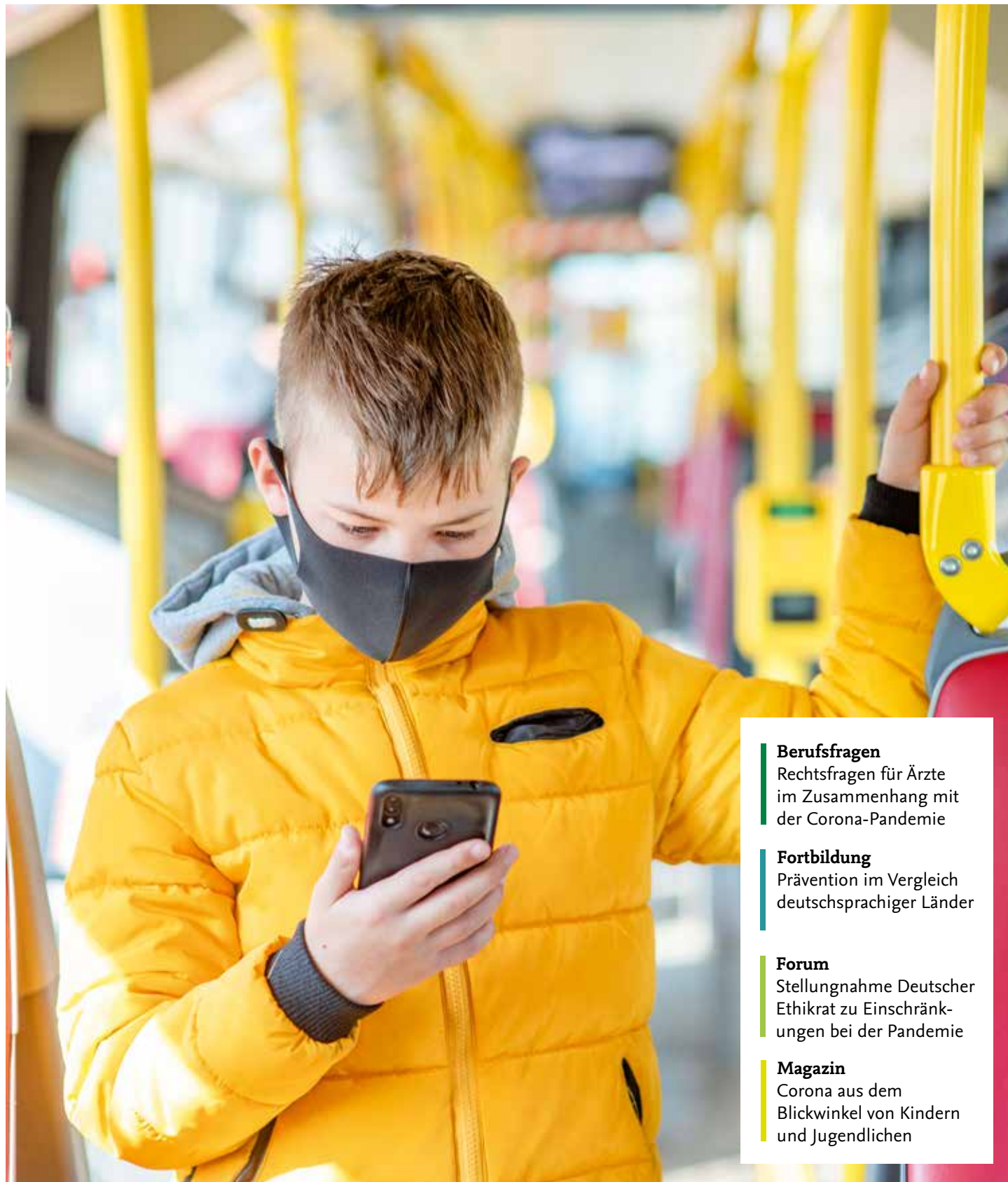


KINDER-UND JUGENDARZT

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

Heft 05/20
51. (69.) Jahr

bvkJ.



Berufsfragen

Rechtsfragen für Ärzte
im Zusammenhang mit
der Corona-Pandemie

Fortbildung

Prävention im Vergleich
deutschsprachiger Länder

Forum

Stellungnahme Deutscher
Ethikrat zu Einschrän-
kungen bei der Pandemie

Magazin

Corona aus dem
Blickwinkel von Kindern
und Jugendlichen

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 05 | 2020

Editorial

Editorial // Thomas Fischbach 297

Berufsfragen

Rechtliche FAQs für Kinder- und Jugendarztpraxen
in Verbindung mit dem Coronavirus (SARS-CoV-2) 299

Das Solinger Papier // Ronald G. Schmid 304

COVID-19, Pandemiepläne und Risikokommunikation //
Gabriele Trost-Brinkhues 308

Bericht aus dem Hauptstadtbüro // Kathrin Jackel-Neusser 310

Abrechnung der Videosprechstunde in der GOÄ //
Marcus Heidemann 314

Änderungen der Abrechnung im EBM
zu Zeiten SARS-CoV-2 // Reinhard Bartzky 316

Fortbildung

Editorial: Pädiatrie in Zeiten von SARS-CoV-2 //
Hans-Iko Huppertz 320

Kinder-Vorsorgeuntersuchungen – das neue System in
Deutschland im Vergleich mit den Systemen in Österreich
und der Schweiz – Teil II // Burkhard Lawrenz 323

Highlights aus Bad Orb: Alternativmedizin – gibt es die?
Und wenn, warum? Teil II // Walter Dorsch 331

consilium: Münzen im Magen // Stephan Buderus 338

Highlights aus Bad Orb: Die Globalisierung unserer
Kinder und Jugendlichen // Christian Weymayr 340

Reviews aus englischsprachigen Zeitschriften 343

Welche Diagnose wird gestellt? // Anna Mücke 344

Forum

Solidarität und Verantwortung in der Corona-Krise //
Wolfram Hartmann 348

e-Learning Kommission der DAKJ gegründet //
Sebastian Bartels 349

Corona-Krise und die Versorgungsforschung in der
ambulanten Pädiatrie: „We have a dream!“ // Till Reckert 350



**Corona aus dem Blickwinkel
von Kindern und Jugendlichen**

S. 352

Magazin

Aus dem Blickwinkel von Kindern und Jugendlichen:
„Unser Alltag in der Corona-Krise“ // Christa Becker 352

Kunst und Quarantäne: Kreativ durch die Krise //
Christa Becker 354

Zahlen, Daten, Fakten: Notbetreuung umsichtig genutzt //
Christa Becker 356

Buchtipps 357, 360

Auch über die Krise hinaus: Bildungsangebote
für zu Hause stärken // Christa Becker 358

Mitteilungen aus dem Verband

Personalien 361

Wahlauf Ruf für den Landesverband Hessen 362

Wahlauf Ruf für den Landesverband Westfalen-Lippe 362

Wahlergebnis für den Landesverband Bayern 363

Fortbildungstermine des BVKJ 364

Impressum 315

Pädindex 351

Nachrichten der Industrie 365

Wichtige Adressen des BVKJ 371

Anmerkung der Redaktion

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

Titelbild

© Ermolaev Alexandr – stock.adobe.com

Editorial



Dr. Thomas Fischbach

Liebe Kolleginnen und Kollegen, in einer derart von Umbrüchen geprägten Zeit wie dieser ist es schwierig, ein Grußwort für eine erst 14 Tage später erscheinende Zeitschrift zu verfassen. Zu rasch gehen die Entwicklungen voran, Prognosen sind kaum möglich. Zu oft überrascht uns die Politik mit ihren Entscheidungen. Deshalb möchte ich heute – wir haben Ende April – einige Anmerkungen zu Versäumnissen, aber auch zu gelungenen Aktionen und Reaktionen machen.

Vorsichtige Öffnung

Mitte April haben Gesundheitsminister Jens Spahn und der Leiter des RKI, Lothar Wieler, eine erste vorsichtige Entwarnung gegeben. Die Reproduktionszahl wurde mit 0,9 beziffert. Eine Zahl, die unser Gesundheitssystem auf Dauer verkraften kann. Rückblickend kann man sagen, dass bei uns rasch und meist richtig gehandelt wurde: Es wurde früh und ziemlich breit getestet und umfassende Quarantänemaßnahmen ergriffen. Da wir – im Vergleich zu vielen Ländern – über eine ausreichende Zahl an Krankenhauses- und vor allem Intensivbetten und ein ganz modernes technisches Equipment für die erforderliche Intensivbehandlung verfügen, blicken wir der weiteren Entwicklung nunmehr gelassener entgegen. Zudem wissen wir, dass wir uns auf sehr gut ausgebildete und sehr engagierte Ärztinnen und Ärzte, Krankenschwestern und -pfleger sowie me-

medizinische Fachangestellte verlassen können. Drei Aspekte, die hoffentlich auch all diejenigen überzeugen, die ständig an der medizinischen Versorgung im Lande herumröngeln.

Positiv ist dabei auch zu bewerten, dass schwer erkrankte Patienten aus Italien und Frankreich bei uns behandelt wurden. Während auf oberster europäischer Ebene über Gelder und Kompetenzen diskutiert wurde, war dies ein Zeichen gelebter Mitmenschlichkeit und ein kleines Signal für ein solidarisches Europa.

Politisches Versagen beim Schutz medizinischen Personals

Von Regierungsseite wurde eine Empfehlung zum Tragen von Masken im öffentlichen Raum ausgegeben, die Bundesländer machten es rasch zur Pflicht. Einige Städte und Bundesländer preschten vor und machten es direkt zur Pflicht. Angesichts dessen, dass selbst einfache Stoffmasken noch immer Mangelware und kaum käuflich zu erwerben waren, eine fast schon ironisch wirkende Maßnahme. Dem ging jedoch ein weitaus schlimmeres Versäumnis voran: Dass medizinisches Personal im direkten Kontakt zu potentiell oder tatsächlich an COVID-19-Erkrankten weitgehend ohne Schutzausrüstung arbeiten musste, ist ein unentschuldbarer Skandal! Hier liegt die Schuld ganz klar bei den Bundesländern, die für die Umsetzung des Pandemieplanes zuständig sind. Und es rächt sich einmal mehr, dass die Produktion wichtiger medizinischer Güter nahezu komplett ins Ausland verlagert wurde.

Die Kinder im Blick

Ebenfalls Mitte April wurde für die Schulen eine langsame Rückkehr zum Unterricht beschlossen. Was anfangs noch nach einer gemeinsamen Aktion aussah, zerbrach bereits an den Tagen darauf: Jedes Bundesland ging wieder eigene Wege. Was allen jedoch gemeinsam war: Sie legten den Fokus auf die Abschlussklassen und vergaßen dabei die Jüngsten. Dabei ist gerade für sie ein Treffen mit Gleichaltrigen enorm wichtig, sie brauchen Verlässlichkeit

und feste Strukturen. In vielen Fällen sind sie auf engstem Raum mit oftmals überforderten Eltern „eingesperrt“, haben zum Lernen keine funktionierende Infrastruktur und keinen Rückzugsort. In manchen Migrantenfamilien konnten sie sich über Wochen nur noch in der Sprache ihrer Eltern artikulieren. Ihnen wurde keine Perspektive aufgezeigt, wann sie wieder am sozialen Leben teilnehmen können. Selbst bei der Ausweitung der Notbetreuung standen nur die Berufe der Eltern im Blickpunkt, nicht die Bedürfnisse der Kinder.

Gerade bei der Betreuung der Kleinsten in Kita und Grundschule ist eine Strategie, sind neue Idee und Vorschläge gefragt: vom halbtäglichen „Schichtbetrieb“ über einen nach Tagen strukturierten Wechsel in festen Gruppen, wobei die Betreuung auch an anderen Orten vorstellbar ist. Dabei sollte besonders bei den Jüngeren die Verarbeitung des Erlebten und die Stärkung des Gemeinschafts-sinns Vorrang haben vor der Vermittlung von Lerninhalten.

Ein großer Dank

Abschließend möchte ich Ihnen, liebe Kolleginnen und Kollegen, aber auch unseren Medizinischen Fachangestellten und den Krankenschwestern und -pflegern in den Kliniken sehr herzlich für Ihr Engagement danken. Sie alle versorgen die uns anvertrauten Kinder und Jugendlichen nach wie vor so gut es in diesen Zeiten geht!

Eines kann ich Ihnen bereits heute versprechen: Wenn wir die Pandemie einmal hoffentlich gut überstanden haben, wird der BVKJ laut und deutlich alle Schwachpunkte gegenüber den Verantwortlichen benennen. Wenn die Coronakrise bei Politik und Bevölkerung zu einem Umdenken, zu besserer Vorsorge und mehr Solidarität führt, dann hätte sie sogar einen Sinn gehabt.

Ich wünsche Ihnen, uns allen, Gesundheit in schwieriger Zeit als das höchste Gut des Menschen.

Mit herzlichen Grüßen

Dr. Thomas Fischbach, Präsident

Rechtliche FAQs für Kinder- und Jugendarztpraxen in Verbindung mit dem CORONAVIRUS (SARS-COV-2)

Stand: 30. März 2020

(dieser Beitrag wird regelmäßig in PädInform im Ordner „BVKJ aktuell“ aktualisiert)

I. Praxisablauf

• Meldepflicht in Bezug auf Verdachts-/ Krankheits- und Todesfälle

Kinder- und Jugendärzte sind verpflichtet, alle begründeten Verdachts-, Krankheits- und Todesfälle im Zusammenhang mit dem Virus dem örtlichen Gesundheitsamt zu melden. Die Meldung – inklusive des Namens und der Kontaktdaten der betroffenen Person – muss innerhalb von 24 Stunden nach dem Tod bzw. der Kenntnisnahme davon erfolgen.

• Definition eines begründeten Verdachtsfalls

Um einen meldepflichtigen „begründeten Verdachtsfall“ handelt es sich laut Robert-Koch-Institut (RKI) aktuell, wenn

- die Person akute respiratorische Symptome jeder Schwere hat und Kontakt zu bestätigtem COVID-19-Fall bis max. 14 Tage vor Erkrankungsbeginn hatte oder
- es klinische oder radiologische Hinweise auf eine virale Pneumonie gibt und ein Zusammenhang mit einer Häufung von Pneumonien in Pflegeeinrichtungen oder einem Krankenhaus besteht.

Alle anderen Verdachtsfälle sind nicht mehr zu melden. Aktuelle Informationen zu der Definition eines Verdachtsfalls sind auf der Homepage des RKI verfügbar.

• Videosprechstunden

Videosprechstunden sind **vorerst unbegrenzt möglich**. Die entsprechenden Begrenzungsregelungen auf 20 % der Leistungsmenge wurden zunächst für das zweite Quartal durch den GKV-Spitzenverband und die KBV außer Kraft gesetzt. Auf eine Aufhebung für

das erste Quartal wurde verzichtet, da eine Überschreitung der 20 %-Marke nicht erwartet wird.

Aufgrund der aktuellen Situation ist es sicher sinnvoll, dass Patienten nach Möglichkeit nur in medizinisch dringenden Fällen die Praxen aufsuchen. Die Videosprechstunde ist damit ein geeignetes Mittel, um die Konsultation ohne Arzt-Patienten-Kontakt durchführen zu können. Sie ist bei allen Indikationen möglich und auch dann, wenn der Patient zuvor noch nicht bei dem Arzt in Behandlung war. Weitere Hinweise finden Sie unter www.kbv.de/html/1150_44943.php.

• Zulässigkeit einer telefonischen Krankschreibung?

Das Berufs- und Vertragsarztrecht (§§ 7 Abs. 4, 25 S. 1 MBO-Ä i.V. mit der Arbeitsunfähigkeit-Richtlinie des GBA) erlauben eine Feststellung bzw. Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit (AU) grundsätzlich nur nach ärztlicher Untersuchung. Für Kinder- und Jugendärzte ist das Thema relevant in Bezug auf die sog. **Elternkrankschreibung** gemäß § 45 Abs. 3 SGB V, also die Bescheinigung über eine Erkrankung des Kindes, die a) zu Krankengeld und b) zu einem Anspruch gegen den Arbeitgeber auf Arbeitsfreistellung führt. Dabei ist es Kinder- und Jugendärzten berufsrechtlich im Einzelfall erlaubt, eine ausschließliche Beratung oder Behandlung über Kommunikationsmedien durchzuführen, wenn dies ärztlich vertretbar ist und die erforderliche ärztliche Sorgfalt insbesondere durch die Art und Weise der Befunderhebung, Beratung, Behandlung sowie Dokumentation gewahrt wird, und „die Patientin oder der Patient“ (hier: die Eltern) auch über die Besonderheiten der ausschließlichen Beratung und

Behandlung über Kommunikationsmedien aufgeklärt wird.

.....
Grundsätzlich gilt: Nur Patienten, die erkrankt sind (s.o.), können krankgeschrieben werden, sodass auch nur in diesen Fällen die Eltern von erkrankten Kindern/Jugendlichen die Bescheinigung erhalten können! Prophylaktische Krankschreibungen oder Krankschreibungen auf Verlangen von Arbeitgebern in Fällen, in denen keine Krankheitssymptome bestehen, sind unzulässig! Ebenso scheidet eine Krankschreibung für den Fall der ggf. vorsorglichen (behördlichen) Anordnung von Quarantäne aus: Das Gesundheitsamt kann dafür eine formlose (ärztliche) Bescheinigung ausstellen.
.....

Dies vorausgeschickt, muss es in der jetzigen Situation – das Coronavirus muss unbedingt aus den Praxen rausgehalten werden – zulässig sein, Kinder/Jugendliche auch nach nur telefonischer Kommunikation krank zuschreiben, sofern sich die Kinder- und Jugendärzte davon in dem Telefonat überzeugen konnten, dass

- (a) Erkrankungen der oberen Atemwege (Erkältungskrankheiten) ohne schwere Symptomatik bestehen oder
- (b) nicht die Kriterien des RKI für einen Verdacht auf eine Infektion mit SARS-CoV2 erfüllt sind;

(https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Falldefinition.pdf?__blob=publicationFile)
Abruf 30.03.2020.

Die Dauer der Krankschreibung hängt vom Einzelfall ab. Die AU-Richtlinie des G-BA sieht seit dem 20.03.2020 rückwirkend ab dem 09.03.2020 vor, dass die Feststellung der Arbeitsun-

fähigkeit für einen Zeitraum von bis zu 7 Kalendertagen auch nach telefonischer Anamnese und zwar im Wege der persönlichen ärztlichen Überzeugung vom Zustand des Versicherten durch eingehende telefonische Befragung erfolgen kann. Das gilt bei Versicherten mit Erkrankungen der oberen Atemwege, die keine schwere Symptomatik vorweisen und die nicht die Kriterien des Robert Koch-Instituts für einen begründeten Verdacht auf eine Infektion mit SARS-CoV2 erfüllen. Der Zeitraum wurde nach Informationen der KBV mittlerweile auf 14 Tage verlängert.

Eltern von Kindern/Jugendlichen, die positiv auf SARS-CoV2 getestet wurden, kann auch nach telefonischem Kontakt über/zu den Kindern die Bescheinigung ausgestellt werden, wenn die Kinder/Jugendlichen Krankheitssymptome aufweisen.

Anders als Krankschreibungen nach telefonischer Rücksprache zwischen Arzt und Patient gelten derzeit Krankschreibungen nach rein elektronischer Kommunikation (E-Mail, Messengerdienste, Apps usw.) zwischen Arzt und Patient im Regelfall als (noch) nicht zulässig. Zulässig sind dagegen Krankschreibungen nach Durchführung einer Videosprechstunde (s.o. unter „Videosprechstunde“ sowie die Hinweise und Hilfestellungen des health innovation hub (hih) zu telemedizinischen Angeboten unter <https://hih-2025.de/corona/> (Abruf 30.03.2020) und der KBV unter www.kbv.de/media/sp/Liste_zertifizierte_Videodienstanbieter.pdf (Abruf 30.03.2020).

- **Abrechnung allgemein / Codierung**

Abrechnung allgemein: Bei einem klinischen Verdacht oder der nachgewiesenen Infektion mit dem Coronavirus SARS-COV-2 ist der Fall mit der **GOP 88240** in der Abrechnung gekennzeichnet. Diese Kennnummer wird benötigt, um den im Zusammenhang mit dem Coronavirus anfallenden, zusätzlichen Behandlungsbedarf zu dokumentieren und gegenüber den Krankenkassen in Rechnung stellen zu können. Alle ärztlichen Leistungen, die aufgrund des klinischen Verdachts auf eine Infektion oder einer nachgewie-

senen Infektion mit dem Coronavirus erforderlich sind, werden seit 1. Februar 2020 in voller Höhe extrabudgetär vergütet.

Codierung: Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) hat COVID-19 (**Virus nachgewiesen**) mit der Bezeichnung „Coronavirus-Krankheit-2019“ und dem Schlüssel „**U07.1!**“ am 13.02.2020 in die deutschsprachige Ausgabe des ICD-10 (ICD-10-GM) aufgenommen, um die ICD-10-konforme spezifische Kodierung entsprechender Fälle zu ermöglichen. Der Verdacht auf COVID-19 (**Virus nicht nachgewiesen**) ist mit „**U07.2!**“ zu verschlüsseln. Beide Schlüssel sind in der ICD-10-GM als sekundärer Code (Ausrufezeichenschlüsselnummer) angelegt und muss ergänzend mit einem Primärcode (Code ohne Ausrufezeichen oder Stern) verwendet werden.

- **Befugnis zur eigenen Herstellung von Desinfektionsmitteln?**

Eigenmischungen sind laut Verordnung (EU) Nr. 528/2012 (sog. Biozid-Verordnung) nicht zulässig. Aktuell wurde dies gelockert: Durch eine am 04.03.2020 durch die Bundesanstalt für Chemikalien, die bei der der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) angesiedelt ist, erlassene Allgemeinverfügung werden Apotheken (sowie die pharmazeutische Industrie) nunmehr ermächtigt, 2-Propanol-haltige Biozidprodukte zur hygienischen Händedesinfektion anzumischen. Die nun geschaffene Ausnahmeregelung hat eine zunächst befristete Geltungsdauer von 180 Tagen.

- **Lockerung der Regeln für die Heilmittel-Versorgung**

Am 16.03.2020 haben sich die gesetzlichen Krankenkassen auf Bundesebene darauf verständigt, die Regeln für die Versorgung mit Heilmitteln zu lockern, um Patienten, Arztpraxen und Therapeuten zu entlasten. Die Ausnahmeregelungen betreffen Verordnungen von Physiotherapie, Ergotherapie, Sprach-, Sprech- und Stimmtherapie, Podologie sowie Ernährungstherapie. Bei Heilmittel-Verordnungen, die nach dem 18.02.2020 ausgestellt worden sind, muss die Behandlung nach den neuen Regelungen nicht mehr in-

nerhalb von 14 Tagen (bzw. 28 Tagen im Falle von Podologie und Ernährungstherapie) beginnen. Außerdem kann die Behandlung für einen längeren Zeitraum unterbrochen werden, wenn zum Beispiel der Patient wegen der Coronavirus-Pandemie seine Termine nicht wahrnehmen kann oder will oder wenn der Therapeut nicht zur Verfügung steht. Normalerweise dürfen zwischen den Behandlungsterminen nur 14 Tage liegen. Die Krankenkassen verzichten nunmehr darauf, die Einhaltung dieser Frist zu prüfen. Dies gilt für alle Rezepte, bei denen die letzte Behandlung vor der Unterbrechung nach dem 17.02.2020 erfolgte. Die neuen Regeln gelten zunächst bis zum 30.04.2020 für vertragsärztliche Verordnungen.

- **Haftung bei verschobenen Vorsorgeuntersuchungen**

Die Haftungsrisiken für den Fall, dass Patienten durch verschobene Vorsorgeuntersuchungen erkranken oder Erkrankungen zu spät erkannt werden, dürften recht gering sein. Risiken dürften zunächst nur dann entstehen, wenn bereits vereinbarte Untersuchungstermine abgesagt werden. Auch in diesem Fall gilt jedoch, dass der Patient nachweisen muss, dass ein erlittener Schaden gerade auf der Absage/Verschiebung des Termins beruht. Als Arzt kann man dagegen einwenden, dass sich der Patient bei anderen Ärzten um einen Termin hätte bemühen müssen. Außerdem kommt eine Haftung nur dann in Betracht, wenn der Arzt vorsätzlich oder fahrlässig gehandelt hat. Dies dürfte momentan kaum in Betracht kommen. Denn es gibt sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene Empfehlungen, alle nicht zwingend erforderlichen Untersuchungen nicht durchzuführen, sondern den Patientenkontakt möglichst gering zu halten, damit das Virus nicht die Praxis getragen wird.

Im Zuge eines Risikomanagements mag es daher sinnvoll sein, die Behandlung von Chronikern und Patienten, die besonderen Risikogruppen angehören, fortzuführen. Gerade bei Kindern und Jugendlichen ohne besondere Vorerkrankungen dürfen die Risiken jedenfalls überschaubar sein. Auch Patienten, bei denen der Ver-

dacht auf eine Kindeswohlgefährdung besteht, sollten weiterhin einbestellt werden. Alternativ kann es aber auch in Betracht kommen, die zuständigen Behörden zu informieren.

II. Praxismitarbeiter

• Fürsorgepflichten gegenüber den Mitarbeitern

Zu den Fürsorgepflichten der Kinder- und Jugendärzte als Arbeitgeber gegenüber ihren Mitarbeitern gehört es, an der Verhinderung weiterer Ansteckungen mitzuwirken. Hierzu ist der Praxisinhaber gehalten, das Praxispersonal über die einzuhaltenen Hygienebestimmungen umfassend und aktuell aufzuklären und deren Einhaltung zu überwachen. Gleichzeitig ist es geboten, Praxispersonal so gut es geht vor möglichen Infektionen zu schützen und auf eine korrekte Einhaltung der Hygienebestimmungen zu bestehen.

• Vergütung des Mitarbeiters bei nachgewiesener Erkrankung des Mitarbeiters oder Erkrankung eines Kindes des Mitarbeiters

Ist der Beschäftigte infolge einer Infektion mit dem Coronavirus arbeitsunfähig erkrankt und somit an seiner Arbeitsleistung verhindert, besteht ein **Anspruch auf Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall für den Zeitraum von sechs Wochen** (§ 3 EFZG). Nach diesem Zeitraum haben gesetzlich Krankenversicherte grundsätzlich Anspruch auf Krankengeld.

