-Zell-Defekte + SCID (seit 1.1.2019)
Labore	11 verteilt in D	1 in Wien	1 in Zürich

AGS=adrenogenitales Syndrom, PKU=Phenylketonurie, HPA=Hyperphenylalaninämie, MSUD=Maple Sirup Urine Disease (Ahornsirupkrankheit), MCAD=Medium Chain Acyl-CoA Dehydrogenase, LCHAD=Long Chain Acyl-CoA Dehydrogenase, VLCAD=Very Long Chain Acyl-CoA Dehydrogenase, GA I=Glutarazidurie Typ I, IVA=Isovalerialanazidämie, CF=Cystische Fibrose (Mukoviszidose), SCID=Severe Combined Immunodeficiency

- Spiel	<input type="checkbox"/> Erkundet oral
- Kommunikation, Sprache	<input type="checkbox"/> Blickt Untersucher an und nach (verfolgt) <input type="checkbox"/> Responsives Lächeln <input type="checkbox"/> Quarrt / gibt Geräusche von sich, variiert
- Sozio-emotional	<input type="checkbox"/> Meist zufrieden / lächelt <input type="checkbox"/> Leicht beruhigbar / tröstbar
Untersuchung	<input type="checkbox"/> Haut / Nägel / Haare <input type="checkbox"/> Mund / Mundhöhle <input type="checkbox"/> Augen (brechende Medien klar, kein Schielen) Ohren: <input type="checkbox"/> Lauscht auf Geräusche, Spiellose <input type="checkbox"/> Wendet sich Geräuschquelle zu (Hochtonrassel) <input type="checkbox"/> Hält inne auf Ansprache <input type="checkbox"/> Herz / Kreislauf / Inguinalpulse / Atmung <input type="checkbox"/> Abdomen / Genitale <input type="checkbox"/> Schädel / Bewegungsapparat
Laber / Tests	
Prävention	<input type="checkbox"/> Unfallverhütung (Wickelplatz / Halskettchen / Auto)
Risikofaktoren, entzündliche Beratung	<input type="checkbox"/> Schlafen / Schreien (Shaken Baby) <input type="checkbox"/> Ernährung / Stillversicherung / Kariesprophylaxe / Schnuller / Zehnen <input type="checkbox"/> Bewegungsbedürfnis des Kindes <input type="checkbox"/> Ressourcen der Mutter / Familie <input type="checkbox"/> Rauchfreie Umgebung

Datum:	F	Alter:	Kont. A:
Bewicht:	F	4M	
Länge:	F		
Kopfumf.:	F		
	<input checked="" type="checkbox"/> normal/ ja	<input checked="" type="checkbox"/> auffällig/ nein	<input type="checkbox"/> nicht untersucht/ erl.
Anamnese	<input type="checkbox"/> Zwischenanamnese <input type="checkbox"/> Schwierige Situationen <input type="checkbox"/> Impfreaktion <input type="checkbox"/> Ernährung (Stillen / Schoppen / Schnuller) <input type="checkbox"/> Schlafen / Schreien <input type="checkbox"/> Interaktion / Bindung / Vertrautheit / Eltern sicher <input type="checkbox"/> Befindlichkeit Kind / Eltern <input type="checkbox"/> Familiäres Umfeld / Geschwister / Paarbeziehung <input type="checkbox"/> Ausserfamiliäre Betreuung / Erwerbstätigkeit der Mutter / des Vaters <input type="checkbox"/> Risikofaktoren Misshandlung (z.B. Schlafstörung, Schreien, häusliche Gewalt)		
Entwicklung - Motorik	<input type="checkbox"/> Spontantomotorik harmonisch, symmetrisch Rückenlage: <input type="checkbox"/> Kopf in Mittellage gehalten <input type="checkbox"/> Hebt Kopf aktiv Bauchlage: <input type="checkbox"/> Kopf hochgehalten <input type="checkbox"/> Stützt sich auf Unterarme Traktion: <input type="checkbox"/> Kopf mitgenommen <input type="checkbox"/> Arme und Beine fiktirt Sitzend gehalten: <input type="checkbox"/> Ziemlich gute Kopfkontrolle Schwebelhaltung: <input type="checkbox"/> Kopf leicht unter Horizontale <input type="checkbox"/> Rumpf gestreckt, Beine flektiert Kippen: <input type="checkbox"/> Unvollständige Abduktion der Beine <input type="checkbox"/> Beginnt bds. zu greifen <input type="checkbox"/> Primitive Reflexe / Tonus		

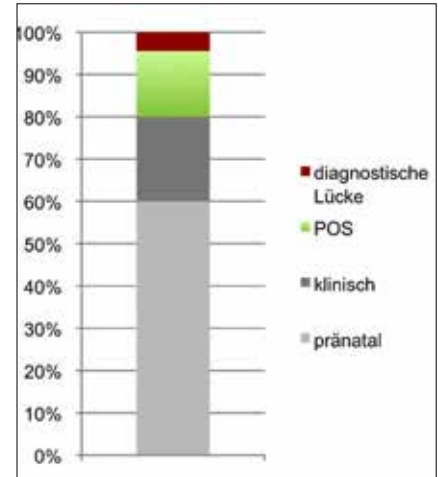


Abbildung 6: Diagnose von kritischen kongenitalen Herzfehlern⁶, POS = Pulsoximetrie-Screening

Abbildung 5: Checkliste für das Alter von 4 Monaten im Gesundheitsheft (CH)

Im nächsten Heft wird im Teil 2 über die Screenings auf Hör- und Sehstörungen sowie auf Hüftdysplasien und Gallenwegfehlbildungen berichtet, außerdem über die Prophylaxe von Vitamin-K-Mangelblutungen, Rachitis und Karies sowie die gesetzlichen Rahmenbedingungen in den verschiedenen Ländern.

Literatur

1. Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V.: Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr. <https://www.dge.de/wissenschaft/referenzwerte/>, Zugriff 10.6.2019

2. Apgar V: A proposal for a new method of evaluation of the newborn infant. *Curr Res Anaesth Analg.* 1953; 32: 261-7

3. Kinder-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses, https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1537/RL_Kinder_2017-10-19_iK-2018-03-16.pdf, Zugriff 10.6.2019

4. Esser G: Mannheimer Elternfragebogen zur U10 und U11. In: BVKJ (Hrsg.) Gesundheitscheckheft des BVKJ, Köln 2006

5. Lindinger A, Dähmert, I, Riede FT: Stellungnahme zum Pulsoximetrie-Screening zur Erfassung von kritischen angeborenen Herzfehlern im Neugeborenenalter. http://www.kinderkardiologie.org/fileadmin/user_upload/Stellungnahmen/POS%20Stellungnahme%20DGPK2%2011%2013%20final.pdf, Zugriff 26.6.2019

6. Neugeborenen-Screening Schweiz: Mitteilung Dezember 2018. www.neoscreening.ch/display.cfm/id/100565/disp_type/dmssimple/pageID/80990, Zugriff 26.6.2019

7. Bundesministerium für Gesundheit: Bekanntmachung eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (Kinder-Richtlinie): Screening von Neugeborenen zur Früherkennung von SCID. *BAnz AT 08.02.2019 B2*

Korrespondenzanschrift:

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

Red.: Huppertz



Ihre Meinung zählt!

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



Machen Sie mit!

Indikation für Zoster-Impfung nach durchgemachtem Zoster nach Chemotherapie

Frage

Ein zwischenzeitlich 15 Jahre alter Patient leidet an einer Hypophyseninsuffizienz seit Operation und Bestrahlung eines Germinoms vor drei Jahren. Vor ca. einem halben Jahr erkrankte er an einer sehr schmerzhaften Zostererkrankung des rechten Beines.

Die Mutter stellt jetzt die Frage nach der Indikation für eine Impfung gegen Zoster, wie sie für ältere Patienten bereits angeboten wird.

Antwort

Der jetzt 15-jährige Patient erhielt vor 3 Jahren eine onkologische Lokaltherapie wegen eines Germinoms, vor 6 Monaten kam es zum Herpes Zoster (HZ) am rechten Bein. Aus onkologischer Sicht, war er aufgrund der genannten Lokaltherapie nicht immunsuppressiv behandelt worden, so dass insbesondere 2 Jahre nach Therapieende eine normale Immunität vorliegen sollte.

Bei immunkompetenten Kindern, Jugendlichen und jüngeren Erwachsenen tritt Zoster nur selten auf (2–3 Fälle pro 1.000 Personen); die Erkrankung hat ihren Krankheitseffekt zwischen dem 50. und 60. Lebensjahr. Mehr als die Hälfte aller über 85-Jährigen sind zu irgendeinem Zeitpunkt ihres Lebens an Herpes zoster erkrankt.

Die primäre Infektion durch Varizella zoster-Virus führt zu Windpocken. Beim HZ handelt es sich um ein endogenes

Rezidiv des im Spinal- bzw. Hirnerveganglien persistierenden VZ-Virus. Bei dem geschilderten Patienten bleibt offen, ob er geimpft wurde oder irgendwann Windpocken durchgemacht hat. HZ kann jedoch auch bei Personen auftreten, die mit einem Lebendimpfstoff geimpft wurden, auch wenn diese seltener an HZ erkranken und die Verläufe milder sind (1,2).

Die Therapie der Hypophyseninsuffizienz wird nicht näher beschrieben, so dass eine systemische Hydrocortison Therapie mit T-Zell suppressiver Wirkung denkbar ist. Studien weisen darauf hin, dass die immunologische Kontrolle mit der T-Zell spezifischen Immunität korreliert und weniger mit den serologischen Antikörpern.

Zur Vermeidung eines Herpes Zoster mit entsprechenden Komplikationen, wie der Post-Zoster-Neuralgie ist eine Impfung sinnvoll (3,4). Derzeit existieren 2 Zosterimpfstoffe, die zugelassen sind für Erwachsene ab dem 50. Lebensjahr. Bei einem Impfstoff handelt es sich um einen Lebendimpfstoff (Zostavax®), der den bekannten VZ-Impfvirus in höherer Konzentration enthält. Der andere Impfstoff ist ein rekombinanter, adjuvantierter Subunit-Totimpfstoff (Shingrix®). Auf weitere Unterschiede und Empfehlungen zu den Impfstoffen, wird auf aktuelle Empfehlungen der STIKO verwiesen (5).

Festzuhalten ist aber, dass Sicherheit und Wirksamkeit von beiden Impfstoffen bei Kindern und Jugendlichen nicht untersucht wurden.

Patienten, die eine Zoster-Erkrankung durchgemacht haben, können in seltenen Fällen erneut an einem HZ erkranken. Allerdings kann derzeit nicht abschließend beantwortet werden, ob die Zoster-Impfung für diese Personengruppe hilfreich ist, da bisher nur Angaben für einen besseren immunogenen Schutz bei guter Verträglichkeit bestehen.

Für den genannten 15-jährigen Patienten gibt es derzeit keinen zugelassenen Zosterimpfstoff. Eine Indikation zur Impfung erscheint derzeit nicht gegeben.

Literatur:

1. Sauerbrei A. Herpes zoster im Kindes- und Jugendalter. *Monatsschr Kinderheilkd* 2014, 162 (12), 1135–1144.
2. Weinmann S, Chun C, Schmid DS, Roberts M, Vandermeer M et al. Incidence and clinical characteristics of herpes zoster among children in the varicella vaccine era, 2005–2009. *J Infect Dis* 2013, 208 (11), 1859–1868.
3. Tricco AC, Zarin W, Cardoso R, Veroniki A-A, Khan PA et al. Efficacy, effectiveness, and safety of herpes zoster vaccines in adults aged 50 and older: systematic review and network meta-analysis. *BMJ* 2018, 363, k4029.
4. Gagliardi AMZ, Andriolo BNG, Torloni MR, Soares BGO. Vaccines for preventing herpes zoster in older adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2016, 3, CD008858.
5. RKI – Epidemiologisches Bulletin [Internet]. [zitiert 11. Juni 2019]. Verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/epid_bull_form.html

Korrespondenzadresse:

Priv.-Doz. Dr. med. Hans-Jürgen Laws
Klinik für Kinder-Onkologie, Hämatologie und Klinische Immunologie
Moorenstr. 5, 40225 Düsseldorf

Das „consilium“ ist ein Service im „KINDER- UND JUGENDARZT“, unterstützt von INFECTOPHARM. Kinder- und Jugendärzte sind eingeladen, Fragen aus allen Gebieten der Pädiatrie an die Firma InfectoPharm, z. Hd. Frau Dr. Kristin Brendel-Walter, Von-Humboldt-Str. 1, 64646 Heppenheim, zu richten. Alle Anfragen werden von namhaften Experten beantwortet. Für die Auswahl von Fragen zur Publikation ist der Chefredakteur Prof. Dr. Hans-Iko Huppertz, Bremen, redaktionell verantwortlich. Alle Fragen, auch die hier nicht veröffentlichten, werden umgehend per Post beantwortet. Die Anonymität des Fragers bleibt gegenüber dem zugezogenen Experten und bei einer Veröffentlichung gewahrt.



Review aus englischsprachigen Zeitschriften

Wie lange schützen mütterliche Impfmasern-Antikörper ihre Säuglinge vor einer Masern-Erkrankung?

Measles Antibody Levels in Young Infants.
Science M et al. *Pediatrics* 2019 Dec; 144(6). Pii e20190630

Säuglingen werden nach allgemeiner Vorstellung über die in der Schwangerschaft übertragenen mütterlichen Antikörper im ersten Lebensjahr gegen Masern-Erkrankungen ganz oder teilweise geschützt. In den meisten westlichen Ländern erhalten sie deshalb ihre erste Impfung gegen Masern erst im Alter von 11 bis 15 Monaten, da vorhandene mütterliche Masern-Antikörper den Aufbau eines Impfschutzes einschränken könnten. Die mütterliche Immunität kann aber, wie mehrere aktuelle Studien zeigen, in einer Masern-freien Umgebung bereits früher nachlassen. Die Säuglinge sind dann schon früh einem erhöhten Risiko für Masern und Masern-Komplikationen ausgesetzt. Die Autoren haben mit ihrer Studie die humorale Immunität gegen Masern bei Säuglingen unter 12 Monaten in der Provinz Ontario in Kanada untersucht.

Sie wählten hierzu Seren aus, die von Säuglingen (<12 Monate; Gestationsalter ≥ 37 Wochen) in einer tertiären Kinderklinik gesammelt wurden. Säuglinge mit Erkrankungen, die den Antikörperspiegel hätten beeinflussen können, wurden ausgeschlossen. Die Seren wurden mit dem Plaque-Reduktions-Neutralisationstests (PRNT) auf masernneutralisierende Antikörper untersucht. Die Prädiktoren für den Immunschutz der Säuglinge wurden mit Hilfe einer multivariablen logistischen Regression und der Poisson-Regression analysiert und bewertet.

Von 196 Kinderseren stammten 56 % (110 von 196) von Jungen und 35 % (69 von 196) von Säuglingen mit medizinischen

Grunderkrankungen. Im ersten Lebensmonat wiesen bereits 20 % (5 von 25) der Säuglinge Masern-Antikörper unterhalb der Schutzwelle im PRNT auf. Dieser Wert stieg bis zu Alter von 3 Monaten auf 92 % (22 von 24) an. Nach 6 Monaten zeigten alle Säuglinge Titer unterhalb der Schutzwelle. In der multivariablen Analyse war das Säuglingsalter der stärkste Prädiktor für die Masern-Empfänglichkeit (Odds Ratio = 2,13 für jeden weiteren Monat Anstieg; 95 % Konfidenzintervall: 1,52-2,97).

Die meisten Säuglinge waren im Alter von 3 Monaten unterhalb der definierten Schutzwelle anfällig für Masern. Diese Ergebnisse tragen zur Diskussion über den strategisch optimalen Zeitpunkt, an dem die Impfung gegen Masern durchgeführt werden sollte, und zur Expositionsprophylaxe bei noch nicht impffähigen Säuglingen bei.

Kommentar

In der Vergangenheit wurde überwiegend unterstellt, dass Säuglinge während eines Großteils ihres ersten Lebensjahres durch mütterliche Antikörper geschützt sind. Diese Studien wurden zu Zeiten durchgeführt in denen Masern-Erkrankungen noch endemisch zirkulierten. In diesen Gebieten waren geimpfte und nicht geimpfte Mütter wiederholten Masern-Kontakten ausgesetzt, was zu robusteren Antikörperspiegeln führte. In Maserneliminierungs-Settings findet keine endemische Übertragung des Masern-Virus mehr statt. Die meisten Frauen im gebärfähigen Alter besitzen deshalb angesichts fehlender natürlicher Boosterung nur noch Impfantikörper, die mit niedrigeren Antikörpertitern im Vergleich zur natürlichen Infektion assoziiert sind. Dies führt auch zu niedrigeren Antikörper-Titern bei ihren Neugeborenen, die dann nur noch über einen kürzeren Zeitraum durch mütterliche Antikörper geschützt werden können. Die aktuellen Ergebnisse von Science et al. zeigen, dass die meisten Säuglinge (92 %) im Alter von 3 Monaten in Masern-freien Regionen wie Ontario bereits keinen passiven Masernschutz mehr besitzen. Die Ergebnisse dieser Studie entsprechen den bisher berichteten Ergebnissen für weitestgehend masernfreie Länder wie der Bundesrepublik Deutschland. Die aktuellen Meldedaten des RKI (Robert Koch-Institut) zur Masern-Epidemiologie in Deutschland belegen, dass die Masern-Inzidenz bei Kindern in den ersten beiden Lebensjahren deutlich höher liegt als in allen anderen Altersgruppen. Von 685 Säuglingen, die in den Jahren 2006–2015 in Deutschland an Masern erkrankt und deren Daten an das RKI übermittelt wurden, waren 5 % <3 Monate, 28 % 4-7 Monate und 67 % 8-12 Monate alt. Die höher als erwartete Zeitspanne zwischen dem Verlust mütterlicher schützender Antikörper und der Masernimpfung macht Säuglinge länger anfälliger für Masern-Erkrankungen und ihre Komplikationen. Noch nicht impffähige Säuglinge <6 Monaten sind nicht mehr, wie früher noch angenommen werden konnte, vor Masern-Erkrankungen weitestgehend geschützt. Nach den STIKO-Empfehlungen sollte deshalb bei allen Kindern unter 6 Monaten bei Bekanntwerden eines Masernkontaktes eine sofortige Bestimmung der Masern-Antikörper vorgenommen und bei negativem Ergebnis (STIKO: das Ergebnis muss 3 Tage nach einer Exposition vorliegen) eine sofortige Immunglobulin-Prophylaxe durchgeführt werden. Säuglinge erhalten in der Regel entsprechend den Empfehlungen in Deutschland (Kanada) erstmals im Alter

von 11 (Kanada 12) Monaten einen masernhaltigen Impfstoff. Die frühere Impfung zwischen 6 und 11 Monaten scheint sicher, aber weniger immunogen zu sein und wird bisher nur unter besonderen Voraussetzungen (bei Kitabesuch vor 11 Monaten oder nach möglicher Exposition) angewandt. Es wäre also zu überlegen, ob man das Alter der ersten Impfung gegen Masern auf 9 Monate senkt, was auch innerhalb der Zulassung erfolgen würde. In einem solchen Fall werden aktuell insgesamt 3 Masernimpfungen empfohlen. Eine Impfung der Mutter ist während der Schwangerschaft ausgeschlossen. Die erfolgreiche Schließung vorhandener Impflücken in der Bevölkerung scheint somit die einzige Möglichkeit zu sein, Säuglinge <9 Monate vor einer frühen Masern-Erkrankung und den damit verbundenen Komplikationen zu schützen. Für die Praxis ist es wichtig zu wissen, dass die meisten Säuglinge schon in den ersten 3 Lebensmonaten keinen belastbaren mütterlichen Schutz gegen Masern besitzen.

Literatur

Science M et al. Measles Antibody Levels in Young Infants. *Pediatrics* 2019 Dec; 144(6). Pii e20190630
 Jenks PJ et al. Maternally derived measles immunity in children of natural infected and vaccinated mothers. *Epidemiol Infect* 1988 Oct;101(2):473-476
 De Serres G et al. Passive immunity against measles during the first 8 months of life of infants born to vaccinated mothers or to mothers who sustained measles. *Vaccine* 1997 Apr-May; 15(6-7): 620-623
 Pabst F et al. Reduced measles immunity in infants in a well-vaccinated population. *Pediatr Infect Dis J* 1992, 11(7): 525-529
 RKI. Stellungnahme der STIKO: Fachliche Anwendungshinweise zur Masern-Postexpositionsprophylaxe bei Risikopersonen. *Epid Bull* 2017; 2:17-25; DOI 10.17886/EpiBull-2017-002.1

Korrespondenzanschrift:

Dr. Jürgen Hower, Mülheim an der Ruhr

Lungenerkrankungen assoziiert mit der systemischen juvenilen idiopathischen Arthritis

Schulert et al. **Systemic juvenile idiopathic arthritis-associated lung disease: characterization and risk factors.** *Arthritis & Rheumatology* 2019;11:1943-54.

In den letzten Jahren wurde bei Patienten mit einer systemischen juvenilen Arthritis (sJIA) zunehmend eine assoziierte Lungenerkrankung (LD) beschrieben. In der vorliegenden Arbeit trugen Schulert et al. die Daten von 18 Patienten zusammen. In den Röntgenuntersuchungen des Thorax zeigten sich dabei diffuse Verschattungen, subpleural retikuläre Verdichtungen, interlobärseptale Verdickungen und Lymphknotenvergrößerungen. Histopathologisch waren lymphoplasmazelluläre Infiltrate, Zeichen der pulmonal alveolären Proteinose (PAP) und der lipoiden Pneumonie nachweisbar. Verglichen mit Patienten ohne Lungenbeteiligung wiesen die beschriebenen sJIA-LD Patienten signifikant differente Charakteristika auf: sie waren jünger bei Diagnosestellung, hatten häufiger Episoden eines Makrophagenaktivierungssyndroms (MAS) sowie häufiger Nebenwirkungen einer Biologikatherapie und höhere Interleukin-18 Spiegel. Dabei konnte ein Zusammenhang zu einer familiären oder primären PAP ausgeschlossen werden, da diese Patienten weder genetisch, serologisch noch funktionell Hinweise auf eine Dysfunktion des Granulozyten-Makrophagen-Kolonie stimulierenden Faktors aufwiesen. Darüber hinaus fand sich in der bronchoalveolären Lavage (BAL) nur selten proteinreiches Material sowie wenig lipidbeladene Makrophagen wie bei Patienten mit primärer PAP. Allerdings waren in der BAL hohe Spiegel von IL-18 und der interferon-

gamma induzierten Chemokine CXCL9 und CXCL10 zu finden. Im Lungengewebe war mittels eines Genexpressionsprofils eine Hochregulierung des Typ II Interferons und des T-Zellaktivierungsnetzwerks nachweisbar. Da diese Befunde selbst in Gewebeproben von Patienten ohne histopathologisch nachweisbare Lungenveränderungen vorhanden waren, gehen die Autoren davon aus, dass diese „Aktivierungssignatur“ der LD vorangeht und sie weiter unterhält.

In dieser wichtigen Arbeit werden erstmals systematisch charakteristische Befunde einer sJIA-assozierten Lungenerkrankung beschrieben. Dies ist bemerkenswert, da die häufig schwer verlaufende sJIA zwar viszerale Organe wie Leber, Milz und Herz befällt aber normalerweise nicht die Lunge.

Wichtig ist sicherlich eine klinische Aufmerksamkeit für diese – offenbar zunehmende – schwerwiegende Erkrankung, die mit folgenden Risikofaktoren assoziiert war: Alter < 2 Jahre bei Erkrankungsbeginn, rezidivierendes MAS, hohe Interleukin-18 Spiegel sowie mit Tocilizumabtherapie. Letztere Beobachtung – als mögliche schwere Medikamentennebenwirkung – ist dabei ganz besonders aufmerksam zu verfolgen.

Trommelschlegelfinger waren eine der klinischen Hauptbefunde. Bei Hinweisen auf eine Lungenbeteiligung ist eine niederschwellige Diagnostik wie eine Lungenfunktion, eine Diffusionskapazität für Kohlenmonoxid (engl. DLCO), ein 6 Minuten Gehstest, eine High-resolution (HR)-CT anzuraten.

Um dieses schwerverlaufende Krankheitsbild weiter verfolgen zu können ist eine detaillierte Meldung und Analyse in Deutschland vorgehaltenen Registern (Kerndokumentation und BIKER) wünschenswert.

Korrespondenzadresse:

Toni Hospach, Stuttgart

Pressebilanz BVKJ 2019

Vorbemerkung und Einordnung: Die Pressearbeit des BVKJ hat auch im Jahr 2019 auf mehreren Ebenen mit unterschiedlichen Akteuren stattgefunden. Und zwar von der übergeordneten bundesweiten Ebene bis hin zur regionalen/lokalen Verbreitung. Der freie Journalist Raimund Schmid hat die Pressebilanz des Jahres 2019 im Auftrag des BVKJ im Folgenden zusammengestellt.



Raimund Schmid,
freier Journalist

Die wesentlichen Gestalter beziehungsweise journalistischen Begleiter der Pressearbeit:

auf der bundesweiten Ebene

- der Bundespressesprecher Dr. Josef Kahl, der Präsident Dr. Thomas Fischbach, Vizepräsidentin Dr. Sigrid Peter, die freien Medizinjournalisten Regine Hauch und Raimund Schmid sowie Kathrin Jackel-Neusser (Social media)

auf der landesweiten/regionalen/lokalen Ebenen

- alle Landespressesprecher im BVKJ sowie begleitend und unterstützend die freien Medizinjournalisten Regine Hauch und Raimund Schmid, zum Teil auch die BVKJ-Landesverbands-Vorsitzenden,

Insgesamt konnte 2019 – wie bereits in den Vorjahren – eine **Auflagenhöhe von schätzungsweise rund 500 Millionen** erzielt werden. Die Zahl ergibt sich aus einer Hochrechnung, die aus einer systematischen Auswertung des Berliner Dienstes „Der Ausschnitt“ resultiert, der dreimal im Jahr jeweils eine Woche lang alle Presseveröffentlichungen im Jahr im Kontext des BVKJ bundesweit auswertet.

Im Detail wurde die Pressearbeit des BVKJ über **5 Kanäle** gestaltet und inhalt-

lich ausgefüllt, die im Folgenden beschrieben und mit Beispielen unterfüttert werden. Die ersten 3 Bereiche beziehen ausschließlich den Printmedienbereich ein, die dann folgenden 2 weiteren Bereiche alle anderen zentralen Mediensegmente.

Markante Eckpunkte der BVKJ-Pressearbeit 2019

1. Bundesweite Pressemitteilungen im Zusammenspiel des BVKJ-Präsidenten, des Bundespressesprechers und Regine Hauch

Inhaltliche Schwerpunkte: Im Jahr 2019 waren bei zwei bis drei bundesweiten Pressemitteilungen pro Monat dies eindeutig die Themen Impfen und insbesondere Impfpflicht bei Masern, die Themen rund um die Ernährung (Zucker, Reduktionsstrategie, Nutri-Score, Gesunde Ernährung an Kitas) und das Thema Schulen (Schulschwänzer, Mobbing, Bildungs- und Chancengleichheit). Im Bereich der Gesundheitspolitik waren dies insbesondere die Themen TSVG, Honorare, Mangel an Medizinstudienplätzen und das generelle Werbeverbot für Nikotinprodukte.

Resonanz: Die Resonanz der meisten Pressemeldungen war hoch. Bundesweit, weil diese von zahlreichen Leitmedien wie der Bild-Zeitung oder Focus und Spiegel online oder der Apotheken-Umschau, aber auch von zentralen federführenden Fachmedien wie der Ärzte-Zeitung oder dem Deutschen Ärzteblatt zum Teil mehrfach bundesweit aufgegriffen wurden. Die Landespressesprecher im BVKJ sorgten schließlich dafür, dass diese Pressemitteilungen auch regional positioniert und zum Teil noch mit eigenen Statements inhaltlich ergänzt und damit lokal sehr lesernah angepasst wurden.

2. Pressekampagnen über die 3 großen bundesweiten Pressekonferenzen des BVKJ im Jahr 2019

Inhaltliche Schwerpunkte der 3 bundesweiten Pressekonferenzen waren:

- **Weimar 2019:** Medienabhängigkeit von Kindern und Jugendlichen sowie die Folgen des Kinder- und Jugendhilfegesetzes für junge Menschen
 - **Berlin 2019:** Das Thema Entwicklung als fachliches Schwerpunktthema des 49. Kinder- und Jugendärztetages 2019 und die Themen Nutri-Score sowie Impfen/Impfpflicht und Pädiatermangel als politische Themen.
 - **Bad Orb 2019:** Alternativmedizin und Nahrungsunverträglichkeiten als medizinische Themen und Zucker-Reduktionsstrategie sowie Masern-Schutzgesetz als politische Themen
- Resonanz:** Sehr weite Verbreitung nahezu aller Themen über die bundesweiten Medien insbesondere zum Thema Zuckerreduktion und Impfpflicht bei Masern. Auch hier wurden die meisten Themen vom Bundespressesprecher selbst, der stets Teilnehmer der PK war, wahrgenommen und regional von den Landespressesprechern aufgegriffen, die häufig dazu von den regionalen Medien angesprochen oder interviewt wurden.

3. Pressearbeit der Landespressesprecher auf regionaler/lokaler Ebene

Inhaltliche Schwerpunkte:

Am Beispiel von zehn bundesweit gestreuten Themen:

- Vorschulkinder: Defizite der sprachlichen und motorischen Entwicklung in Sachsen (MDR)
- Süßgetränke: Bei einer Besteuerung könnte man viel erreichen (Saarbrücker Zeitung)
- Impfungen/Impfpflicht (Göttinger Zeitungen, Bild Zeitung)
- Kinderkliniken/Bettenmangel (Lübecker Nachrichten)

- Zuckersteuer: BVKJ-Vorstoß als erster Schritt (Weser-Kurier Bremen)
- Kinderärztemangel/Offenbach-Post, hr (Impfgegner, TV)
- Kinder bildschirmfrei aufwachsen lassen (Schwarzwälder Bote)
- Weniger Zucker und alles wird gut (diverse Medien in Brandenburg)
- Notfallhaus-Kinderarzt: TV 37°, ZDF, 30 Jahre Kinderrechte (Radio MK, NRW)
- Weg mit der gezuckerten Schulmilch, dem Kakao (Bundespressesprecher)
- Viele Anfragen und Antworten und O-Töne der Landespressesprecher werden häufig in größere Textbeiträge eingebunden und daher ebenfalls nicht explizit als Beiträge der Landespressesprecher ausgewiesen.

Fazit: Trotz dieser Einschränkungen kann die thematische Vielfalt, die von den Landespressesprechern des BVKJ ausgeht, von keiner Pressestelle oder keinem auch noch so guten Medienprofi regional und lokal annähernd erreicht werden.

Resonanz: Der Output der Landespressesprecher ist ausgesprochen hoch, die Themen vielfältig und die Authentizität der Landessprecher vor Ort einzigartig. Dies wird von diversen lokalen, regionalen und landesweiten Medien immer wieder bekräftigt. Hier hat der BVKJ auch ein eindeutiges Alleinstellungsmerkmal, weil es bisher trotz vielfacher Versuche keinem anderen ärztlichen Verband bundesweit gelungen ist, ein ähnlich breit aufgestelltes und in ehrenamtlicher Weise funktionierendes System zu etablieren. So verwundert es auch nicht, dass die Resonanz besonders groß ist, auch wenn diese aus folgenden drei Gründen nicht exakt beziffert werden kann.

- Der Output, der sich bis in die kleinsten regionalen und lokalen Medien erstreckt, wird von bundesweiten Ausschnitts-Diensten kaum erfasst.
- Der Bitte der Landessprecher um Zusendung eines Belegexemplars oder eines Mitschnittes im Kontext der Medienarbeit für den BVKJ wird kaum oder gar nicht entsprochen.

4. Online-Medien und Social Media

Inhaltliche Schwerpunkte: Das Themenspektrum der Online-Veröffentlichungen war 2019 genauso breit wie im eigentlichen Print-Bereich: Besonders auffällig war hier allerdings, dass die Themen Smartphone und Digital-Medien sowie Zucker/Übergewicht eindeutig im Fokus standen. Inhaltlich und politisch wurde über Kathrin Jackel-Neusser 2019 auch sehr viel über Twitter und andere Social media Kanäle transportiert, inhaltlich kommentiert oder Follower generiert.

Resonanz: Die maximale Reichweite aller Online-Veröffentlichungen ist sehr hoch und lag innerhalb einer Woche nach dem Bad Orber Kongress im höheren zweistelligen Millionenbereich. Allerdings kann die Reichweite nicht mit entsprechenden Clicks und Clicks nicht mit den tatsächlichen Lesern von Online-Texten gleichgesetzt werden.

5. TV und Radio Monitoring 2019

Inhaltliche Schwerpunkte: Die BVKJ Themenpalette, die über TV und Funk

transportiert werden konnte, entsprach auch denen aus den Print- und Online-Bereich. Auffällig war, dass 2019 deutlich mehr Radioanstalten Interesse an aktuellen BVKJ-Themen zeigten, als in den Jahren zuvor.

Resonanz: Mindestens 100 TV- und Radiobeiträge in 2019, die zumeist vom Bundespressesprecher, den wissenschaftlichen Leitern der 3 großen BVKJ-Kongresse, dem Präsidenten und den Landespressesprechern geführt wurden.

Schlussbemerkung

Der gesamte Output der Pressearbeit 2019 ist in 3 großen Presseordnern festgehalten, die in der Geschäftsstelle des BVKJ einsehbar sind. Angesichts der enorm großen Anzahl von Presseaktivitäten im BVKJ und der nur punktuell stattfindenden systematischen Presseauswertung ist mit Sicherheit davon auszugehen, dass der Presse-Output im Jahr 2019 auf allen 5 Ebenen und gerade auch von Seiten der Landespressesprecher deutlich höher war, als er mit den vorliegenden punktuellen Nachweisen ausgewiesen werden kann.

Zusammenstellung und

redaktioneller Text:

Raimund Schmid, Medienbüro/
Journalist/Buchautor
63739 Aschaffenburg
E-Mail: medien@RaimundSchmid.de

Red.: WH

Psychomotorische Entwicklung des Säuglings (Wandtafel)

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

Dargestellt wird die Entwicklung vom Neugeborenen bis zum Ende des 12. Monats.
Format: 57 x 83,5 cm, zum Aufhängen, EUR 20,50



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

Die Mehrheit der Kinder- und Jugendärzte ist für die Einführung der Masern-Impfpflicht

Über die Einführung der Masern-Impfpflicht wird in Deutschland seit mehreren Jahren debattiert. In den ersten vier Monaten des Jahres 2019 wurden bereits fast 400 Masern-Fälle registriert, woraufhin Gesundheitsminister Spahn handelte, einen Entwurf des Masernschutzgesetzes vorlegte und somit versuchte die Masern-Impfpflicht für Deutschland zu realisieren. Die politische Antwort auf den Entwurf war positiv. Die drei wichtigsten Gründe für die Einführung sind nicht zuletzt die hohe Anzahl Masern-Erkrankter im Jahr 2019, sondern auch die wiederholte WHO (Weltgesundheitsorganisation)-Einstufung Deutschlands als ein Land, in dem sich die Masern endemisch verbreiten, und die zu beobachtende Impfmüdigkeit in Deutschland. Was denken die Experten über die Impfpflicht und die zunehmende Impfmüdigkeit in Deutschland? Um dies herauszufinden, wurden 5.386 niedergelassene Kinder- und Jugendärzte in Deutschland online befragt. Final nahmen 959 Pädiater an der Online-Umfrage teil.



Mona Hernández-Rascón

Die Masern-Impfpflicht ab 2020

Die Einführung der Masern-Impfpflicht wird kontrovers diskutiert. Sie berührt die Freiheit des Individuums und ein Recht auf körperliche Unversehrtheit. Doch sobald Kinder regelmäßigen Kontakt zu anderen Kindern haben, frühestens im Kindergarten, spätestens in der Schule, sollte nicht mehr von eigener Gefährdung gesprochen werden, sondern auch von der Gefährdung anderer Kinder und Erwachsener. Nicht geimpfte Kinder bringen demnach nicht nur sich selbst, sondern auch Kinder und Menschen zu denen sie Kontakt haben in Gefahr, an Masern zu erkranken. Impfbefürworter und -gegner kritisieren die geplante Impfpflicht positiv und negativ. Auch die Meinungen der befragten Kinder- und Jugendärzte gehen teilweise stark auseinander,

worauf im Folgenden weiter eingegangen wird.