Bei einer Erkrankung des Kindes eines Mitarbeiters und einer fehlenden anderweitigen Betreuungsmöglichkeit für das Kind haben gesetzlich Krankenversicherte grundsätzlich Anspruch auf Kinderkrankengeld, sobald sie sich um ihr Kind kümmern. Welchen Betrag die Krankenkasse pro Arbeitstag zahlt, richtet sich nach dem Einkommen. Für jedes Kind unter zwölf Jahren erhält der Arbeitnehmer für höchstens zehn Arbeitstage Krankengeld. Hierzu bedarf es einer ärztlichen Bescheinigung. Rein praktisch dürfte es bei einer Erkrankung des Kindes zum aktuellen Zeitpunkt zu einer behördlich angeordneten Quarantäne kommen, die sowohl für das Kind als auch den Praxismitarbeiter selbst

gilt, somit kommt auch eine Entschädigung nach § 56 IfSG in Betracht. Wer zuständige Stelle für einen Antrag auf Entschädigung ist, richtet sich nach Landesrecht; nähere Informationen finden sich auf den Internetseiten der jeweiligen Gesundheitsbehörde des Bundeslandes. Eine Übersicht zu den zuständigen Landesbehörden findet sich unter

https://www.kbv.de/media/sp/Praxis-Info_Coronavirus_Entschaeudigung.pdf (Abruf 30.03.2020).

Bitte vergleichen Sie ebenso:

<https://www.kbv.de/html/coronavirus.php> (Abruf 30.03.2020).

• Entschädigung bei behördlich angeordneten Tätigkeitsverboten und Quarantäne für Praxismitarbeiter

Personen, die als Ansteckungsverdächtige auf Anordnung des zuständigen Gesundheitsamts isoliert werden und deshalb einen Verdienstausschlag erleiden, erhalten eine Entschädigung nach § 56 IfSG. Die Entschädigung bemisst sich nach dem Verdienstausschlag. Für die ersten sechs Wochen wird sie in Höhe des Verdienstausschlags gewährt. Vom Beginn der siebten Woche an wird sie in Höhe des Krankengeldes gewährt. Arbeitnehmer erhalten von ihrem Arbeitgeber für die Dauer der Isolierung, längstens für sechs Wochen, eine Entschädigung in Höhe des Nettolohns. Die ausgezahlten Beträge werden dem Arbeitgeber auf Antrag von der zuständigen Behörde erstattet, **grundsätzlich ist der Arbeitgeber hinsichtlich des Arbeitsentgelts vorleistungspflichtig**. Nach sechs Wochen zahlt der Staat in Höhe des Krankengeldes weiter.

Tatsächlich an SARS-COV-2-Erkrankte fallen nicht unter diese Entschädigungsregelung, weil diese bereits Lohnfortzahlung im Krankheitsfall und Krankengeld erhalten (vgl. oben). Verhängt die Gesundheitsbehörde gegenüber den übrigen Beschäftigten der Praxis eine Quarantäne sowie ein Tätigkeitsverbot, was eine Praxis-schließung zur Folge hat, haben diese – solange sie nicht selbst arbeitsunfähig erkrankt sind – keinen Anspruch auf Entgeltfortzahlung nach dem Entgeltfortzahlungsgesetz (EFZG). Aber auch für die Verdienstausschläge dieser Arbeitnehmer bestehen Entschädi-

gungsansprüche, die der Arbeitgeber zunächst verauslagen muss, bevor er Erstattung beantragen kann.

• Versicherungsleistungen bei behördlich angeordneten Tätigkeitsverboten und Quarantäne für Praxismitarbeiter

Ob eine Versicherung die Betriebskosten und den entgangenen Gewinn für die Zeit während der Praxis-schließung abdeckt, lässt sich nicht allgemein beantworten. Der Praxisinhaber sollte umgehend seinen Vertrag prüfen und im (Teil)Schließungsfall am besten so schnell wie möglich eine vorsorgliche Schadensmeldung vornehmen. Dabei sollte er nicht nur eine Praxis-schließung melden, sondern auch schon einen Teilleerlauf. Denn nicht jede Versicherung verlangt, dass die ganze Praxis geschlossen wird.

Die Versicherungen lassen sich grob wie folgt unterteilen: Eine Betriebs-schließungsversicherung zahlt für den Fall, dass die Schließung der Praxis behördlich angeordnet wurde. Sie übernimmt üblicherweise die Praxiskosten und – wenn dies gesondert vereinbart ist – den entgangenen Gewinn. Eine Praxisausfallversicherung zahlt hingegen dann, wenn der Praxisinhaber „ausfällt“, was beispielsweise bei einer gegen den Praxisinhaber verordneten Quarantäne der Fall sein kann. Eine Betriebsunterbrechungsversicherung knüpft meist an eine Betriebsunterbrechung durch einen Sachschaden an, der hier nicht vorliegen wird.

Im Übrigen kann es sein, dass gezahlte Entschädigungen auf die Versicherungsleistung angerechnet werden. Es gibt allerdings Versicherer, die im Falle einer Entschädigung die Versicherungsleistung als zinsloses Darlehen zur Verfügung stellen.

• Vergütungsanspruch des Mitarbeiters bei Kita- oder Schulschließung und fehlende Betreuungsmöglichkeit für das Kind des Mitarbeiters

Für den Fall, dass ein Kind des Mitarbeiters zwar nicht erkrankt, jedoch aufgrund Kita- oder Schulschließung dort und auch anderweitig nicht betreut werden kann, so dass der Mitarbeiter wegen der Kinderbetreuung nicht zur Arbeit kommen kann, könnte der Mitarbeiter einen Lohnfortzahlungsanspruch nach § 616 Bürgerliches

Gesetzbuch (BGB) haben. Hiernach haben Arbeitnehmer weiterhin einen Lohnfortzahlungsanspruch, wenn sie für eine verhältnismäßig nicht erhebliche Zeit durch einen in ihrer Person liegenden Grund ohne ihr Verschulden an der Dienstleistung verhindert sind. In jedem Fall bedarf es in diesen Fällen stets einer Überprüfung des jeweiligen Arbeitsvertrages, da § 616 BGB abdingbar ist und in Arbeitsverträgen explizit ausgeschlossen werden kann. Der Gesetzgeber hat am 27. März 2020 mit Wirkung ab dem 30. März 2020 ein Gesetz verabschiedet, wonach ein Verdienstaufschlag infolge von notwendiger Kinderbetreuung (bis zum 12. Lebensjahr, keine andere Betreuungsmöglichkeit) mit 67 % des vorherigen Nettoverdienstes, höchstens aber 2.016,- €, kompensiert werden kann.

<https://www.bmas.de/DE/Schwerpunkte/Informationen-Corona/entschaedigungsanspruch.html> (Abruf: 30.03.2020).

- **Vergütungsanspruch des Mitarbeiters bei fehlender Erreichbarkeit der Praxis wegen Ausfalls öffentlicher Verkehrsmittel**

Kann der Beschäftigte aufgrund von allgemein angeordneten Maßnahmen seinen (unbelasteten) Arbeitsplatz nicht erreichen und somit seine Arbeitsleistung nicht erbringen, hat er grundsätzlich keinen gesetzlichen Anspruch auf Zahlung der vereinbarten Vergütung. Denn der Arbeitnehmer trägt das Risiko, dass er zum Betrieb als seinem Arbeitsort gelangt (sog. Wegerisiko).

- **Arbeitsverweigerungsrecht des Arbeitnehmers aus Angst vor Ansteckung**

Die Angst eines Arbeitnehmers davor, sich durch Patientenkontakt mit dem Coronavirus anzustecken, gibt dem Arbeitnehmer grundsätzlich kein Leistungsverweigerungsrecht. Sofern der Arbeitnehmer unentschuldig der Arbeit fernbleibt, steht ihm unabhängig von dem Umstand, dass ein unentschuldigtes Fehlen kündigungrelevant sein kann, auch grundsätzlich kein Anspruch auf Entgeltfortzahlung nach dem EFZG zu. Vielmehr müssen konkrete Anhaltspunkte vorliegen, die eine Ansteckung am Arbeitsplatz mehr als wahrscheinlich machen, oder aber

die zuständige Gesundheitsbehörde ordnet in dem konkreten Einzelfall etwas Gegenteiliges an. Sollten gegenüber dem Praxisinhaber als Arbeitgeber konkrete behördliche Maßnahmen ergehen, die dieser unberücksichtigt lässt, kann sich daraus hingegen ein Recht des Arbeitnehmers ergeben, der Arbeit fernzubleiben.

- **Kurzarbeit**

Der Arbeitgeber kann Kurzarbeit anordnen, sofern die Arbeitsleistung aufgrund tarif- oder arbeitsvertraglicher Regelung ausgesetzt werden kann. Unten ist der **Entwurf** einer Vereinbarung enthalten (er muss aber bitte vorher mit der jeweiligen örtlichen Stelle der Bundesagentur für Arbeit individuell abgeklärt werden!). Allgemein gilt:

Voraussetzung für die Gewährung von Kurzarbeitergeld ist insbesondere der erhebliche Arbeitsausfall mit Entgeltausfall i.S.v. § 96 Abs.1 Nr. 4 SGB III. Zudem muss die Praxis alles Mögliche tun, um die Kurzarbeit zu vermeiden. Ein Arbeitsausfall ist erheblich, wenn er auf wirtschaftlichen Gründen oder einem unabwendbaren Ereignis beruht, vorübergehend und unvermeidbar ist (hiervon ist grds. bei einer Pandemie auszugehen). Der Begriff der „wirtschaftlichen Gründe“ ist umfassend und schließt alle Arbeitsausfälle ein, die auf der wirtschaftlichen Tätigkeit eines Betriebes (= auch Praxis) beruhen und sich aus dessen Teilnahme am Wirtschaftsleben ergeben. Unter einem unabwendbaren Ereignis ist allgemein ein Ereignis zu verstehen, das unter den gegebenen, nach der Besonderheit des Falles zu berücksichtigenden Umständen auch durch die äußerste diesen Umständen angemessene und vernünftigerweise zu erwartende Sorgfalt weder abzuwehren noch in seinen schädlichen Folgen zu vermeiden ist. Dazu können auch behördlich angeordnete oder anerkannte Maßnahmen gehören (z.B. angeordnete Betriebseinschränkungen oder -stilllegungen), die vom Arbeitgeber nicht zu vertreten sind.

Der Arbeitgeber und die Arbeitnehmer müssen im Rahmen ihrer Schadensminderungspflicht alles getan haben, um den Arbeitsausfall zu vermeiden. Dazu gehört z.B. die Gewäh-

rung von Urlaub und das Nutzen von zulässigen Arbeitszeitschwankungen.

Davon umfasst ist, dass auch die Einstellung von „Minusstunden“, sofern diese tarifvertraglich, aufgrund einer Betriebsvereinbarung oder einer arbeitsvertraglichen Regelung durch den Arbeitgeber angeordnet werden können.

.....
WICHTIG: Bitte dokumentieren Sie alles, was Sie getan haben, um die Kurzarbeit zu vermeiden. Sprechen Sie auch mit dem Steuerberater, damit die betriebswirtschaftlichen Zahlen vorgelegt werden können.
.....

Weiter müssen die Mindestanfordernisse erfüllt sein: Im jeweiligen Kalendermonat (Anspruchszeitraum) müssen mindestens **10 % beschäftigten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer** von einem Entgeltausfall von jeweils mehr als 10 Prozent ihres monatlichen Bruttoentgelts betroffen sein; der Entgeltausfall kann auch jeweils 100 Prozent des monatlichen Bruttoentgelts betragen.

Zur Beantragung des Kurzarbeitergeldes zeigt der Arbeitgeber im Bedarfsfall den anstehenden Arbeitsausfall bei der örtlich zuständigen Agentur für Arbeit an. Zwei Videos zur Anleitung findet man hier:

<https://www.arbeitsagentur.de/unternehmen/finanziell/kurzarbeitergeld-video> (Abruf: 30.03.2020).

Ein Merkblatt findet man unter https://www.arbeitsagentur.de/datei/merkblatt-8a-kurzarbeitergeld_bao15385.pdf (Abruf: 30.03.2020).

Unbedingt empfehlenswert ist die vorherige Kontaktaufnahme mit der Bundesagentur für Arbeit, da diese zur Beratung verpflichtet ist. Damit können Fehler und Überraschungen vermieden werden. Als Entwurf für eine solche Vereinbarung kann eine Vorlage (zur Abklärung mit der Bundesagentur) dienen, die Sie in **PädInform** im Ordner „Kinder- und Jugendarzt“ und auch in den aktualisierten Beiträgen im Ordner „BVKJ aktuell“ finden. Außerdem raten wir zu einer individuellen Ergänzung des Arbeitsvertrages mit dem Mitarbeiter, die Sie ebenfalls in den o.g. Ordnern in **PädInform** finden.

Bitte lassen Sie sich jeden Monat die erbrachten Stunden und die Abrechnung der nichterbrachten Stunden durch den Mitarbeiter/die Mitarbeiterin bestätigen; dies dient der Absicherung gegenüber der Bundesagentur für Arbeit und vermeidet Konflikte mit dem Arbeitnehmer/der Arbeitnehmerin.

III. Entschädigung u.ä.

- **Entschädigungsanspruch, wenn die Praxis geschlossen werden muss**

Wird der Betrieb einer Praxis aus infektionsschutzrechtlichen Gründen untersagt oder Quarantäne angeordnet, tangiert dies nicht den Anspruch des Arbeitnehmers auf Arbeitsentgelt, der Praxisinhaber ist grundsätzlich vorleistungspflichtig. Allerdings **besteht für den von einer Praxisschließung betroffenen Praxisinhaber grundsätzlich ein Anspruch auf Entschädigung** (§ 56 IfSG). Voraussetzung für Entschädigungsansprüche ist das Verbot der Erwerbstätigkeit aus infektionsschutzrechtlichen Gründen oder die Anordnung von Quarantäne. Die Abläufe, zum Beispiel bei der Antragstellung, bestimmt die zuständige Behörde, so dass diese als erstes kontaktiert werden sollte. Die zuständige Behörde für Entschädigungsansprüche nach § 56 IfSG ergibt sich u.a. aus der Auflistung unter https://www.kbv.de/media/sp/Praxis-Info_Coronavirus_Entschädigung.pdf. (Abruf: 30.03.2020)

Die Höhe des Entschädigungsanspruchs richtet sich bei Selbstständigen nach ihrem Verdienstausschlag. Grundlage ist der Steuerbescheid (nach § 15 SGB IV). Neben dem Verdienstausschlag können Selbstständige auch für Betriebsausgaben „in angemessenem Umfang“ entschädigt werden (§ 56 Absatz 4 IfSG). Auch dies muss beantragt werden.

- **Kostenträger für die Beiträge für Renten-, Kranken-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung während der Zeit der Praxisschließung**

Die Renten-, Kranken-, Pflege- und Arbeitslosenversicherungspflicht besteht weiterhin. Die jeweiligen Beiträge – also Arbeitgeber- und Arbeitnehmeranteil – trägt das jeweilige Bundesland. Die Sozialversicherungsbeiträge werden also auch gegenüber den genannten zuständigen Behörden geltend gemacht.

- **Versicherungsschutz durch die gesetzliche Unfallversicherung bei fehlender Schutzausrüstung**

Bei fehlender Schutzausrüstung muss der Arbeitgeber nicht damit rechnen, von der Berufsgenossenschaft (BG) im Schadensfall in Regress genommen zu werden. Die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) weist (Stand 25.03.2020) darauf hin, dass sie von einer Regressprüfung und Regressnahme Abstand

nehmen wird, wenn aufgrund einer Notsituation bei der Versorgung erkrankter Personen ohne persönliche Schutzausrüstung (PSA) oder ohne hinreichende PSA gearbeitet werden musste und sich eine versicherte Person infiziert hat. Das Fehlen notwendiger Schutzausrüstung schließt den Versicherungsschutz nicht aus. Die versicherten Unternehmen haben jedoch, so die BGW, dafür Sorge zu tragen, dass immer wieder versucht werde, die notwendige PSA zu erhalten. Dies sollte auch dokumentiert werden. Die BGW empfiehlt, entsprechende Unterlagen wie beispielsweise Mitteilungen über Nichtlieferbarkeit zu archivieren.

Allgemein weist die BGW darauf hin, dass nach dem SGB VII verbotswidriges Verhalten den Versicherungsfall nicht ausschließt. Dies gelte auch dann, wenn versicherte Personen bei ihrer Arbeit arbeitsschutzrechtliche Vorgaben oder die Hygieneregeln des RKI nicht beachten.

Die Informationen werden von Christian Krapohl, Dr. Andreas Meschke, Dr. Kyrill Makoski, Moeller und Partner – Kanzlei für Medizinrecht, laufend aktualisiert.

Dies erfolgt in Zusammenarbeit mit Dr. Andreas Plate, Kathrin Jackel-Neusser, Heike Bruland-Saal und Carolin Stock, Geschäftsstelle BVKJ e.V., Köln.

Red.: WH



Ihre Meinung zählt!

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

ifak

Machen Sie mit!

Das Solinger Papier

Einflussfaktoren für die Tätigkeit des BVKJ bis zum Jahr 2030

Der geschäftsführende Vorstand des BVKJ (Amtsperiode 2015 bis 2019) hat sich auf einer Klausurtagung in Solingen im Juli 2019 mit den Strukturen im BVKJ, den zu erwartenden Entwicklungen in den nächsten circa 10 Jahren und den daraus resultierenden Einflussfaktoren beschäftigt. Es wurden 10 Themenkomplexe zusammengestellt, die als Basis weiterer Entscheidungsfindungen dienen sollen.

Die Teilnehmer waren:

Dr. Thomas Fischbach
(Präsident 2015 bis a.w.)
Dr. Tilman Käthner
(Schatzmeister 1998 bis a. w.)
Prof. Dr. Wolfgang Kölfen
(Vizepräsident elect 2019 bis a. w.)
Dr. Sigrid Peter
(Vizepräsidentin 2015 bis a. w.)
Prof. Dr. Ronald Schmid
(Vizepräsident 2007-2019)
Dr. Ronald Ulmer
(Vizepräsident 2015-2019)
Anwesend war beratend: Der Geschäftsführer des BVKJ Herr Dr. Andreas Plate.

Einflussfaktor 1: Strukturwandel durch Mitglieder- und Finanzentwicklungen

- Mangel an zur Verfügung stehenden Ärzten und Angestellten in allen Bereichen (u. a. MFA, Pflegepersonal, Assistenzberufe)
- Feminisierung der Mediziner – geringere Lebensarbeitszeit
- Das gewandelte Verständnis zur Arbeitszeit der Generationen XYZ
- Reduktion des Sponsorings und anderer Transferleistungen
- Wegbrechen von Einnahmen aus Selektivverträgen (BVKJ-Service GmbH) durch Übernahme von Leistungen durch GKV oder gesetzliche Rahmenbedingungen
- Reduktion der Zahl „Niedergelassene Selbstständige“

Einflussfaktor 2: Ausweitung der Aufgaben

- Durch politische, gesellschaftspolitische und soziale Entwicklungen wird sich das Aufgabenspektrum des BVKJ verändern:
- Wird die U10, U11 und J2 zur Regelleistung der gesetzlichen Kassen?
- Neue Morbiditäten binden zusätzliche Ressourcen
- Kinderschutz wird von der Gesellschaft eingefordert

- Vernetzungsarbeit wird durch gesetzliche Vorgaben Ressourcen binden
- Patientenkontakte werden komplexer (Internetinfo)
- Weiterer Anstieg der Geburten?
- Politische Arbeit in Berlin nimmt zu

Einflussfaktor 3: Entwicklung der pädiatrischen Grundversorgung

- Die Versorgung wird weiterhin in der Breite durch Kinder- und Jugendärzte wahrgenommen (entsprechend der Programme der Parteienlandschaft)
- Durch die Lebensplanung der XYZ Generation wird zunehmend Teilzeitarbeit und die im Angestelltenverhältnis gefordert werden
- Die Selbstständigkeit ist eine Option. Die Praxis ist, wie die Umfragen ergeben, ebenfalls eine Option, aber weniger wie früher als eigenverantwortlicher „Niedergelassener Kinder- und Jugendarzt“
- Die Kinder- und Jugendarztpraxen werden zunehmend weniger durch selbstständige niedergelassene Ärzte geprägt (50 Prozent nur noch?)

Einflussfaktor 4: Die Sicherstellung der pädiatrischen Grundversorgung

- Es müssen Modelle gefunden werden (u. a. Praxisgemeinschaften, MVZs, Gemeinschaftspraxen), wie die verbleibenden niedergelassenen Selbstständigen die Situation auffangen können (z. B. Anstellung von Ärzten)
- Der BVKJ muss sich darauf mit seinen Angeboten und seiner Struktur neu aufstellen. (Regelung Mitgliedsbeiträge?)
- Muss der BVKJ ein Angebot als Praxis-Management-Berater oder sogar Praxismanager entwickeln? (Service GmbH-Aufgabe?)

Einflussfaktor 5: Sicherstellung der Versorgung durch Kinder- und Jugendärzte

- Die Ressource „Kinder-/Jugendarzt-Arbeitszeit“ nimmt ab bei nur geringer Steigerung der Zahl der Kinder- und Jugendärzte

Lösungsmodelle:

- Delegation von Aufgaben auf medizinisches Hilfspersonal (welches auch nicht unbegrenzt zur Verfügung stehen wird)
- Kooperationsmodelle zwischen Klinik und Praxis in Kinder-/Jugendmedizin – insbesondere in der Schwerpunkt-pädiatrie
- Der Weg muss vom Konkurrenzdenken weggehen. Der allgegenwärtige Mangel in Klinik und Praxis wird nur durch Kooperation zu überwinden sein
- Schwerpunkt-pädiater aus Klinik und Praxis vereinbaren Anbieterstrukturen, um die ambulante und stationäre Versorgung und Weiterbildung zu gestalten
- Die Abdeckung der 24 h-Versorgung wird durch Kooperationsverträge gewährleistet (Düsseldorfer Papier)

Einflussfaktor 6: Weiterbildung durch Kooperation

- Die Weiterbildung muss entsprechend der neuen Musterweiterbildungsordnung für Kinder- und Jugendmedizin (MWBO) in Klinik und Praxis erfolgen
- Im Düsseldorfer Papier („Kinder- und Jugendarzt“ 2/2018) werden hierzu Kooperationsmodelle angemahnt. Die Umsetzung ist bisher lückenhaft
- Finanzierbare, praktikable und weiterbildungs-interessens-kompatible Lösungen (wie z. B. Päd-compenda) sind zu entwickeln
- Weiterbildungsverbände zwischen Klinik und Praxis (z. B. 50 % Stelle als KV Sitz; 50 % Klinik) können Engpässe besonders in der Fläche lösen

Einflussfaktor 7: Der angestellte Kinder- und Jugendarzt als Mitglied im BVKJ

- Für Tarifverträge, Arbeitszeiten, Arbeitszeitmodelle u.ä. ist auch tarifrechtlich der Marburger Bund zuständig
- Der BVKJ wird sich der Situation Angestellter in der Praxis und Klinik annehmen müssen
- Nach der Satzung ist der BVKJ für die Vertretung aller Kinder- und Jugendärzte zuständig
- Vertritt der BVKJ zukünftig stärker auch (angestellte) Klinikärzte und Assistenzärzte in und nach der Weiterbildung, kann dies zu internen Interessenskonflikten führen. Diese sind zu thematisieren und Lösungswegen zuzuführen

Einflussfaktor 8: Wege der Kommunikation

- Der Fortbestand der Zeitschrift „Kinder- und Jugendarzt“ wird von den Mitgliedern, wie die Umfragen der letzten Jahre immer wieder belegen, eindringlich gefordert
- Unabhängig davon ist der Ausbau der digitalen Informationssysteme erforderlich
- Die Entwicklung der Kommunikation über die Homepage wird zunehmen
- Inhaltliche Angebote (open-Source-Homepage) u.a. zu Weiterbildung, Weiterbildungsangeboten, open-Source Kommunikationsplattformen müssen ausgebaut werden
- Es besteht der Bedarf einer Stellenbörse für Ärzte in Weiterbildung und Fachärzte
- Es besteht der Bedarf für eine Vertreiberbörse für angestellte Fachärzte u. a.
- Information zu Versorgungsstrukturen und Unterstützung bei der beruflichen Fortentwicklung und Weiterbildung bleiben ein wichtiges Standbein

Einflussfaktor 9: Finanzielle Entwicklungen (+ =Mehr-, - =Mindereinnahmen)

- Die Vergütung der „Praxisärzte“ wird weiter einen hohen Stellenwert als Aufgabenfeld behalten. Damit werden Ein-

nahmen generiert auf Basis von Mitgliedsbeiträgen (+)

- Werden Praxis-Angestellte Mitglieder und wieviel bezahlen sie? (-) Bisher besteht eine gewisse Tendenz, nicht dem BVKJ beizutreten.
- Zunehmende Professionalisierung der bisher ehrenamtlichen Tätigkeit wird erforderlich werden (Work-Life Balance der Mitglieder)(-)
- Die Einnahmen aus dem Bereich Sponsoring werden eher sinken (-)
- Die Digitalisierung (Homepage etc.) wird teuer (-)
- Die Erträge aus Selektivverträgen der Service GmbH werden, abhängig von der Entwicklung der Übernahme der Früherkennungsuntersuchung in das GKV-System, evtl. sinken (-)
- Neue Aufgabengebiete wie Praxismanagement und Praxiservice für Großpraxen müssen entwickelt werden (+)
- Service GmbH Aktivitäten z. B. Shop (+)
- Steigende Kosten durch die Berlin-Aktivitäten (-)
- Fortbildungskonzepte modifizieren wie z. B. Webinare (+)
- Nutzungsgebühren aus digitalen Medien sind anzudenken (+)
- Die Konsequenz der bilanzierten Prognosen wäre eine erhebliche Steigerung der Mitgliedsbeiträge. Dies ist nur zu vermitteln, wenn das Angebot von den BVKJ Mitgliedern als bedarfsgerecht angesehen wird.