Impfen ist das neue „Schreien lassen“

In Deutschland hat die Anzahl der Impfskeptiker in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Die sogenannte allgemeine Impfskepsis wird als ein generelles Misstrauen gegenüber Impfungen definiert. Der Sinn einer Impfung wird angezweifelt. Impfskepsis scheint ein Trend zu sein, der sich besonders unter anthroposophisch veranlagten Eltern ausbreitet. Eine Analyse der Impfungen pro Region ergab zudem, dass die Impfbereitschaft sinkt, desto höher der Bildungsstand der Frauen in der Region ist. Diese Analyse untermauert die Theorie, dass eine anthroposophische Weltanschauung und ein hoher sozioökonomischer Status für zunehmende Impfskepsis und folglich die sinkenden Impfraten in Deutschland verantwortlich sind. Rund ein Prozent der Bevölkerung seien Impfgegner, die Impfskeptiker negativ beeinflussen. Diese literarisch ermittelte Quote deckt sich mit der Angabe der befragten Kinder- und Jugendärzte, wie viele Impfgegner sich unter ihren Patienten befinden, die tatsächlich auf eine Masern-Impfung verzichten.

Methodik der Umfrage

Die Befragung der niedergelassenen Pädiater wurde im Herbst 2019 durch-

geführt. Der BVKJ versendete den Link zur Umfrage via E-Mail. Das Fachwissen der Pädiater zu dem Thema Masern und Masern-Impfung wurde von der Autorin vorausgesetzt, da sie im Berufsalltag regelmäßig mit diesen Themen konfrontiert werden. Der Fragebogen enthielt zum Großteil geschlossene Meinungsfragen, d.h. es wurden Antworten vorgegeben und die Pädiater konnten sich für eine oder mehrere Antworten entscheiden. Einige Fragen waren Hybridfragen, so wurde zusätzlich die Möglichkeit eingeräumt, ergänzende Angaben zu machen. Zwei Fragen wurden als offene Frage formuliert.

Die Ergebnisse der Umfrage

Laut 604 (63%) der an der Umfrage teilnehmenden Kinder- und Jugendärzte ist die häufigste Ursache dafür, dass wir in Deutschland keine Durchimpfungsrate von 95% erreichen, dass Eltern die Nebenwirkungen der Impfungen scheuen. Zudem sind 57,1% der Ärzte der Meinung, dass Eltern die vielen Impfungen im ersten Lebensjahr der Kinder skeptisch betrachten. Knapp 50,6% geben an, dass Eltern nicht über ausreichende Aufklärung zum Krankheitsbild Masern verfügen und Eltern der Ansicht sind, dass die Kinder die Masernerkrankung durchleben sollten, um eine Immunität aufzubauen (Abb. 1).

Besonders viele Ärzte nannten als weiteren Grund für die nicht vorhandene Durchimpfungsrate das Internet. Fehl-

formationen, Fake-News und Anti-Impf-Propaganda haben ihrer Meinung nach zu viel Raum eingenommen. Verhältnismäßig oft wurde auch das medizinische Fachpersonal verantwortlich gemacht. Besonders Hebammen, Heilpraktiker und auch viele Ärzte seien anthroposophisch eingestellt und raten den Eltern und Kindern gezielt von Impfungen ab. Des Weiteren sei die elterliche Einstellung gegenüber Impfungen ein Problem. Generelle Ablehnung von Impfungen sei ein weiterer Grund. Es wurde kritisiert, dass die Masern-Impfung nur als Kombinationsimpfung zu erhalten sei und eine isolierte Masern-Impfung nicht möglich ist. Auch Inhaltsstoffe, wie Aluminium oder „Giftstoffe“ seien das Problem.

Zu der Frage „Was sollte Ihrer Meinung nach in Deutschland unternommen werden, um die Impfquote von Masern zu erhöhen?“ antworteten 593 Ärzte (64,4 %), dass sie eine bessere Aufklärung der Eltern für sinnvoll halten. 489 Pädiater (53,1 %) stimmten für eine allgemein bessere Kontrolle der Impfpässe durch die Ärzteschaft und 526 (57,1 %) halten eine verbesserte Information über Masern durch Medien, Flyer o.ä. für sinnvoll. 41,5 % stimmten hier direkt für eine Einführung der Masernimpfpflicht (Abb. 2).

Die Mehrheit der Freitextantworten (insgesamt 35,5 % von 203 Antworten) bezog sich auf die Einführung verschiedener Programme und Maßnahmen, um die Impfaufklärung in der Bevölkerung auszuweiten und dafür zu sorgen, dass sich mehr Menschen impfen lassen. Die Aufnahme von Impfungen in Bonushefte der Krankenkassen, Erinnerungs- und Einladungssysteme oder Kontrollen durch das Gesundheitsamt wurden hier vorgeschlagen. 29,6 % der Antworten bezogen sich auf die direkte Einführung von Sanktionen, wenn sich Patienten gegen eine Impfung entscheiden und auch gegen Ärzte oder anderes medizinisches Fachpersonal, das Impfen nicht befürwortet oder gar davon abrät. Das Entziehen der Approbation war eine gern gegebene Antwort, aber auch der direkte Ausschluss von Kindern aus Kindergärten, falls sich deren Eltern gegen eine Impfung entscheiden. 5,4 % der Ärzte fordern eine bessere Honorierung von Impfungen.

Die Rechtssicherheit für impfende Ärzte müsse erhöht werden, bessere Honorierung für Impfaufklärungsgespräche,

die zeitaufwändig sind, und die Entlastung von bürokratischer Arbeit sei nötig.

Die Antworten auf die Frage „Sind Sie grundsätzlich für oder gegen die Einführung einer Impfpflicht gegen Masern in Deutschland?“ waren interessant, um eine generelle Einschätzung zu erhalten wie die befragten Kinder- und Jugendärzte einer Impfpflicht gegenüberstehen. 47,47 % sprechen sich zwar für eine Impfpflicht aus, 39,4 % sind jedoch dagegen, während sich 13,13 % enthielten (Abb. 3).

Des Weiteren wurden die Pädiater gefragt, was ihrer Meinung nach die Probleme sind, die die Einführung einer Impfpflicht für Masern mit sich bringt. Sie äußerten sich überwiegend zu den Aspekten der Kontrolle bzw. Sanktionen. Es bestehen Bedenken hinsichtlich der Überprüfung. Unklar sei zum einen wie Eltern, die nicht impfen lassen, kontrolliert werden. Sind Kinder- und Jugendärzte, Kindergärten und Schulen zukünftig verpflichtet diese Fälle zu melden? Wer

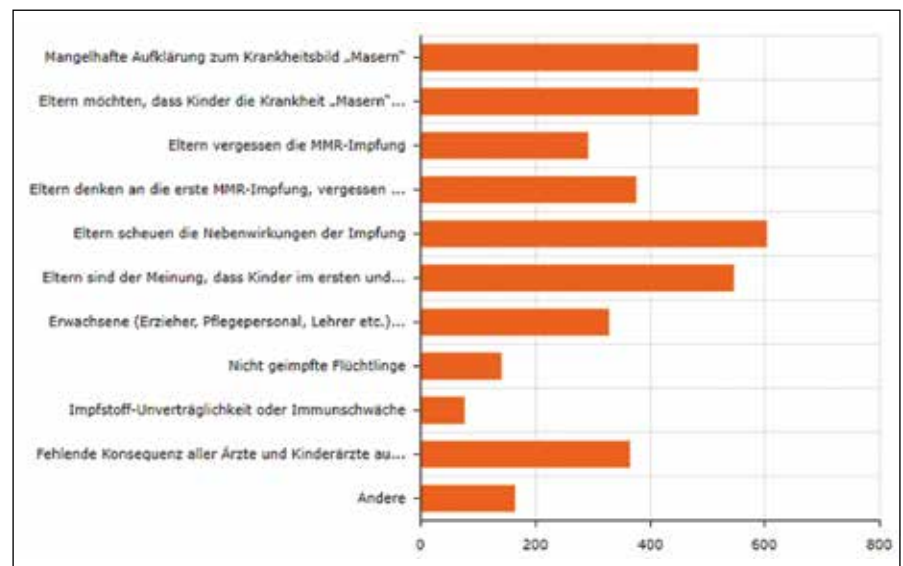


Abb. 1

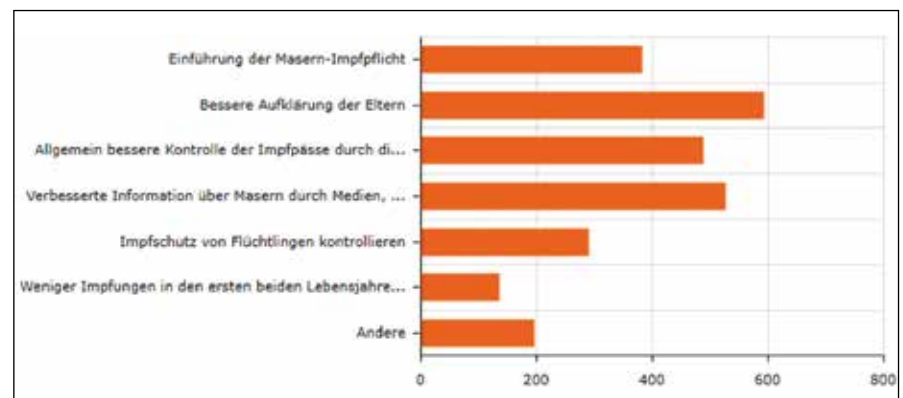


Abb. 2

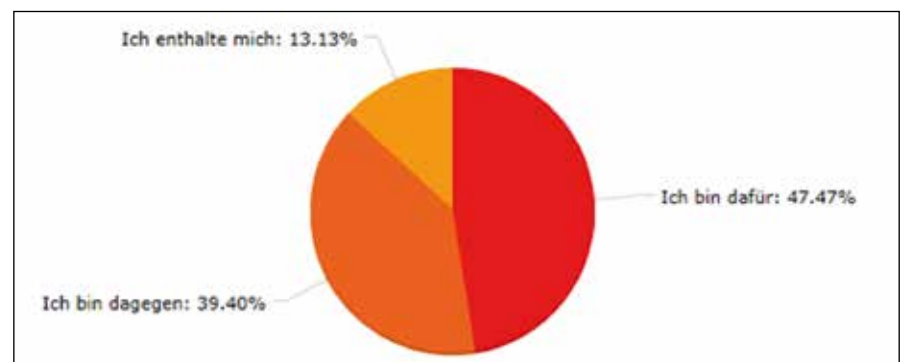


Abb. 3

entscheidet dann über das weitere Vorgehen bzw. spricht Sanktionen aus?

Vergleichsweise häufig haben die befragten Pädiater organisatorische und medizinische Bedenken. Auch hier wurde wieder vermehrt angemerkt, dass kein Einzelimpfstoff verfügbar sei. Die Ärzte haben in diesem Fall ein Problem, argumentieren zu können, da Eltern sich im Recht befinden, wenn sie dies bemängeln und daher die Impfung ablehnen. Eine weitere Vermutung ist, dass Eltern, die sich zu der Masern-Impfung gezwungen sehen, auf andere wichtige Impfungen verzichten werden. Mehrfach genannt wurde auch, dass es zukünftig viele Eltern geben wird, die mit Hilfe der Ärzte Ausnahmen definieren und Atteste erstellen lassen, die bezwecken, dass die Kinder nicht geimpft werden dürfen und müssen (Abb. 4).

In der letzten Frage wurde die Möglichkeit gegeben, sich kurz ergänzend zu dem Thema „Einführung einer Masern-Impfpflicht in Deutschland“ zu äußern. Um die Frage auszuwerten, wurden die vielen Antworten in Oberthemen gegliedert. Anmerkungen, die nur ein oder wenige Male genannt wurden, wurden nicht berücksichtigt.

Überwiegend thematisiert wurde das Thema „Aufklärung der Bevölkerung“. Eine gute, ausführliche Aufklärung der Eltern zum Thema Impfnebenwirkungen, Impfnotwendigkeit und auch zum Krankheitsbild Masern sollte erfolgen. Viele ziehen eine fundierte Aufklärung einer Impfpflicht vor. Aufklärung solle zudem vermehrt im Internet erfolgen, und besonders Hebammen, die in direktem Kontakt zu Eltern stehen, sollten diesbezüglich geschult werden. Es wurden auch die Vorschläge gemacht, Impfberatungssprechstunden und -stellen anzubieten sowie Informationsveranstaltungen in Kindergärten und Schulen zu organisieren (Abb. 5).

Fazit für die Praxis

Sowohl Impfbefürworter als auch Impfgegner betrachten die Einführung der Masernimpfpflicht kritisch. Laut Literatur und auch befragter Ärzte machen Impfgegner nur einen sehr geringen Bevölkerungsanteil aus. Sie verfügen allerdings über eine laute Stimme, da eine Meinungsverbreitung über das Internet leicht für sie ist. Befragte Ärzte gaben an, dass Eltern sich Informationen zu Impfungen überwiegend über das Internet

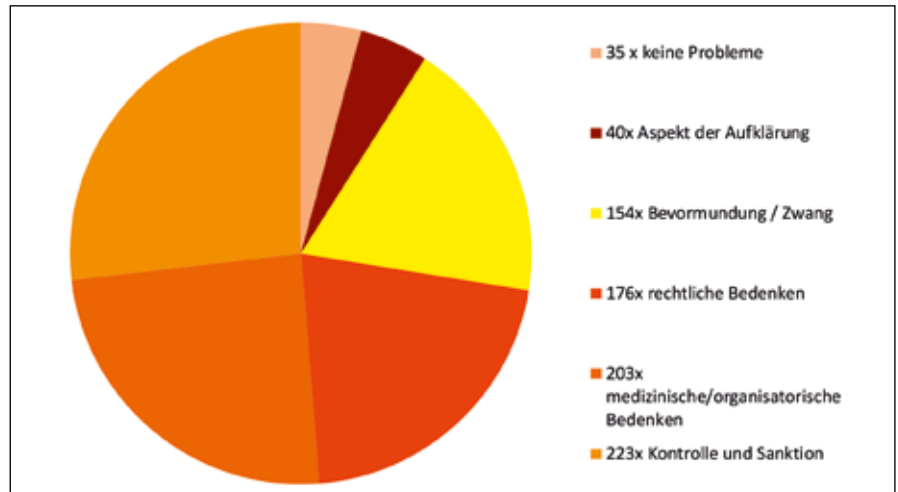


Abb. 4

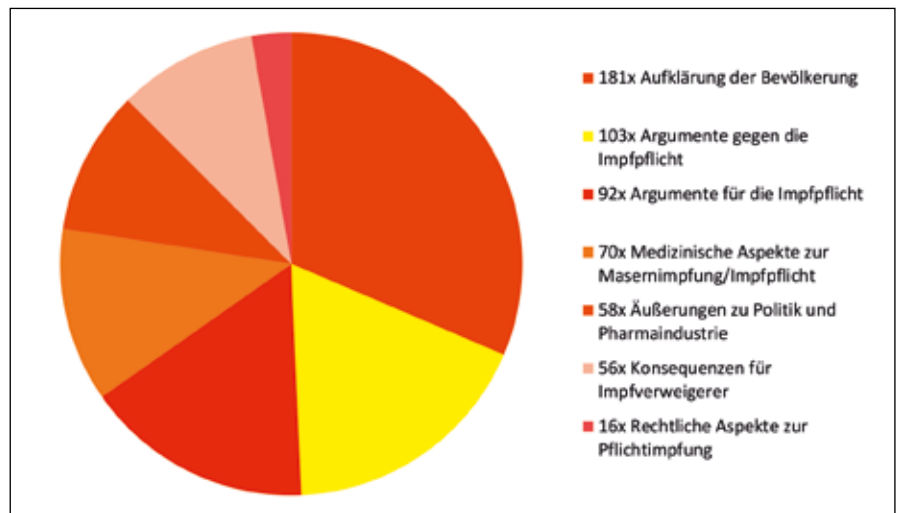


Abb. 5

verschaffen. Daher ist es wahrscheinlich, dass eine Skepsis hier weiter gefördert wird. Laut Umfrage fehlt den Ärzten im Praxis-Alltag oft die Zeit, diese Skepsis zu beseitigen. Viele befragte Pädiater möchten, dass ihnen mehr Zeit und Raum für Impfberatung gegeben wird, und verlangen eine angemessene Honorierung.

Impfbefürworter sind eine weitere, wesentlich größere Bevölkerungsgruppe. Doch auch unter ihnen wird die Einführung der Masern-Impfpflicht kontrovers diskutiert. Literaturrecherche und Umfrage ergaben zwar, dass die Mehrheit unter ihnen für das Gesetz stimmt, doch nicht Wenige sprechen sich auch gegen das Gesetz aus. Ursachen sind dafür nicht nur medizinische, rechtliche und ethische Aspekte. Auch organisatorische Abläufe sind bislang unklar und laut befragter Ärzteschaft nicht durchdacht.

Ein sehr wichtiger Einwand ist hier der wiederholt erwähnte, fehlende Mono-

impfstoff. Etliche Ärzte befürchten, dass Eltern sich Atteste, so genannte „Impfunfähigkeitsbescheinigungen“, von bereitwilligen Ärzten ausstellen lassen, die die Kinder aus verschiedenen Gründen von der Impfpflicht befreien. Literarische Recherche ergab jedoch, dass eine Gesetzesänderung stattgefunden hat, die medizinische Kontraindikationen einer Impfung definiert. Diese werden klar formuliert und „Impfunfähigkeitsbescheinigungen“, die andere als die aufgeführten Kontraindikationen attestieren, werden mit Einführung der Masern-Impfpflicht sicher nicht mehr gültig sein bzw. vom Gesundheitsamt hinterfragt werden.

Korrespondenzanschrift:
Mona Hernández-Rascón
E-Mail: Monai811@arcor.de

Red.: WH

Theater auf Rezept

Plädoyer für eine besondere Medizin

Wer schon einmal das Glück hatte mit Kindern ins Theater zu gehen, erlebt hat wie Kinder sich begeistern und mitfiebern können, dem ist sofort klar, wie die Idee zu dem Projekt Theater auf Rezept entstanden ist.

Angebot Theater auf Rezept und Historie

In den Städten Düsseldorf, Berlin, Stade und Gütersloh können Kinder- und Jugendärzte zu jeder Vorsorge U10, U11 und J1 einen Gutschein für 2 Theaterkarten mitgeben – das Theaterrezept. Ins Leben gerufen wurde diese tolle Aktion von dem HNO-Arzt Herrn Dr. Strahl, dem Kinder- und Jugendkardiologen Herrn Dr. Kahl in Zusammenarbeit mit dem Kinder- und Jugendtheater Düsseldorf unter der künstlerischen Leitung von Herrn Fischer-Fels. Das Projekt steht unter der Schirmherrschaft von Peter Maffay. Über die **Stiftung Kind und Jugend** laufen die Strategie, das Management und die logistische Architektur.

Bilanz

Anlass zur Reflexion gab jetzt die Jubiläumsfeier des Projektes in Düsseldorf. In einer offenen Gesprächsrunde mit Theaterleuten, Sponsoren, Kinder- und Jugendärzten und Kindern und Jugendlichen wurden Ideen gesammelt und über den Benefit solcher Aktionen diskutiert.

Wenn wir heute Fernsehen schauen, Radio hören, Zeitung lesen oder ins Internet schauen, bestimmen Schlagzeilen über Krieg, Nöte und Gewalt, kulturelle und religiösen Differenzen zunehmend unser Leben. Händeringend wird nach Auswegen aus diesem globalen Dilemma gesucht. Hier kommt die Kunst ins Spiel. Das Bedürfnis, sich künstlerisch auszudrücken und damit andere an seinen Vorstellungen, Wünschen, Sorgen, Visionen teilhaben zu lassen, gibt und gab es zu allen Zeiten und in allen Kulturen. So kann die Kunst, in ihren vielfältigen Formen von Musik, Tanz, Literatur, Theater und bildlicher Darstellung, ein verbindendes Element sein.

Sie zeigt den Menschen, was sie eint, regt die Phantasie an, fördert Empathie



© Melanie Zanin

und Verständnis füreinander. Weckt Neugier und stärkt das soziale Miteinander. Dem Theater als Vertreter der sprechenden Kunst kommt dabei eine besondere Bedeutung zu. Es macht Sprache erlebbar und wirkt damit der immer mehr um sich greifenden Sprachlosigkeit entgegen, die wir in unserer zunehmend von digitalen Medien bestimmten Kommunikation finden. Traurig aber wahr: Es gibt Plakate vom Kinderschutzbund mit dem Slogan „Sprich mit mir“, die die Eltern mit witzigen Cartoons motivieren sollen, öfter mal das Handy aus der Hand zu legen und mit ihrem Kind zu sprechen.

Wir wissen seit langem, dass Kinder, denen vorgelesen wird, eine bessere Sprachentwicklung haben, sich besser konzentrieren können, als Kinder, denen nicht vorgelesen wird. Das Theater ist Vorlesen mit Animation, sozusagen im XXL-Format. Eine Lehrerin, die mit ihrer Klasse Theatervorführungen besucht, berichtete mir, dass ihre Schüler eine von echten Personen gespielte Geschichte,

ganz anders wahrnehmen, als einen Film oder ein Video. Nämlich sehr viel empathischer.

Auswirkung von Künsten auf die Gesundheit und die kindliche Entwicklung

Nun ist ein solches Projekt auf kommunaler Ebene schön und gut. Ebenso wichtig ist aber, dass sich auch die Politik mit diesem Thema beschäftigt. Die WHO hat im November 2019 erstmals einen wegweisenden Bericht zur Evidenzgrundlage über Künste und Gesundheitsinterventionen veröffentlicht. Darin werden die Erkenntnisse von über 900 globalen Publikationen analysiert, die sich mit den Zusammenhängen von Kunst und Gesundheit beschäftigen. Wenig überraschend ist die zentrale Aussage, dass sich eine kreative Beschäftigung positiv auf die physische und psychische Gesundheit auswirken kann. Auch die positive Auswirkung von Kunst auf die kindliche Entwicklung wird

in den Fokus gerückt. Bei komplexen medizinischen Problemen wie Adipositas, neurologischen und psychiatrischen Erkrankungen, wo die Schulmedizin an ihre Grenzen stößt, können schöpferische Tätigkeiten alternative Lösungsansätze aufzeigen. In der Psychiatrie ist die Kunsttherapie seit langem ein wesentlicher Baustein zur Gesundung.

Vorbild in anderen Ländern

Künste als ein Teil des menschlichen Lebens zu verstehen, ja ein Grundbedürfnis wie Essen und Trinken, kann neue Dimensionen für Wohlbefinden und Gesundheit bieten. Dies unterstreicht Dr. Piroška Östlin, die kommissarische WHO-Regionaldirektorin für Europa, in ihrer Rede anlässlich der Vorstellung des oben genannten Berichtes am 11. November 2019 in Helsinki.

Unsere nordischen Nachbarn sind da Vorreiter. In Schweden und England gibt es bereits „Kultur auf Rezept“, in Dänemark „Kulturvitamine“ bei gesundheitlichen Problemen wie Stress und Depression. Ein nationales Aktionsprogramm zu Kunst und Kultur im Hinblick auf



Stiftung Kind und Jugend

Unterstützen Sie die Stiftung durch eine Spende:

Bank für Sozialwirtschaft

IBAN DE79 3702 0500 0001 4074 41

BIC BFSWDE33XXX

Gesundheit und Wohlbefinden entsteht in Finnland. Norwegen hat durch ein Gesundheits- und Kulturgesetz die Wichtigkeit von Kunst im Gesundheitssektor betont. Im März 2019 fand in Kopenhagen ein politisches Symposium statt, welches sich mit den Erfahrungen und bereits bestehenden nationalen und regionalen Programmen zu Kunst und Gesundheitsinterventionen im nordischen Raum befasst hat.

Fazit

Jenseits aller wissenschaftlichen Erkenntnisse ist gemeinsam verbrachte Zeit in der besonderen Atmosphäre des Theaters für Kinder und Jugendliche mit ihren Eltern oder Freunden ein schönes Erlebnis. Eine Unterbrechung des Alltags, eine Ablenkung von den kleinen und großen Nöten. Hier können

sich neue Perspektiven eröffnen und die Gedanken im Kopf mal kreisen. Kreativität beginnt.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, wir wollen noch vielen Kindern und Jugendlichen diese Medizin verschreiben! Die Stiftung Kind und Jugend fordert daher die verantwortlichen Politiker im Gesundheitswesen dazu auf, endlich solche Projekte in allen Städten zu fördern, wo ein Kinder- und Jugendtheater besteht.

Dr. Martina Zuckmantel

Dr. Hermann Josef Kahl

Korrespondenzanschrift:

Dr. Hermann-Josef Kahl

40237 Düsseldorf

E-Mail: hermann.kahl@uminfo.de

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

DIE kostenlose Stellenbörse ausschließlich für Pädiater

– Melden Sie sich mit Ihrem DocCheck-Passwort an
(Registrierung über www.doccheck.com)

– Erstellen Sie Ihre eigene Anzeige

– Stöbern Sie durch alle Gebote und Gesuche

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

Zentraler Vertreternachweis

In dieser Datenbank führt die Geschäftsstelle kontinuierlich:

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

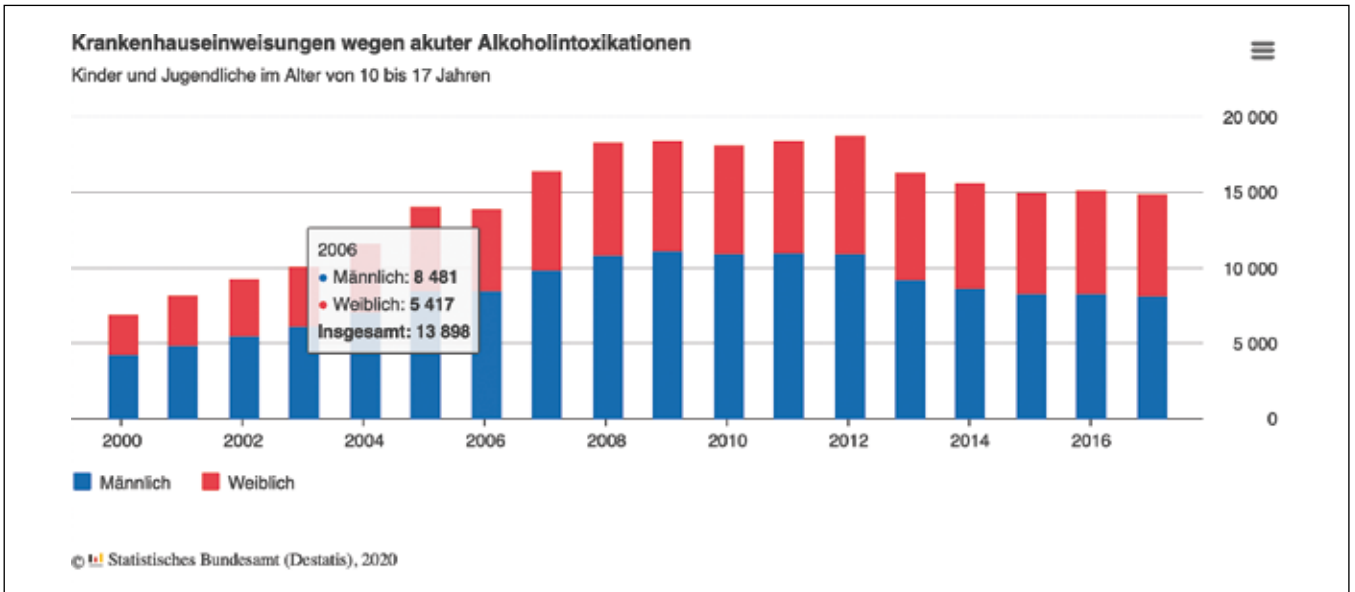
Formulare zur Erstellung einer Anzeige auf www.paediatricboerse.de
oder Aufnahme in den Zentralen Vertreternachweis erhalten Sie bei der

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

Tel.: 02 21 / 68 90 90, Fax: 02 21 / 68 32 04 • E-Mail: bvkJ.buero@uminfo.de

14.900 Kinder und Jugendliche im Jahr 2017 wegen akuten Alkoholmissbrauchs im Krankenhaus

Pressemitteilung des Statistischen Bundesamts vom 18.02.2020



Die fünfte Jahreszeit ist vorüber. Eine Randerscheinung bei närrischen Veranstaltungen zwischen Altweiberdonnerstag und Aschermittwoch war übermäßiger Alkoholkonsum – auch von Minderjährigen. Wie das Statistische Bundesamt (Destatis) mitteilt, wurden in Deutschland im Jahr 2017 rund 14.900 Kinder und Jugendliche zwischen 10 und 17 Jahren wegen akuten Alkoholmissbrauchs stationär in einem Krankenhaus behandelt. Das waren zwar 1,6 % weniger als 2016, allerdings hat sich die Zahl seit der Jahrtausendwende mehr als verdoppelt:

Im Jahr 2000 waren knapp 7.000 Kinder und Jugendliche wegen Alkoholmissbrauchs stationär behandelt worden.

Der Geschlechtervergleich zeigt, dass Jungs stärker zum Rauschtrinken neigen als Mädchen. 2017 wurden bezogen auf 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner zwischen 10 und 17 Jahren 258 Fälle gezählt, in denen Jungen wegen akuten Alkoholmissbrauchs in ein Krankenhaus mussten. Bei den Mädchen lag der Wert bei 229 Fällen. Knapp 18 % der Kinder und Jugendlichen, die wegen akuten Alkoholmissbrauchs stationär behandelt

werden mussten, waren noch keine 15 Jahre alt.

Link: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/Zahl-der-Woche/2020/PD20_08_p002.html

Zusammenstellung:

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



Ihre Meinung zählt!

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

Machen Sie mit!

Das Leser-Forum

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

DAK-Kinder- und Jugendreport
vom November 2019
von Dr. Wolfram Hartmann
Kinder- und Jugendarzt 01/20, S. 4-5



Sehr geehrter Herr Kollege Dr. Hartmann,
danke für Ihren wichtigen Bericht über die seelischen, psychischen Nöte bei Kindern und Jugendlichen, die nicht selten in suizidalen Krisen münden. Ich hielt vor wenigen Tagen einen Vortrag vor Jugendlichen zwischen 14-19 (25) Jahren in einem Jugendclub.

Bei einer anonymen verblindeten Befragung der Jugendlichen beantworteten die Frage: – „Haben Sie schon einen Suizidversuch durchgeführt oder ERNSTLICH darüber nachgedacht?“ – 17 von 35 Jugendlichen mit „Ja“!!

Die Nachsorgeprobleme der Jugendlichen und die zeitgemäße Versorgung der Erwachsenen mit Psychotherapie gestalten sich ähnlich schwierig. Dieses Problem beschäftigt mich schon seit langem. Deshalb begann ich 2017 mit einer wöchentlichen Krisensprechstunde dienstags von 10-12 und 15-17 Uhr in 01454 Radeberg, Kopernikusstr. 6, Tel. 03528/442248. Das Plakat im Anhang hat ein Künstler gestaltet, der selbst einen Suizidversuch durchgeführt hatte und später von mir behandelt wurde.

Bis heute hatte ich 282 Kontakte vor Ort (ca. 50 min.) und über 600 Kurzkontakte, meist als Telefonate. Nur 3 Patienten musste ich akut stationär einweisen.

Meine jüngste Patientin war eine 17-jährige mit sexuellen Beziehungsstörungen. Mein ältester Patient war 84 Jahre mit Depression.

Depressionen und Angststörungen mit akuten Krisen waren die häufigsten Diagnosen.

Ich bin überzeugt, dass Krisensprechstunden an vielen Stellen die Gefahren für Kinder, Jugendliche und Erwachsene

vermindern könnten. Vielleicht finden Sie Kollegen, die bereit wären, so etwas im Ehrenamt wie ich in Ihrem Bereich zu versuchen?

Mit freundlichen, kollegialen Grüßen

Korrespondenzanschrift:

Dr. med. Hartmut Kirschner
01454 Radeberg

Red.: WH

Besonderer Notfall

Die Zunge des Kindes bleibt in der Flasche stecken – eine Stresssituation für Eltern und Ärzte. In Hannover nahm eine solche Geschichte ein überraschend rasches Ende: Ärzte des Kinderkrankenhauses „Auf der Bult“ führten eine dünne Kunststoffkanüle zwischen angeschwollene Zunge und Flaschenhals und spritzten 60 Milliliter Luft hinein. Durch den Überdruck wurde die Zunge herausgedrückt. Der 7-jährige

Junge, dem das Ungemach beim Saftauslecken passiert war, blieb noch für 24 Stunden zur Beobachtung im Krankenhaus.

Die behandelnden Ärzte veröffentlichten den Fall im **European Journal of Anaesthesiology**.

Red.: cb

Vertrauliche Kommunikation

Die JugendNotmail ist ein starker Ansprechpartner

Im Januar veröffentlichte die Berliner JugendNotmail ihre Zahlen für 2019: Über 4.100 Jugendliche suchten Hilfe bei der Online-Beratung. Darunter gaben 17 % an männlich zu sein, 70,4 % weiblich und 12,6 % divers. Dass so viele Ratsuchende das dritte Geschlecht nannten, liegt daran, dass deren Botschafter, Riccardo Simonetti, die Anlaufstelle auch in der jungen „LGBT-Community“ (eine aus dem englischen Sprachraum kommende Abkürzung für Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender, also Lesbisch, Schwul, Bisexuell und Transgender) bekannt gemacht hat.



Gegründet 2001 von der Berliner Grundschullehrerin Claudine Krause, gilt die JugendNotmail heute als das „älteste Online-Beratungsangebot“ dieser Art in Deutschland. Der Gründerin wurde dafür in 2015 das Bundesverdienstkreuz am Bande verliehen. Hinter der Internetpräsenz und dem Beratungsangebot steht der gemeinnützige Verein „Jugend und jetzt e.V.“, der ein anerkanntes Mitglied im Paritätischen Wohlfahrtsverband ist. Seine Aufgabenstellung beschreibt der Träger so: „Zweck und Ziel unserer Arbeit ist es, speziell über das Medium Internet Kindern und Jugendlichen bundesweit durch fachlich kompetente und kostenlose Beratung Hilfestellungen und Lösungsangebote bei psychischen Problemen zu geben.“ (...) Dazu engagieren sich erfahrene, diplomierte Fachkräfte aus den Bereichen Psychologie, Sozialpädagogik und Pädagogik mit Zusatzausbildung.“

Vom Erstkontakt bis zur Betreuung

Den Jugendlichen wird bei Kontaktaufnahme ein fester Berater zugeteilt. „Ziel ist es, den Heranwachsenden in seiner jeweiligen Lebenssituation zu stärken und ihm Kompetenzen zu vermitteln.“ (...) Wenn innerhalb der Beratung deutlich wird, dass eine Therapie, Behandlung oder Betreuung vor Ort unausweichlich ist, vermitteln unsere Berater*innen an kompetente Beratungsstellen zur persönlichen Weiterbetreuung.“

Obwohl das Angebot an psychosozialen Online-Beratungen inzwischen stark gewachsen ist, wird die JugendNotmail ihrem guten Ruf gerecht und ist nach wie vor sehr gefragt. „Als wir vor 18 Jahren online gingen, war diese Form der Beratung ein Novum“, kommentiert die Leiterin der Geschäftsstelle, Stefanie

Gießen. „Mit der niedrigsten Hemmschwelle, die ein Beratungsangebot leisten kann, fällt es jungen Menschen leichter, unter Angabe eines Nicknamens über schwierige, belastende, tabuisierte oder intime Dinge zu berichten.“ (...) Dies führt dazu, dass jugendnotmail.de immer häufiger schon bei ersten Anzeichen in Anspruch genommen wird. So können Lösungswege frühzeitig erarbeitet werden, bevor eine manifeste Erkrankung ausbrechen kann.“, so ein Statement auf der Internetpräsenz.

Ständige Weiterentwicklung

Natürlich ist der Verein auch technisch mit der Zeit gegangen und bietet nun – neben der Einzel-Online-Beratung – moderierte Themenchats und Foren an. Die richten sich thematisch ganz nach den Bedürfnissen der Jugendlichen. Sexualität ist mittlerweile stark gefragt und landet in der Statistik auf Platz 3.