Einflussfaktor 10: Der Kinder- und Jugendarzt als Anwalt des Kindes (Advocacy)

- Der BVKJ hat seit ca. 1980 zunehmend ein Profil als Anwalt des Kindes aufgebaut und wird auch als solcher konsultiert
- Diese Rolle entspringt dem ureigenen Interesse der Kinder- und Jugendärzte bis heute und hat eine breite Basis im gesamten Verband auf allen Ebenen
- Es besteht ein sekundär positiver Effekt durch die Außenwirkung auch mit posi-

tiven Auswirkungen auf die berufspolitischen Interessen

- Advocacy erfordert einen hohen Personaleinsatz und eine sehr aufwändige Netzwerkarbeit
- Advocacy ist und muss ein essentielles Anliegen bleiben

Die Bewertung der Einflussfaktoren durch den Vorstand:

- Die hier vorgelegten Einflussfaktoren entsprechen der Einschätzung durch den geschäftsführenden Vorstand Mitte 2019. Zu jeder These gibt es eine Anti-These, die bei der Diskussion dieser Punkte und daraus resultierender Umsetzung mit in Betracht genommen wurden und weiter in Betracht genommen werden müssen.
- Die rückblickende Analyse der Publikationen im Kinder- und Jugendarzt von 1970 bis 2019 zeigt: Viele Prognosen waren falsch.
- Prognosen können nur eine Einschätzung von Entwicklungen auf dem derzeitigen Stand sein. Unabhängig davon ist es Aufgabe der Verantwortlichen solche Szenarien zu entwickeln.
- Sinnvoll eingesetzt werden können die hier aufgeführten Einflussfaktoren nur unter regelmäßiger aktualisierender kritischer Bestandsaufnahme. Bei neuen Situationen und Entwicklungen ist eine Anpassung dieser Faktoren im Sinne einer Fortentwicklung erforderlich.

Solingen im Juli 2019

Zusammengefasst für den Geschäftsführenden Vorstand 2015-2019

Prof. Dr. Ronald G. Schmid
Kinder- und Jugendarzt, Neuro-
pädiatrie, Neonatologie, Allergologie
Josef-Neumeier-Straße 18
84503 Altötting
E-Mail: praxis@schmid-altoetting.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.

COVID-19, Pandemiepläne und Risikokommunikation

Es ist vermessen, anzunehmen, man könne mitten in einer Pandemie einen Beitrag schreiben, der auch nur im Entferntesten aktuell sein kann. Deshalb sollen hier eher die grundsätzlichen Strukturen in Deutschland aufgezeigt werden. Wie sehr alle, seien es die Praxen, die Krankenhäuser und nicht zuletzt der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) belastet sind, erleben wir jeden Tag. Dem ÖGD wurden einerseits gerade im Infektionsschutz immer mehr Aufgaben übertragen, andererseits wurde die Personaldecke entsprechend der kommunalen Finanzen immer mehr ausgedünnt. Die Altersstruktur im ÖGD ist durch eine Vielzahl von Fachärzten ab 60+ gekennzeichnet, noch stärker als bei den Kinder- und Jugendärzten aus Praxis und Klinik. Ob die von Bund und Ländern veranlassten Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie zu spät kamen oder gerade noch rechtzeitig waren, werden die Leserinnen und Leser wahrscheinlich wissen, wenn der Beitrag erscheint. Aktuell sind gegenseitige Vorwürfe zu unterlassen, Manöverkritik wird mit Sicherheit folgen. Das Ziel aller gemeinsamen Maßnahmen ist es, eine Verlangsamung des Ausbruchsgeschehens zu erreichen, um das versorgende Gesundheitssystem noch handlungsfähig zu halten.



Dr. Gabriele Trost-Brinkhues

Erkenntnisse aus vorheriger Risikoanalyse

Nach der SARS-Epidemie wurde im Auftrag der Bundesregierung zuletzt 2012 (veröffentlicht am 03.01.2013) eine **Risikoanalyse für zwei Ereignisse** erstellt:

- zum einen eine Analyse zum „Ebenenübergreifenden Risikomanagement am Beispiel Hochwasser“ und
- dem Beispiel einer „Pandemie durch Virus Modi-SARS“, ab Seite 55 nach-

lesbar unter <https://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/17/120/1712051.pdf>

Die Übereinstimmungen in dieser Hypothese zu dem derzeitigen Ausbruchsgeschehen und dem Krankheitsverlauf, der Überlastung der Systeme und den notwendigen Begrenzungen sind erschreckend oder faszinierend – je nach Blickwinkel. Es war und ist alles bekannt!

Erst im Oktober 2019 wurde vom RKI das Rahmenkonzept „Epidemisch bedeutsame Lagen erkennen, bewerten und gemeinsam erfolgreich bewältigen“ herausgegeben, das den konkreten Weiterentwicklungsbedarf in zahlreichen Handlungsfeldern für medizinisches Fachpersonal und den ÖGD, aber auch die Länder und den Bund konkretisiert.

Link: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Preparedness_Response/Rahmenkonzept_Epidemische_bedeutsame_Lagen.pdf;jsessionid=D600A903800B5D7DCAD997D41F553FBC.internet062?__blob=publicationFile

Leider hat weder die Analyse von 2012 noch das neuere Rahmenkonzept zu den notwendigen Konsequenzen und entsprechenden Vorsorgemaßnahmen geführt. Es bleibt zu hoffen, dass sich das nach der jetzigen Pandemie ändert. Vergleichbare Infektions-Ereignisse können sich immer wiederholen, es wäre naiv zu glauben, die Welt wäre auf längere

Zeit davon verschont. Dabei sollte die Abhängigkeit von den Weltmärkten und die „Just-in-time-Produktion“ – auch von Medikamenten oder Schutzausrüstungen – einer kritischen Analyse unterzogen werden. Allerdings ist Material ohne das nötige Fachpersonal nutzlos. Aus diesem Blickwinkel ist insbesondere die ständige Reduzierung und fehlende Wertschätzung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes zu revidieren, denn trotz der aktuellen Bündelung aller Ressourcen für den Infektionsschutz – also auch der Kinder- und Jugendärzte im ÖGD – ist die Überlastung schon vor den anderen medizinischen Bereichen evident.

Das Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Maßgeblich für Deutschland ist für alle Infektionserkrankungen das Infektionsschutzgesetz (**IfSG**), zuletzt angepasst in 2-2020 und erweitert Ende 3-2020 durch die ergänzten Paragraphen „zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite“.

Link: <https://www.gesetze-im-internet.de/ifsg/ifsg.pdf>

Auf **internationaler Ebene** greifen zudem die Internationalen Gesundheitsvorschriften (**International Health Regulations**, {WHO 2005}). Hierbei handelt es sich um **rechtlich verbindliche Richtlinien** zur Kontrolle von Infektionskrankheiten.

Die zuständigen Behörden, zunächst die Gesundheitsämter vor Ort, haben Maßnahmen zur Verhütung übertragbarer Krankheiten zu ergreifen. Das IfSG erlaubt dazu unter anderem Einschränkungen von Grundrechten (§ 16 IfSG), wie z. B. das Recht auf die Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 Absatz 1 GG).

Im Rahmen von notwendigen Schutzmaßnahmen können zudem das Grundrecht der Freiheit der Person (Artikel 2 Absatz 2 Satz 2 GG) und die Versammlungsfreiheit (Artikel 8 GG) eingeschränkt werden (§ 16 IfSG, Absatz 5 bis 8 und § 28 IfSG). Mitte März 2020 wurden genau diese Einschränkungen eingeleitet.

Neben diesen **direkt vom Amtsarzt anzuordnenden Maßnahmen** kann das **Bundesministerium für Gesundheit durch eine Rechtsverordnung anordnen, dass bedrohte Teile der Bevölkerung an Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe**, z.B. Impfungen, **teilzunehmen haben** (§ 20 Absatz 6 IfSG), wodurch das Recht auf körperliche Unversehrtheit (Artikel 2 Absatz 2 Satz 1 GG) eingeschränkt werden kann. An dieser Stelle sind auch die neuen Regelungen zum Impfschutz gegen Masern verankert. Gegen COVID-19 läuft die Impfstoffentwicklung, es wird dauern und kann akut nicht helfen.

Diese vorgenannten Aufgaben stellen die zuständigen Behörden im Verlauf einer Pandemie vor große bzw. nicht mehr zu bewältigende Herausforderungen, u.a. Datenerfassung der Infizierten, Kontaktdatenermittlung, Umsetzung von Stufenplänen je nach Ausbreitungsgeschwindigkeit. Diese Herausforderungen gelten sowohl im Hinblick auf die personellen und materiellen Ressourcen als auch in Bezug auf die Durchsetzbarkeit bzw. Kontrollierbarkeit behördlicher Maßnahmen.

Bereits seit Mitte März 2020 wird deutlich, dass innerhalb des Krisenmanagements mit der COVID-19-Pandemie die **Schaffung von getrennten „Abstrichzentren“ oder „Drive-in-Möglichkeiten“** sinnvoll ist. Nur so kann die Belastung mit möglicherweise Infizierten, aber nicht erheblich kranken Patienten bei hoher Infektiosität für Praxen und Krankenhäuser verringert werden. Bewährt haben sich dabei kommunale Krisenstäbe, die die Situation vor Ort mit allen Beteiligten am ehesten überblicken und die Vorgaben z.B. des Bundes gemeinsam umsetzen.

Pandemieplanung auf Bundes- und Landesebene

Die grundsätzlichen Zuständigkeiten bestehen neben der gesetzlichen Grundlage des Infektionsschutzgesetzes zunächst auf Bundesebene. Das **Robert Koch-Institut (RKI)** hat den gemeinsam von Bund und Länder getragenen nationalen Pandemieplan veröffentlicht, worauf alle Pandemieplanungen in der Bundesrepublik basieren (**Nationaler Pandemieplan für Deutschland**, zuletzt aktualisiert 2017).

Link: <https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/I/Influenza/Pandemieplanung/Pandemieplanung.html>.

Diese auf Influenza zugeschnittene Planung wurde für die Bekämpfung des neuen Coronavirus Anfang März 2020 aktualisiert.

Link: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Ergaenzung_Pandemieplan_Covid.pdf?__blob=publicationFile.

Auf **Landesebene** werden die Bundesvorgaben mit Landespanemieplanungen herunter gebrochen und an die dezentrale Zuständigkeit der unteren Gesundheitsbehörden, also den Gesundheitsämtern vor Ort, weitergereicht.

Link: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/I/Influenza/Pandemieplanung/Pandemieplaene_Bundeslaender.html.

Zudem gibt es die betrieblichen Pandemieplanungen, z.B. der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV). Für unseren Bereich ist z.B. die „Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) zum Arbeitsschutz in Arztpraxen und Apotheken“ bei Pandemiegefahr zuständig.

Link: <https://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/versorgung/notfallmedizin/influenza-pandemie/>

Risikokommunikation

Nach dem Ausbruch der Atemwegserkrankung COVID-19 durch eine Infektion mit dem neuartigen Coronavirus (SARS-CoV-2) – ausgehend von China – und der daraus resultierenden Pandemie breitet sich das Virus in Deutschland, Europa und der Welt aus.

Wir realisieren, dass neben dem eigentlichen Infektionsgeschehen auch

einschneidende gesellschaftliche Prozesse ablaufen. Es geht nicht nur um tatsächlich Erkrankte, um Besorgte, um massive Einschränkungen des Alltags, von Reise und Verkehr, sondern auch um Unterbrechungen im Arbeitsleben, Existenzängste, um bedrohte Unternehmen einschließlich der internationalen Finanzmärkte. Wir Pädiater kennen die Auswirkungen der sozialen Benachteiligung, befürchten vermehrte Gewalt in Familien und damit weitere Bedrohungen für Kinder und Jugendliche.

Um eine angemessene Risikokommunikation zu erreichen, ist regelmäßig darüber zu informieren, wie und warum bestimmte Entscheidungen anstehen, wie sie getroffen und umgesetzt werden müssen. Warum die Verlangsamung der Pandemie von so entscheidender Bedeutung ist. Materialien zur Risikokommunikation bietet unter anderem der „Leitfaden Krisenkommunikation“ des BMI (2014) oder das von der EU finanzierte HealthC-Projekt.

Link: https://www.bmi.bund.de/SharedDocs/downloads/DE/publikationen/themen/bevoelkerungsschutz/leitfaden-krisenkommunikation.pdf?__blob=publicationFile&v=4.

Alle Kolleginnen und Kollegen aus den Praxen, den Kliniken, dem ÖGD und auch im Ruhestand können an einem Miteinander und einer angemessenen Risikokommunikation bei diesem ausgeprägten Infektionsgeschehen mitwirken. Die fehlende Beachtung der Ergebnisse der Risikoanalysen aus 2012 und den Folgejahren zeigt eine große Verantwortungslosigkeit. Wenn die Eindämmung gelungen ist, muss eine auf die Zukunft ausgerichtete, schonungslose Evaluation unzureichender Voraussetzungen und unzähliger Probleme einschließlich der Folgen auch für das Gesundheitssystem erfolgen. Die entsprechenden Konsequenzen sind zu ziehen. Der BVKJ wird hierbei die Pädiatrie in allen Bereichen energisch vertreten.

Korrespondenzanschrift:

Dr. Gabriele Trost-Brinkhues
52072 Aachen
E-Mail: Dr.G.Trost-Brinkhues@t-online.de

Red.: WH

Bericht aus dem Hauptstadtbüro

...besser gesagt, aus dem Homeoffice. Nicht allen – und schon gar nicht den im Gesundheitswesen Tätigen – ist nun in der Corona-Pandemie der sichere Schutz des eigenen Büros geboten. Ihnen allen gegenüber, die Sie die Patientinnen und Patienten unter teils widrigen Bedingungen versorgen, möchten wir Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des BVKJ große Hochachtung für Ihre wichtige Arbeit äußern. Wir tun indessen unser Mögliches, um Sie informiert und den Betrieb am Laufen zu halten.

Insbesondere unser Veranstaltungsbereich steht vor großen Herausforderungen. Hierbei geht es gerade darum neue digitale Angebote für die Fortbildung für Sie zu entwickeln. Dabei haben wir alle gemeinsam die Möglichkeit neue Wege zu gehen. Insbesondere der Vorstand ist hier ein gutes Beispiel mit seinen aktuellen Videokonferenzen, die sehr gut klappen.



Kathrin Jackel-Neusser

Wichtig für Sie zu wissen ist, dass die Kölner Geschäftsstelle des BVKJ auf der Internetseite www.bvkj.de Informationen zum Coronavirus zusammengestellt hat, die stets aktualisiert werden:

- Informationen für Ärzte und Praxispersonal
- Rechtliche FAQs für Kinder- und Jugendarztpraxen (s. auch Beitrag in diesem Heft)
- Infos für Eltern und Tipps für Kids in Corona-Zeiten (<https://www.bvkj.de/eltern/>) ... und vieles mehr, Schauen Sie und Ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter doch mal rein!

Alles, was man heute (6. April 2020) zum Thema Corona-Pandemie äußern würde, wäre wahrscheinlich zum Zeitpunkt der Lektüre längst wieder veraltet.

Gesetzesinitiativen

Fest steht, dass auch der Bund und die Länder zwar – qua Gesetzgebung – ver-

suchen, sich schnell auf die dramatischen und im Wandel befindlichen Bedingungen einzustellen. Nicht vergessen sollte man, dass auch die Politikerinnen und Politiker weiterarbeiten und nicht selten ebenfalls einem hohen Infektionsrisiko ausgesetzt sind, beispielsweise in den Ausschusssitzungen und in den Landtagen.

Zu den aktuell verabschiedeten Gesetzen rund um die Corona-Pandemie macht es hier nicht Sinn (verzögert) zu berichten. Wir bitten Sie vor allem, die Internetseite des Bundesgesundheitsministeriums zu beachten (weil immer ganz aktuell), und zwar unter www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen.html.

Außerdem bitten wir Sie, den neu etablierten und immer ganz aktuellen Ordner „COVID-19“ in **PädInform** zu beachten, wo Sie hier immer den aktuellsten Stand nachlesen können. Hier bedanken wir uns bei Ihnen für das laufende Einstellen neuer Informationen. Selbstverständlich aber auch auf unserem Twitter-Auftritt.

Wir haben außerdem in letzter Zeit einige Gesetzentwürfe kommentiert und es wurden auch weitere Stellungnahmen veröffentlicht, die Sie wie gewohnt auf unserer Internetseite (unter BVKJ/Presse/Stellungnahmen) sowie im Ordner „Politische Informationen“ in **PädInform** finden können.

Neue Stellungnahmen zum Thema COVID-19 sind

- **28.03.2020: Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie (DGPI) im Einvernehmen mit dem BVKJ: SARS-CoV-2 und COVID-19 (Erkrankung an SARS-**

CoV-2) in der ambulanten Kinder- und Jugendmedizin

- **21.03.2020: Empfehlung zum Management von Patienten mit Verdacht auf die COVID-19-Erkrankung durch SARS-CoV-2**
- **28.04.2020: Stellungnahme zur Maskenpflicht bei Kindern**
<https://bit.ly/3cPE1FU>

Aber auch andere Themen wurden behandelt:

- **05.03.2020: Fachstellungnahme im Namen der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ) e.V. zum Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Änderung des Tabakerzeugnisgesetzes vom 28.02.2020**

Hier gilt unser großer Dank unserem Suchtbeauftragten Dr. Matthias Brockstedt (BVKJ), der dankenswerterweise unter großem Zeitdruck diese Stellungnahme verfasst hat!

Kabinett beschließt Patientendaten-Schutz-Gesetz (PDSG)

Das Ziel des Entwurfs eines „Patientendaten-Schutz-Gesetzes“, das nun vom Kabinett beschlossen wurde und nun zur Beratung in den Bundestag kommt, ist es, „digitale Lösungen schnell zum Patienten zu bringen und dabei sensible Gesundheitsdaten bestmöglich schützen“.

Hieraus einige relevante geplante Details, die dem Bundestag nun zum Beschluss vorliegen:

- Mit einer neuen, sicheren App sollen Versicherte E-Rezepte in einer Apotheke ihrer Wahl einlösen können.

- **Facharzt-Überweisungen** sollen sich zukünftig digital übermitteln lassen. Die Vertragspartner der Bundesmantelverträge werden beauftragt, die erforderlichen Regelungen zu treffen, damit Überweisungsscheine zukünftig in elektronischer Form übermittelt werden können.
- **Grünes Rezept:** Die Selbstverwaltung wird beauftragt, einen elektronischen Vordruck für die Empfehlung apothekenpflichtiger, nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel zu vereinbaren.
- Patienten bekommen ein Recht darauf, dass der Arzt ihre **elektronische Patientenakte (ePA)** befüllt. Darin lassen sich ab 2022 auch der Impfausweis, der Mutterpass, das gelbe U-Heft für Kinder und das Zahn-Bonusheft speichern.
- Um Menschen ohne Smartphone zu ermöglichen, ihre Akten zu führen, sollen die **Krankenkassen verpflichtet werden, in ihren Geschäftsstellen Terminals für den Zugang zu den elektronischen Patientenakten** aufzustellen. Auf freiwilliger Basis sollen das auch Arztpraxen, Krankenhäuser und Apotheken tun dürfen.
- Die Regierung geht davon aus, dass im ersten Jahr rund 20 Prozent der rund 72 Millionen gesetzlich Versicherten die elektronische Patientenakte tatsächlich nutzen werden, die Quote dann aber auf mehr als 50 Prozent steigen wird. Nach fünf Jahren Laufzeit sollen in einer Evaluation sowohl die Zahl der Nutzer als auch der möglicherweise erreichte Mehrwert abgefragt werden.
- **Jeder – ob Ärzte, Krankenhäuser oder Apotheken – ist für den Schutz der von ihm in der Telematikinfrastruktur verarbeiteten Patientendaten verantwortlich.** Die Details dazu werden mit dem Gesetzentwurf lückenlos geregelt.
- Betreiber von Diensten und Komponenten innerhalb der Telematikinfrastruktur müssen Störungen und Sicherheitsmängel unverzüglich an die Gematik melden. Tun sie das nicht ordnungsgemäß, droht ihnen ein Bußgeld von bis zu 300.000 €.

Daten der Patienten

In einer **ersten Umsetzungsstufe** werden die zugriffsberechtigten Leistungserbringer alle Daten des Patienten einsehen

können, es sei denn er löscht sie. Ab Januar 2022 sollen die Akten ein „feingranulares Berechtigungsmanagement“ ermöglichen. Das bedeutet, dass der Versicherte dann die in der Akte enthaltenen Dokumente jeweils für einzelne Ärzte und weitere Leistungserbringer frei schalten kann. Die Versicherten sollen zudem die Möglichkeit erhalten, ihre Daten oder Auszüge daraus der Forschung zur Verfügung zu stellen. Wie die Ärztezeitung berichtet, herrscht bei den Ärzten hierzu Skepsis. Auch der Vorsitzende des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Professor Ferdinand Gerlach, sagte: *„Wir halten es nicht für sinnvoll, dass Versicherte Teile ihrer Akten komplett löschen können.“* Ärzte könnten dann nicht erkennen, dass in der Akte etwas gestanden habe, was unter Umständen lebenswichtige Informationen enthielt. Dies hatte auch die KBV schon so geäußert, sowie der BVKJ in der letzten Stellungnahme dazu.

Das Gesetz soll voraussichtlich im Herbst in Kraft treten. Es ist im Bundesrat nicht zustimmungspflichtig.

Wir werden das Gesetz weiter begleiten und versuchen, trotz der derzeitigen Herausforderungen auch unsere erste Stellungnahme zum PDSG zu aktualisieren. Mehr Informationen finden Sie unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/pdsg.html>.

Info aus dem GBA (2. April 2020)

Arztinformationssystem: Verfahrensordnung des G-BA angepasst – Testdatei für Softwarehersteller verfügbar

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat seine Verfahrensordnung hinsichtlich der Bereitstellung von maschinenlesbaren Daten zu seinen Ergebnissen der **frühen Nutzenbewertung von Arzneimitteln** angepasst. Mit Inkrafttreten der Verfahrensordnung – voraussichtlich Ende April/Anfang Mai 2020 – wird der G-BA jeweils innerhalb eines Monats nach einem Beschluss über den Nutzen von erstattungsfähigen Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen diesen zusätzlich als maschinenlesbare Fassung veröffentlichen.

Mittels der maschinenlesbaren Daten können die Erkenntnisse der frühen Nutzenbewertung dann strukturiert in die Ordnungssoftware der Arztpraxen implementiert werden.

Ziel des gesetzlich eingeführten **Arztinformationssystems (AIS)** ist es, dass sich Ärzte im Praxisalltag direkt bei der Verordnung eines neuen Arzneimittels schnell und einfach über den Zusatznutzen informieren können.

Neben allgemeinen Informationen zum Wirkstoff des Arzneimittels enthält die maschinenlesbare Fassung unter anderem zur schnelleren Orientierung eine zusammenfassende grafische Darstellung der klinischen Ergebnisse des jeweiligen Beschlusses für die Kategorien Mortalität, Morbidität, Lebensqualität und Nebenwirkungen sowie eine Zusammenfassung der Tragenden Gründe für den Gesamtnutzen je Patientengruppe.

Eine Testversion der zukünftigen maschinenlesbaren Fassungen steht Softwareherstellern als XML-Datei ab sofort zum kostenlosen Download unter www.g-ba.de/ais zur Verfügung.

Die Ergebnisse der frühen Nutzenbewertung stehen wie bisher auch weiterhin auf der Website des G-BA zur Verfügung. Zudem bietet die KBV eine Übersicht zum Zusatznutzen eines neuen Arzneimittels. „Die komfortablere Möglichkeit der Information über die Ordnungssoftware soll ... dazu beitragen, dass die nach einzelnen Patientengruppen differenzierte Bewertung eines neuen Arzneimittels im Vergleich zur bisherigen Standardtherapie stärker als bisher bei der Verordnung eine Rolle spielt“, so Prof. Josef Hecken, unparteiischer Vorsitzender des G-BA und Vorsitzender des Unterausschusses Arzneimittel.

Die Aufgabe, ein Arzneimittelinformationssystem zu schaffen, geht auf das Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz (GKV-AMVSG) von 2017 zurück. Weitere Einzelheiten zur Umsetzung der Vorgaben der EAMIV regeln die Vertragspartner nach § 82 SGB V, die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband. Die Zertifizierung der Praxissoftware übernimmt die KBV.

Korrespondenzanschrift:

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

Red.: WH

Der Honorarausschuss informiert

Abrechnung der Videosprechstunde in der GOÄ

Durch die aktuelle Situation im Rahmen der Corona/Covid 19 Situation erhält die Videosprechstunde einen deutlichen Aufschwung. Während die Selektivverträge und die schnell von der KBV aktualisierten Abrechnungsbedingungen für Kassenpatienten den Praxen eine schnelle Anpassung der Abrechnung vorgaben, ist dies im Rahmen der GOÄ nur in Form eigener Auslegungen möglich.



Dr. Marcus Heidemann

Grundsätzlich ist es so, dass in der GOÄ allein schon aufgrund des Alters der Gebührenordnung keinerlei Regelungen für die Durchführung einer Videosprechstunde zu finden sind. Alle Abrechnungsregelungen müssen daher aufgrund der vorhandenen Regelungen zu Leistungen erfolgen, die sowohl herkömmlich wie auch im Rahmen einer Videosprechstunde durchgeführt werden können.

Gesprächsleistungen

Insofern sind sämtliche Gesprächsziffern sowohl in Form einer klassischen Sprechstundensituation als auch in Form einer Videosprechstunde grundsätzlich abrechenbar. Hierzu gehören sowohl die klassischen Beratungsziffern 1, 3, 4 wie auch die selteneren Ziffern 15, 34 oder die Ziffern der Neurologie/Psychiatrie mit den entsprechenden Beratungsleistungen.

Grundsätzlich gilt ebenfalls, dass die klassischen Regelungen zur Steigerung der Faktoren ebenso gelten. Geht die Zeitdauer oder der Inhalt des Gesprächs über den üblichen Rahmen hinaus und führt dies nicht zur Abrechnung einer entsprechend höherwertigen Ziffer, so kann der Faktor selbstverständlich gesteigert werden.

Untersuchungsleistungen

Grundsätzlich gut vorstellbar ist die Abrechnung einfacher Untersuchungsleistungen auch über den Weg der Videosprechstunde. So kann die Ziffer 5 sicherlich vom Umfang her in vielen Konstellationen sinnvoll erbracht werden, wenn der Patient entsprechend über Video betrachtet und ggf. auch gehört werden kann. Um den Unterschied zur klassischen Untersuchung deutlich zu machen, würden wir die Abrechnung der Ziffer analog vorschlagen: **A5: Einfache, orientierende Befunderhebung im Rahmen der Videosprechstunde.**

Abrechnung der Ziffer 6 und 7 der GOÄ erscheinen im Rahmen der Videosprechstunde primär nicht möglich, da es sich um die vollständige Untersuchung eines jeweiligen Organsystems handelt. Da aber immer Teile der Befunderhebung fehlen werden (Auskultation, Palpation, Untersuchung der Ohren etc.) ist die klassische Leistung eher nicht berechnungsfähig. Grundsätzlich ließe sich aber auch hier eine Analogziffer denken, die im Aufwand vergleichbar ist, jedoch die Vollständigkeit des Organsystems nicht beinhalten würde. Allerdings müsste dann eine deutliche Abgrenzung zur 5/A5 deutlich werden.

Ziffer 8 als A8 wäre hingegen formal wieder besser denkbar, weil hier zwar der ganze Mensch untersucht und erfasst wird, das einzelne Organsystem aber eben nicht in der jeweiligen Vollständigkeit untersucht werden muss. Dennoch muss hier sicherlich eine sehr umfangreiche Befunderhebung erfolgen, um die Inhalte der Ziffer 8 und somit die berechnete Abrechnung darstellen zu können.

Spezielle Untersuchungsleistungen sind im Rahmen der Videosprechstunde im Einzelfall ebenfalls denkbar. So ist die **Überprüfung der Sprache (GOÄ 1555)** sicher möglich, ebenso die **Auswertung elektronisch übermittelter Fragebögen (GOÄ 857)**. In bestimmten Situationen kann eine basale Entwicklungsdiagnostik im Sinne der GOÄ 716/717 möglich und angebracht sein. Hier ist aber jeder Arzt selbst verpflichtet, den sinnvollen und den Leistungszweck erfüllenden Einsatz abzuwägen.

GOÄ-Zuschläge

Natürlich lassen sich die **Zuschläge A-D sowie K1** bei entsprechenden Voraussetzungen ebenfalls abrechnen. Hier gelten die gleichen Vorgaben wie in der klassischen Sprechstunde. Erfolgt der Zeitzuschlag aufgrund der Anfrage des Patienten dringend oder zur Unzeit, so ist der Zuschlag berechnungsfähig; nicht hingegen, wenn der Arzt den Patienten erst zu einer späten Stunde z.B. nach Beendigung der Sprechstunde zurückruft.

Zuschlag Videosprechstunde

Der erhöhte Aufwand der Videosprechstunde lässt sich in der GOÄ eben-

falls nicht primär abbilden. Grundsätzlich gibt es 2 Optionen den technischen Aufwand darzustellen.

- **Steigerung der Abrechnungsfaktoren** der jeweiligen Leistungen mit der Begründung „erhöhter technischer Aufwand aufgrund Durchführung einer Videokonferenz“.

Der Nachteil dieser Steigerung ist, dass sich über den Faktor dann andere Erhöhungstatbestände, wie Komplexität des Falles, Zeitdauer etc. nicht mehr oder nicht mehr so deutlich abbilden lassen.

- **Einführung eines speziellen Zuschlags** Videosprechstunde analog der Ziffer 5298. Die Ziffer 5298 stellt einen Zuschlag zu radiologischen Leistungen dar, der abgerechnet werden kann, wenn statt konventionellen Röntgenbildern digitale Techniken zum Einsatz kommen. Insofern wäre ein Zuschlag **A5298 „Erbringung der Grundleistung als Videosprechstunde“** entsprechend begründbar. Dieser könnte dann zu jeder einzelnen erbrachten Leistungsziffer (nicht Zuschläge) hinzugegestellt werden und würde einen Zuschlag in Höhe von 25 % des jeweiligen Einzelsatzes der Leistung erbringen.

Diese 2. Option wird vom Honoraranschuss als die elegantere angesehen, da sie zum einen den Videozuschlag als eigene Leistung und nicht nur als erschwerenden Faktor betont. Weiterhin kann bei dieser Abrechnung die eigentliche Leistung aus weiteren Gründen immer noch gesteigert werden (z.B. aufgrund der Dauer, Komplexität des Falles, Beratung zu mehreren Diagnosen/Fragestellungen). Nachteilig ist, dass in vielen Praxisprogrammen die Anlage einer Analogziffer mit den Eigenschaften der 5298 etwas komplizierter ist als die Anlage einer normalen Analogziffer. Ziffer 5298 beinhaltet komplexe Regeln im Hintergrund, um die Berechnung des Zuschlags auf die jeweilige Ziffer durchzuführen. Wenn technikaffine Kolleginnen und Kollegen dies in Ihren Programmen auf die A5298 angepasst haben freuen sich sicher weitere Kollegen über entsprechende Anleitungen in **PädInform**.

Fazit

Die Abrechnung in der GOÄ bietet im Rahmen der Analogabrechnung sowie der entsprechenden Auslegung der Abrechnungsbestimmungen ausreichende

Möglichkeiten die Videosprechstunde angemessen abzurechnen. Darüber hinaus sind die Vorschriften in Form spezieller Zertifizierungen und Vorgaben deutlich weniger ausgeprägt als im Bereich des EBM. Die Einhaltung grundsätzlicher datenschutzrechtlicher Vorgaben berechtigt zur Anwendung und zur Abrechnung im Rahmen privater Behandlungsverträge. Neben den hier geschilderten direkten Anwendungen der Videosprechstunde gibt es noch spezielle Nutzungsmöglichkeiten in Verbindung mit den erweiterten Funktionen von Pädexpert und Pädassist. Hier erfolgt neben der Abrechnung der Beratungsleistung noch die ergänzende Abrechnung der speziellen Funktionen und der Auswertung der Patiententagebücher. Die Abrechnung erfolgt in diesen Fällen vollständig gemäß der entsprechenden Vorgaben im Rahmen des Pädexpert-Programms.

Korrespondenzanschrift:

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

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 „generische Maskulinum“: Kinder- und Jugendarzt.

ISSN 1436-9559

Herausgeber: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V.
Geschäftsstelle des BVKJ e.V.: Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Geschäftsführer: Dr. P.H. Andreas Plate, Tel.: (0221)68909-34, andreas.plate@uminfo.de.

Verantw. Redakteure für „Fortbildung“: Prof. Dr. Hans-Iko Huppertz, Prof.-Hess-Kinderklinik, St.-Jürgen-Str. 1, 28177 Bremen, Tel.: (0421) 497-5411, E-Mail: hans-iko.huppertz@klinikum-bremen-mitte.de (Federführend); Prof. Dr. Florian Heinen, Dr. v. Haunersches Kinderspital, Lindwurmstr. 4, 80337 München, Tel.: (089) 5160-7850, E-Mail: florian.heinen@med.uni-muenchen.de; Prof. Dr. Peter H. Höger, Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift, 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 „Berufsfragen“: Christa Becker, Brabanter Str. 7, 50674 Köln, Tel.: (0221) 514534, E-Mail: becker@kon-texte.de; Dr. Wolfram Hartmann, Im Wenigen Bruch 5, 57223 Kreuztal, Tel.: (02732) 81414, E-Mail: dr.wolfram.hartmann@uminfo.de

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

Druckauflage 12.367
lt. IVW I 2020

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen

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

Verlag: Hansisches Verlagskontor GmbH, Mengstr. 16, 23552

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

Anzeigenpreisliste: Nr. 53 vom 1. Oktober 2019

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

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

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

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

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

Der Honorarausschuss informiert

Änderungen der Abrechnung im EBM zu Zeiten Sars-Cov-2

In den letzten Wochen ist es zu zahlreichen vorübergehenden Änderungen der vertragsärztlichen Arbeit in Zusammenhang mit der Corona-Krise gekommen. Die Fakten ändern sich schnell und dies kann nur eine Momentaufnahme sein. Hier wird der Stand vom 7.4.2020 wiedergegeben.



Dr. Reinhard Bartzky

IVD-10-Kodierung

Anfang März gab es von der KBV die Kodierempfehlung U07.1! später dann wurde der Ausrufezeichencode aufgehoben. Mit dem Ausrufezeichencode wird geregelt, dass ein Code eine ergänzende Information enthält und mit mindestens einem weiteren Code kombiniert werden muss.

Mit Schreiben vom 2.4.20 hat die KBV auf das Ausrufezeichen verzichtet. Es darf (ab Quartal 2/20) aber nur noch eine gesicherte Diagnose angegeben werden: Zusatzcode G.

ICD-10: U07.1G–Virus labormässig nachgewiesen

ICD-10: U07.2G– klinische Diagnose nach RKI-Kriterien

praktische Beispiele:

- **krank und Labor-positiv:**
U07.1G
J06.9G (zB ARE)
- **krank, kein Test, aber klinische Diagnose sicher nach RKI**
U07.2G
J12.8G (zB virale Pneumonie)
- **krank, keine Test und auch kein epidemiologischer Zusammenhang**
J06.9G (zB ARE)

Corona-Leistungen sind extrabudgetär

Alle ärztlichen Leistungen, die aufgrund des klinischen **Verdachts** auf eine Infektion oder einer nachgewiesenen Infektion mit dem Coronavirus erforderlich sind, werden seit 1. Februar 2020 in voller Höhe **extrabudgetär** bezahlt.

GOP 88240 an allen Tagen ansetzen, an denen ein **Verdacht** oder eine **Erkrankung** behandelt wurde!

Bis zum 01.04. galt die Markierung des gesamten Falls. **Ab dem 1.4. bezieht sich das Kodieren der 88240 und damit das extrabudgetäre Vergütung auf alle Leistungen an diesen kodierten Tagen und auf die in dem Quartal angesetzte Versichertenpauschale.**

Die **GOP 88240** ist eine neue Leistung und wird folglich nicht bereinigt; als extrabudgetäre Leistung wird somit aber auch kein RLV-Fall für das Folgejahr ausgelöst. Hier sind regionale KV-Lösungen wichtig: Viele KVen haben bereits erklärt,

in der Honorarverteilung nicht auf die Coronaquartale sondern die Vorjahresquartale aufzusetzen.

Labornachweise

Die neue **GOP 32816** ist die Abrechnung der SARS-Cov-2-PCR und gilt nur für Laborärzte. Aber: Sachkosten (also Abstrichträger und die Transportkosten) sind in dieser Position inkludiert!

Bitte bei Veranlassung der eher hochpreisigen PCR die Laborbefreiungskennziffer **GOP 32006** nicht vergessen.

Eine Gebührenposition für einen in Kürze zur Verfügung stehenden SARS-Cov-2-Schnelltest (wie StrepA) gibt es momentan noch nicht, ist aber eingefordert.

Telefonkontakte

Die **GOP 01435 (aktuell: 88 Punkte/9,67 €)** gab es schon immer für die telefonische Beratung. Bis zum vollendeten 12. LJ 2x/Quartal möglich. Wenn eine Versichertenpauschale zum Ansatz kommt, dann wird die GOP 01435 gestrichen. Die GOP 01435 ist, da ja Leistungen der Versichertenpauschale nicht erbracht werden, mit wenig Honorar hinterlegt, löst aber im Folgejahr einen RLV-Fall aus.

NEU:

Als **Zusatz** zur GOP 01435 gibt es **GOP 01434 für 5 min telefonisches Gespräch (65 Punkte/ 7,14 €)**.

BERUFSFRAGEN

Diese Regelung ist vorerst befristet vom 01.04.2020 bis zum 30.06.2020.

Die **GOP 01434** ist nur berechnungsfähig, wenn in einem der sechs Quartale, die der Berechnung unmittelbar vorausgehen, ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt in derselben Arztpraxis stattgefunden hat. **Diese neue Position ist für Kinder- und Jugendärzte mehrfach am Tage, höchstens 6-mal im Quartal, berechnungsfähig.** Diese Ziffer wird auf das Punktzahlvolumen der GOP 04230 angerechnet. Insofern handelt es sich bei dieser Regelung nicht um ein wahres Geschenk: Da die GOP 04230 nun einmal formal nicht am Telefon erbracht werden darf, ist mit der GOP 01434 eine Ausweichmöglichkeit zu Zeiten von Corona geschaffen worden.

Gemäß Nachverhandlungen ist nun die 01434 auch dann ansetzbar, wenn der Patient bereits in der Praxis war und die Versichertenpauschale angesetzt wurde.

Deutlicher: Die 01434 kann nicht am selben Tag, aber auf demselben Schein mit der 04000 stehen.

Das Einlesen der eGK ist bei ausschließlich telefonischer Leistungserbringung nicht erforderlich.

Die GOP 01434 darf stehen bleiben, wenn später noch die Versichertenpauschale (GOP 04000) zum Ansatz gebracht wird. Beide Ziffern am selben Tag gehen aber nicht. GOP 01434 geht pro Arzt, es bleibt aber das GOP 04230-Budget zu berücksichtigen.

Videosprechstunde

Bei der Videosprechstunde kann die **Versichertenpauschale** zum Ansatz kommen. **Die GOP 88220 indiziert, dass es sich NUR um einen Videokontakt** im betreffenden Quartal gehandelt hat und

bewirkt einen 20% Abzug der Versichertenpauschale; dies wird damit begründet, dass im Falle einer alleinigen Videokonsultation nicht alle Leistungen der VP erbracht werden.

Die **GOP 01450** (40 Punkte/4,39 €) ist die eigentliche Ziffer für die Betreuung durch Video – sie ist normalerweise begrenzt auf 1899 Punkte pro Quartal. **KBV und Krankenkassen haben die geltenden Beschränkungen für den Einsatz der Videosprechstunde für das zweite Quartal 2020 aufgehoben. Damit sind Fallzahl und Leistungsmenge nicht limitiert.**

Die Videosprechstunde ist bei allen Indikationen möglich und auch dann, wenn der Patient zuvor noch nicht bei dem Arzt in Behandlung war.

Die **GOP 01444** – „Zuschlag durch das Praxispersonal“ kann für die Kontaktaufnahme und die Überprüfung der Stammdaten angesetzt werden. Weil die Videosprechstunde bislang nicht lief, hatten die Vertragsparteien unlängst noch die **GOP 01451 (aktuell 10,11Euro) als befristete Anschubförderung** verhandelt (siehe Tab.).

AU

Vertragsärzte dürfen Patienten bis zu **14 Tage per Telefon krankschreiben**. Voraussetzung ist, dass es sich um eine leichte Erkrankung der oberen Atemwege handelt. Dies gilt auch für Kinder-AU.

- **War der Patient schon in der Praxis** oder hatte er schon eine Videositzung, dann ist die Versichertenpauschale bereits abgerechnet: **dann GOP 40122 für das Porto.**
- **War der Patient noch nicht in der Praxis: GOP 01435 UND GOP 40122 für das Porto.**
- **GOP 40122** (Portoziffer) vorübergehend 0,90 Euro (bis 30.06.2020).

Folgerezepte

GOP 40122 – Portokosten werden ab sofort erstattet.

Diese Regelung gilt für folgende Folgerezepte: Arzneimittelrezepte, Krankenförderung, Überweisungen, Häusliche Krankenpflege und Heilmittel.

Handling eGK

Es sind 3 Konstellationen zu unterscheiden:

1. Der Patient war mit seiner eGK in dem Quartal in der Praxis: Die Versichertendaten liegen bereits vor.
2. Der Patient ist der Praxis bekannt, war in dem Quartal aber nicht da: Die Praxis übernimmt die Versichertendaten aus der Patientenakte.
3. Der Patient war noch nie in der Praxis. Das Praxispersonal erfragt am Telefon die Versichertendaten: Name, Wohnort, Geburtsdatum, Krankenkasse und Versichertenart (z.B. Familie)

Heilmittel

- Heilmitteltherapien können länger unterbrochen werden.
- Maximalfrist zwischen Verordnungsdatum und Therapiebeginn aufgehoben.
- Verordnung gilt weiter, auch wenn über 14 Tage Unterbrechung.
- Heilmittel vorübergehend auch per Video möglich.
- Korrekturen vorübergehend ohne Arztunterschrift möglich.
- Diese Änderungen gelten vorläufig bis zum 31.05.2020.

Kinder-Vorsorgeuntersuchungen (U's)

ENTFRISTUNG DER KINDERVORSORGEN: Die Untersuchungszeiträume und die Toleranzzeiten sind bei folgenden Kinder-Vorsorgeuntersuchungen aufgehoben: **U6, U7, U7a, U8, U9.**

Dies gilt vorerst bis 30.09.2020.

88240	indiziert „NUR VIDEOSPRECHSTUNDE“	20% Abzug zur VP	-
01442	Video... mit Pflegekraft	86 Punkte	9,45 €
01444	Zuschlag Video durch Praxispersonal	10 Punkte	1,10 €
01450	Betreuung Videosprechstunde (Arzt)	40 Punkte	4,39 €
01451	Anschubförderung je Kontakt	92 Punkte	10,11 €

Korrespondenzanschrift:

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

Red.: WH

Pädiatrie in Zeiten von SARS-CoV-2



Hans-Iko Huppertz

Liebe Kolleginnen und Kollegen, liebe Freunde, wir leben aktuell in aufregenden Zeiten, für den Menschen in uns schrecklich, für den Infektiologen spannend, für den Pädiater fast langweilig. Es ist ja gut, dass unsere Kinder nur wenig vom neuen Coronavirus SARS-CoV-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome-Coronavirus-2) betroffen sind und selten die zugehörige Erkrankung COVID-19 (Coronavirus disease 2019) entwickeln, obwohl sie sich offensichtlich genauso leicht anstecken. Deshalb ist verständlich, dass sich unsere Gesellschaft so sehr vor der Ansteckung durch ihre Kinder fürchtet, dass sie Kindergärten und Schulen sowie zusätzlich Spielplätze, Schwimmbäder und Sportstätten geschlossen hat. Natürlich möchte ich keinesfalls die dahinter stehende epidemiologische Logik anzweifeln; es ist höchst sinnvoll die Pandemie zu verzögern, in der Hoffnung, dass wir bald wirksame pharmakologische Therapien zur Verfügung haben, und die Amplitude der Erkrankungszahlen so zu vermindern, dass das Gesundheitssystem sie verkraften kann. Wir sollten aber immer darauf hinweisen, dass Kinder und Jugendliche dadurch ein großes Opfer im Generationenvertrag bringen, denn ihr Recht auf altersgemäße Entwicklung, Betreuung, Spiel und Bildung wird erheblich beschnitten und besonders schlimm sind

Kinder mit Einschränkungen betroffen. Nicht zuletzt können Kinder durch die ungewohnte Einpferchung in beengten Wohnverhältnissen zusammen mit Erwachsenen Opfer zusätzlicher häuslicher Gewalt werden. Entsprechend sollte die Notbetreuung in Kindergärten und Schulen für Kinder von Eltern mit systemrelevanter Tätigkeit auch für Kinder mit besonderen Bedarfen und zur Sicherung des Kindeswohls eingesetzt werden, wie dies z.T. in Nordrhein-Westfalen eingeführt wird.

Bedeutung der Kinder für die Epidemiologie?

Die Sorgen der Verantwortlichen vor dem epidemiologischen Einfluss der Kinder sind verständlich: Der sogenannte Basisreproduktionskoeffizient R_0 beschreibt die Zahl der Ansteckungen durch einen Infizierten. R_0 von SARS-CoV-19 liegt nach verschiedenen Schätzungen bei etwa 2 bis 3. Wenn der infizierte Indexfall aber keine Krankheitserscheinungen hat und obendrein besonders liebenswert ist, kann diese Zahl wesentlich höher liegen, so dass Kinder an der Verbreitung beteiligt sein könnten. Natürlich trägt auch das altersgemäße kindliche Verhalten mit Entdeckerdrang und der aktiven Hinterfragung von Autoritäten dazu bei. Bisher ist aber unklar, welche Rolle Kinder in der Epidemiologie der Erkrankung spielen. Sie haben vermutlich nicht die Bedeutung als Amplifikator wie bei der Influenza. Vielleicht unterschätzt die Gesellschaft aber auch die Fähigkeit von Kindern und Jugendlichen Verantwortung zu übernehmen. So hat mir ein 4-jähriger genau erklärt, wie man sich zum Schutz vor dem Virus richtig mit Seife die Hände wäscht, einschließlich der besonderen Behandlung der Daumen. Dass Seife für 20 Sekunden das Virus inaktiviert, liegt daran, dass das Virus umhüllt ist von einer lipidhaltigen Membran, die durch Tenside aufgelöst wird. Daher sind auch alkoholische Desinfektionsmittel sehr gut geeignet, ganz anders als z.B. bei den

unbehüllten Noroviren. Die primitiven SARS-CoV-2 replizieren ihre einzelsträngige RNA rasch und mit einer hohen Fehlerquote und besitzen kein Reparatursystem, weshalb sie eine hohe Mutationsrate aufweisen, so dass sie leichter die Speziesgrenze überspringen können, wie im Fall von SARS-CoV-2 vermutlich von der Fledermaus und vielleicht dem Schuppentier Pangolin zum Menschen.

Neben den Händen ist die aerogene Übertragung wesentlich, mit Tröpfchen (Durchmesser $\geq 100 \mu\text{m}$) und evtl. das Aerosol (Spray, Tröpfchenkerne, $< 10 \mu\text{m}$) aus unseren Atemwegen, besonders bei Niesen und Husten. Deshalb wird empfohlen von anderen Menschen einen Sicherheitsabstand von 1,5 m einzuhalten. Trotz aller Beschleunigung beim Austritt aus den Atemwegen neigt sich die Flugbahn der großen virushaltigen Geschosse der Schwerkraft folgend zum Boden und erreicht bei dieser Entfernung nicht unsere respiratorischen Schleimhäute. Wenn wir in Praxis oder Klinik einem Kollegen in Zimmer, Gang oder Flur begegnen, kann es schwierig sein diesen Abstand einzuhalten. Deshalb ist 1 m Abstand besser als gar keiner. Damit wird auf jeden Fall die Infektionsdosis gesenkt.

Untersuchung eines Kindes aus der Ferne?

Wie sollen wir aber ein Kind aus diesem Abstand untersuchen? Deshalb sind eine Schutzausrüstung aus Atemmaske, breiter Brille, Mantel und Handschuhen sowie Händedesinfektion wirksam bei der Verhinderung der Ansteckung. Keineswegs sind Kinder über unsere Verkleidung immer erschreckt, sondern danken uns unsere Possen altersgemäß: darf ich auch so „ne Maske haben? Noch vor 3 Monaten wären wir dem Wunsch sehr gerne nachgekommen und hätten den Cent-Artikel für die Verkleidung unserer Patienten gespendet, aber jetzt? Um eine Maske zu verschenken und um sich selbst zu schützen, muss solche Ausrüstung vorhanden sein, aber es gibt leider

immer noch Lieferschwierigkeiten. Das ist möglicherweise das schlimmste Versäumnis, dass wir unsere Ärzte, Pflegenden und MFAs schutzlos zur Arbeit am infizierten Patienten schicken, schicken müssen, weil das Material fehlt. Die Ansteckung des medizinischen Personals ist besonders beunruhigend, in Italien sind >120 Mitarbeiter an COVID-19 gestorben, ebenso wie der chinesische Entdecker der Erkrankung in Wuhan, der 34-jährige Dr. Li Wenliang.

Auswirkungen auf die ambulante Pädiatrie

Obwohl die Kinder selten an COVID-19 erkranken und wenn doch, dann fast nie schwer, betrifft die Pandemie die Kinder- und Jugendmedizin erheblich, die ambulante und die stationäre Pädiatrie. Die Kollegen berichten, dass sie viel weniger Patienten hätten, weil die Empfehlung zu Hause zu bleiben befolgt wird und zudem die Eltern Angst haben, sich im Wartezimmer der kinderärztlichen Praxis anzustecken. Das beinhaltet die Gefahr, dass wesentliche Erkrankungen zu spät zur kinderärztlichen Aufmerksamkeit gebracht werden. Zudem werden Impfungen und Früherkennungsuntersuchungen möglicherweise nicht zeitgerecht durchgeführt. Niedergelassene Kollegen berichten mir, dass sie vermehrt telefonische Beratungen durchführen und Videosprechstunden einführen und wie sie zudem mit logistischen Maßnahmen eine räumliche und zeitliche Trennung erkrankter und gesunder Patienten in ihren Praxen erreichen: vormittags kranke Kinder, nachmittags Impfungen und U-Untersuchungen; getrennte Eingänge; unterschiedliche Teams (günstig bei Quarantäne oder Isolation); nur ein Kind pro Wartezimmer; Einbestellung per Handy des in der Nähe der Praxis (kurz) wartenden Kindes; Vorstellung des Kindes mit nur einer Begleitperson und ohne (gesunde) Geschwister; sowie viele weitere gute Maßnahmen. Das Improvisationstalent bringt die auf die jeweilige Praxiskonstellatation abgestimmte optimale Lösung, damit der niedergelassene Kinderarzt weiterhin der wichtigste Ansprechpartner für Eltern und Kinder und Garant der Prävention bleibt. Nun wird diskutiert, ob man nicht die Prävention vorübergehend aussetzen sollte, um Ansteckungen in der Praxis und auf dem Weg dorthin zu ver-

meiden. Wir sind uns einig, dass Ansteckungen dadurch nicht passieren dürfen. Aber zwei Komponenten der Prävention sollten wir Kinderärzte fortführen:

Es wäre aber für die Kinder sehr nachteilig Impfungen jetzt auszusetzen. Wir müssten dann mit Ausbrüchen von Masern oder Keuchhusten rechnen, Komplikationen, die wir unseren Kindern nicht zumuten sollten. Es wäre fatal, wenn dann eine Generation heranwüchse, die unvollständig geimpft ist. Entsprechend empfehlen das Robert Koch-Institut und die Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin unter den aktuellen Bedingungen, die Impfungen der ersten beiden Lebensjahre wie die 6-fach Impfungen, die Pneumokokken-Impfungen und die Masern-Mumps-Röteln-Windpocken-Impfung zeitgerecht, also zum frühest möglichen Zeitpunkt durchzuführen (<https://bit.ly/3aFIGZD>). Wenn das Kind dann zu einer solchen Impfung in der Praxis ist, können weitere Impfungen zeitgerecht wie gegen Rotavirus oder Meningokokken C mitgemacht werden.

Prävention fortführen!