Am 10. Februar 2020 konnte die Beratungsstelle eine weitere Neuigkeit verkünden: „JugendNotmail und die DAK-Gesundheit arbeiten ab sofort als Gesundheitspartner zusammen. Die Online-Beratung unterstützt die Krankenkasse inhaltlich im Rahmen der #nice-ones-Initiative auf deren Online-Kanälen zu den Themen Stress, Bodyshaming, Mobbing und Onlinesucht. Im Gegenzug weist DAK-Gesundheit in ihren Medienangeboten künftig regelmäßig auf das Beratungsangebot zur Stärkung der seelischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen hin.“

Mit Riccardo Simonetti hat die Beratungsstelle übrigens einen ebenso prominenten wie engagierten Botschafter gefunden, der sich gegen Mobbing und für Selbstakzeptanz einsetzt. Gerade mal 27 Jahre alt, kann er bereits auf eine Vielzahl

JugendNotmail in Zahlen

Nutzungszahlen (Status 12/2019):

- über 135.000 beantwortete Notrufe seit 2001
- ca. 10.000 Beratungskontakte pro Jahr
- 4.110 Neuanmeldungen von Ratsuchenden in 2019

Themen der Jugendlichen (Status 12/2019):

- TOP1: Familie
- TOP2: Depression
- TOP3: Liebe & Sexualität
- TOP4: Selbstverletzung
- TOP5: Suizidgedanken

Mitarbeiter bei JugendNotmail:

- ca. 150 ehrenamtliche Beraterinnen und Berater
- ca. 8 ehrenamtliche Mitarbeiter und eine Teilzeitkraft in der Geschäftsstelle



von Aktivitäten zurückblicken und wird als „Entertainer, Moderator, Autor, Model, Schauspieler und Kolumnist“ gelistet. Er zählt zu den wichtigsten männlichen Influencern Deutschlands, da er in seinem Blog – neben Mode, Events und Reisen – auch stets gesellschaftskritische Themen aufgegriffen hat. Dazu passt sein Kinderbuch mit dem Titel „Raffi und sein pinkes Tutu“, in dem er Toleranz und Anderssein thematisiert. Er ist häufiger Gast in unterschiedlichen Talk-Shows und wurde im vergangenen Jahr vom deutschsprachigen Forbes zu einer der einflussreichsten Personen unter 30 Jahren gewählt.

Red.: cb

Anallogie

An jedem Praxistelefon macht die Höflichkeit den Ton.
Doch wird die manchmal strapaziert, wenn Eltern gänzlich ungeniert am Telefon meckern oder keifen oder sich im Ton vergreifen.

Einmal rief eine Mutter an, ob der Arzt mal schauen kann,
ihr Baby sei nicht ganz gesund, und nannte dann als Krankheitsgrund,
dass es „zweng dem Aschlooch“ sei, vielleicht wär’ ein Termin grad frei.

Die MFA wurd’ etwas bleich: „Dann kommen Sie doch lieber gleich.“
Hat souverän, doch recht pikiert, rasch ihren Namen noch notiert
und dann umgehend aufgelegt. Erst dann hat sie sich aufgeregt:

„Das ist ja wohl der Gipfel heute, was waren das denn bloß für Leute,
die solch schlimme Worte kennen, den Kinderpopo Arschloch nennen
und sich einfach nicht genießen. Ich muss den Chef gleich informieren.“

Der Kinderarzt betrat wie immer ganz ruhig das Behandlungszimmer.
Zur Inspektion perianal bat er die Eltern jovial:
„Packen Sie Ihr Kind mal auf, ich werfe einen Blick darauf.“

Doch die Eltern taten’s nicht: „Wieso? Er hot’s fei nur im G’sicht!“
Es sei ein Ausschlag um den Mund und nicht der Darmausgang der Grund,
der – wie man doch in Franken wisse – nicht „Aschlooch“, sondern „Arschluuch“ hieße.

So wurd’ aus dem Analproblem ein periorales Exanthem.
Was uns die Erkenntnis bringt: Nicht alles ist so, wie es klingt.

Korrespondenzanschrift:

Dr. med. Richard Haaser, 90537 Feucht
E-Mail: hallo@drhaaser.de

Red.: WH

Woher kommt eigentlich ...

Die letzten beiden Male wurden in dieser Kategorie Begriffe aus der Jugendsprache und aus der Online-Kommunikation beschrieben. Nun wenden wir den Blick zurück – und widmen uns Redewendungen aus dem medizinischen Bereich. Die sind schier unzählig vorhanden, sie fallen uns im täglichen Sprachgebrauch kaum auf.

Zahlreiche medizinische Redensarten entstanden bereits vor Jahrhunderten. Indem sie körperliche Erscheinungen in Redewendungen verpackten, versuchten unsere Vorfahren, ihre Empfindungen plastisch zu beschreiben. Mit dem Ziel, dass es ihrem Umfeld leichter fällt, sich in ihre Lage hineinzuversetzen. Heute beschäftigt sich auch die moderne Medizin mit diesen im Volksmund verwendeten Redewendungen, denn sie weisen auf biologische Prozesse hin, die in unserem Körper ablaufen.

Mir stehen die Haare zu Berge!

Dass dieses Phänomen im Tierreich auftritt, kann jeder bei einer Katze beobachten: Ist sie auf Konfrontationskurs, krümmt sich ihr Rücken zum Buckel, gleichzeitig richten sich alle Haare an Rücken und Schwanz auf: Sie stehen zu Berge. Die Katze will damit erreichen, dass sie größer und stärker wirkt.

Wir Menschen kennen die aufgerichteten Haare bei Kälte und Angst: „Verantwortlich dafür sind kleine Muskeln an den Haarfollikeln, die die Haare aus ihrer normalen, liegenden Position in eine senkrechte ziehen,“ erklärt der Psychologe Christian Kaernbach von der Universität Kiel. Beim Kopfhair kommen die winzigen Muskeln nicht gegen das Gewicht der Haare an. Bei den feinen Härchen im

Nacken oder an Armen und Beinen ist der Effekt, der als Piloerektion bezeichnet wird, jedoch gut sichtbar. Bei der klassischen „Gänsehaut“ aufgrund von Kälte vermuten Wissenschaftler „ein Relikt aus grauer Vorzeit“. Dazu Kaernbach: „Ich denke, dass die aufgerichteten Haare durchaus in der Lage sind, das Mikroklima auf der Haut zu verändern.“



© Alexas_Fotos/Pixabay

Ganz anders verhält es sich bei dem „haarsträubenden“ Gefühl von Angst, Schrecken, Unbehagen: Ob Krimi oder nächtliches Geräusch – die Härchen auf den Armen richten sich auf, die Nackenhaare sträuben sich. „Wer sein Fell aufplustert, wirkt optisch größer und gaukelt einem Feind vor, er sei stärker, als er wirklich ist.“, so der Kieler Psychologe. Mit diesem Trick sollen also potenzielle Angreifer vergrault werden. Und damit sind wir wieder bei der Verteidigungsstrategie der Katze und anderer tierischer Lebewesen. Eine weitere Erklärung lautet, dass sich bei Mensch und Säugetier angesichts einer Gefahr die Haut zusammenzieht, um die Blutungsgefahr bei eventuellen Verletzungen zu verringern.

Das Phänomen wird bereits bei Vergil (70 bis 19 v. Chr) beschrieben: „Staunen ergreift mich, es sträubt sich mein Haar.“ Auch aus dem Alten Testament ist ein Zitat bekannt, es ist bei Hiob 4, 15 zu finden: „Und ein Hauch fährt an mir vorüber; es stehen mir die Haare zu Berge an meinem Leibe.“

Ich habe einen Frosch im Hals.

Glücklicherweise lässt sich diese Redewendung leicht auflösen, denn mit einem echten Amphibium hat sie nur wenig zu tun. Der Ausdruck rührt vom medizinischen Begriff „Ranula“ her, der aus dem Lateinischen kommt und „kleiner Frosch“ bedeutet. Es ist die Bezeichnung

einer Speicheldrüse, die sich unter der menschlichen Zunge befindet. Entzündet sie sich, schwillt sie an und erinnert dann wohl an die Schallblase eines Frosches, dem sie als Resonanzverstärker für Paarungsrufe dient.

Doch umgangssprachlich verwenden wir die Redewendung in den seltensten Fällen bei einer entzündeten Speicheldrüse, sondern wenn unsere Schleimhaut gereizt ist. Meist wird das hervorgerufen durch Aufregung, Stress oder eine Überlastung der Stimme, manchmal auch durch Erkältungen oder Sodbrennen. Das Resultat ist das gleiche: Der Hals fühlt sich an wie zugeschnürt, und das Sprechen fällt schwer. Räuspern wird zumeist als probates Mittel dagegen angesehen, reizt die Stimmbänder aber noch mehr. Salbeibonbons haben sich hingegen bei der Bekämpfung des „Frosches“ sehr bewährt!

Zusammenstellung und Redaktion: cb



© physticsgirl/Pixabay

Erkrankungen und Behandlungen

Im November 2019 erschien der Kinder- und Jugendreport der DAK-Gesundheit. In ihm wurden – in Zusammenarbeit mit der Universität Bielefeld – die Daten von ca. 800.000 jungen Versicherten aus den Jahren 2016 und 2017 ausgewertet. Darin enthalten sind – natürlich anonymisiert – die Abrechnungen von Kliniken, Ärzten, Arznei- und Hilfsmittelverordnungen sowie weiterer Routedaten. Nicht nur der Umfang der Untersuchungen, auch die Darstellung einer zeitlichen Entwicklung zählen zum Novum dieses Kinder- und Jugendreports.

Der Schwerpunkt des Reports lag in der Darstellung der psychischen Erkrankungen, die bereits im KJA vorgestellt wurde. Doch auch im Hinblick auf die Basisdaten lohnt sich ein Blick in das nahezu 250-seitige Werk, das im Internet abrufbar ist (s.u.).

Die Kernergebnisse im kurzen Überblick:

- **93 %** aller Kinder und Jugendlichen haben in 2017 zumindest einmal einen **niedergelassenen Arzt** aufgesucht. War es bis zum Beginn des Jugendalters meist der Pädiater, wurde bei den über 14-jährigen mit 60 % zunehmend der „nicht kinderärztlich fortgebildete Hausarzt“ konsultiert. Im Vergleich: Bei den 10- bis 14-jährigen lag der Anteil, die den Kinder- und Jugendarzt

aufsuchten, noch bei 58 %. Blickt man auf das gesamte Bild, bleiben natürlich die Kinder- und Jugendärzte die am häufigsten besuchte Arztgruppe.

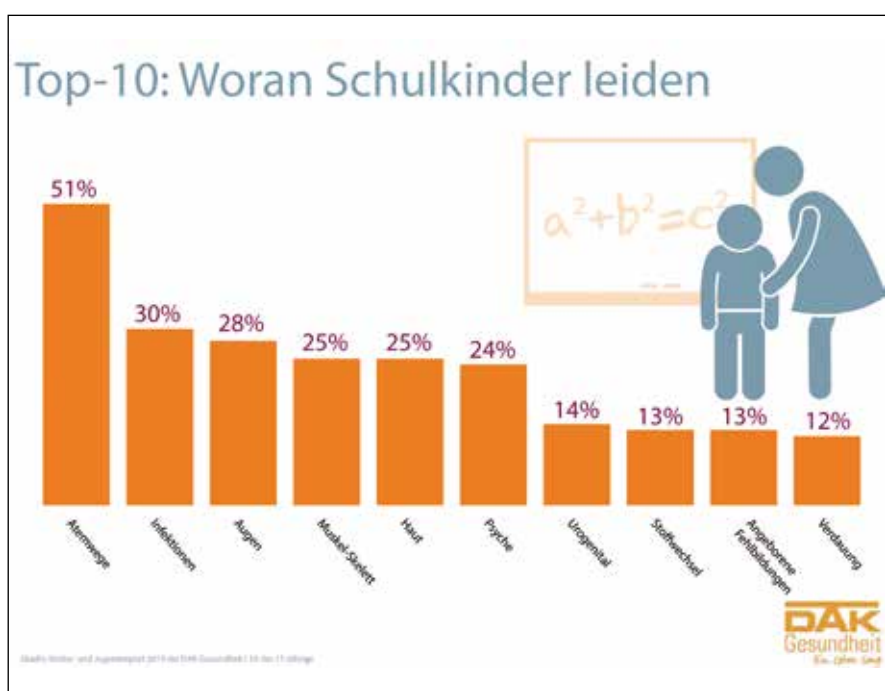
- **7 %** aller Kinder- und Jugendlichen wurden in 2017 wenigstens einmal **im Krankenhaus behandelt**. Häufigster Behandlungsgrund waren Gehirnerschütterungen. Die höchste Zahl an Krankenhausaufenthalten trat mit **22 % bei Säuglingen** auf, die geringste mit **5 % bei Kindern und Jugendlichen im Alter zwischen 5 und 14 Jahren**.
- **70 %** aller Patienten unter 18 Jahren bekamen mindestens einmal in dem Jahr ein Arzneimittel verschrieben. **Kleinkinder** erhielten mit durchschnittlich **7,4 Mal** wesentlich mehr Mittel verschrieben als **Jugendliche**



© Semevent/Pixabay

mit durchschnittlich **2,7 Rezepten** pro Jahr. Im Gesamtdurchschnitt wurden **pro Kind 3,2 verschiedene Arzneimittelwirkstoffe** im Jahr verschrieben. Am häufigsten wurden Schmerzmittel, Entzündungshemmer und Schnupfenmittel für Kinder und Jugendliche verordnet. Die Verschreibungsprävalenz von **Antibiotika war mit minus 6 %** rückläufig, die von Vitaminen (Vitamin D-Supplementierung) stieg im Vergleich zum Vorjahr um 12 % an.

- Für die Gesundheitsversorgung wurden **im Durchschnitt 949 Euro pro Jahr** ausgegeben. Dazu die DAK: „Am höchsten sind die durchschnittlichen Ausgaben für Säuglinge (2.544 Euro), am niedrigsten bei Kindern von 10 bis 14 Jahren (811 Euro).“ **38 %** der Gesamtausgaben entfielen auf **Krankenhausaufenthalte**, **34 % auf ambulante Arztbesuche**, 13 % auf verschriebene Arzneimittel. Zahlen, die sich – aufgrund der Fülle der Daten – auch auf andere Krankenkassen übertragen lassen.



Bei den häufigsten Erkrankungsarten listet der DAK-Report auf: Unabhängig von Alter und Geschlecht liegen **Atemwegserkrankungen bei 60 %** der Patienten an der Spitze. Bei **40 %** wurden **Infektionserkrankungen** festgestellt, bei **31 % Augenerkrankungen**, bei **28 % Hauterkrankungen** und bei **27 % psychische Erkrankungen**. (Bei Schulkindern liegen die Zahlen etwas anders, s. Grafik.) Speziell bei den psychischen Erkrankungen

ergab sich bei der Auswertung ein überraschendes Ergebnis im Hinblick auf den sozio-ökonomischen Status der jungen Patienten: „Kinder aus Elternhäusern mit **mittlerem Bildungsniveau** haben ein statistisch signifikant höheres Risiko (+ 9 %), an Depressionen oder Angststörungen zu leiden, als Kinder aus **Elternhäusern mit niedrigem oder hohem Bildungsniveau**.“ Weniger überraschend war die folgende Aussage: „Für Kinder aus Akademi-

kerhaushalten wurde das geringste Risiko für eine Depression oder Angststörung beobachtet.“

Quelle:

<https://www.dak.de/dak/bundesthemen/kinder-und-jugendreport-2169366.html>, dann einfach auf „Report“ klicken.

Zusammenstellung und Red.: cb

Nachgefasst: Späterer Unterrichtsbeginn



© Gerd Altmann auf Pixabay

Im November 2019 berichtete Dr. Felix Berth unter dem Titel „Wider das Morgengrauen“ über Studien zu den positiven Auswirkungen eines späteren Unterrichtsbeginns. In der Januar-Ausgabe des KJA fragte Dr. Heinrich Lang nach den organisatorischen Möglich- und Schwierigkeiten einer zeitlichen Verschiebung. Dazwischen, also im Dezember, veröffentlichte die Ludwig-Maximilians-Universität München im Rahmen einer Studie eine mögliche Lösung, die erst später ihren Weg in die Presse fand.

Die dortigen Chronobiologen um Eva Winnebeck und Till Roenneberg konnten in Deutschland „einen besonderen Feldversuch“ studieren: Sie begleiteten Schüler des Gymnasiums in Alsdorf bei Aachen, die als erste deutsche Schule ein „Flexi-Modell“ einsetzen: Schüler der Oberstufe können selbst entscheiden, ob sie zur ersten oder zweiten Unterrichtsstunde antreten. Grundlage dafür ist der „Dalton-Plan“, nach dem die Schule arbeitet und für den sie 2013 mit dem deutschen Schulpreis ausgezeichnet wurde.

Der Plan wurde bereits 1917 im amerikanischen Ort Dalton von Helen Parkhurst entwickelt. Dabei wird auf Frontalunterricht verzichtet, die Schüler eignen sich den Lernstoff selbständig an. Die Methode, die in Amerika und den Niederlanden sehr verbreitet ist, wird in Alsdorf in modifizierter Form angewendet: Im Stundenplan sind zehn Unterrichtseinheiten pro Woche für die Wissensvermittlung in Kleingruppen vorgesehen, die Hälfte davon liegt nun auf der „Acht-Uhr-Schiene“. „Kommen die Schüler später, müssen sie den Stoff in den Freistunden oder nach dem regulären Unterrichtsschluss nachholen“, erklären die Wissenschaftler in ihrem Bericht vom 19. Dezember 2019.

Das Vorgehen bei den Schülern von drei Oberstufenjahrgängen erfolgte so: „Drei Wochen vor und sechs Wochen nach der Einführung des Flexi-Modells ... ließen sie sie täglich Schlafprotokolle führen, statteten gut die Hälfte von ihnen zudem mit Aktivitäts-Trackern aus. Am Studienende gaben die Jugendlichen Auskunft über ihr Schlafverhalten, ihr Wohlbefinden und ihre Konzentrationsfähigkeit im Unterricht und beim Lernen.“

Die Untersuchung brachte Überraschendes zutage: Im Schnitt ließen die Schüler die erste Stunde nur zweimal pro Woche ausfallen – unabhängig von Geschlecht, Jahrgangsstufe und Chronotyp. Die Schlafzeiten veränderten sich also nur unwesentlich, trotzdem waren die Teilnehmer hochzufrieden. „Durch die Bank gaben sie an, besser zu schlafen und auch in der Schule konzentrierter zu sein.“

Ihre Studie veröffentlichten die Autoren im Dezember 2019 im Fachmagazin

„Sleep“. Dort resümierten sie: „Flexible Systeme stellen eine tragfähige Alternative dar, wenn man den Schlaf von Jugendlichen verbessern will.“ Und ergänzten auf den Seiten der Universität München: „Vielleicht reicht schon die Möglichkeit, frei entscheiden zu können und nicht dem Diktat des Weckers ausgeliefert zu sein, um viele Knoten zu lösen.“ Wichtig finden sie, dass die Schüler dazu ermuntert werden, die Spätoption bei Bedarf auch wirklich zu nutzen.