Ebenso können alle empfohlenen Impfungen gegeben werden, wenn als krank vorgestellte Kinder fieberfrei sind. Die einzige Ausnahme von den bisherigen Regeln lautet, dass bei konkretem Verdacht auf Infektion oder Kontakt mit SARS-CoV-2 14 Tage gewartet werden soll, um die (lange) Inkubationszeit des Virus abzuwarten. Dies ist eigentlich eine falsche Kontraindikation und immunologisch unsinnig, denn die nicht fieberhafte Infektion mit einem Coronavirus ist keine Kontraindikation zur Impfung und wird vom Immunsystem nicht anders behandelt als andere respiratorische Viren.

Ähnlich soll bei den Früherkennungsuntersuchungen verfahren werden: die U-Untersuchungen der ersten beiden Lebensjahre sollen zeitgerecht durchgeführt werden. Wie gewohnt können sie mit Impfterminen verbunden werden. Die späteren U-Untersuchungen ab 7a können leichter verschoben werden. Es ist aber zu bedenken, dass immer die Gefahr besteht, dass wesentliche und behandelbare Pathologien und Fehlerkrankungen nicht entdeckt werden, und dass diese Untersuchungen am Ende ja doch durchgeführt werden müssen: wenn die epidemiologische Situation so

gebessert ist, dass die Untersuchungen wieder leichter durchgeführt werden können, sind möglicherweise nicht genügend personelle und zeitliche Ressourcen vorhanden. Zudem wissen wir nicht, wie lange Einschränkungen fortbestehen werden. Schließlich sind Vorstellungen beim Kinderarzt auch eine Prävention gegen häusliche Langeweile und Gewalt.

Stationäre Pädiatrie bewahren!

Da viele geplante Termine und Operationen in den Kinderkliniken abgesagt werden und die Eltern ebenso Furcht haben, sich in der Klinik anzustecken, sind die Belegungszahlen niedriger als sonst. Da auch nicht zu erwarten ist, dass die stationäre pädiatrische Versorgung durch SARS-CoV-19 infizierte Patienten stark belastet werden könnte, werden die Ressourcen der Kinderkliniken prospektiv möglicherweise zum Teil für die Behandlung erwachsener Patienten mit COVID-19 umgewidmet. Auch hier gilt, dass wir die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen nicht gefährden dürfen, wenn Besuche in der Kinderklinik zurückgestellt werden. Bereiche wie Neonatologie, pädiatrische Intensivstationen, pädiatrische Onkologie, Kinderchirurgie und Notfallversorgung müssen unverändert funktionstüchtig erhalten werden. Dies gilt auch für die spezialpädiatrische Versorgung chronisch kranker Kinder mit Erkrankungen wie z.B. Mukoviszidose, Nierenversagen, Rheuma, Immundefekten oder Hämophilie. Es wäre unverzeihlich, wenn wir diese Kinder wegen eines medizinischen Problems aus dem Fokus ließen, das die Kinder weniger betrifft.

Die volle Konzentration des Gesundheitswesens auf die COVID-19 Pandemie droht die Pädiatrie an den Rand zu drängen. Wir müssen darauf achten, dass alle Einschränkungen für unsere Kinder mit der weiteren Entwicklung so schnell wie möglich gelockert und am Ende wieder aufgehoben werden. Jetzt überlassene Räume, Zeiten und Geräte müssen zurückgegeben werden. Pfade der Langzeitbetreuung, Prävention und Palliation müssen aufrecht erhalten oder so rasch wie zulässig wieder eröffnet werden. Aus der Not geborene Veränderungen zum Nachteil der Kinder müssen vorübergehend bleiben und es ist unsere kinderärztliche Aufgabe, immer wieder auf den

vorübergehenden Charakter der Maßnahmen hinzuweisen und sie zügig wieder zu beenden. Im Interesse unserer Patienten dürfen wir eine Marginalisierung der Pädiatrie nicht hinnehmen.

Nun wird in allen Medien das Lob der räumlichen Distanzierung gesungen. Das ist der menschlichen Natur zuwider, kommt vielen von uns ganz bitter an und verhindert kindgerechtes Verhalten. Kinder wollen sich mitteilen, suchen den Austausch und die körperliche Nähe. Daher beeinträchtigt die räumliche Distanzierung die Kinder- und Jugendmedizin besonders stark. Leicht kann aus der räumlichen Distanzierung eine soziale werden. Auch hier: ich möchte nicht den Sinn der Maßnahmen zur Drückung des R_0 auf ≤ 1 in Zweifel ziehen. Aber diese Maßnahmen beeinträchtigen unsere Tätigkeit als Pädiater viel stärker als die der Erwachsenenmediziner. In den Medien wird immer auf die bedauernswerte Isolation der Alten hingewiesen, zur deren Schutz die Distan-

zierung günstig ist. Zunehmend scheint die Öffentlichkeit zur Kenntnis zu nehmen, dass Kinder dadurch genauso leiden, indem sie zu Hause eingesperrt werden und viele altersgemäße Aktivitäten verboten sind. Wir Kinderärzte müssen immer wieder darauf hinweisen.

Schlussfolgerungen

Daraus leiten sich folgende Schlussfolgerungen ab:

In Interesse der Kinder ist die Schließung von Kindergärten und Schulen zu beenden, sobald dies eben vertretbar erscheint.

Der Schutz des medizinischen Personals muss oberste Priorität haben.

Ohne Eltern und Kinder der erhöhten Gefahr der Ansteckung auszusetzen soll die präventive Pädiatrie mit Impfungen und Früherkennungsuntersuchungen angepasst an die aktuelle Situation fortgeführt werden.

Die stationäre Pädiatrie soll funktionsfähig gehalten werden. Alle Einschränkungen müssen vorübergehend sein und nach Beendigung der akuten Phase der Pandemie beendet werden.

Die Öffentlichkeit soll zur Kenntnis nehmen, dass Kinder und Jugendliche durch die Maßnahmen der räumlichen Distanzierung besonders beeinträchtigt werden.

Korrespondenzanschrift:

Prof. Dr. med. Hans-Iko Huppertz
Federführender Redakteur Kinder- und Jugendarzt
Generalsekretär der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin
hihuppertz@hotmail.de

*P.S.: Für wertvolle Hinweise danke ich:
U. Heininger, Basel; J. Hübner, München;
S. Trapp, Bremen.*

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

Kinder-Vorsorgeuntersuchungen – das neue System in Deutschland im Vergleich mit den Systemen in Österreich und der Schweiz – Teil 2

Nach einem Vortrag beim 51. Pädiatrischen Fortbildungskurs Obergurgl am 1.2.2019



Dr. Burkhard Lawrenz

Im ersten Teil wurde über Untersuchungshäufigkeit und Zeiträume, Dokumentation und Struktur der Untersuchungen sowie das Screening auf kritische angeborene Herzfehler und auf angeborene Hormon- und Stoffwechselstörungen sowie Immundefekte berichtet.

Im zweiten Teil folgen nun die Vergleiche von Hör- und Sehscreening sowie der Prophylaxe von Vitamin-K-Mangelblutungen, Rachitis und Karies. Außerdem werden die gesetzlichen Rahmenbedingungen in Deutschland (D), Österreich (A) und der Schweiz (CH) diskutiert.

Hörscreening

Ein universelles Neugeborenen-Hörscreening (UNHS) findet in allen 3 Staaten statt. Es finden sich große Unterschiede, was den Zeitpunkt der Einführung des Screenings, die Untersuchungszeiträume und die Untersuchungsmethoden bei NG mit und ohne Geburtsrisiken (wie Frühgeburt oder Aufenthalt auf einer Intensivstation) sowie die Abklärungsalgorithmen angeht (Tab. 3).

Gemeinsames Ziel ist es, alle NG in der 1. Lebenswoche zu screenen, auffällige Befunde bis zum Ende des 3. Lebensmonats (LM) abzuklären und die Kinder mit Hörstörungen bis zum Ende des 6. LM einer angepassten Therapie zuzuführen. Dies gelingt leider zumindest in D nur sehr unzureichend. Nur wenn alle auffälligen Screening-Befunde bis zur endgültigen Abklärung nachverfolgt werden (sogenanntes „Tracking“), wird ein adäquates Diagnosealter erreicht⁸ (Abb. 7). Dies erfolgt in D nur in wenigen Bundesländern durch Tracking-Zentralen, die auch die auffälligen Befunde des Hormon- und Stoffwechselscreenings nachverfolgen.

In allen drei Ländern wird das Hörvermögen bei den folgenden FU immer wieder mit Fragen zur Geräuschreaktion

und zur Sprachentwicklung überprüft. In D folgt ein weiteres Screening auf spät manifestierende und erworbene Innenohrschwerhörigkeiten mittels Tonaudiometrie bei der U8 im 46.-48. LM. Dies lässt sich aber in diesem Alter aufgrund mangelnder Kooperation in fast 50% der Fälle nicht realisieren, wie eine Untersuchung von ca. 1.000 Tonaudiometrien bei U8 im BVKJ ergab⁹; somit ist die Untersuchungsmethode in diesem Alter für ein Screening ungeeignet. In A wird bei der HNO-fachärztlichen Untersuchung im siebten bis neunten LM neben den Anamnesefragen zu Hör- und Sprachentwicklung die Reaktion auf laute und leise Schallreize geprüft. Weitere Hörtests sind im FU-Programm von A nicht vorgesehen.

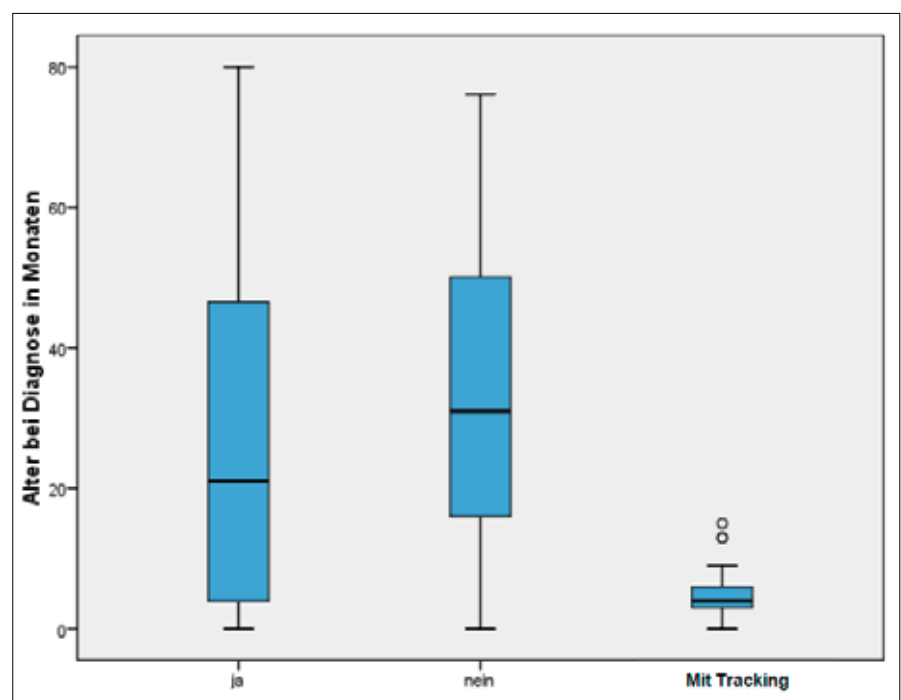


Abbildung 7: Alter bei definitiver Diagnose einer Hörstörung mit und ohne UNHS und mit Tracking in D⁸

In CH wird das Hören bei den FU im Alter von vier LM bis drei LJ mit der Hochtonrassel geprüft, ab 18 LM kann zusätzlich eine Tympanometrie erfolgen, ab drei LJ ist sie obligat. Ab vier LJ erfolgt zusätzlich eine Sprachaudiometrie, ab fünf LJ bei jeder FU eine Tonaudiometrie.

Sehscreening

In D ist bei U₂ und U₃ für die Augen eine „Prüfung im durchfallenden Licht“ zur Früherkennung von Trübungen der brechenden Medien vorgeschrieben. Zielkrankheit ist die konnatale Katarakt, die nur bei früher Operation im Alter von sechs bis zehn LW eine gute Prognose hinsichtlich der Sehfähigkeit hat. Dazu ist die Durchleuchtung der brechenden Medien mit einem Ophthalmoskop aus 10-30cm Entfernung (entspricht dem Brückner-Test aus der Nähe) notwendig. Von U₄ bis U₇ muss der komplette Brückner-Test aus 20-50cm und aus 3-4m Entfernung zum simultanen Seitenvergleich durchgeführt werden, um zusätzlich weitere amblyogene Faktoren wie Anisometropie und Strabismus zu erkennen¹⁰. Bei U_{7a}, U₈ und U₉ sind Visus-Tests zum direkten Ausschluss einer Amblyopie sowie Stereo-Tests zum Ausschluss eines Mikrostrabismus vorgesehen. Die wiederholte Testung ist redundant: sobald ein Visus- und ein Stereo-Test mit normalem Ergebnis abgeschlossen ist, kann

eine Amblyopie ausgeschlossen werden. Im Wachstum auftretende Ametropien können dann bei der Schuleingangsuntersuchung, bei den Früherkennungs-Us im Schulalter oder anhand von Symptomen diagnostiziert werden; eine Amblyopie droht nicht mehr. Gelingt der Visustest am Ende des 3. LJ noch nicht, kann ein Brückner-Test erfolgen. Bei unauffälligem Ergebnis wird der Sehtest wiederholt, sobald das Kind ausreichende Kooperationsfähigkeit erreicht hat.

Eine zusätzliche augenfachärztliche Untersuchung mit Skiaskopie in Cycloplegie wäre zur Aufdeckung einer beidseitigen Hyperopie (die Kinder symptomlos durch Akkomodation kompensieren) im 3.-4. LJ sinnvoll, wird aber in D nicht allgemein von den Krankenversicherungen bezahlt. In A wird sie allen Kindern im 22.-26. LM angeboten, jedoch enthält das Programm weder Brückner- noch Visus- noch Stereo-Tests.

In CH ist der Brückner-Test bei den Untersuchungen mit 18 und 24 LM, mit drei und vier LJ, der Lang-Stereotest mit zwei und drei LJ, der Visus mit vier, sechs, zehn, zwölf und 14 LJ vorgesehen, jedoch wie in D keine Skiaskopie in Cycloplegie.

Screening auf konnatale Hüftdysplasie

Auch bei dieser Maßnahme gibt es kleine Unterschiede zwischen D, A und

CH (Tab. 4). In D erfolgt im Rahmen der U₂ (3.-10. LT) zunächst nur ein selektives Screening: es sollen die Kinder sonografiert werden, die aus Beckenendlage oder Querlage geboren werden, die klinische Auffälligkeiten an der Hüfte oder angeborene Fehlbildungen mit erhöhtem Risiko für Hüftdysplasie (insbesondere Fußfehlbildungen) haben, sowie Kinder mit Hüftdysplasie in den Herkunftsfamilien. In A erfolgt in der ersten Lebenswoche und in CH im Alter von einer Woche ein generelles Screening durch Sonografie aller Kinder.

Etwas später erfolgt in D ein erstes generelles sowie in A und CH ein zweites sonografisches Screening, in D in der vierten bis fünften LW, in A in der sechsten bis achten LW und in CH im Alter von einem LM. Das Nachholen eines versäumten Screenings ist so lange sinnvoll, bis die zunehmende Verknöcherung des Hüftgelenks keine sonografische Darstellung der relevanten Strukturen mehr erlaubt (variabel im zweiten Lebenshalbjahr) und das Wachstum des Hüfterkers nicht mehr beeinflussbar ist.

Screening auf konnatale Gallenwegsfehlbildungen

Die schwerste dieser Fehlbildungen und damit wichtigste Zielkrankheit ist die Gallenwegsatresie. Sie manifestiert sich

Tabelle 3: Neugeborenen-Hörscreening in D, A und CH

	D	A	CH
Einführung	2009	1995	1999
Zeitraum	Postnatal bis 3. LT	2.-4. LT, ggf. Ko 3.-7. LT, ggf. 2. Ko 2.-4. LW	1. LW, ggf. Ko 1. LM
Methode	TEOAE oder AABR	OAE oder AABR	OAE, b. Kontrolle + Otoskopie + Tympanogramm
Bei Risiko	AABR	NG auf NICU: AABR	BERA, DPOAE, TEOAE, Tympanogramm (je nach Indikation)
Festgelegt durch	Kinder-Richtlinie des GBA	Richtlinie d. AG Audiologie d. ÖG HNO	Empf. d. Ges. f. HNO+ Pädiatrie+ Neonatologie

TEOAE=transitorisch evozierte otoakustische Emissionen, AABR=automated auditory brainstem response, OAE=otoakustische Emissionen, NG= Neugeborene, NICU=neonatal intensive care unit, BERA=brainstem evoked response audiometry, DPOAE: Distorsiv produzierte otoakustische Emissionen, GBA=Gemeinsamer Bundesausschuss AG=Arbeitsgemeinschaft, ÖG HNO=Österreichische Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Empf. D. Ges. f. HNO=Empfehlungen der Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde

Tabelle 4: Sonografisches Screening auf Hüftdysplasie in D, A und CH

Hüftsonographie	D	A	CH
Erst-Screening	3.-10. (-14.) LT selektiv	1. LW generell	1 LW generell
Zweit-Screening	4.-5. LW generell	6.-8. LW generell	1 LM generell

mit einem Ikterus prolongatus (sichtbare Gelbfärbung der Haut im Alter >14 Tagen) sowie dunklem Urin, entfärbten Stühlen und Gedeihstörung. Sie führt erst zur Leberfibrose, dann zur Zirrhose. Um das zu verhindern, muss bei jedem NG mit Ikterus prolongatus eine Blutentnahme erfolgen. Erhöhtes direktes Bilirubin und erhöhte Transaminasen weisen auf die Störung der Galleexkretion und auf die Leberzellschädigung hin. Bei Bestätigung der Diagnose muss die Hepatoportenterostomie nach Kasai möglichst bis zur sechsten Lebenswoche erfolgen. Eine Früherkennung kann daher wahrscheinlich die Prognose verbessern¹¹.

Im pazifischen Raum ist die Inzidenz mit 1:2.400 NG viel höher als in Europa (ca. 1:17-20.000 NG) und die medizinische Versorgung anders strukturiert. Daher wurde dort ein Screening auf entfärbte Stühle mit einer Stuhlfarbkarte entwickelt, die den Eltern nach der Geburt eines Kindes mit der Aufforderung mitgegeben wird, einen Arzt zu kontaktieren, falls die Stuhlfarbe den Feldern fünf bis sieben auf der Karte entspricht (Abb. 8). Über CH kam die Stuhlfarbkarte nach D, wo seit 2017 die Stuhlfarbe damit bei U₂, U₃ und U₄ erfragt werden muss. Sinnvoller wäre es allerdings, die Karte wie im pazifischen Raum mitzugeben und eine Vorstellung bei entfärbten Stühlen zu empfehlen, weil bei Gallenwegsatresie zum Zeitpunkt der U₂ kaum entfärbte Stühle zu erwarten sind, bei U₃ die Zeit für die Konfirmationsdiagnostik bis zum angestrebten OP-Zeitpunkt schon knapp wird und bei U₄ bereits irreversible Leberschäden zu befürchten sind.

In A und CH ist das Screening nicht obligat; in der Schweiz gibt es derzeit eine Kampagne zur eventuellen Einführung.

Prophylaxe von Vitamin-K-Mangelblutungen

Nach Aufklärung des Vitamin-K-Mangels als Ursache hämorrhagischer Erkrankungen des Neugeborenen im Jahr 1952 wurde 1961 in den USA die prophylaktische Gabe von 0,5-1mg Vitamin K intramuskulär (i.m.) oder 1-2mg oral eingeführt. Viele weitere Länder folgten, auch D, A und CH. In den neunziger Jahren des letzten Jahrhunderts kamen Sorgen bezüglich der sehr hohen Vitamin-K-Spiegel in Blut und Leber nach parenteraler Gabe und möglichen Risiken der Injektion auf,

STUHL-FARBEN-KARTE

Die Stuhlfarbe Ihres Neugeborenen

Liebe Eltern,

Beobachten Sie die Stuhlfarbe Ihres Neugeborenen! Manche Leberkrankheiten können durch eine anormale Stuhlfarbe erfasst werden. Falls sie den Bildern 5 - 7 gleicht (entfärbte Stühle), müssen weitere Untersuchungen durchgeführt werden.

Wie auch immer die Stuhlfarbe Ihres Kindes ist, bringen Sie diese Karte in die erste Konsultation bei Ihrem Kinderarzt vor Ende des ersten Lebensmonates.

Beobachten Sie die Stuhlfarbe während des ersten Lebensmonates. Falls der Stuhl sich entfärbt und der Urin stark gelb wird, muss überprüft werden, ob die Gallenwege, welche die Galle von der Leber in den Darm führen, durchgängig sind. Die Beobachtung der Stuhlfarbe während des ersten Lebensmonates erlaubt auf einfachem Wege die meisten Undurchgängigkeiten der Gallenwege zu diagnostizieren. Diese Krankheiten benötigen eine schnellstmögliche Therapie.

Falls Sie Fragen haben zögern Sie nicht, Ihren Kinderarzt zu kontaktieren. Sie finden auch weitere Informationen auf der Webseite www.basca.ch.

Geburtsdatum	
Datum der Stuhlprobe	
Name des Kindes	Geschlecht
Vorname	m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>



HUG Hôpitaux Universitaires Genève

© 2018 Universitätsspital Genf. Alle Rechte vorbehalten. Vervielfältigung ohne Zustimmung des Autors nicht gestattet. Dient nur zu Informationszwecken.



Abbildung 8: Stuhl-Farben-Karte

so dass verschiedene alternative Schemata mit oraler Applikation entwickelt wurden.

Für gesunde Neugeborene konnte nie die Über- oder Unterlegenheit der parenteralen Gabe von 1mg postnatal gegenüber drei oralen Gaben von 2mg in den ersten LW gezeigt werden. Schemata mit niedrig dosierten täglichen oder wöchentlichen Gaben sind jedoch nachweislich mit einem höheren Blutungsrisiko verbunden und werden daher nicht mehr empfohlen¹³. Für kranke Neugeborene und Frühgeborene, insbesondere bei Vorliegen von intestinalen Resorptionsstörungen, ist die parenterale Gabe überlegen.

In D, A und CH wird daher inzwischen die dreimalige orale Gabe von 2mg oral in den ersten Lebenswochen favorisiert, mit nur geringen Unterschieden zwischen

den Ländern. Die Empfehlungen für kranke Neugeborene und Frühgeborene unterscheiden sich in den drei Ländern deutlicher (Tab. 5)

Rachitis-Prophylaxe

Vitamin D ist eigentlich kein Vitamin, sondern ein Prohormon, denn der größte Teil des Bedarfs wird unter UV-B-Einstrahlung in der menschlichen Haut gebildet und nur zu einem kleinen Teil mit der Nahrung aufgenommen (insbesondere aus fettem Seefisch, Eiern, Käse und Pilzen). Das Prohormon kann einige Monate gespeichert werden, wird in Leber und Niere zum aktiven Hormon metabolisiert und ist für die Regulation des Kalzium- und Phosphat-Haushalts sowie des Knochenstoffwechsels wesentlich. Muttermilch

Tabelle 5: Vitamin-K-Dosierung und Applikationsmodus bei gesunden und kranken Neugeborenen sowie Frühgeborenen in den drei Staaten

	D	A	CH
Gesunde Neugeborene	2mg oral postnatal + 3.-10. LT + 4.-5. LW (oder 1mg i.m. postnatal)	2mg oral postnatal + 4.-6. LT + 4-6 LW	2mg oral mit 4 LS + 4 LT + 4 LW
Kranke Neugeborene	1x1mg i.m. oder 1x0.1-0.2mg i.v., keine Folgegabe oral	1x1mg i.m. + 1x2mg oral bei Entlassung aus stationärer Therapie oder mit 4 LW	1x1mg i.m. oder i.v. postnatal
Frühgeborene	gesund <1.500g + krank >1.500g: 0.2mg i.v. + 1x2mg oral mit 1 LM	<1.000g: 0.5mg i.m. postnatal + 1x2mg bei Entlassung oder mit 4 LW	1x1mg i.m. oder i.v. postnatal

Tabelle 6: Empfehlungen zur Vitamin-D-Prophylaxe in D, A und CH

	D	A	CH14
Gesunde	400-500 IU/Tag als Tabletten ab 2. LW bis zum ersten erlebten Frühsommer	400-600 IU/Tag bis zum zweiten erlebten Winter	400 IU/Tag als Tropfen im 1. LJ, 600 IU/Tag im 2.+3. LJ
Risikopersonen (wenig Sonnenexposition, dunkle Haut)	400-500 IU/Tag in den Wintermonaten (Einzelfallentscheidung)	800-1.000 IU/Tag in Diskussion, keine Empfehlung	600 IU/Tag in den Wintermonaten (allgemeine Empfehlung)
Kostenübernahme	Bis 12. LJ	Bis 2. LJ	Nur im 1. LJ

enthält nur wenig Vitamin D, künstliche Säuglingsnahrungen und Kindermilchen werden mit Vitamin D angereichert. Ohne zusätzliche Vitamin-D-Gabe würden in D, A und CH ca. 1/6 bis 1/3 aller Säuglinge eine Rachitis entwickeln, da sie noch nicht der Sonne ausgesetzt werden sollen. Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1500g haben ein höheres Rachitis-Risiko, weil sie in den ersten Lebensmonaten erheblich mehr Knochenmasse aufbauen müssen als gesunde Kinder. Sie benötigen daher höhere Vitamin-D-Supplemente (800 bis 1000 IU/Tag)¹⁵.

Je älter die Kinder werden, desto größer wird die Rolle der Sonneneinstrahlung. Je nach Hauttyp und UV-Index reichen in unseren Breiten im Sommer 10-30 Minuten Sonneneinstrahlung pro Tag auf 10-25% der Haut (das entspricht etwa der halben Erythemdosis auf Gesicht, Händen und Unterarmen) für eine ausreichende Vitamin-D-Synthese aus¹¹. Steht die Sonne in den Wintermonaten tiefer, filtert die Atmosphäre einen Teil der UV-B-Strahlung aus. Nördlich des 51. Breitengrades (das entspricht der geografischen Breite von Leipzig) findet im Winter auch in exponierter Haut selbst an sonnigen Tagen keine Vitamin-D-Synthese statt; erst südlich des 44. Breitengrades (das entspricht der geografischen Breite von Sizilien) werden ganzjährig ausreichende Mengen von Vitamin D in der Haut synthetisiert¹⁶. Dennoch kommt es dort nicht zu einer Überdosierung, da Vitamin D photosensibel ist und überschüssige Mengen in der Haut

bei zu viel Sonneneinstrahlung wieder deaktiviert wird.