Chronischer Schlafmangel bei Jugendlichen ist übrigens längst vom privaten und individuellen Problem zu einem „Thema der öffentlichen Gesundheit“ geworden – und das weltweit. So spricht die US-amerikanische Gesundheitsbehörde bereits von einem „Public Health Concern“. Zudem belegen Studien, dass durch den Schlafmangel auch die Risiken für Depressionen, Adipositas, Diabetes sowie andere Stoffwechselkrankheiten steigen.



© Dieter Schütz / pixelio.de

Weitere Informationen finden Sie unter: https://www.uni-muenchen.de/forschung/news/2019/winnebeck_schule.html

Red.: cb

Was macht eigentlich Dr. Matthias Brockstedt?

Rund um die Thematik der erlaubten und verbotenen Drogen ist er die offizielle Stimme des BVKJ: Der Berliner Kinder- und Jugendarzt Matthias Brockstedt, der seit 2011 die Aufgabe des Suchtmittelberaters innehat. Damit prägt er die Richtlinien des Verbandes, berät den Vorstand und die Kollegen und ist zudem ein gefragter Experte – nicht nur bei Politikern, auch bei der Presse oder als Referent. Kein Wunder, dass er im vergangenen Jahr zum dritten Mal wiedergewählt wurde als „Beauftragter für stoffgebundene Suchtfragen“. Den Lesern des KJA ist er übrigens bekannt durch die Serie „Suchtforum“ (s.S. 252), in dem jeweils einzelne Substanzen vorgestellt werden.



Eigentlich bin ich ja seit 2018 im Ruhestand“, erzählt Matthias Brockstedt im Gespräch. Doch selbst seine Frau zweifelt oftmals daran – angesichts seines vollen Terminkalenders. Von 2004 bis 2018 war er Ärztlicher Leiter des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes Berlin-Mitte, von 1990 bis 2003 Ärztlicher Leiter des Giftnotrufs Berlin und zugleich Lehrbeauftragter für die Toxikologie des Kindesalters an der dortigen Humboldt-Universität.

Geboren in Hamburg, Grundschule und Gymnasium in Leer, führte ihn das Studium 1971 ins damalige West-Berlin. Neben der Humanmedizin studierte er Lateinamerikanistik, arbeitete als Assis-

tenzarzt in Spandau sowie an der Universitätskinderklinik der FU Berlin. 1987 wechselte er für drei Jahre nach Amsterdam, wo er als Universitätsdozent Neonatologie an der Kinderklinik der Vrijen Universiteit tätig war. „In dieser Zeit war mein Arbeitsschwerpunkt unter anderem bei einem Viertel aller Neugeborenen der mütterliche Drogenkonsum.“, erinnert er sich.

Zurück in Berlin ließ ihn das Thema der „Toxikologie im Kindesalter“ nicht mehr los. Er agierte als Mitherausgeber des Lehrbuchs „Vergiftungen im Kindesalter“ und engagierte sich für einen Wechsel hin zu nicht-ätzenden Spülmaschinenreinigern: „Was heute selbstverständlich ist, dafür haben wir lange gekämpft. Die ätzenden Reiniger waren ja in jedem Haushalt und gerieten oft in Kinderhände und von dort aus in den Mund. Die Folgen waren verheerend – bis hin zu Spätschäden für Schleimhaut, Speiseröhre und Magen.“ Die Industrie zog schließlich sogar europaweit mit, und heute ist das gefährliche Produkt hier vom Markt verschwunden.

Eine starke Gemeinschaft

Bei diesem „Kampf“ hatte er den BVKJ an seiner Seite und spürte die Vorteile eines großen Verbandes. Mitglied war er bereits zuvor: 1991 trat er bei, „weil

mich die Themen interessierten und ich die Fortbildungen sehr gut fand.“ Jungen Kolleginnen und Kollegen rät er zur Mitgliedschaft und zur ehrenamtlichen Beteiligung: „Dann werden sie spüren, welche Stärke aus der Gemeinschaft wächst und wie man mit inhaltlicher Arbeit Einfluss nehmen kann auf die Politik und die gesellschaftliche Entwicklung.“

Einen dieser schönen Momente erlebte er im Herbst 2019, als er – gemeinsam mit Thomas Fischbach und Kathrin Jackel-Neusser – die frisch ernannte Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Daniela Ludwig, besuchte. „Jahrelang, fast jahrzehntelang haben wir vom BVKJ für ein Verbot von Zigarettenwerbung im öffentlichen Raum gekämpft. Und sind immer an Widerständen gescheitert. Plötzlich hatten wir eine neue Verbündete und von dort aus in den Mund. Die Folgen waren verheerend – bis hin zu Spätschäden für Schleimhaut, Speiseröhre und Magen.“ Die Industrie zog schließlich sogar europaweit mit, und heute ist das gefährliche Produkt hier vom Markt verschwunden.

Was ihn ebenfalls stark beschäftigt, ist der drohende Ärztemangel in Deutschland. „Wenn sich da nicht gravierend etwas ändert, werden irgendwann Praxen und Kliniken – vor allem im ländlichen Raum – schließen müssen.“ Als langjähriger und aktuell wiedergewählter Vorsitzender des Fortbildungsausschusses der Berliner Ärztekammer sowie durch die Betreuung zahlreicher Weiterbildungsassistenten aus verschiedenen Ländern hat er Einblick in die Probleme, die junge Mediziner mit Migrationshintergrund mitbringen. „Das fachliche Wissen ist vorhanden, aber die Sprachschwierigkeiten stehen ihnen oftmals im



© Jens Junge / Pixabay

An der Medizinischen Fakultät der Humboldt-Universität war Matthias Brockstedt über viele Jahre Lehrbeauftragter für die Toxikologie des Kindesalters.



Erfolgreicher Termin bei der Drogenbeauftragten der Bundesregierung: (v.l.n.r.) Thomas Fischbach, Daniela Ludwig, Kathrin Jackel-Neusser und Matthias Brockstedt.

Weg. Paart sich das mit Prüfungsangst, kann es zu regelrechten Ausfällen kommen.“ Auch hier griff er ehrenamtlich ein und unterstützte die jungen Ärzte bei der Vorbereitung. Selbst beim Päd-Ass 2020 war er im Hörsaal der Charité anzutreffen, „schließlich muss man ja auf dem Laufenden bleiben“.

Die Eltern einbeziehen

Mit dem Thema Sucht beschäftigt er sich nicht nur bei Jugendlichen, speziell die Eltern hat er im Fokus. Deshalb ist es ihm ein großes Anliegen, „die Anamnese zu Suchtproblemen in den Familien bei der U 6 und U 9 ins Bewusstsein der Kinderärzte zu rücken. Es ist noch zu wenig registriert worden, dass dies mit der Einführung der neuen Kinderrichtlinien, also des Gelben Heftes 2016, zu den verpflichtenden Aufgaben zählt.“ Dass dies keine einfache Aufgabe ist, weiß auch er. Aber er beschreibt die „Größe“ des Problems: „Bei 2,6 Millionen Kindern und Jugendlichen in Deutschland, die in einem Haushalt mit mindestens einem suchtkranken Elternteil leben, ist das ein Alltagsthema bei allen Vorsorgeuntersuchungen und beim präventiven Kinderschutz.“

Er ist bereits tätig geworden: „Als Berater der Berliner Gesundheitsverwaltung am Runden Tisch gegen häusliche und sexualisierte Gewalt habe ich für die Schnittstelle zu deren Auswirkungen auf Kinder und Jugendliche den Vorschlag

Dr. Matthias Brockstedt zum Thema Cannabis

Die Zahlen belegen es: **Der Cannabiskonsum unter den 12- bis 17-Jährigen ist seit 2011 stetig gestiegen.** Nach einer aktuellen Studie der BZgA und dem Bundesdrogenbericht 2019 haben 8,7 Prozent dieser Jugendlichen in den vergangenen 12 Monaten mindestens einmal Cannabis konsumiert. Im Vergleich: 2016 waren es 6,9 Prozent und 2011 nur 4,6 Prozent. Wir wissen auch: Je früher die Kinder mit dem Konsum beginnen, desto größer ist der Schaden, den die Droge anrichten kann.

Auf der anderen Seite zeigen uns die Zahlen, **dass 91,3 Prozent aus dieser Altersgruppe eben nicht kiffen.** Deshalb kann eine falsche Fixierung auf die 8,7 Prozent uns einen therapeutischen und präventiven Blick verstellen. Wir als Kinder- und Jugendärzte – und mit uns alle beteiligten Ansprechpartner dieser Altersgruppe – sollten eher

den Weg über **die aktuellen Ansätze der Bindungsforschung und Risikominimierung** beschreiten und damit zur Lösung des Problems beitragen. Also suchtgefährdeten Jugendlichen **Wege der Resilienz aufzeigen, ihre Widerstandskraft stärken:** Durch Hilfsangebote an Schulen oder über die Jugendhilfe, durch eine Fortsetzung der Kommunikation und Gesprächsangebote, durch einen intensiven Kontakt. Und der funktioniert eben nicht über Verbot und Strafe. Immerhin ist ja der Anstieg des Cannabiskonsums gerade unter der bestehenden Verbotspraxis der vergangenen Jahre und Jahrzehnte entstanden.

Um es mit einfachen Worten zu beschreiben: Es sollte ein Paradigmenwechsel von einem „Und führe mich nicht in Versuchung.“ hin zu einem **„Und führe mich in der Versuchung.“** stattfinden!



aufnehmen lassen, dass den Kinder- und Jugendärzten ein standardisiertes Anamnesematerial aus der Suchttherapie für eben diese Anfrage bei der U 6 und U 9 an die Hand gegeben wird: zum Beispiel als AUDIT-Fragebogen für Erwachsene.“

Bei allen Engagement und ehrenamtlicher Tätigkeit kommen bei Dr. Matthias Brockstedt auch die Hobbys nicht zur

kurz. Als da wären die unterschiedlichsten Facetten der Kultur, der Tanzkurs, die Spanisch-Lektionen und die Tätigkeit als Jugendtrainer im japanischen Kampfsport Aikido. Wobei ... auch das ist ja wieder ein Ehrenamt.

Interview und Red.: cb

Buchtipps

Andrea Hegener

Hausaufgaben für Eltern von Kindern mit ADS/ADHS

Übungen und Hilfestellungen für Betroffene und Angehörige
Hofmann-Verlag, 2018, 72 Seiten,
€ 14,90, ISBN 978-3-7780-1520-9,
€ 11,90, ISBN 978-3-8486-1520-9
(E-Book)



Dieser Ratgeber soll ein schnelles Nachschlagewerk sein für Eltern. Er soll eine Hilfe sein für Eltern, die im ganz normalen „Wahnsinn“ des Erziehungsalltags innehalten und einen Tipp brauchen. Er soll Eltern dienen, deren Kinder einen erhöhten „Erzie-

hungsbedarf“ haben: unruhige Kinder, impulsive Kinder, unaufmerksame Kinder, vergessliche Kinder, Kinder, die mit alltäglichen Ritualen schlecht zurecht kommen, Kinder, die sich nicht gut allei-

ne beschäftigen können, Kinder, die ständig Rückmeldung brauchen.

Das Büchlein gibt viele praktische Tipps für den oft stressigen Alltag mit hyperaktiven Kindern. Es gibt Hilfen zur Deeskalation im häuslichen Umfeld, zur Kooperation mit Erziehern und Lehrern und beschreibt alltägliche Situationen in der Familie und das daraus oft resultierende Konfliktpotential. Dadurch kann es uns als behandelnde Ärzte entlasten.

Korrespondenzanschrift:

Dr. Wolfram Hartmann

57223 Kreuztal

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

Dr. med. Dipl. Psych. Harald Tegtmeier-Metzdorf zum 65. Geburtstag

Dr. med. Dipl. Psych. Harald Tegtmeier-Metzdorf vollendet am 30. April sein 65. Lebensjahr.

Harald Tegtmeier-Metzdorf hat ein abgeschlossenes Psychologie- und Medizinstudium, seine pädiatrische Weiterbildung erfolgte an den Unikinderkliniken Düsseldorf und Köln bis 1994, die berufsbegleitende Fortbildung Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen bei Lehmkuhl und Döpfner in Köln 1991-1994. 2 Jahre erweiterte er seine neuropädiatrischen Kenntnisse in der entsprechenden Abteilung der Unikinderklinik Köln von 1993-1995, anschließend war er 2 ½ Jahre im neurologischen Rehabilitationszentrum für Kinder und Jugendliche in Gailingen.

1998 ließ er sich als Kinder- und Jugendarzt mit neuropädiatrischem Schwerpunkt und Psychotherapie und Kooperation mit der geburtshilflichen Abteilung des Krankenhauses in Lindau nieder.

Harald Tegtmeier-Metzdorf ist seit vielen Jahren berufspolitisch engagiert. Als Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft niedergelassene Neuropädiater (AG NNP) war er von 2003 bis 2007 tätig, Mitglied des erweiterten Vorstands der AG NNP ist er bis heute. Weiterhin war er als Ver-

treter der Niedergelassenen Mitglied des Vorstands der Gesellschaft für Neuropädiatrie (GNP) von 2004-2007.

Im BVKJ war er zunächst Beauftragter für Psychotherapie von 10/2006 bis 10/2010, Sprecher des neu gegründeten Ausschusses für Psychosomatik und Psychotherapie ist er seit 10/2010, Moderator im Intranet PädInform des BVKJ seit mehr als 15 Jahren.

Zudem war er kooptiertes Mitglied des Vorstands der Vereinigung psychotherapeutisch tätiger Kassenärzte (VPK) von 10/2011 bis 10/2013, jetzt 2. Vorsitzender der VPK seit 11/2013. Ebenso ist er Sprecher des Dachverbands Psychosomatik und ärztliche Psychotherapie in den somatischen Fachgebieten (DPÄP) seit 7/2013 und er war stellvertretendes Mitglied im Fachausschuss Psychotherapie der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) von 1/2011 bis 1/2017.

Für den BVKJ ist er Mitglied der STÄKO (Ständige Konferenz ärztlich-psychotherapeutischer Verbände) seit 1/2014



und hat den BVKJ bei der Leitlinienerstellung von „ADHS“ und „Psychische Störungen bei Kinder von 0-6 Jahren“, „Lese-Rechtschreibstörung“ und „Dyskalkulie“ sachkundig vertreten.

Auch regional hat sich Harald Tegtmeier-Metzdorf vielfältig engagiert, so beim Aufbau eines Arbeitskreises „Frühe Hilfen“ in Lindau

1999, er ist Mitglied des Kreistags und des Jugendhilfe- und Jugendhilfeplanungsausschusses des Landkreises Lindau seit 3/2014.

Der BVKJ gratuliert seinem vorbildlich engagierten Mitglied Dr. med. Dipl. Psych. Harald Tegtmeier-Metzdorf ganz herzlich zu seinem 65. Geburtstag und wünscht ihm für den bevorstehenden Lebensabschnitt alles Gute und Muße für die vielfältigen Interessen, die ihn umtreiben.

Korrespondenzanschrift:

Dr. Wolfram Hartmann
Ehrenpräsident BVKJ

Geburtstage im Mai 2020

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

65. Geburtstag

Herr Dipl.-Med. **Andreas Schrodt**, Coesfeld, am 01.05.1955
Frau Dr. med. **Susanne Plauth**, Mannheim, am 07.05.1955
Frau Dr. med. **Christiane Schulze Velmede**, Butzbach, am 08.05.1955
Herr **Arnold Rotar**, Kusterdingen, am 10.05.1955
Herr Dr. med. **Hans-Ulrich Schatz**, München, am 10.05.1955
Herr Dr. med. **Jan Wieland**, Halsenbek, am 10.05.1955
Frau **Angelika Brenk-Reiling**, Kämpfelbach, am 13.05.1955
Frau Dipl.-Med. **Marita Künne**, Saal, am 14.05.1955
Herr Dr. med. **Michael Ollefs**, Osnabrück, am 14.05.1955
Herr **Rolf Clementsen**, Neumünster, am 14.05.1955
Frau Dr. med. **Marianne Kilian**, Hamburg, am 15.05.1955
Herr Dr. med. **Volker Baum**, Darmstadt, am 15.05.1955
Herr Dr. med. **Andreas Seidler**, Lörrach, am 16.05.1955
Herr Dr. med. **Hardy Grube**, Gladbeck, am 17.05.1955
Herr Dr. med. **Ulrich M. Funk**, Altensteig, am 17.05.1955
Frau Dr. med. **Monika Stahnke**, Hannover, am 18.05.1955
Herr Dr. med. **Thomas Schmidt**, Bocholt, am 18.05.1955
Herr Dr. med. **Volker Klimpel**, Wismar, am 23.05.1955
Frau Dr. med. **Ruth Helene tom Dieck**, Düsseldorf, am 26.05.1955
Frau Dr. med. **Rita van de Loo**, Hamburg, am 28.05.1955
Frau **Gabriele Buschmann**, Neustadt, am 29.05.1955

70. Geburtstag

Frau Dr. med. **Petra-Heike Heinicke**, Stuttgart, am 01.05.1950
Frau Dr. med. **Rotraut Stock**, Bergheim, am 07.05.1950
Herr Dr. med. **Peter Löbel**, Fuldata, am 08.05.1950
Herr Dr. med. **Anton Grosshauser**, Aumühle, am 09.05.1950
Frau Dipl.-Med. **Claudia Scharnefsky**, Einbeck, am 12.05.1950
Herr Dr. med. **Klaus Vogel**, Zornheim, am 12.05.1950
Herr PD Dr. med. **Wolfgang Müller**, Bad Steben, am 17.05.1950
Frau Dipl.-Med. **Marietta Polleichtner**, Hönow, am 20.05.1950
Herr Dr. med. **Heiner Mersmann**, Rösrath, am 21.05.1950
Frau **Gerda Vonnahme-Bär**, Wünnenberg, am 23.05.1950
Frau Dipl.-Med. **Ingrid Roth**, Lehre, am 23.05.1950
Herr Dr. med. **Gerhard Scharpf**, Bad Friedrichshall, am 26.05.1950
Herr **Wulf Schwerdtfeger**, Wiesbaden, am 26.05.1950
Herr **Jürgen Bachmann**, Bremen, am 27.05.1950
Frau **Brigitte Esser**, Herzogenrath, am 29.05.1950
Herr Dr. med. **W.-Christian Püschel**, Gießen, am 30.05.1950

75. Geburtstag

Frau OMR Dr. med. **Beate Lenner**, Schwäbisch Hall, am 04.05.1945

WAHLAUFRUF

für den Landesverband Hessen

Gemäß der Wahlordnung des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V. findet vom **18.05. – 08.06.2020** die Wahl des Landesverbandsvorsitzenden, seiner Stellvertreter, der Delegierten, der Ersatzdelegierten, der Beisitzer sowie des Schatzmeisters statt.