Somit kann nur im Süden von D, jedoch im gesamten Gebiet von A und CH im Winter von einer geringen Vitamin-D-Synthese in der Haut ausgegangen werden. Kinder und Jugendliche mit dunkler Haut und diejenigen, die nicht dem Sonnenlicht ausgesetzt werden (z. B. bei Migranten aus bestimmten Kulturkreisen), haben ganzjährig, aber natürlich besonders in den Wintermonaten auch im Sommer in allen drei Staaten ein erhöhtes Risiko für einen Vitamin-D-Mangel. Dennoch sind die Empfehlungen für diesen Personenkreis unterschiedlich (Tab. 6).

Bei erhöhtem Vitamin-D-Bedarf (z. B. unter Therapie mit bestimmten Antiepileptika) wird im Kindes- und Jugendalter generell eine Vitamin-D-Substitution empfohlen.

Kariesprophylaxe

Während A und CH auf topische Fluoridierung zur Kariesprophylaxe setzt (Tab. 7), gibt es in D eine anhaltende Diskussion über den richtigen Weg. Die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DGKJ) befürwortet die systemische Fluoridierung mit Tabletten, da Zahnpasta von Kindern bis ins 5. Lebensjahr hinein meist noch verschluckt wird, aber als Kosmetikum nicht für den Verzehr geeignet ist. Das Ausspucken der Zahnpasta lernen gesunde Kinder meist erst im Lauf des 5. Lebensjahres.

Hingegen befürwortet die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten e. V. (DGZMK) die lokale Fluoridierung mittels Zahnpasta vom 1. Zahn an, weil sie die systemische Fluoridierung für unwirksam hält und keine Gefahren durch das Verschlucken von Zahnpasta sieht. Auch in A und CH wird der Zahnpasta-Fluoridierung der Vorzug gegeben.

Das einzige Risiko beider Methoden der Fluoridzufuhr liegt in der Fluorose der bleibenden Zähne und der Knochen. Die Häufigkeit von leichten Formen der Fluorose wird in der zahnärztlichen Literatur mit ca. 15% der Bevölkerung angegeben^{19,20}. Diese Zahl erscheint uns Pädiatern sehr hoch, weil sie kaum als störend wahrgenommen wird und harmlos ist; schwere Formen der Fluorose sind äußerst selten geworden^{19,20}. Das Fluorose-Risiko erscheint niedriger bei Applikation als Tablette, weil es bei Zahnpasta schnell Dosierungsfehler geben kann.

Jedoch hat das Bundesinstitut für Risikobewertung in D 2018 keine Belege für Unterschiede in der Wirksamkeit und Sicherheit der beiden Applikationswege gefunden. Insgesamt ist die Studienlage sehr dürrtig²¹.

Wahrscheinlich wirken sowohl systemische als auch lokale Fluoridapplikation vornehmlich über eine Erhöhung der Fluoridkonzentration im Speichel. Der Zahnschmelz wird bei niedrigem pH während und nach Essen und Trinken demineralisiert und in den Nahrungspausen wieder

Im GBA sind die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV), der Spitzenverband Bund der Gesetzlichen Krankenversicherungen (Spibu) sowie Patientenorganisationen vertreten.

remineralisiert; ist der Speichel fluoridhaltig, wird vermehrt Fluorapatit in den Zahnschmelz eingebaut, das kariesresistenter ist als Hydroxylapatit.

Rahmenbedingungen

In D findet sich die gesetzliche Grundlage für Kinder-Früherkennungsuntersuchungen im § 26 des 5. Buches Sozialgesetzbuch (SGB V). Den Leistungsanspruch der gesetzlich Versicherten und damit die Inhalte der Untersuchung regelt der Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) in der „Kinder-Richtlinie“, die in der aktuellen Fassung vom 14.11.2019 (in Kraft getreten am 19.12.2019) inklusive Anlagen einen Umfang von 127 Seiten hat³, sowie in der „Jugendgesundheitsuntersuchungs-Richtlinie“ mit einem Umfang von 7 Seiten²⁴.

Für alle gesetzlich versicherten Kinder stehen in D zehn Kinder-Früherkennungsuntersuchungen und eine Jugendgesundheitsuntersuchung als Sachleistung zur Verfügung, also ohne Kostenbelastung für die Eltern. Es besteht keine Pflicht zur Teilnahme an den Untersuchungen, aber

es gibt in den verschiedenen deutschen Bundesländern unterschiedliche Meldesysteme für einige Untersuchungen. Wird für ein Kind im entsprechenden Alter auch nach schriftlicher Erinnerung der Eltern keine Untersuchung gemeldet, so können öffentlicher Gesundheitsdienst oder Jugendhilfe kontrollieren, ob eine Kindeswohlgefährdung vorliegt.

In A sind die Vorsorgeuntersuchungen für Schwangere und Kinder in der Mutter-Kind-Pass-Verordnung (MuKiPassV) des Bundesministers für soziale Sicherheit und Generationen von 2002 (zuletzt geändert 2013) geregelt, die einen Umfang von nur 6 Seiten hat, da die Inhalte der Untersuchungen durch den zugehörigen Mutter-Kind-Pass festgelegt werden. Auch in A sind die Untersuchungen kostenlos und nicht verpflichtend, jedoch wird bei Fehlen von Untersuchungen der Schwangeren oder des Kindes das Kinderbetreuungsgeld ab dem 21. Lebensmonat

um die Hälfte gekürzt. Diese Leistung wird nur für das jüngste Kind und nur für ein Elternteil gewährt. Eltern können sich beim Bezug zwei Mal abwechseln und wählen, wie sie die Leistung beziehen wollen (Tab. 9). Das bedeutet aber auch, dass sie der Kürzung ab dem 21. Lebensmonat durch Wahl einer 18-monatigen Bezugsdauer zumindest teilweise ausweichen können, wenn sie Untersuchungen versäumt haben.

In CH werden die Inhalte der FU durch Checklisten der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie festgelegt. Diese Checklisten haben einen Umfang von 10 Seiten. Zusätzlich gibt es ein Manual. Außerdem stammt das Standardwerk zum Thema, der „Atlas der Entwicklungsdiagnostik“, mit einem Umfang von 964 Seiten aus CH. Die Kosten für die Untersuchungen werden von den Krankenversicherungen erstattet; jedoch fällt ein Eigenanteil in Höhe von 10% bis maximal 350 Franken

Tabelle 7: Fluoridzufuhr in A und CH²²

Lebensalter	Gesamtfluoridzufuhr (mg/Tag)	Topische Fluoride
Säuglinge vor Zahndurchbruch	0,25	Keine Fluoridierungsmaßnahmen erforderlich
Ab Zahndurchbruch der Milchzähne bis zum Ende des 1. Lebensjahrs	0,25	Fluoridhaltige Zahnpasta (bis maximal 500 ppm Fluorid entsprechend 0,5 mg Fluorid/cm ³)
2. bis 4. Lebensjahr	0,7	Keine Zahnpasten mit Frucht- oder Bonbonschmack, um keinen Anreiz zum Verschlucken der Zahnpasta zu geben
4. bis 7. Lebensjahr	1,1	
7. bis 10. Lebensjahr	1,1	Fluoridhaltige Zahnpasta mit einem Fluoridgehalt von 1000–1500 ppm Fluorid, entsprechend 1,0–1,5 mg Fluorid/cm ³
10. bis 13. Lebensjahr	2,0	
Jugendliche, Mädchen 13–19 Jahre	2,9	
Jugendliche, Jungen 13–19 Jahre	3,2	

Tabelle 8: Fluorid-Empfehlungen in D²³

D	1.+2. LJ	3.-5. LJ	5.-6. LJ	Ab 7. LJ
	Zähneputzen 1x täglich	Zähneputzen 2x täglich	Zähneputzen 2x täglich	Zähneputzen 2x täglich
Variante 1	Keine oder fluoridfreie Zahnpasta Fluoridtabl. 0,25mg/Tag	Keine oder fluoridfreie Zahnpasta Fluoridtabl. 0,25mg/Tag	Kinderzahnpasta mit Fluorid 500ppm (sobald Zahnpasta ausgespuckt wird)	Zahnpasta mit Fluorid 1000ppm
Variante 2	Kinderzahnpasta mit Fluorid 500ppm	Kinderzahnpasta mit Fluorid 500ppm	Kinderzahnpasta mit Fluorid 500ppm	Zahnpasta mit Fluorid 1000ppm

Tabelle 9: Bezugsdauer und Höhe des Elterngeldes in Österreich

Bezugsdauer	Höhe pro Monat	Gesamthöhe	Je Elternteil max.
36 Monate	Ca. 436 €	Ca. 16.000 €	30 Monate
24 Monate	Ca. 624 €	Ca. 15.200 €	20 Monate
18 Monate	Ca. 798 €	Ca. 14.400 €	15 Monate

Bei Mehrlingsgeburten erhalten die Eltern einen Zuschlag von 50 Prozent. Während des Elterngeldbezugs werden zusätzlich Beiträge zur Kranken- und Pensionsversicherung gezahlt. Ein Zuverdienst bis 1.350 € pro Monat ist erlaubt. Bei Zuverdiensten bis 400 € wird auf Antrag ein Zuschlag in Höhe von täglich 6,06 € gewährt.

pro Jahr, bei mehreren Kindern bis 700 Franken pro Jahr an. Bei Versäumen von Untersuchungen gibt es keine Sanktionen.

Fazit für die Praxis:

Die Unterschiede in den Kindervorsorgeprogrammen der drei deutschsprachigen Länder zeigen, dass manches auch anders geht, wahrscheinlich ohne die Qualität wesentlich zu beeinflussen. Leider gibt es im Gegensatz zu den laborchemischen und technischen Elementen für die Effektivität der klinischen Elemente der FU nur sehr wenig Evidenz. Hier ist eine verbesserte Versorgungsforschung dringend erforderlich, insbesondere vor Einführung neuer Elemente. Dabei stellt sich auch die Frage, ob man aus den Vorsorgeprogrammen für Kinder und Jugendliche in D, A und CH ein gemeinsames Programm machen könnte, das die Stärken aller drei Systeme vereint. Dies wird aber leider kaum möglich sein, weil die Programme nicht nur auf medizinischen, sondern in erheblichem Maß auch auf politischen Grundlagen aufgebaut sind, die in den drei Ländern sehr unterschiedlich sind. Klare und einfache Strukturen mit wenigen, dann aber positiven und negativen Angaben machen die Programme anwendungsfreundlicher und sicherer und sollten bevorzugt werden. Eine elektronische Dokumentationsmöglichkeit könnte die notwendige Doppeldokumentation in einem Untersuchungsheft für die Eltern und in der Arztpraxis stark vereinfachen und uns die Arbeit in den Praxen erleichtern.

Literatur

8. Nennstiel-Ratzel U, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit: Jahresbericht 2016.
9. Landendörfer W, Lüder S: Tonaudiometrie bei U8 – Ergebnisse einer Umfrage in pädiatrischen Praxen in Deutschland, Kurzvortrag bei der Delegiertenversammlung des BVKJ, Bad Orb, 8. 10.2017
10. Gräf M: Früherkennung von Sehstörungen bei Kindern: Durchleuchtungstest nach Brückner – Ein Muss bei allen Vorsorgeuntersuchungen im Kindesalter. Dtsch Arztebl 2007; 104 (11): A724–9
11. Wildhaber BE: Biliary Atresia: 50 Years after the First Kasai. International Scholarly Research Network ISRN Surgery 2012, doi:10.5402/2012/132089
12. Dam H, Dyggve H, Larsen H, Plum P. The relation of vitamin K deficiency to hemorrhagic disease of the newborn. Adv Pediatr 1952; 5: 129-53
13. AWMF-S2k-Leitlinie 024-022: Prophylaxe von Vitamin-K-Mangel-Blutungen (VKMB) bei Neugeborenen, https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/024-022L_S2k_Prophylaxe_Vitamin_K_Mangel_Neugeborene_2016-04.pdf, Zugriff 10.6.2019
14. Ernährungskommission der DGKJ: Vitamin-D-Supplementierung jenseits des zweiten Lebensjahres. Monatsschr Kinderheilkd 2018, doi.org/10.1007/s00112-018-0502-6
15. Hollis BW: Circulating 25-Hydroxyvitamin D Levels Indicative of Vitamin D Sufficiency: Implications for Establishing a New Effective Dietary Intake Recommendation for Vitamin D. J Nutr 2005; 135 (2), 317-22
16. Engelsen O, Brustad M, Aksnes L, Lund E: Daily duration of vitamin D synthesis in human skin with relation to latitude, total ozone, altitude, ground cover, aerosols and cloud thickness. Photochem Photobiol 2005; 81 (6): 1287-90, doi:10.1562/2004-11-19-RN-375, PMID 16354110
17. Holick MF: Environmental factors that influence the cutaneous production of vitamin D. Am J Clin Nutr 1995 (61 Suppl 3): 638S–45S.
18. L'Allemand D, Neuhaus T, Janner M, Braegger C, Laimbacher J: Empfehlungen des Bundesamtes für Gesundheit zur Vitamin-D-Vorsorge in der Schweiz – was bedeuten sie für den Pädiater? Paediatrica 2012; 3 (4): 22-4
19. Zimmer S: Schmelzfluorose: Entstehung und Häufigkeit. https://www.kariesvorbeugung.de/fileadmin/user_upload/dokumente/WI-Schmelzfluorose.pdf, Zugriff 10.6.2019
20. Meißner M: Zahngesundheit von 15-Jährigen in Greifswald unter besonderer Berücksichtigung der Prävalenz von Karies, Fluorose und Molaren-Inzisiven-Hypomineralisation (MIH). Inaugural-Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades Doktor der Zahnmedizin (Dr. med. dent.) der Ernst-Moritz-Arndt-Universität zu Greifswald, 2014
21. Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR): Für gesunde Zähne: Fluorid-Vorbeugung bei Säuglingen und Kleinkindern. Stellungnahme Nr. 015/2018 vom 31. Mai 2018. DOI 10.17590/20180531-085715-0
22. Zwiauer K, ÖGKJ, ÖGK: Karies- und Fluoridprophylaxe bei Kindern und Jugendlichen in Österreich. Stellungnahme der Ernährungskommission der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde (ÖGKJ) und der Österreichischen Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde (ÖGK): Monatsschr Kinderheilkd 2011; 159: 1128-32, DOI 10.1007/s00112-011-2409-3
23. AWMF-S2k-Leitlinie 083-001: Fluoridierungsmaßnahmen zur Kariesprophylaxe (in Überarbeitung). https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/083-001L_S2k_Fluoridierungsmaßnahmen_zur_Kariesprophylaxe_2013-01-abgelaufen.pdf, Zugriff 10.6.2019
24. Gemeinsamer Bundesausschuss: Richtlinie zur Jugendgesundheitsuntersuchung (Jugendgesundheitsuntersuchungs-Richtlinie). https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1270/RL-JUG_2016-07-21_iK-2017-01-01.pdf, Zugriff 10.6.2019

Korrespondenzanschrift:

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

Red.: Huppertz



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

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

(02 21) 6 89 09 21

Highlights aus Bad Orb

Alternativmedizin – gibt es die? Und wenn, warum?

Ein Streifzug durch die Welt der so genannten Alternativmedizin und seriöse Komplementärverfahren. Teil 2



Prof. Dr. med. Walter Dorsch

Einleitung

Unser Streifzug berührt sechzehn Methoden, die in der Öffentlichkeit häufig als alternative medizinische Verfahren genannt werden. Von den ersten acht der Tabelle 2 (s. Alternativmedizin, Teil 1, in KJA Nr. 04/20) blieben Atemtherapie, Akupunktur, Diätetik bzw. Ernährungstherapie und verschiedene Entspannungsmethoden als empfehlenswert und seriös übrig, alle mit beschränkter Indikation und ohne esoterischen Überbau. Wenden wir uns den nächsten Methoden zu:

Übersicht der häufigsten Methoden Teil II

Verfechter der **Homöopathie** geraten zunehmend unter Druck: Einerseits ist 200 Jahre nach ihrer Erfindung noch immer kein plausibles Wirkprinzip erkennbar. Andererseits sind arzneimittelspezifische (!) Wirkungen jenseits der Placebo-Grenze nie zweifelsfrei unter Beweis gestellt worden. Nicht alle gehen mit homöopathisch

arbeitenden Ärzten so scharf ins Gericht wie Christian Weymayr (17), aber die berechtigte Skepsis gegenüber der Homöopathie als Alternativverfahren wächst (18). Vor diesem Hintergrund ist die – von erheblichem medialen und politischen Aufwand begleitete – Diskussion über den Verbleib der Homöopathie in der seriösen Pädiatrie dringend nötig. Es wird sich beispielsweise zeigen, ob die wissenschaftliche Basis des an der Münchner Universitätskinderklinik (Dr. von Haunersches Kinderspital), seit 24 Jahren laufenden Modellversuches Homöopathie solide genug ist, um weiterhin an einer Universitätsklinik praktiziert und gelehrt zu werden. In dieser Zeit sollte es eigentlich gelungen sein, spezifische Wirkungen nachzuweisen, die über den Placeboeffekt hinausreichen. Lapidare Feststellungen wie die im Folgenden zitierten von Frau S. Kruse genügen nicht: „Von vorne herein wurden begleitende homöopathische Behandlungen von schwer erkrankten Kindern begonnen, bei denen die konventionellen Therapiemöglichkeiten in der Universitätsklinik München unbefriedigend waren – also ein Therapienotstand (sic!) vorlag. Die schnell sichtbaren Therapieerfolge bei einzelnen Kindern haben in der Klinik entscheidend zum Vertrauen in diese Methode beigetragen: Hier ließ sich unter klinischen Bedingungen veranschaulichen, dass die Homöopathie wirkt. Diese Erlebnisse können im Klinikalltag oft mehr überzeugen als viele Studien (19).“ Hat Frau Dr. Kruse wirklich den „Therapienotstand“ der Universitätskinderklinik verbessert? Ist die Homöopathie damit nicht ein klein wenig überfordert? Bei allem persönlichen Respekt: derartige Formulie-

rungen verstehe ich als anmaßend und respektlos.

Die Diskussion um die Homöopathie wird – auch befeuert durch politisches Wollen – noch eine Zeitlang anhalten. Homöopathie-Skeptikern totalitäres Denken und indirekt intellektuelle Unredlichkeit vorzuwerfen (20) sollte man vermeiden. Einzelfallbeobachtungen, wie sie kürzlich in der Monatsschrift für Kinderheilkunde als Beleg für die überlegene Wirksamkeit der Homöopathie geschildert wurden (21) sind interessant, angesichts der Nähe zur Placebowirkung bzw. Spontanheilung aber nicht überzeugend. Christian Weymayr wird sich in seinem Beitrag grundsätzlich mit der Homöopathie auseinandersetzen. Hier seien drei eher periphere Aspekte beleuchtet:

1. **Die wundersame Vermehrung von Wirksamkeit bei gleichzeitiger Verdünnung stammt nicht von Samuel Hahnemann.** Das Prinzip der wunderbaren Vermehrung spiritueller Wirkung ist alt. Ein schönes Beispiel ist mit den Reliquien des Heiligen Nikolaus (Abb. 3) verknüpft. Die sterblichen Überreste des Heiligen wurden im 11. Jahrhundert von findigen Kaufleuten aus Kleinasien nach Apulien entführt, Bari wurde Wallfahrtsort, die Barensen reich. In dem Schrein (Abb. 4) mit den Gebeinen des Heiligen sammeln sich im Jahresdurchschnitt 2 Gläser einer wundertätigen Flüssigkeit an, die als „Manna des Heiligen Nikolaus“ von den Dominikanern an Pilger verkauft wird und zwar über Jahrhunderte in tausendfacher Menge. Die Vermehrung der spirituellen Wirksamkeit wird öffentlich demonstriert: Jedes Jahr am 9. Mai, wenn die Ankunft

der heiligen Reliquien in Bari gefeiert wird, mischen die Mönche die Flüssigkeit in riesigen Bottichen mit Wasser und erzielen so die fürs Jahr benötigte Menge (22).

2. Der Glaube an die Homöopathie kann Allmachtsphantasien wecken.

Hierzu ein persönliches Erlebnis: Als Vater und Kinderarzt habe ich viele Geburten miterlebt. Als unser jüngster Sohn vor 21 Jahren zur Welt kam, war ich peinlich überrascht: Die leitende Hebamme meiner alten Klinik begrüßte uns, griff in ihre Kitteltasche und schob meiner Frau als Begrüßung, ohne weitere Begründung, ein Homöopathikum in den Mund, zur Beruhigung, wie sie sagte. Es war entwürdigend. Als Arzt bin ich gewohnt, mit meinen Patienten erst zu reden und vor der Verabreichung von Medikamenten aufzuklären. Auf meine Frage hin, weshalb sie diese Art von Behandlung für nötig notwendig halte, antwortete sie: „Das machen wir immer so“. Meine Frau hat das Kügelchen ohne Diskussion geschluckt und kurze Zeit später einen kräftigen gesunden Säugling entbunden.

Die Frage nach dem Grund solchen Handelns ist entscheidend, auch für das Selbstverständnis einer Klinik. Das Verabreichen der Globuli gehört zu einem vertrauensbildenden Ritual, so hört man oft. In unserem Fall war es Ersatz für normales mitmenschliches Handeln und bewirkte das Gegenteil von Vertrauen. Eine spezifische Wirkung war ausgeschlossen, es gab auch keine Indikation für irgendeine Behandlung. Solches Handeln entmündigt die Frau im Kreißaal. Es ähnelt dem Unterwerfungsritual, das seinerzeit die Halbgötter in Weiß praktiziert haben. Und natürlich fühlt sich die Hebamme mächtig: Frauen, die sich bereitwillig einer solchen Behandlung überlassen, sind leichter zu führen. Es kommt nicht darauf an, was in den Kügelchen drin ist, sondern dass der Patient sie schluckt!

Eugen Bleuler, der berühmte Züricher Psychiater, hat vor mehr als 100 Jahren vor dem „Autistisch und undisziplinierten Denken in der Medizin“ gewarnt (23): Nur weil die Patienten uns, oft in großer Not, rückhaltlos vertrauen, sollten wir uns nicht für allmächtig halten.

3. Homöopathika sind nicht immer als harmlose Placebos einzuschätzen,

wie es so manche Kollegen tun, die zwar nicht von der Homöopathie überzeugt sind, aber entsprechend eingestellte Patienten nicht verlieren wollen. Auch hier ein Beispiel aus der Praxis: Ein dreijähriger Bub hatte eine große Burg aus Bauklötzen gebaut, als ich das Arztzimmer betrat. Die Mutter legte ihre Zeitung zur Seite und rief: „Herr Doktor, Herr Doktor, gibt es denn nichts Homöopathisches gegen das ADHS? Wir halten das nicht mehr aus: Jedes Mal, wenn wir abends vor dem Fernseher sitzen, läuft er rum und schaltet den Apparat aus!“

Der Interessenkonflikt sollte gelöst werden, indem das Kind zum Kranken gemacht wird. Wer konsequent eine derartig schöne Burg bauen kann, leidet an keinem Aufmerksamkeitsdefizit. Falls die Diagnose zugetroffen hätte, hätten die Eltern viel Arbeit auf sich nehmen müssen. Das wollte man vermeiden und wollte als Alibi eine Medizin benutzen, die nicht schadet. Dass sie kein ADHS heilen kann (auch wenn Homöopathen dies immer wieder behaupten), ist ohne Bedeutung. Wichtig ist die Illusion der Eltern, sie hätten etwas Sinnvolles unternommen. Die Konsequenz: Der Junge muss weiterhin allein spielen, seine Eltern bleiben langweilig, das Familienleben öde. Ein Homöopathikum, wie das schaurige Zappelin, ist nicht nur in dieser Situation ein Nocebo.

Standpunkte

1. Mitmenschen ernst nehmen, keine falschen Abhängigkeiten schaffen!

Man muss wohl davon ausgehen, dass die allgemein praktizierte Anwendung von Homöopathika, sei es als „Monotherapie“ spontan heilender Gesundheitsstörungen oder als „integrative“ Zusatztherapie bei ernsten (beispielsweise malignen) Erkrankungen, die klassisch behandelt werden müssen, keine spezifische, also regelhaft über den Placeboeffekt hinausreichende Wirkung zeigt. Ich halte es für grundfalsch, bei jeder noch so banalen Indikation Homöopathika zu verordnen und so Aberglauben und künstliche Abhängigkeiten zu schaffen. Wozu muss beispielsweise ein Eiallergiker, der durch den Verzicht auf Hühner-eiweiß seine Krankheit kausal und effektiv behandelt, zusätzlich Globuli zu sich nehmen, wozu brauchen onkologische Patienten neben einer kompetenten und warmherzigen Betreuung zusätzlich diese Art Placebo? Etwa nur, um den Glauben an eine zweifelhafte Methode zu festigen? Was soll die Suggestion einer ganzheitlichen Behandlung? Den Alleinvertretungsanspruch der Alternativmedizin halte ich für anmaßend! Ein Arzt, der seinen Patienten nicht ganzheitlich betrachtet und behandelt, also Leib und Seele seines Patienten, verfehlt doch seinen Beruf. Will man das allen „Schulmedizinern“ unterstellen?



Abb. 3: Der Heilige Nikolaus zu Bari in Apulien

2. Placebos in der Kinderheilkunde?

Spricht man mit Kollegen über den Einsatz diverser so genannter Alternativmethoden, so hört man besonders häufig die Begründung, dass man die Methode zwar nicht ernst nähme, sie aber als harmloses Placebo zum Wohle der Patienten einsetze. Für den Kinderarzt ergibt sich eine wichtige Frage: Ist der Einsatz von Placebos in der Kinderheilkunde grundsätzlich zu vertreten oder aus ethischen Gründen abzulehnen? Wir Kinderärzte handeln in einem Dreieckverhältnis, das aus Eltern, Kind und Arzt besteht. Die Liebe der Eltern, ihre Zuwendung oder, um einen alten Begriff zu benutzen, ihre Caritas, sind die stärksten wirksamen Placebos, die es gibt. Ich persönlich halte es für falsch, Eltern Placebos zu geben, damit sie den Kindern besser helfen können. Der Glaube der Kinder an ihre Eltern ist natürlich unverzichtbar und wirksam. Eltern aber brauchen keine Placebos, sondern unsere volle Unterstützung und vor allem unsere volle Wahrhaftigkeit.