Die Geschäftsstelle organisiert die Briefwahl, die bis zum **08.06.2020** abgeschlossen sein muss (Eingang in der Geschäftsstelle).

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

Dr. med. Ralf Moebus
Landesverbandsvorsitzender

80. Geburtstag und älter

Herr Prof. Dr. med. **Wolfgang Leupold**, Dresden, am 28.05.1940
 Herr Dr. med. **Helmut Preidel**, Olching, am 25.05.1940
 Herr Dr. med. **Wolfram Kirmeß**, Stolzenau, am 25.05.1940
 Frau Dr. med. **Helga Zeißig**, Chemnitz, am 21.05.1940
 Frau Dr. med. **Siegrun Korth-Schütz**, Heidelberg, am 19.05.1940
 Frau Dr. med. **Waltraud Harms**, Berlin, am 17.05.1940
 Herr Dr. med. **Hans-Jürgen Petermann**, Altenburg, am 14.05.1940
 Herr Dr. med. **Henner Redelstorff**, Buchholz, am 07.05.1940
 Herr Dr. med. **Eckart König**, Kronshagen, am 04.05.1940
 Herr Dr. med. **Peter Porsch**, Soest, am 29.05.1939
 Frau **Sigrun Matheus**, Forst, am 18.05.1939
 Frau Dr. med. **Anna Anemüller**, Bad Sassendorf, am 15.05.1939
 Herr Dr. med. **Dietrich Apel**, Braunschweig, am 15.05.1939
 Frau Dr. med. **Sigrid Böhm-Schneider**, Seeheim-Jugenheim, am 24.05.1938
 Frau SR Dr. med. **Renate Lenz**, Eisenhüttenstadt, am 18.05.1937
 Frau Dr. med. **Ursula Kindermann**, Berlin, am 15.05.1937
 Frau Dr. med. **Krystyna Graef**, Frankfurt, am 13.05.1937
 Frau Dr. med. **Eva Lippoldmüller**, München, am 09.05.1937
 Frau Dr. med. **Rosemarie Jäkel**, Wiesbaden, am 30.05.1936
 Herr Dr. med. **Wolfgang Schmid**, Stuttgart, am 24.05.1936
 Herr Dr. med. **Dietrich Reinhardt**, Bonn, am 18.05.1936
 Herr Dr. med. **David Nasser**, Mönchengladbach, am 16.05.1936
 Herr Dr. med. **David Schwind**, Düsseldorf, am 15.05.1936
 Herr Dr. med. **Bouzardjomehr Behrouzi**, Essen, am 14.05.1936
 Herr Dr. med. **Wolfgang Kasper**, Tübingen, am 07.05.1936
 Herr Dr. med. **Wolfgang Wiesenhütter**, Bad Kissingen, am 25.05.1935
 Frau Dr. med. **Uta Recknagel**, Limburgerhof, am 20.05.1935

Frau Dr. med. **Lucienne Steinitz**, Berlin, am 19.05.1935
 Herr Dr. med. **Helmut Outzen sen.**, Flensburg, am 12.05.1935
 Frau Dr. med. **Karin Drewes**, Osterholz-Scharmbeck, am 08.05.1935
 Herr MU Dr. **Manfred Lorenz**, Dresden, am 06.05.1935
 Frau SR **Margarete Fruth**, Windischholzhausen, am 04.05.1935
 Herr SR Dr. med. **Hans-R. Böhm**, Eisenach, am 08.05.1934
 Herr Dr. med. **Youssef Toulimat**, Asendorf, am 05.05.1934
 Herr Dr. med. **Paul Wirtz**, Meerbusch, am 03.05.1934
 Herr Prof. Dr. med. **Hermann Manzke**, Hohwacht, am 13.05.1933
 Herr Dr. med. **Hans-Joachim Bosch**, Berlin, am 13.05.1932
 Frau Dr. med. **Charlotte Spindler**, Pähnitz, am 07.05.1932
 Herr Prof. Dr. med. **Burkhard Schneeweiß**, Berlin, am 16.05.1931
 Herr MU Dr. **Rudolf Scholz**, Fürstenwalde, am 28.05.1930
 Frau Dr. med. **Elisabeth Clauss**, Schwäbisch Hall, am 27.05.1930
 Herr Dr. med. **Werner Schmidt**, Regensburg, am 28.05.1928
 Frau Dr. med. **Grete Lüssem**, Düsseldorf, am 01.05.1928
 Frau Dr. med. **Ghamar Redmann-Ghamkhar**, Berlin, am 19.05.1922

Wir trauern um:

Herrn Prof. Dr. med. **Michael Hertl**, Mönchengladbach
 Herrn Dr. **Götz Götzing**, Witten
 Frau Dr. med. **Gudrun Terhorst-Ferber**, Siegburg

**Im Monat Februar konnten wir
 23 neue Mitglieder begrüßen.**

WAHLAUFRUF

für den Landesverband Westfalen-Lippe

Gemäß der Wahlordnung des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e. V. findet vom **04.05. – 25.05.2020** die Wahl des Landesverbandsvorsitzenden, seiner Stellvertreter, der Delegierten, der Ersatzdelegierten, der Beisitzer sowie des Schatzmeisters statt.

Die Geschäftsstelle organisiert die Briefwahl, die bis zum **25.05.2020** abgeschlossen sein muss (Eingang in der Geschäftsstelle).

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

Dr. Burkhard Lawrenz
 Landesverbandsvorsitzender

Fortbildungstermine

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

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 Mühlischlegel, 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, Rhauderfehn, Auskunft: ③

07.-08. November 2020

18. Pädiatrie zum Anfassen, bvkj Landesverband Bayern
im Welcome Kongress Hotel in Bamberg
Leitung: Dr. Martin Lang, Augsburg
Auskunft: ③

① **CCJ GmbH**

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

② **Schmidt-Römhild Kongressgesellschaft, Lübeck**

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

③ **DI-TEXT**

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

④ **Diaplan Gesellschaft für Dialog-marketing mbH**

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

⑤ **Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V.**

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

X-chromosomale Hypophosphatämie – lebenslang und chronisch-progressiv

Vom Kind bis zum Erwachsenen: Bedeutung einer frühen Therapie

Die X-chromosomale Hypophosphatämie (XLH), auch Phosphatdiabetes genannt, ist eine der häufigsten seltenen Erkrankungen des Knochenstoffwechsels. Bei Kindern zeigen sich erste Symptome typischerweise im 12. bis 24. Lebensmonat und können unbehandelt ein Leben lang bestehen bleiben. Eine frühe und effektive Therapie kommt daher einer Weichenstellung für das spätere Leben gleich. In der Praxis besteht die Herausforderung vor allem darin, die Erkrankung korrekt zu diagnostizieren.

Die XLH ist mit einer Prävalenz von 1:20.000 die häufigste angeborene Form der Rachitis und wird X-chromosomal-dominant vererbt. Bei etwa 20–30% der Fälle werden Spontanmutationen beobachtet.^{1,2} Ursache der meist schwerwiegenden Erkrankung ist eine Loss-of-Function Mutation des *PHEX*-Gens, welches die Produktion des Fibroblasten-Wachstumsfaktors 23 (FGF23) reguliert. FGF23 spielt eine zentrale Rolle bei der Phosphathomöostase. Bei XLH wird FGF23 jedoch überexprimiert, sodass die Phosphathomöostase aus dem Gleichgewicht gerät. Die intestinale Phosphatabsorption nimmt ab bei gleichzeitigem chronischem renalen Phosphatverlust.^{3,4}

Abgrenzung von anderen Rachitiden: XLH eindeutig diagnostizieren

Der dauerhafte Phosphatmangel verursacht bei Kindern Rachitis. Betroffene Kinder sind meist kleiner als ihre Altersgenossen. Beim Laufen fallen der typische „Watschelgang“ sowie O- oder X-Beine ins Auge. Manche Betroffene klagen zudem über Schmerzen in Gelenken oder Muskeln. Im Bereich des Schädels können Kraniosynostosen, Chiari Malformationen oder Dentalabszesse auftreten.^{2,5} Um XLH eindeutig festzustellen, empfiehlt sich ein Vergleich der Alkalischen Phosphatase, des Serum-Phosphats und des Serum-Kalziums mit den altersgerechten Normwerten (Tab. 1).^{2,6} Weitergehend können radiologisch Rachitis-Symptome nachgewiesen werden.⁸ Ist die Diagnose gesichert, sollte umgehend eine Therapie eingeleitet werden, da XLH als chronisch-progressive Erkran-

Tab. 1: altersgerechte Normwerte Phosphat, Kalzium und Alkalische Phosphatase^{6,7}

Altersklasse	Phosphat [mmol/l]	Kalzium [mmol/l]	Alkalische Phosphatase [U/l]
Neugeborene	1,6-3,1	1,75-2,7	<250
Bis zum 12. Monat	1,56-2,8	2,05-2,7	<462
1-6 Jahre	1,3-2,0	2,05-2,7	<300

kung lebenslange Beschwerden nach sich ziehen kann.⁵ Zusätzlich zur bestehenden Symptomatik können bei Erwachsenen langjährige Fehlbelastungen zu frühzeitiger Osteoarthritis und (Pseudo-) Frakturen führen.^{9,10,11}

Früh mit Antikörper-Therapie beginnen

Seit etwa zwei Jahren können Kinder ab 1 Jahr und Jugendliche in der Skelettwachstumsphase mit XLH und röntgenologischem Nachweis einer Knochenerkrankung von Burosumab (Crysvita[®]) profitieren. Der Antikörper greift früh in die Pathophysiologie ein, indem er die exzessive FGF23-Aktivität hemmt. Auf diese Weise wirkt Crysvita[®] den Folgen des Gendefekts entgegen. Die Therapie kann dazu beitragen, die Phosphathomöostase wiederherzustellen.¹² Burosumab verbesserte in klinischen Studien die Knochengesundheit und führte überwiegend zu einer Ausheilung der Rachitis. Weiter nahm das Wachstum der Patienten zu, dabei wurde die Therapie gut vertragen.^{13,14,15} Ein früher Therapiebeginn kommt demnach einer Weichenstellung für das spätere Erwachsenenleben gleich. Damit XLH-Patienten auch als Erwachsene weiter behandelt werden, sollten Pädiater zudem

ein Augenmerk auf die Aufklärung heranwachsender legen. Denn XLH ist keine klassische Kinderkrankheit – Betroffene benötigen eine lebenslange lückenlose medizinische Versorgung.

Literatur

1. Beck-Nielsen SS et al. *Europ J Endocrin* 2009; 160(3):491–97
2. Haffner D et al. *Nat Rev Nephrol* 2019;15(7):435–55
3. Kinoshita Y and Fukumoto S. *Endocrin Rev* 2018; 39:274–91
4. Erben RG. *Front Endocrinol* 2018; 9:267
5. Ruppe MD in: Adam MP et al. *GeneReviews* 2012 [Internet]. Seattle (WA): University of Washington, Seattle [Updated 2017, Apr 13]
6. Munns CF et al. *J Clin Endocrinol Metab* 2016; 101(2):394–415
7. Schnabel D, Haffner D. *Monatsschr Kinderheilkunde* 2005; 153: 77–90
8. S1-Leitlinie der Dt. Gesellschaft f. Kinderendokrinologie und -diabetologie (DGKED) e.V., Hereditäre hypophosphatämische Rachitis, Version 1.0 (März 2016)
9. Skrinar A et al. *J Endocr Soc* 2019;3(7):1321–34
10. Linglart A et al. *Endocr Connect* 2014;3:R13–R30
11. Tiefenbach M et al. *Z Rheumatol* 2018; 77:703–18
12. Fachinformation Crysvita[®], Stand Dezember 2019
13. Carpenter TO et al. *N Engl J Med* 2018; 378:1987–98
14. Whyte MP et al. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2019;7(3):189–99
15. Imel EA et al. *Lancet* 2019; 393(10189):2416–27

Nach Informationen von
Kyowa Kirin GmbH, Düsseldorf

Schnellimmunisierung gegen Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME)

Jetzt für die aktuelle Zeckensaison vorsorgen

Sobald die Temperaturen konstant über sieben Grad klettern, werden Zecken wieder aktiv. Infizierte Zecken können gefährliche Krankheitserreger wie das FSME-Virus übertragen. Da sich spielende Kinder oft im Lebensraum von Zecken aufhalten, sollten sie vor dem Risiko einer FSME-Erkrankung geschützt werden^{1,2}. Denn auch bei Kindern kann FSME zu schweren klinischen Verläufen und Langzeitfolgen führen^{3,4}.

Letztes Jahr wurden hierzulande 24 % weniger FSME-Fälle gemeldet als im Jahr zuvor⁵. Dennoch sind 444 FSME-Erkrankte vergleichsweise viele, denn seit Einführung der Meldepflicht im Jahr 2001 gab es nur 2006, 2017 und 2018 mehr Fälle als im Jahr 2019^{5,6,7}. Besonders Kinder sollten vor einer möglichen FSME-Infektion ge-

schützt werden, denn beim Spielen im Freien kommen sie leicht in Kontakt mit Zecken, die sich bevorzugt in der bodennahen Vegetation in einer Höhe von 30 bis 60 Zentimetern aufhalten¹. Das Risiko einer FSME-Erkrankung wird bei Kindern häufig unterschätzt, denn sie verläuft oft milde⁸. Allerdings kann es auch in dieser Altersgruppe zu schweren

klinischen Verläufen und Langzeitfolgen kommen⁹. So bleiben bei zwei Dritteln der erkrankten Kinder mit ZNS-Beteiligung Residualsymptome wie Konzentrationsprobleme, Gedächtnis- oder Gleichgewichtsstörungen zurück^{3,4}. Die FSME ist nicht kausal behandelbar, lediglich die Symptome lassen sich medikamentös lindern¹.

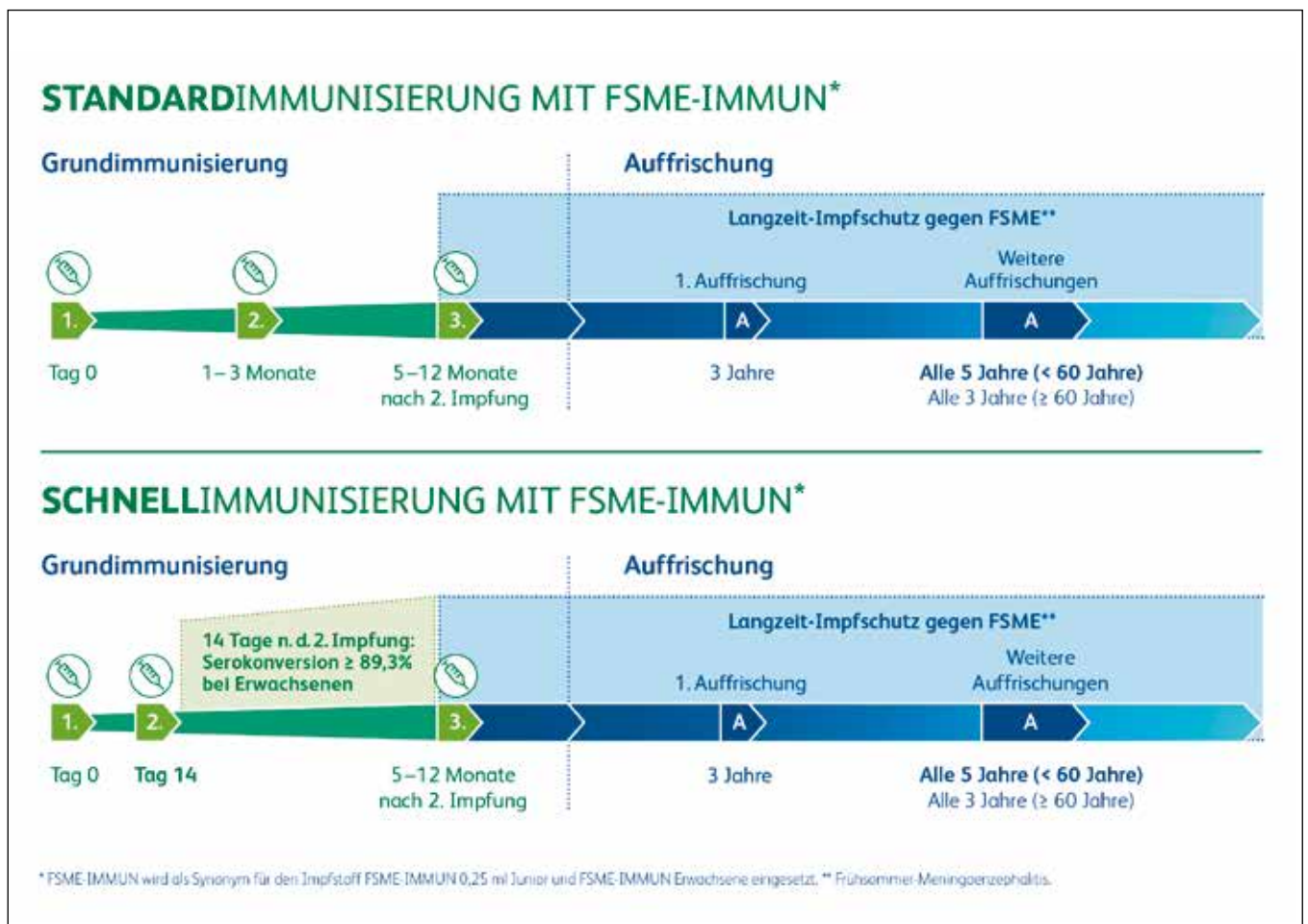


Abb. 1: Standard- und Schnellimmunisierung mit FSME-IMMUN^{11,12}

Impf-Vorsorge ist der beste Schutz

Da die FSME-Impfung anerkanntermaßen den zuverlässigsten Schutz gegen FSME bietet, empfiehlt die Ständige Impfkommission (STIKO), sie als Reise- und Indikationsimpfung für alle Personen – also auch Kinder und Jugendliche –, die in FSME-Risikogebieten wohnen oder dorthin reisen und mit Zecken in Kontakt kommen können¹⁰. Für einen vollständigen Impfschutz (Grundimmunisierung, z. B. mit FSME-IMMUN 0,25 ml Junior) sind drei Teilimpfungen erforderlich (Abb. 1). Idealerweise beginnt man damit in den Wintermonaten. Doch auch zu Beginn und während der Zeckensaison lässt sich mit Hilfe der Schnellimmunisierung kurzfristig ein saisonaler Impfschutz aufbauen¹¹.

Bei der Grundimmunisierung mit FSME-IMMUN 0,25 ml Junior erfolgen die ersten beiden Impfungen im Abstand von ein bis drei Monaten. Die dritte Impfung wird fünf bis zwölf Monate nach der zweiten Teilimpfung verabreicht. Für eine Schnellimmunisierung mit FSME-IMMUN 0,25 ml Junior injiziert man die ersten beiden Impfungen im Abstand von nur 14 Tagen¹¹. Klinische Studien zeigten, dass mehr als 89 % der so geimpften Erwachsenen zwei Wochen nach der zweiten Impfung eine ausreichende Immunität gegen FSME aufwiesen¹².

Auch bei der Schnellimmunisierung wird mit einer dritten Teilimpfung nach weiteren 5 bis 12 Monaten ein vollständiger Impfschutz erreicht. Kinder können ab dem Alter von einem Jahr gegen FSME geimpft werden¹¹. Der Impfschutz gegen FSME muss regelmäßig aufgefrischt werden: Die erste Auffrischung erfolgt drei Jahre nach der dritten Teilimpfung, alle weiteren Auffrischungen alle fünf Jahre^{11,12}.

FSME breitet sich aus

Die FSME-Risikogebiete in Deutschland breiteten sich in den vergangenen Jahren vermehrt Richtung Norden aus. Aktuell gibt es 164 FSME-Risikogebiete, dazu zählen große Teile Bayerns, Baden-Württembergs sowie Teile Südhessens, Sachsens und Thüringens. Einzelne FSME-Risikogebiete befinden sich zudem in Mittelhessen, im Saarland, in Rheinland-Pfalz und in Niedersachsen⁵.

Dieses Jahr wies das Robert Koch-Institut drei neue FSME-Risikogebiete

aus: zwei in Sachsen (Stadtkreis Dresden und LK Meißen) und eines in Thüringen (LK Schmalkalden-Meiningen)⁵. Darüber hinaus treten auch außerhalb von Risikogebieten immer wieder vereinzelte FSME-Fälle auf (sog. „autochthone Fälle“)⁵. Ein hohes FSME-Risiko besteht zudem in vielen beliebten Reiseländern, zum Beispiel in Österreich und der Schweiz⁵.

Bei einer anstehenden Reise in ein FSME-Risikogebiet sollten daher nicht nur Erwachsene, sondern auch Kinder und Jugendliche gegen FSME geimpft werden. Durch ihre kreuzprotektive Wirkung gegen die wichtigsten FSME-Virus-Subtypen stellt die Impfung mit FSME-IMMUN auch auf Reisen die wirksamste Maßnahme gegen FSME dar¹³. Darüber hinaus sind prophylaktische Maßnahmen wie adäquate Kleidung und das Auftragen von Anti-Insektensprays ratsam, um Zeckenstichen vorzubeugen.

Die Kosten für die Impfung gegen FSME werden von den gesetzlichen Krankenkassen für Personen, die in FSME-Risikogebieten leben oder innerhalb Deutschlands dorthin reisen, erstattet. Auch bei Reisen in ausländische Risikogebiete übernehmen die gesetzlichen Krankenkassen in der Regel die Kosten¹⁴.

Literatur

1. Deutsche Gesellschaft für Neurologie. Leitlinien FSME. Stand: Januar 2020. (letzter Zugriff: 12.03.2020)
2. Robert Koch-Institut. RKI-Ratgeber für Ärzte: FSME. Stand: 05.02.2018. (letzter Zugriff: 12.03.2020)
3. Sundin M et al. Eur J Pediatr 2012; 171(2): 347–52
4. Fowler A et al. J Pediatr 2013; 163(2): 555–60
5. Robert Koch-Institut (RKI): FSME: Risikogebiete in Deutschland (Stand: Januar 2020). Epid Bull 2020; 8:3–19
6. Robert Koch-Institut. Infektionsepidemiologisches Jahrbuch 2017
7. Robert Koch-Institut. Infektionsepidemiologisches Jahrbuch 2006
8. Hansson M et al. Pediatr Infect Dis J 2011; 30: 355–357
9. Kollaritsch H et al. Pediatric Vaccines and Vaccinations 2017; 137–145
10. Ständige Impfkommission: Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut. Epid Bull 2019; 34: 313–364
11. Fachinformation FSME-IMMUN 0,25 ml Junior, Stand: September 2018
12. Fachinformation FSME-IMMUN Erwachsene, Stand: September 2018
13. Orlinger K et al. J Infect Dis 2011; 203: 1556–1564
14. CRM Centrum für Reisemedizin Frühsommer-Meningoenzephalitis. Stand 20.12.2018

Dr. Marion Hofmann-Aßmus

Nach Informationen der Pfizer Pharma GmbH, Berlin

FSME-IMMUN 0,25 ml Junior, Suspension zur Injektion in einer Fertigspritze Wirkstoff: Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME)-Impfstoff (Ganzvirus, inaktiviert) **Zusammensetzung:** Wirkstoff: 1 Impfdosis (0,25 ml) enth. 1,2 µg FSME-Virus (Stamm Neudörf), adsorb. a. hydratis. Aluminiumhydroxid (0,17 mg Al₃₊), Wirtssystem f. d. Virusvermehrung: Hühnerembryonal-Fibroblastenzellen (CEF-Zellen). Sonst. Bestandteile: Humanalbumin, Natriumchlorid, Di-Natriumhydrogenphosphat-Dihydrat, Kaliumdihydrogenphosphat, Sucrose, Wasser f. Inj.-zwecke, hydratis. Aluminiumhydroxid. **Anwendungsgebiete:** Aktive Immunis. gg. FSME b. Kdrn. u. Jugendl. i. Alter v. 1 - 15 Jahren. **Gegenanzeigen:** Überempfindl. gg. d. Wirkstoff, e. d. sonst. Bestandt. od. e. d. Produktionsrückstände (Formaldehyd, Neomycin, Gentamycin, Protaminsulfat); weitere Kreuzallergien m. and. Aminoglykosiden mögl. Schwere Überempf. gg. Eiweiß, Hühnereiweiß. Bei moderaten od. schweren akuten Erkrank. (m. od. o. Fieber) FSME-Impfung verschieben. **Nebenwirkungen:** NW in klin. Studien: Sehr häufig: Reakt. a. d. Inj.-stelle: z. B. Schmerzen a. d. Inj.-stelle. Häufig: vermind. Appetit, Unruhe, Schlafstör., Kopfschmerz, Übelk., Erbr., Myalgie, Pyrexie, Müdigk., Krankheitsgefühl, Reakt. a. d. Inj.-stelle wie: Schwell., Verhär., Rötung. Gelegentlich: Lymphadenopathie, Bauchschmerzen, Arthralgie, Schüttelfrost. Selten: Wahrnehmungsstör., Benommenh., Schwindel, Diarrhoe, Dyspepsie, Urtikaria, Juckreiz a. d. Inj.-stelle. Weitere NW n. Markteinf.: Selten: anaphylaktische Reakt., Überempfindlichkeitsreakt., Enzephalitis, Krämpfe (einschl. Fieberkrämpfe), Meningismus, Polyneuropathie, Bewegungsstör. (Halbseitenlähm., halbseit. Gesichtslähm., vollständ. Lähmung, Neuritis), Guillain-Barré-Syndr., Sehverschlechter., Photophobie, Augenschmerzen, Tinnitus, Dyspnoe, Hautausschlag (erythematös, makulär-papulär, vesikulär), Erythem, Juckreiz, Hyperhidrosis, Nackenschmerzen, muskuloskeletale Steifigk. (einschl. Nackensteifigk.), Schmerzen i. d. Extremitäten, Gangstör., grippeähn. Sympt., Asthenie, Ödeme. Weitere Informationen s. Fach- u. Gebrauchsinformation. **Abgabestatus:** Verschreibungspflichtig. **Pharmazeutischer Unternehmer:** PFIZER PHARMA GmbH, Linkstr. 10, 10785 Berlin. **Stand:** Juni 2017

FSME-IMMUN Erwachsene, Suspension zur Injektion in einer Fertigspritze Wirkstoff: Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME)-Impfstoff (Ganzvirus, inaktiviert) **Zusammensetzung:** Wirkstoff: 1 Impfdosis (0,5 ml) enth. 2,4 µg inaktiv. FSME-Virus (Stamm Neudörf), adsorb. a. hydratis. Aluminiumhydroxid (0,35 mg Al₃₊) u. hergest. i. Hühnerembryonal-Fibroblastenzellen (CEF-Zellen). Sonst. Bestandteile: Humanalbumin, Natriumchlorid, Di-Natriumhydrogenphosphat-Dihydrat, Kaliumdihydrogenphosphat, Sucrose, Wasser f. Inj.-zwecke, hydratis. Aluminiumhydroxid. **Anwendungsgebiete:** Aktive Immunis. gg. FSME b. Pers. ab 16 Jahren. **Gegenanzeigen:** Überempfindl. gg. d. Wirkstoff, e. d. sonst. Bestandt. od. e. d. Produktionsrückstände (Formaldehyd, Neomycin, Gentamycin, Protaminsulfat); weitere Kreuzallergien m. and. Aminoglykosiden mögl. Schwere Überempf. gg. Eiweiß, Hühnereiweiß. Bei moderaten od. schweren akuten Erkrank. (m. od. o. Fieber) FSME-Impfung verschieben. **Nebenwirkungen:** NW in klin. Studien: Sehr häufig: Reakt. a. d. Inj.-stelle: z. B. Schmerzen. Häufig: Kopfschmerz, Übelk., Myalgie, Arthralgie, Müdigk., Krankheitsgefühl. Gelegentlich: Lymphadenopathie, Erbr., Pyrexie, Blutungen a. d. Inj.-stelle. Selten: Überempf., Schläfrigk., Schwindel (nach 1. Impfung), Durchfall, Bauchschmerzen, Reakt. a. d. Inj.-stelle wie: Rötung, Verhär., Schwell., Juckreiz, Missempfind., Wärmegefühl. Weitere NW n. Markteinf.: Selten: Herpes zoster (b. präexpon. Pat.), Auftreten od. Verschlimmer. v. Autoimmunerkrank. (z. B. MS), anaphylaktische Reakt., demyelinis. Erkrank. (akute dissemin. Enzephalomyelitis, Guillain-Barré-Syndr., Myelitis, Myelitis transversa), Enzephalitis, Krämpfe, asept. Meningitis, Meningismus, Stör. d. Sinnesempfind. u. Bewegungsstör. (Gesichtslähm., Lähmung/Parese, Neuritis, Dysästhesie, Hypästhesie, Parästhesie), Neuralgie, Sehnerventzünd., Benommenheit, Sehverschlechter., Lichtscheu, Augenschmerzen, Tinnitus, Tachykardie, Dyspnoe, Urtikaria, Hautausschlag (erythematös, makulo-papulös), Juckreiz, Dermatitis, Erythem, Hyperhidrosis, Rückenschmerzen, Gelenkschwell., Nackenschmerzen, muskuloskeletale Steifigk. (einschl. Nackensteifigk.), Schmerzen i. d. Extremitäten, Gangstör., Schüttelfrost, grippeähn. Sympt., Asthenie, Ödeme, Bewegungseinschränk. e. Gelenks a. d. Inj.-stelle wie Gelenkschmerz, Knötchen u. Entzünd. Weitere Informationen s. Fach- u. Gebrauchsinformation. **Abgabestatus:** Verschreibungspflichtig. **Pharmazeutischer Unternehmer:** PFIZER PHARMA GmbH, Linkstr. 10, 10785 Berlin. **Stand:** Februar 2017

Psychische Folgen unbehandelter Wachstumsstörungen: Warum Früherkennung so wichtig ist

- Eine unbehandelte Wachstumsstörung kann bereits in der Kindheit spürbare psychische und soziale Nachteile mit sich bringen.
- Eine verminderte Körpergröße sollte deshalb rechtzeitig diagnostisch abgeklärt werden.
- Eine frühzeitige Behandlung kann die Nachteile weitestgehend aufheben und wirkt sich positiv bis ins Erwachsenenleben aus

Was machen schon ein paar Zentimeter Körpergröße aus? Kommt es darauf wirklich an? Ja, es kommt darauf an, und sie machen eine ganze Menge aus, wie mittlerweile viele Studien zeigen. Eine Wachstumsstörung und eine damit einhergehende geringe Körpergröße kann zu gravierenden Einschnitten im Leben der Betroffenen führen. Dabei geht es weniger um offensichtliche körperliche Aspekte wie ein

valenz von 38% überdurchschnittlich häufig vorkommen.^{1,2} Eine andere Studie aus dem Jahr 2017 untersuchte in Befragungen von Kindern mit Wachstumshormonmangel und einer unterdurchschnittlichen Körpergröße weitere Auswirkungen:³

Eine andere Studie zeigt, dass Kinder mit Wachstumshormonmangel auch ein erhöhtes Risiko für Depressionen aufweisen.⁴

Man spricht dann von einem sogenannten Perzentilenknick.

Eine rechtzeitige Therapie kann die Lebensqualität unmittelbar verbessern

Ein Kind mit einer Wachstumsstörung, die rechtzeitig behandelt wird, kann in den meisten Fällen eine normale Körpergröße erreichen, denn viele Wachstumsstörungen sind therapierbar. Im Zweifel sollte man daher nicht abwarten, sondern abklären. So lassen sich auch die möglichen psychischen Folgen einer geringeren Körpergröße reduzieren. Eine Studie aus dem Jahr 2017 konnte etwa zeigen, dass bei einem diagnostizierten Wachstumshormonmangel die Lebensqualität vor allem im ersten Jahr der Wachstumshormonsubstitution signifikant ansteigt.⁵ Auch in der Studie, die eine erhöhte Depressionsrate bei Kindern mit Wachstumshormonmangel festgestellt hatte, zeigt sich, dass diese Rate nach Behandlung mit Wachstumshormonen sinkt.⁴ Eine rechtzeitige Diagnostik und – falls notwendig – eine frühzeitige Therapie lohnen sich also, um das Leben der Betroffenen subjektiv und objektiv zu verbessern: Subjektiv was die Lebensqualität angeht und objektiv, weil die Prävalenz von Erkrankungen wie Depressionen sinken können und das Kind sich innerhalb seines genetisch festgelegten Wachstumsverlauf entwickelt.

Referenzen: presse.sandoz@ipg-pr.com

Nach Informationen von Hexal AG, Holzkirchen



Abb. 1: Auswirkungen eines Wachstumshormonmangels bei Kindern

schlechteres Abschneiden bei bestimmten Sportarten wie Hoch- oder Weitsprung. Eine geringe Körpergröße hat häufig auch psychische Folgen, die bereits im Kindesalter einschneidend und folgenreich sein können, wie Wissenschaftler in letzter Zeit immer klarer nachweisen.

Ein gestörtes Wachstum im Kindesalter kann psychische Auswirkungen haben

So zeigen etwa Untersuchungen, dass bei Kindern mit Wachstumsstörung, die eine entsprechend geringe Körpergröße haben, Angststörungen mit einer Prä-

Eine frühzeitige Diagnostik lohnt sich

Umso mehr lohnt sich eine frühzeitige Diagnostik. Und die beginnt damit, genau hinzuschauen. Um überhaupt auf eine Wachstumsstörung aufmerksam zu werden, reicht es nicht, die absolute Größe zu beobachten. Wichtig ist der Wachstumsverlauf. Selbst ein sechsjähriges Kind, das knapp unter der 25. Perzentile liegt, kann abklärungsbedürftig sein, wenn es ein Jahr zuvor noch über der 50. Perzentile lag. Das Durchschneiden von ein oder zwei Hauptperzentilen (97., 90., 75., 50., 25., 10. und 3. Perzentile) gilt als Wachstumsstörung.

Präsident des BVKJ e.V.

Dr. Thomas Fischbach

Tel.: 0221/68909-36

E-Mail: thomas.fischbach@uminfo.de

Vizepräsidenten des BVKJ e.V.

Dr. med. Sigrid Peter

E-Mail: sigrid.peter@bvkj.de

Prof. Dr. med. Wolfgang Kölfen

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

Sprecher des Honorarausschusses des BVKJ e.V.

Dr. med. Reinhard Bartzky

E-Mail: dr@bartzky.de

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

Redakteure

„KINDER- UND JUGENDARZT“

Fortbildung:

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

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

Prof. Dr. med. Florian Heinen

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

Prof. Dr. med. Peter H. Höger

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

Prof. Dr. med. Klaus-Michael Keller

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

Berufsfragen, Forum, Magazin:

Dr. Wolfram Hartmann (WH)

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

Christa Becker (cb)

E-Mail: becker@kon-texte.de

Geschäftsstelle des BVKJ e.V.

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

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

Wir sind für Sie erreichbar:

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

Geschäftsführer und
Syndikusanwalt:

Dr. P.H. Andreas Plate

Tel.: 0221/68909-34

andreas.plate@uminfo.de

Teamleiterin Bereich Mit-
gliederservice/Gremien:

Doris Schomburg

Tel.: 0221/68909-12

doris.schomburg@uminfo.de

Ansprechpartnerin Bereich
Fortbildung/Veranstaltungen:

Yvonne Rottländer

Tel.: 0221/68909-26

yvonne.rottlaender@uminfo.de

Leiterin der Stabsstelle
Politik und Kommunikation,
Büro Berlin

Kathrin Jackel-Neusser

Tel.: 030/28047510

BVKJ Service GmbH

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

www.bvkj-service-gmbh.de

Wir sind für Sie erreichbar:

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

Geschäftsführerin:

Anke Emgenbroich

Tel.: 0221/68909-24

E-Mail: anke.emgenbroich@uminfo.de

Service-Team:

Tel.: 0221/68909-27/28

Fax: 0221/68909-29

E-Mail: bvkjservicegmbh@uminfo.de

Sonstige Links

Kinderärzte im Netz

www.kinderaerzte-im-netz.de

Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin

www.dakj.de

Kinderumwelt gGmbH und PädInform®

www.kinderumwelt.de/pages/kontakt.php

Stiftung Kind und Jugend des BVKJ

www.stiftung-kind-und-jugend.de