Die **Kinesiologie** ist als diagnostisches Verfahren wertlos (4), als therapeutischer Ansatz fragwürdig (24).

Kneipp'sche Verfahren mit den fünf Behandlungsprinzipien Wasser, Bewegung, Heilpflanzen, Ernährung und Ordnung sind als seriöse Komplementärmethoden anerkannt (Übersicht bei 25). Die Kneipp'sche Gesundheitslehre zielt auf die Autonomie des Einzelnen. Unsere Kinder sollen lernen, selbstbestimmt und aktiv Krankheiten vorzubeugen und bzw. sie zu bewältigen. Es ist ein großer Unterschied, ob sie am Beginn eines Infekts ansteigend heiße Fußbäder und Tees anwenden, oder bei jeder Erkrankung und Befindlichkeitsstörung Globuli zu sich nehmen. Ersteres schafft Unabhängigkeit, letzteres falsche Abhängigkeit. Man sollte mit der Kneipp'schen Gesundheitserziehung möglichst früh, also im Säuglingsalter beginnen.

Der Vollständigkeit halber sei die **Osteopathie** erwähnt. Die Nachfrage ist zur Zeit sehr groß, einigermaßen nachvollziehbare Indikationen wie das – allerdings auch umstrittene – KiSS-Syndrom aber vergleichsweise sehr selten. Abgrenzungen zur Manualtherapie, Chirotherapie oder bloßem Handauflegen sind schwierig.



Abb 4: Der Schrein des Heiligen Nikolaus in der Basilica San Nicola/Bari

Die moderne **Phytotherapie** hat einen tiefgreifenden Strukturwandel hinter sich und versteht sich heute als integraler Bestandteil einer rationalen Pharmakotherapie, eben mit pflanzlichen Wirkstoffen. Phytopharmaka können sinnvoll eingesetzt werden bei Erkältungskrankheiten, Bronchialerkrankungen (nur eingeschränkt beim Asthma bronchiale), beim atopischen Ekzem, Hals- u. Rachen-Entzündungen, Magen- Darm- Erkrankungen, auch bei Unruhe und Schlafstörungen. Bei vielen Indikationen sind pflanzliche Arzneimittel synthetischen überlegen (Übersicht bei 26).

Leider verwechseln manche Eltern die Pflanzenheilkunde mit der Homöopathie. Paradebeispiel für einen verbreiteten Etikettenschwindel ist Chamomilla D6. Das Selbstverständnis von Phytotherapie und Homöopathie verbietet den Einsatz des gleichen Wirkstoffs in beiden therapeutischen Richtungen: die Kamille kann nicht gleichzeitig allopathisch und homöopathisch wirksam sein.

Phytotherapie:

Wirkstoffe bekannt: ätherisches Öl, Chamazulen

Wirkweise bekannt: antiphlogistisch, antimikrobilell, antitoxisch wundheilungsfördernd

Anwendungsgebiete in klinischen Studien belegt

Tab. 4: Auswahl seriöser Komplementärmethoden; „Diäten und Heilfasten“ wurden ersetzt durch „Ernährungstherapie – seriöse Diätetik“ *: mit deutlichen Einschränkungen

1. Atemtherapie
2. Akupunktur *
3. Entspannungsmethoden
4. Ernährungstherapie
5. Kneipp'sche Verfahren
6. Physiotherapie (auch Chirotherapie, Chiropraxis)
7. Phytotherapie
8. Traditionelle Chinesische Medizin*

Homöopathie:

„Bewährt bei Zahnungsschmerzen, Blähungskoliken, Diarrhoe, Keuchhusten, Bronchitis, Ohrenschmerzen, Ruhelosigkeit“

Pendeln ist eine harmlose Suggestivmethode. Dazu ein schönes Gedankenexperiment: Stellen Sie sich vor, Sie sind als junge hübsche Frau mit einem jungen hübschen Mann in einem Restaurant. Ein Moderator gibt Ihnen ein Pendel in die Hand, dessen Ausschlag den weiteren Abend bestimmen wird. Was wird wohl geschehen? Wenn er/sie Ihnen gefällt, wird das Pendel unweigerlich in ihre Richtung ausschlagen, entweder weil Sie genau dieses Ziel

verfolgen oder absolut vermeiden wollen, dass Sie in Entscheidungszwang geraten.

Herr **Schüssler** hat die Homöopathie vereinfacht, er verstand sich als Pharmakologe und behandelte fast alle Krankheiten mit 12 verschiedenen Salzmischungen.

Die **Traditionelle Chinesische Medizin**, ebenso wie die **Ayurveda** und diverse Naturvölker Afrikas und Amerikas verfügen über einen reichen Erfahrungsschatz, der in systematischer und ergebnisoffener Forschung gewonnen werden kann und soll. Vor einer vorbehaltlosen Übernahme sämtlicher Empfehlungen esoterisch angehauchter TCM-Kommunen ist aber zu warnen. Nur ein Beispiel aus der Pflanzenheilkunde: Manche Zubereitungen enthalten toxische Substanzen, manche sind kontaminiert, viele nach europäischem Standard unzureichend kontrolliert. Außerdem stelle man sich vor, ein Vertreter der *Traditionellen Europäischen Medizin* würde chinesischen Patienten alles anbieten, was in mehr als zweieinhalbtausend Jahren europäischer Medizingeschichte versucht wurde, inklusive Aderlass und Säftelehre.

Von den 16 Methoden der Tabelle 2 bleibt also in einer ersten Durchsicht nicht sehr viel übrig: Kneipp'sche Verfahren, Entspannungsmethoden, Ernährungstherapie bzw. Diätetik, eine rational betriebene Phytotherapie, mit Einschränkungen Akupunktur und ausgewählte traditionelle medizinische Methoden. Atemtherapie und Physiotherapie werden im Allgemeinen als klassische Methoden wahrgenommen (Tab. IV).

Wozu und weshalb gibt es Alternativmedizin?

Angesichts der schier unübersehbaren Flut von „Alternativmethoden“ stellt sich die Frage: weshalb und wozu gibt es sie? Oft wird die Tatsache genannt, dass die „Schulmedizin“ zu kalt, zu technisch, zu wenig ganzheitlich und zu sehr profitorientiert sei. Ich halte das für zweckorientierte Propaganda und den Begriff „Schulmedizin“ für ein Schimpfwort. Ich bekenne mich dazu, dass ich viele und gute Schulen besucht habe. Und natürlich kenne ich aus eigener Erfahrung Belastungen durch

Bürokratie, Zeitdruck und Organisationsdefizite. Das Phänomen „Alternativmedizin“ ist durch „Enttäuschung durch Schulmediziner“, „Ganzheitlichkeit“ und andere Begriffe nicht ausreichend erklärt. **Wir müssen uns auch mit Aberglauben, „gesundem Wahn“, Betrug, Dummheit, Gier und Zynismus beschäftigen.**

Dazu ein paar Beispiele:

Muss man sich damit abfinden, dass die Leute betrogen werden wollen nach dem Motto: mundus vult decipi, ergo decipiatur? Es gibt eine große Sehnsucht in uns allen, das unberechenbare Leben irgendwie zu beherrschen, es durch irgendwelche Maßnahmen zu kontrollieren. Oft täuschen wir uns und erliegen einer **Kontrollillusion**, einer Art modernen Aberglaubens. Dazu ein Beispiel: Die Ampel an einem Fußgängerübergang über eine mäßig befahrene Straße schaltet immer im gleichen Rhythmus von Rot auf Grün, unabhängig davon, ob Passanten den Bedienungsknopf drücken oder nicht. Die Gruppe, die in einer Studie vor Ort den Knopf gedrückt hat, wartet meist brav, bis „das Signal jetzt gleich kommt“, die andere nicht.

Wenn in unübersichtlichen Situationen jemand kommt und behauptet, er hätte den Durchblick und würde alles regeln („Wir schaffen das!“), so neigen wir dazu, ihm zu glauben. Die Weltgeschichte und die Medizingeschichte sind voll von entsprechenden Beispielen. Erfreulicherweise wurden Kontrollen eingeführt, um das Risiko zu reduzieren. Die scheinen zurzeit an vielen Orten nicht so recht zu funktionieren, auch in Bezug auf die so genannte Alternativmedizin. Hat Arthur Schopenhauer, der alte Zyniker, Recht, wenn er meint: „Was der Mensch braucht, ist ein gesunder Wahn“?

Von Seiten der Anbieter gibt es Verschiedenes zu beobachten: Einmal ist es bewusster Betrug, wie im persönlichen Gespräch mit der Bioscan Herstellerfirma deutlich wurde. Nur manche scheinen den Unfug zu glauben, den sie verbreiten. Hierzu als Beispiel SWA – Bioscan, die Skalarwellentechnologie: Sie sei von der sowjetischen Raumfahrtmedizin entwickelt worden: Kosmonauten seien außerhalb der Erdatmosphäre großem Stress ausgesetzt.

Um Gesundheitsschäden frühzeitig zu erkennen und zu beheben, seien sie seinerzeit mittels der SWA regelmäßig gescannt worden. Skalarwellen seien mit 200facher Lichtgeschwindigkeit (!) von der Erde aus zur Raumstation gesendet worden, hätten sämtliche relevanten Gesundheitsdaten erfasst, zur Erde gesendet, analysiert, modifiziert, und – zurück in der Raumstation – die Kosmonauten innerhalb von Minuten wieder gesund gemacht. Die Technik habe für das deutsche Gesundheitswesen gerettet werden können, da es einem Pionier der Wissenschaft gelungen sei, den sowjetischen Geheimdienst zu erpressen (!). Diese abenteuerliche Story wurde mir von einem der Hersteller vor Zeugen so erklärt, einem Mann, der in der Bedienungsanleitung seiner Gerätschaften Schreibfehler duldet, die an der Kenntnis der deutschen Sprache zweifeln lassen.

Betrug ist aber weder neu, noch eine Domäne der so genannten Alternativmedizin. Man kann aber Betrug leichter als Alternativmedizin verkaufen. In dem äußerst lesenswerten, bald 300 Jahre alten Betrugslexicon (25) heißt es unter anderem: Aertzte betriegen 2) Wenn sie auch die allgeringste Unpäßlichkeit gefährlicher machen als sie eigentlich ist / damit ihnen /wenn der Patient aufkommt / desto mehr vor ihre getragene Sorge und so vielfältig gehabte Mühe, wie auch sehr oft gethane Gänge, verschriebene Recepte und sonst mitgetheilten Rath bezahlet, sie auch desto mehr gerühmet werden mögen / als hätten sie den Patienten gleichsam von Todten errettet 3) Wenn sie / da sie sehen / daß die Kranckheit nicht gar zu gefährlich / dem Patienten solche Medicamenta verordnen / die weder Schaden noch Nutzen bringen / damit sie denselben nur etliche Wochen aufhalten / und es hernach heissen möge, es sey eine langwierige Kranckheit gewesen, welche dem Medico viele Mühe verursacht., 4) Wenn sie / dem Apothecker zu Gefallen, denen Patienten kostbare Artzneyen verordnen / da doch die Kranckheit wohl mit geringern Mitteln eben so gut hätte können gehoben werden.

Betrug, Dummheit, Aberglaube, es gehört noch eine große Portion Zynismus dazu, hilfsbedürftigen Mitmenschen solches Zeug anzubieten und natürlich Gier, d.h. die Bereitschaft, seinen Mitmenschen auszubeuten.

Zum Beispiel: Ein Bioscangerät kostet 5.000 bis 6.000€, die Grundmaterialien dazu bei Alibaba ca. 100€. Die dem Globalscan zugrunde liegende Technologie, eine Fettwaage, ist für 20€ zu haben, das Endprodukt wird für mehr als 20.000€ verkauft. Das Innere der Holopathie-Gerätschaften kennen wir noch nicht, die Gerätschaften kosten mehr als 30.000€.

Es ist zu hoffen, dass die Staatsanwaltschaft ihrer Pflicht zügig nachkommt. Wir Ärzte sind aufgerufen, öffentlich Stellung zu beziehen. Der Verfasser möchte an dieser Stelle festhalten, dass er keinen Kollegen, der bonafide so genannte alternative Methoden verwendet, persönlich angreifen will. Gleichwohl besteht die Verpflichtung auf den Hippokratischen Eid und die Verpflichtung zur akademischen Fortbildung.

Für Laien hat die Stiftung Warentest (6) vor Jahren eine Liste von Merkmalen erstellt, anhand derer Verbraucher Scharlatane erkennen können.

- Rasche Diagnose mit rascher Empfehlung teurer und langwieriger Behandlungsmethoden
- Mangelnde Information über geplante diagnostische und therapeutische Maßnahmen
- Unterstellung der Gefahr bedrohlicher Krankheiten (z.B. Präkanzerosen), deren Ausbruch nur durch eine spezielle Therapie verhindert werden kann
- Kritiklose Heilsversprechen
- Verneinung jeglicher Nebenwirkungen
- Abwertung klassischer Verfahren
- Forderung nach Vorauszahlungen

Fazit für die Praxis

Ärztliches Handeln ruht auf zwei Säulen: der wissenschaftlichen Lauterkeit und der menschlichen Zuwendung, so wie es der erst 15jährige Pablo Picasso 1897 (Abb. 5; 28) in seinem Gemälde „Ciencia y Caridad“ dargestellt hat. Wir dürfen nicht zulassen, dass so genannte Alternativmediziner der Öffentlichkeit und unseren Patien-



Abb. 5: Das Gemälde Ciencia y Caridad von Pablo Picasso (27)

ten einreden, nur sie besäßen die Caritas, „Schulmediziner“ seien dagegen herzlos. Herzlose Kinderärzte*Innen oder Jugendärzte*Innen gibt es nicht. Wir sollten kritisch mit betrügerischen Methoden wie der Bioresonanz umgehen, keinen Aberglauben bedienen und offen bleiben auch für neue seriöse ergänzende Verfahren.

Zusammenfassung

Seriöse komplementäre Verfahren gehören zum klinischen Alltag. Genannt seien Psychosomatik und Familientherapie, Entspannungsmethoden, Physiotherapie, eine dem heutigen Wissensstand angepasste Kneipp'sche Gesundheitslehre mit den Elementen Wasser, Bewegung, Ordnung, Ernährung und Pflanzenheilkunde, mit Einschränkungen auch Akupressur und Akupunktur. Die vorgelegte Liste sinnvoller Komplementärmethoden ist vorläufig und unvollständig. Unser Wissen ist beschränkt, jede ernst zu nehmende Wissenschaft grund-

sätzlich ergebnisoffen. Jede Methode ist willkommen, die Pädiatern*Innen unsere Arbeit erleichtert, allerdings erst nach kritischer wissenschaftlich fundierter Prüfung. Sobald sie die bestehen, werden sie selbstverständlich aus ethischen und aus Kostengründen hinzugefügt.

Andererseits sind unsere Patienten wirksam vor Betrug, Ausbeutung und unsicheren Methoden, wie beispielsweise der Bioresonanz, zu schützen.

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

Münzen im Magen

Frage

Meine Expertenfrage bezieht sich auf einen Ingestionsunfall, der in vergleichbarer Form relativ häufig im kinderärztlichen Alltag vorkommt und immer wieder im Kollegenkreis zu Diskussionen bezüglich der angemessenen Vorgehensweise führt.

In der Notfallambulanz wird ein knapp zweijähriges Kind vorgestellt, das vor ca. 1 Stunde eine 1Euro-Münze verschluckt hat. Das Kind habe danach 3–4 x gewürgt und erbrochen, danach ist es beschwerdefrei. Bei der klinischen Untersuchung findet sich ein völlig unauffälliger körperlicher Befund. Die Eltern werden instruiert, den Stuhl in den kommenden Tagen sehr genau auf die Ausscheidung des Fremdkörpers zu untersuchen, bei Beschwerden wie Atemnot, Würgen, Brechen, vermehrtes Speicheln oder Bauchschmerzen soll das Kind unverzüglich erneut zur weiteren Abklärung vorgestellt werden.

- Ist es in einem solchen Fall berechtigt anzunehmen, dass die Münze in den Magen gewandert ist und das Kind die Münze ohne weitere Beschwerden zu entwickeln in den nächsten Tagen mit dem Stuhlgang ausscheiden wird?
- Oder sollte trotz der damit verbundenen Strahlenbelastung immer ein Röntgenbild der Atemwege und des oberen Abdomens angefertigt werden?
- Wie viele Tage kann, immer vollständige Beschwerdefreiheit vorausgesetzt, der natürliche Abgang des Fremdkörpers abgewartet werden, bevor weitere Diagnostik zur Fremdkörper-suche und ggf. zur Entfernung durchgeführt werden sollte?

Die Frage bezieht sich ausdrücklich auf Fremdkörper, die keine eigene physikalische oder chemische Aktivität entwickeln können, also beispielsweise nicht auf Knopfzellen.

Antwort

Die Frage beschreibt ein im kinder- und jugendärztlichen Alltag recht häufiges Problem, nämlich die tatsächliche oder fragliche Münzgestion, insbesondere durch Kleinkinder. Konkret wird hier nach einem asymptomatischen Kind gefragt und ob, wann und warum in einem solchen Fall diagnostische und therapeutische Maßnahmen erforderlich sind.

Der Antwort werden einige Zahlen bzw. Maße vorangestellt: Die Wanddicke des Ösophagus beträgt nur 2–2,5 mm, das Organ kann bei jungen Kindern sogar noch „filigraner“ sein. Ein Standard-Gastroskop hat einen Durchmesser von 9,5–9,8 mm und wird üblicherweise erst bei Kindern ab 15 kg benutzt, im Gewichtsbereich zwischen 10 und 15 kg würde dagegen ein pädiatrisches Gastroskop (Durchmesser 5,0–6,0 mm) bevorzugt. Diese dünnen Geräte werden bei Kindern mit einem Gewicht von < 10 kg primär verwendet, es sei denn aus Gründen einer endoskopischen Intervention ist ein größeres Gerät erforderlich.

Die Durchmesser unserer Euro-Cent-Münzen sind wie folgt: 2 €: 25,75 mm; 1 €: 23,25 mm; 50 Ct: 24,25 mm; 20 Ct: 22,25 mm; 10 Ct: 19,75 mm; 5 Ct: 21,25 mm; 2 Ct: 18,75 mm 1 Ct: 16,25 mm.

Wie leicht zu erkennen ist, handelt sich bei allen Münzen um vergleichsweise große Fremdkörper, insbesondere wenn man sich diejenigen mit einem Durchmesser von mehr als 2 cm vor Augen führt. Die wesentliche Gefahr, die durch eine Ingestion ausgelöst werden kann, ist die Impaktion im Ösophagus mit Perforation und nachfolgenden Komplikationen. Eine US-amerikanische Studie aus dem Jahr 2006 analysiert mehr als 2.500.000 Münzgestionen zwischen 1994 und 2003 und beschreibt dabei 20 Todesfälle.

Sowohl in Europa (2017) als auch in Nordamerika (2015) haben deshalb die pädiatrisch-gastroenterologischen Fachgesellschaften in Zusammenarbeit mit den Endoskopiefachgesellschaften klare Leitlinien formuliert: Bei allen Kindern, auch bei den asymptomatischen, soll nach Münzgestion eine Röntgenaufnahme erfolgen. Diese muss die gesamte Länge des Ösophagus umfassen (vereinfacht gesprochen: vom Unterkiefer bis zum Oberbauch). Ist eine Münze im Ösophagus nachgewiesen und das Kind symptomatisch (Schmerzen, Speicheln, Dysphagie) soll eine Notfall-Endoskopie erfolgen und die Münze möglichst innerhalb von 2 Stunden geborgen werden. Ist das Kind mit ösophagealer Münze asymptomatisch sollte die endoskopische Bergung dringlich, das heißt innerhalb von 24 Stunden, erfolgen.

Münzen im Magen können bei asymptomatischen Kindern über 1–2 Wochen beobachtet werden (bzw. deren Abgang im Stuhl), dann Re-Evaluation mittels Röntgen falls davon ausgegangen wird, dass die Münze noch im Körper ist. Verbleibt eine Münze länger als 2–4 Wochen im Magen kann eine endoskopische Bergung erwogen werden. Dies bezieht sich insbesondere auf die „großen Münzen“ (s. o. 50 Ct und 2 €), da bei ihnen aufgrund des Durchmessers die Wahrscheinlichkeit, den Pylorus spontan zu passieren, gering ist.

Literatur bei InfectoPharm

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Stephan Buderus
GFO-Kliniken Bonn
St.-Marien-Hospital
Robert-Koch-Str. 1, 53115 Bonn

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.

Highlights aus Bad Orb

Die Globalisierung unserer Kinder und Jugendlichen

Vor 200 Jahren erfand der Arzt Samuel Hahnemann die **Homöopathie**. Sie setzt nicht auf Wirkstoffe, sondern auf geistartige Kräfte. Obwohl die Homöopathie demnach Esoterik in Reinform ist, hat sie bis heute viele Anhänger und ist im Gesundheitssystem fest verankert. Gerade Mütter und Väter schlüpfen gerne in die Rolle von Heilern, die mit den **kleinen Zuckerpillen alltägliche Bagatellen bis ernste Erkrankungen behandeln**. Im einen Fall wird Normalität medikalisiert, im anderen Fall drohen wirksame Behandlungen zu unterbleiben.



Dr. Christian Weymayr

Gesundheitsminister Jens Spahn hielt kürzlich seine schützende Hand über eine der populärsten Alternativmethoden, die Homöopathie. Es sei „so okay“, sagte der Minister, dass die Krankenkassen jedes Jahr 20 Millionen Euro für homöopathische Präparate aufbrächten, schließlich gäben sie viel mehr für konventionelle Arzneien aus. Verböte man den Kassen die Erstattung, würde man viele Menschen vor den Kopf stoßen, so Spahn (1).

Andere Quellen sprechen von etwa 400 Millionen Euro für Homöopathika pro Jahr (16), aber sei's drum. Klar ist jedenfalls, dass nicht alle die nonchalante Haltung des Ministers zur Homöopathie teilen. Die Ärztekammern Bremen und Sachsen-Anhalt sowie weitere Landesärztekammern haben kürzlich die Zusatzbezeichnung Homöopathie aus ihren Weiterbildungsordnungen gestrichen (2,

3) – und sich damit zur Wissenschaftlichkeit bekannt: Schließlich beruht die Homöopathie auf Prinzipien, die sicheren Erkenntnissen etwa der Physik, der Chemie, der Pharmakologie und der Physiologie widersprechen. Auch die Gesundheitsbehörden Frankreichs und Großbritanniens erteilten der Homöopathie jüngst eine Abfuhr (14, 15).

1. Hahnemanns Leben

Erfunden wurde die Homöopathie von dem deutschen Arzt Samuel Hahnemann (4). Hahnemann wurde am 11. April 1755 in Meißen geboren. Mit 24 Jahren wurde er Doktor der Medizin. Doch wo er sich auch niederließ, nirgendwo verdiente er genug Geld, um seine ständig größer werdende Familie ordentlich versorgen zu können. Jahrzehntlang zog er bettelarm von einem Ort zum andern.

Die Geburtsstunde der Homöopathie schlug, als Hahnemann ein Medizinbuch übersetzte. Ihm fiel eine Ungereimtheit auf, die ihn zu einem **Selbstversuch veranlasste: Er nahm die damals verbreitete Malariaarznei Chinarinde zu sich und zu seinem Erstaunen glaubte er dieselben Symptome zu bemerken, die er als Malariakranker gehabt hatte. Da offenbarte ihm Gott das Simile-Prinzip, so Hahnemann**. Er beschrieb seine Erweckung später so: „Ich erbebte vor Freude, denn ich hatte die Homöopathie gefunden. Ich schwor, mich der Wissenschaft zu weihen, in der alles neu geschaffen werden musste.“

Ruhm im hohen Alter

Als Hahnemann bereits 50 Jahre alt war, kam etwas Beständigkeit in sein Leben. Seine neue Heilmethode hatte sich mittlerweile herumgesprochen und ihm etwas Ruhm und auch zahlungskräftigere Patienten eingebracht. Da er seinen Patienten den damals üblichen Aderlass und andere Rosskuren ersparte, und ihnen stattdessen reine Zuckerkügelchen gab, richtete er zumindest keinen Schaden an, was ihn zu seiner Zeit schon zu einem Wundertäter machte. 1810 veröffentlichte er sein Hauptwerk, das „Organon der rationellen Heilkunde“.

Für die medizinischen Fortschritte, die draußen in der Welt von anderen gemacht wurden, interessierte er sich nicht. Wozu auch? Er lehnte die „Allopathie“, wie er alle nicht-homöopathischen Lehren nannte, sowieso ab. **Allopathische Ärzte waren für ihn „mit unverständlicher Afergelehrsamkeit flunkernde Quacksalber“**. Seine Abscheu ging so weit, dass er sogar eigene Anhänger, die auch allopathische Methoden für ihre Patienten nutzen wollten, als „Amphibien“ beschimpfte, die „im Schlamm des allopathischen Sumpfes kriechen“.

Auch in Paris, wohin er in hohem Alter übersiedelte, isolierte er sich in kürzester Zeit. Die anderen 30 bis 40 homöopathischen Ärzte in Paris waren für ihn bloß Scharlatane. Seine Praxis aber florierte. Bald führte er ein Leben in Luxus und er, der so viele Jahre bitterste Not ertragen hatte, blühte trotz seines hohen Alters auf. Er starb mit 89 Jahren.

Chemisch sind fast alle homöopathischen Präparate bloß Zucker.

Gleiches mit Gleichem heilen

Zu 5.: Nach der Ähnlichkeitsregel, dem so genannten **Simile-Prinzip**, sollen Homöopathika im Kranken dieselben Symptome heilen, die sie im Gesunden auslösen. Nach diesem Prinzip suchen auch heute Homöopathen nach dem „passenden“ Präparat. Schildert ein Patient beispielsweise die oben für das Kochsalz genannten Symptome, ist entsprechend Kochsalz das passende Präparat. Vergehen die üblen Gerüche, wird das dann der geistartigen Wirkung des nicht mehr vorhandenen Kochsalzes zugeschrieben.

3. Die Wirksamkeit homöopathischer Präparate

Sigrid Kruse führt als Nutzenbeleg einige Fallbeispiele an. Als akademisch ausgebildete Ärztin sollte sie wissen, dass Einzelfallbeschreibungen keinen Nutzen belegen können. Dafür sind hochwertige Vergleichsstudien nötig. Solche Studien gibt es auch zur Homöopathie, wie sie der 56 Seiten starke Forschungsreader des Deutschen Zentralvereins homöopathischer Ärzte (9) aufführt. Auch bei der Analyse hochwertiger Studien sehen die Autoren des Readers „Hinweise für eine Überlegenheit der klassischen Homöopathie im Vergleich zu Placebo, mithin für einen spezifischen Effekt von Hochpotenzen“. Auch Meta-Analysen würden dies bestätigen.

Das Versagen der Evidenzbasierten Medizin

So wichtig hochwertige Studien nach der Methodik der Evidenzbasierten Medizin für die wissenschaftlich fundierte ärztliche Versorgung sind, so **untauglich sind sie für die Prüfung von geistartigen Wirkkräften**. Immer wieder weisen Autoren darauf hin, dass die a-priori-Plausibilität in die Interpretation von Studienergebnissen einbezogen werden müssen (10, 11). **So schrieb die Statistik-Professorin Regina Nuzzo 2014 in Nature (12): „The more implausible the hypothesis – telepathy, aliens, homeopathy – the**

greater the chance that an exciting finding is false alarm, no matter what the P value is.“

Da die a-priori-Plausibilität der Homöopathie im Rahmen unserer naturwissenschaftlichen Erkenntnisse gleich Null ist, können klinische Studien die Wirksamkeit von Homöopathika weder beweisen noch widerlegen. Ergebnisse zugunsten der Homöopathie sind folglich ein Beleg für die Fehleranfälligkeit der Methodik. Das heißt jedoch nicht, dass die Homöopathie keine wertvollen Erkenntnisse liefern könnte. **Mein Vorschlag: Fallstudien mit rein homöopathischer Behandlung sollten systematisch ausgewertet werden, da sie natürliche Krankheitsverläufe beschreiben. Auf diese Weise ließen sich vermutlich etliche unnötige Behandlungen der wissenschaftlich orientierten Medizin entlarven.**

Abkehr von der Homöopathie

Noch ein abschließendes Wort zu Sigrid Kruse: Offenbar hat sie selbst in ihrer eigenen Klinik die Rückendeckung verloren. Nachdem sich die Klinik zwischenzeitlich etwas halbherzig von der Homöopathie distanziert hatte, ist nun auf der Homepage der Ambulanz „Integrative Pädiatrie“ klipp und klar zu lesen (13): „Homöopathische Arzneimittel kommen im Dr. von Haunerschen Kinderspital hingegen nicht zum Einsatz, da sich nach über 200 Jahren wissenschaftlicher Forschung klar herausgestellt hat, dass ihre Grundlagen nicht mit dem modernen Verständnis der Naturwissenschaft in Einklang zu bringen sind.“ Nach meinem Vortrag in Bad Orb merkte eine ZuhörerIn an, dass Kruses Artikel auch bei Leserinnen und Lesern der Monatsschrift Kinderheilkunde auf erheblichen Widerspruch stieß.

Und doch ist die Homöopathie in allen Bereichen des Gesundheitswesens fest verankert. Kern der Akzeptanz ist der Status als „besondere Therapierichtung“, der die Homöopathika von der üblichen Zulassungsprozedur befreit. Die schützende Hand des Staates erweckt so den Anschein von Seriosität. Auch Jens Spahn hielt nun seine Hand über die Homöopathie. Er hat damit die Gelegenheit ver-

passt, einen klaren Trennstrich zwischen Glauben und Wissen zu ziehen.

Fazit für die Praxis

Die Homöopathie ist eine Heilslehre, die den medizinischen Fortschritt der vergangenen 200 Jahre ebenso negiert wie grundlegende Erkenntnisse der Naturwissenschaften. Homöopathika sind Präparate ohne pharmakologisch wirksame Substanzmengen. Da die Präparate zwar keine Wirkung, und so auch keine Nebenwirkungen haben können, stellt sich die Frage, ob man sie in der Praxis nicht als harmlosen Pillenersatz tolerieren sollte. Ich denke, akademisch ausgebildete Ärztinnen und Ärzte sollen die Homöopathie nicht anbieten.

Die Gründe:

- Wer ein unwirksames Präparat als wirksam darstellt, lügt, handelt also unethisch.
- Wer Homöopathie für eine wirksame Heilmethode hält, verzichtet womöglich auf wirksame Alternativen.
- Wer an Kräfte jenseits der Wissenschaft glaubt, verliert generell objektive Bewertungsmaßstäbe.
- Wer Kinder bei jeder Bagatelle mit „Medizin“ versorgt, unterbindet ihr Vertrauen in ihre Selbstheilungskräfte und öffnet der Medikalisierung Tür und Tor.

Eine persönliche Anmerkung: Die Tagung in Bad Orb mit den Vorträgen von Prof. Dr. Walter Dorsch und mir war meine erste Veranstaltung, in der sich in der anschließenden Diskussion niemand zugunsten der Homöopathie zu Wort meldete. Das gibt Hoffnung.

Literatur beim Verfasser

Korrespondenzanschrift:

Dr. Christian Weymayr
Freier Wissenschaftsjournalist
Schaeferstraße 22, 44623 Herne

Interessenkonflikt:

Ein Interessenkonflikt besteht nicht.

Red.: Keller



Review aus englischsprachigen Zeitschriften

Sichelzellkrankheit: Umfassendes Betreuungsprogramm ab Geburt

Sickle cell disease: a comprehensive program of care from birth

Mariane de Montalembert, Leon Tshilolo, and Slimane Allali. Hematology American Society of Hematology, Education Program 2019; 1: 490-95

Im Jahr 2010 wurden weltweit ca. 300 000 Kinder mit Sichelzellkrankheit geboren, für das Jahr 2050 wird diese Zahl auf 400 000 geschätzt, > 90% davon in Afrika und Indien. In USA und Europa erreichen ca. 94% der Kinder das Erwachsenenalter während in den Ländern der 3. Welt die Mortalität im Kindesalter sehr hoch ist, da fast überall Neugeborenen-Screening (NNS) auf Sichelzellkrankheit, Prävention und Behandlungsmöglichkeiten fehlen. In dieser Arbeit wird eine Übersicht gegeben über Betreuungsmöglichkeiten nicht nur in reichen, sondern auch in ärmeren Ländern. In diesem Abstrakt wird auf die Empfehlungen für Europa eingegangen.

In Ländern mit NNS können Pneumokokkenimpfung, Penicillin-Prophylaxe, Information der Eltern über die Erkrankung und Anleitung zur Milzpalpation frühzeitig durchgeführt werden. Neben den prophylaktischen Maßnahmen ist eine wichtige ärztliche Aufgabe die Aufklärung der Eltern. Viele Eltern, auch wenn sie aus Afrika kommen, geben an, von der Sichelzellkrankheit noch nie gehört zu haben. In Afrika wird die Krankheit sehr häufig immer noch als Makel betrachtet, verursacht durch Hexerei, Bösen Blick oder Strafe Gottes. Oft wird der Mutter die Schuld an der Krankheit des Kindes zugeschoben. Dass es eine Erbkrankheit ist, zu der beide Eltern durch ihre Trägerschaft beigetragen haben, ist oft schwer zu vermitteln und Schuldgefühle sind mit ein Grund, dass Eltern sich oft weigern, die Diagnose zu akzeptieren und sie eine zweite Untersuchung fordern. Neben der Aufklärung

über die lebensbedrohliche Milzsequestration und die Anleitung zur Milzpalpation muß die Familie informiert werden über die Infektgefährdung durch die funktionelle Asplenie. Fieber muß ernstgenommen werden als Warnzeichen und darf nicht mit Antipyretika behandelt werden. Kinder < 5 Jahre mit Temperaturen > 38,5 °C müssen stationär aufgenommen und als Verdacht auf Sepsis behandelt werden. Bei Kindern > 5 Jahren ist der klinische Zustand entscheidend. Die Eltern müssen über Schmerzkrisen und die korrekte Dosierung der Analgetika informiert werden. In Ländern mit einem funktionierenden Gesundheitssystem sollte der Kinderarzt die Grundversorgung (Impfungen, Rezeptierung von Analgetika, ambulante Blutbild-Kontrollen) übernehmen. Die nächstgelegene Kinderklinik sollte vertraut sein mit der Versorgung von Sichelzellpatienten mit Fieber und Schmerz-Episoden. Je nach Verlauf sollten Sichelzellpatienten 1-2 x pro Jahr (nach Bedarf auch häufiger) in einer größeren Klinik mit langjähriger Erfahrung im Umgang mit der Erkrankung vorgestellt werden. Dort sollte die Hydroxycarbamid-Therapie eingeleitet, die Transcranielle Doppler-Sonographie (TCDS) initiiert und die Eltern, und mit zunehmendem Alter auch die Patienten selber, über den Umgang mit der Erkrankung intensiv geschult werden. Eine solche Klinik muß der heimatnahen Kinderklinik als Ansprechpartner dienen und sollte bei Komplikationen die Versorgung übernehmen.

Folgender Zeitplan wird für die Grund-Betreuung vorgeschlagen

Je nach Alter	Ambulante Kontrolle von Blutbild+ Retis bzw. Leber- + Nierenwerte
Ab 9. Lebensmonat bei HbSS, HbSß°Thal, HbSD, HbSOArab	Beginn von Hydroxycarbamid
Vom 2.-16. Lebensjahr bei HbSS, HbSß°Thal, HbSD, HbSOArab	Jährliche TCDS zur ZNS-Infarkt-Prävention
Ab 6. Lebensmonat alle Sichelzellpatienten	Jährliche Grippe-Impfung
Ab 6. Lebensjahr	Jährliche Untersuchung des Urins auf Eiweiß
Ab 7. Lebensjahr alle HbSC Patienten	Jährliche Retinoskopie (Frage: proliferative Retinopathie?)
Ab 10. Lebensjahr (HbSS, HbSß°Thal, HbSD)	Jährliche Retinoskopie
Ab 6. Lebensjahr	US Abdomen (Frage: Gallensteine?)
Unabhängig vom Alter	Stammzell-Transplantation allen HbSS, HbSß°Thal, HbSD, HbSOArab - Patienten, die einen HLA-identischen Familienspende haben, anbieten

Abkürzungen: HbSS: homozygote Sichelzellkrankheit; HbSß°Thal: Sichelzellkrankheit HbSß°Thal; HbSD: Sichelzellkrankheit HbSD; HbSOArab: Sichelzellkrankheit HbSOArab; TCDS: Transcranielle Doppler-Sonographie

Es muß den Eltern vermittelt werden, dass Sichelzellpatienten heute eine gute Chance haben erwachsen zu werden. Voraussetzung dafür sind Kontinuität in der ärztlichen Betreuung und Compliance der Eltern/Patienten.

Kommentar:

Das Neugeborenen-Screening für die Sichelzellerkrankheit soll 2020 oder 2021 in Deutschland eingeführt werden. Alle Pädiater müssen in der Lage sein, die Grund-Versorgung dieser Kinder zu gewährleisten. Da es sich bei der Sichelzellerkrankheit um Mutationen der β -Globin-Kette handelt, und das Neugeborene noch ca. 70 % HbF ($\alpha_2\gamma_2$) hat und noch wenige β Ketten bildet, sind die Kinder in den ersten Lebensmonaten in aller Regel symptomfrei. Hämolytische Anämie, Schmerzkrisen, bakterielle Infektionen und Milzsequestrationen sind meist ab dem 4.-6. Lebensmonat zu erwarten. Die Milz verliert bei HbSS, HbS β^0 Thal und HbSD - Kindern bereits im 1. Lebensjahr (bei den anderen

Phänotypen wie z. B. HbSC, HbS β +Thal nach dem 1. Lebensjahr) die Fähigkeit, Pneumokokken aus dem Blutstrom zu filtern. Diese funktionelle Asplenie bedeutet ein hohes Sepsis-Risiko, das durch Impfung und Penizillin-Prophylaxe bis zum 5. Geburtstag erheblich vermindert werden kann. Hydroxycarbamid sollte allen Kindern mit den Phänotypen HbSS, HbS β^0 Thal, HbSD, HbSOArab ab dem 9. Lebensmonat angeboten werden.

Korrespondenzadresse:

Dr. Roswitha Dickerhoff, Prof. Dr. med. Stefan Eber; Schwerpunktpraxis pädiatrische Hämatologie/Hämostaseologie, München

Welche Diagnose wird gestellt?

Anna Mücke

Anamnese

Ein 11 2/12 Jahre alter Junge wird mit Hautläsionen vorgestellt, die seit Geburt symmetrisch an beiden Wangen bestehen. Im Verlauf seiner Entwicklung habe sich das klinische Bild gewandelt: Die Eltern berichten und Befundfotos aus dem Säuglingsalter dokumentieren (Abb. 1), dass nach der Geburt zunächst pralle Bla-

sen auf beiden Wangen. Diese seien mit der Zeit narbig abgeheilt. In der Familienanamnese findet sich kein Hinweis für ähnliche narbige Läsionen bzw. postpartale Blasenbildung.

Untersuchungsbefund

11 2/12 jähriger Junge in gutem Allgemein- und Ernährungszustand, altersent-

sprechend entwickelt. Hauttyp I. Präaurikulär beidseits zeigen sich symmetrisch angeordnete, atrophe, hypopigmentierte Narben mit einem hyperpigmentierten Randsaum (Abb. 2). Nebenbefundlich bestehen an Wangen und Extremitäten multiple Halo-Naevi, ferner depigmentierte Maculae im Sinne einer Vitiligovulgaris.

Welche Diagnose wird gestellt?



Abb. 1: pralle, intakte Blase links präaurikulär kurz nach Geburt



Abb. 2: atrophe, hypopigmentierte, scharf begrenzte Macula mit hyperpigmentiertem Randsaum rechts präaurikulär

Diagnose

Fokale Faziale Dermale Dysplasie, Typ 4

Die Fokalen Fazialen Dermalen Dysplasien (FFDD) stellen eine Gruppe seltener, vererbbarer Entwicklungsstörungen dar. Ihnen zu Grunde liegt ein gestörter Verschluss entlang der embryonalen Fusionslinien im Gesicht. Charakterisiert werden die Fokalen Fazialen Dermalen Dysplasien durch bitemporale (FFDD Typ 1,2 und 3) bzw. – wie beim präsentierten Fall – präaurikuläre (FFDD Typ 4), symmetrisch angeordnete, Vesikel bzw. atrophe Narben.

Die bitemporale Anordnung der Läsionen ist einer gestörten Fusion des Oberkiefer-Wulstes mit dem Stirnfortsatz während der Embryonalentwicklung geschuldet; aus der fehlerhaften Fusion von Ober- und Unterkiefer-Wulst resultieren die präaurikulären Fehlbildungen.

Nach der Geburt fallen meist zunächst symmetrisch angeordnete solitäre Blasen auf, die vereinzelt bis in das zweite Lebensjahr fortbestehen können. Im Verlauf wandeln sich diese in gut abgrenzbare, atrophe, hypopigmentierte Narben um. Diese Areale sind meistens von einem Haarkranz umgeben. Teilweise zeigt sich das atrophe, narbige klinische Erscheinungsbild schon von Geburt an.

Die FFDD Typ 4 wird autosomal-rezessiv vererbt. 22 Familien wurden bisher in der Literatur beschrieben. Im Gegensatz zu den anderen Typen der FFDD liegen hier keine assoziierten Fehlbildungen weiterer Organe oder Dysmorphien (1) vor. Die Kinder sind normal entwickelt. Mutationen im *CYP26C1* Gen (Chromosom 10q23.33), das zur Cytochrom P450-Familie gehört und den Metabolismus der Retinoinsäure reguliert, wurden beschrieben (2).

Die anderen Subtypen der Fokalen Fazialen Dermalen Dysplasien sollen im Folgenden kurz zusammengefasst werden:

Während bei der autosomal-dominant vererbten FFDD Typ 1 (Syn.: Brauer-Syndrom) keine und nur mild ausgeprägte faziale Dysmorphien beschrieben sind, gehen die autosomal-dominant vererbte

FFDD Typ 2 (Syn.: Brauer-Seitleis-Syndrom) und die FFDD Typ 3 mit fazialen und auch systemischen Fehlbildungen einher. So finden sich bei der FFDD Typ 3 (Syn.: Setleis-Syndrom) u.a. vergrößerte Gesichtszüge und eine knollige Nasenspitze. Es wurden anorektale, urogenitale und kardiale Fehlbildungen beschrieben. Die betroffenen Patienten können eine Entwicklungsverzögerung und Intelligenzminderung aufweisen. Beim Seitleis-Syndrom sind autosomal-rezessive und autosomal-dominante Erbgänge beschrieben. Dem Setleis-Syndrom liegt eine Mutation des *TWIST2*-Gens (Chromosom 2q37.3), eines Transkriptionsfaktors, zugrunde (3).

Diagnostik

Die Diagnose einer Fokale Faziale Dermale Dysplasie Typ 4 wird zunächst klinisch gestellt. Gegebenenfalls kann sich daran eine molekulargenetische Diagnostik anschließen.

Differentialdiagnosen

Differentialdiagnostisch sind von der Fokale Faziale Dermale Dysplasie Typ 4 die oben erwähnten anderen Subtypen der FFDD Typ 1-3 abzugrenzen.

Das klinische Bild erinnert an eine Aplasia cutis congenita (ACC), die jedoch vorwiegend mittelliniennah im Bereich der parietalen Kopfhaut lokalisiert ist. Bei Geburt präsentiert sich die ACC meist als samtartig gerötete, epithelfreie Wunde, die von einer dünnen, pergamentartigen Membran bedeckt wird.

Zur Abgrenzung gegenüber anderen möglichen Differentialdiagnosen kommt der vollständigen Inspektion der Haut am gesamten Integument ein wichtiger Stellenwert zu. So sollte auf Zeichen, welche auf okkulte kraniale oder spinale Dysraphien hinweisen, geachtet werden. Dazu zählt das Haarkranzzeichen (Kranz dichter, kräftig pigmentierter Haare), insbesondere wenn dieses mittelliniennah oder in der Mittellinie auftritt. Kraniale bzw. spinale Dysraphien finden sich häufig in Kombination mit darüberliegenden Hautveränderungen, da die Trennung von neuronalem und kutanem Ektoderm

in der 4. Embryonalwoche unvollständig verlaufen kann. Ebenso wichtig ist die Erhebung der Familien- und Schwangerschaftsanamnese (Infektionen wie z.B. intrauterine HSV-Infektion oder die Einnahme von Thyreostatika).

In die differentialdiagnostischen Betrachtungen müssen auch iatrogene Geburtsverletzungen, Naevi wie z.B. der N. sebaceus, Narben anderer Genese oder andere Syndrome wie z.B. das MIDAS – Syndrom (Mikrophthalmus, Dermal Aplasia, Sklerokornea) mit eingeschlossen werden.

Therapie

Die Fokale Faziale Dermale Dysplasie Typ 4 bedarf keiner therapeutischen Intervention. Gegebenenfalls kann später aus kosmetischer Indikation eine operative Korrektur der Narben erfolgen.

Prognose

Von einer Fokalen Fazialen Dermalen Dysplasie Typ 4 betroffene Patienten haben eine normale Lebenserwartung. Patienten der anderen FFDD-Subtypen, welche möglicherweise unter Entwicklungsverzögerungen und anderen Organfehlbildungen leiden, können je nach Art der Fehlbildungen eine eingeschränkte Lebenserwartung aufweisen.

Literatur

1. Mehrrens SH. A case of focal facial dermal dysplasia type 4. *PediatrDermatol* 2019; 36: 58-59.
2. Lee BH et al. Focal facial dermal dysplasia type 4: identification of novel *CYP26C1* mutations in unrelated patients. *J Hum Genet* 2018; 63: 257-261.
3. Lee BH et al. The focal facial dermal dysplasias: phenotypic spectrum and molecular genetic heterogeneity. *J Med Genet* 2017; 54: 585-590.

Korrespondenzanschrift

Dr. Anna Mücke
Abt. Pädiatrische Dermatologie und Allergologie
Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift
Liliencronstraße 130
22149 Hamburg

Red.: Höger

Pressemitteilung 04/2020 des Deutschen Ethikrates
zur Corona-Pandemie vom 27. März 2020

Solidarität und Verantwortung in der Corona-Krise

Die gegenwärtige Pandemie fordert unsere Gesellschaft in beispielloser Form heraus und führt zu schwerwiegenden ethischen Konflikten. Der Deutsche Ethikrat befürwortet die aktuell zur Eindämmung der Infektionen ergriffenen Maßnahmen, auch wenn sie allen Menschen in diesem Land große Opfer abverlangen. Freiheitsbeschränkungen müssen jedoch kontinuierlich mit Blick auf die vielfältigen sozialen und ökonomischen Folgelasten geprüft und möglichst bald schrittweise gelockert werden. Für diesen schwierigen Abwägungsprozess will der Ethikrat mit seiner veröffentlichten Ad-hoc-Empfehlung „Solidarität und Verantwortung in der Corona-Krise“ ebenso ethische Orientierungshilfe leisten wie für die im Gesundheitssystem drohenden dramatischen Handlungs- und Entscheidungssituationen.

Ethischer Kernkonflikt

Der ethische Kernkonflikt besteht darin, dass ein dauerhaft hochwertiges, leistungsfähiges Gesundheitssystem gesichert werden muss und zugleich schwerwiegende Nebenfolgen für Bevölkerung und Gesellschaft möglichst gering zu halten sind. Das erfordert eine gerechte Abwägung konkurrierender moralischer Güter, die auch Grundprinzipien von Solidarität und Verantwortung einbezieht und sorgfältig prüft, in welchem Ausmaß und wie lange eine Gesellschaft starke Einschränkungen ihres Alltagslebens verkraften kann.

Der Vorsitzende des Deutschen Ethikrates, Peter Dabrock, sagte dazu: „In dieser Krise ungekannten Ausmaßes können wir uns glücklich schätzen, so große Solidaritätsressourcen in unserer Gesellschaft zu besitzen. Wir müssen aber ehrlich sein: Auch mit diesen Ressourcen gilt es sorgsam umzugehen und Spannungen zwischen unterschiedlichen Ansprüchen bedürftiger Gruppen fair auszuhandeln.“

Mandatierte Politiker müssen ihrer politische Verantwortung gerecht werden

Der Ethikrat möchte Politik und Gesellschaft dafür sensibilisieren, die verschiedenen Konfliktszenarien als normative Probleme zu verstehen. Ihre Lösung ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Es widerspräche dem Grundgedanken

demokratischer Legitimation, politische Entscheidungen an die Wissenschaft zu delegieren und von ihr eindeutige Handlungsanweisungen für das politische System zu verlangen. Gerade schmerzhaft Entscheidungen müssen von den Organen getroffen werden, die hierfür durch das Volk mandatiert sind und dementsprechend auch in politischer Verantwortung stehen. Die Corona-Krise ist die Stunde der demokratisch legitimitierten Politik.

Wesentlicher Orientierungspunkt für die nahe Zukunft ist die weitgehende Vermeidung von Triage-Situationen, in denen Ärzte zu entscheiden gezwungen wären, wer vorrangig intensivmedizinische Versorgung erhalten und wer nachrangig behandelt werden soll. Der Staat darf menschliches Leben nicht bewerten und deshalb auch nicht vorschreiben, welches Leben in einer Konfliktsituation zu retten ist. Die Verantwortung, in solchen dilemmatischen Situationen katastrophaler Knappheit medizinischer Ressourcen über Leben und Tod zu entscheiden, sollte aber auch keinesfalls allein den einzelnen Ärztinnen und Ärzten aufgebürdet werden. Schon aus Gründen der Gleichbehandlung, aber auch um der allgemeinen Akzeptanz willen bedarf es vielmehr weithin einheitlicher Handlungsmaximen für den klinischen Ernstfall nach wohlüberlegten, begründeten und transparenten Kriterien. Hierzu sind bereits erste Empfehlungen medizinischer Fachgesellschaften erschienen.

Evaluierung der freiheitsbeschränkenden Infektionsschutzmaßnahmen regelmäßig geboten

Zugleich gilt es, die aktuellen freiheitsbeschränkenden Infektionsschutzmaßnahmen fortlaufend kritisch zu evaluieren. Dem Ziel, die Ausbreitung des Coronavirus erheblich zu verlangsamen, muss zwar auch aus Sicht des Deutschen Ethikrates derzeit die größte Aufmerksamkeit gewidmet werden. Dabei ist jedoch auch jetzt schon die mittel- und langfristig bedeutsame Frage in den Blick zu nehmen, unter welchen Voraussetzungen und auf welche Weise eine geordnete Rückkehr zu einem einigermaßen „normalen“ gesellschaftlichen und privaten Leben sowie zu regulären wirtschaftlichen Aktivitäten erfolgen kann, um die ökonomischen, kulturellen, politischen und psychosozialen Schäden möglichst gering zu halten.

Konkret empfiehlt der Ethikrat für die nächste Zeit unter anderem folgende Einzelmaßnahmen:

- weiteres Aufstocken und Stabilisieren der Kapazitäten des Gesundheitssystems
- Einführung eines flächendeckenden Systems zur Erfassung und optimierten Nutzung von Intensivkapazitäten
- Abbau bürokratischer Hürden und bessere Vernetzung im Gesundheitssystem und mit anderen relevanten Gesellschaftsbereichen
- weiterer Ausbau von Testkapazitäten

- weitere kontinuierliche Datensammlung zu individueller und Gruppenimmunität und zu Verläufen von COVID-19
- breite Förderung/Unterstützung von Forschung an Impfstoffen und Therapeutika sowie Vorbereitung von Förderstrukturen für deren massenhafte Produktion und Einführung
- Unterstützung von interdisziplinärer Forschung zu sozialen, psychologischen und anderen Effekten der Maßnahmen im Rahmen der COVID-19-Pandemie
- Entwicklung von effektiven und erträglichen Schutz- und Isolationsstrategien für Risikogruppen
- eine fundierte Strategie für die transparente und regelmäßige Kommunikation zu ergriffenen Maßnahmen und zur politischen Entscheidungsfindung im Zusammenhang mit COVID-19
- konkrete Berechnungen der zu erwartenden Kosten durch ergriffene Maßnahmen und Alternativszenarien

Der vollständige Wortlaut der Ad-hoc-Empfehlung ist abrufbar unter: <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Ad-hoc-Empfehlungen/deutsch/ad-hoc-empfehlung-corona-krise.pdf>.

Bearbeitung:

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

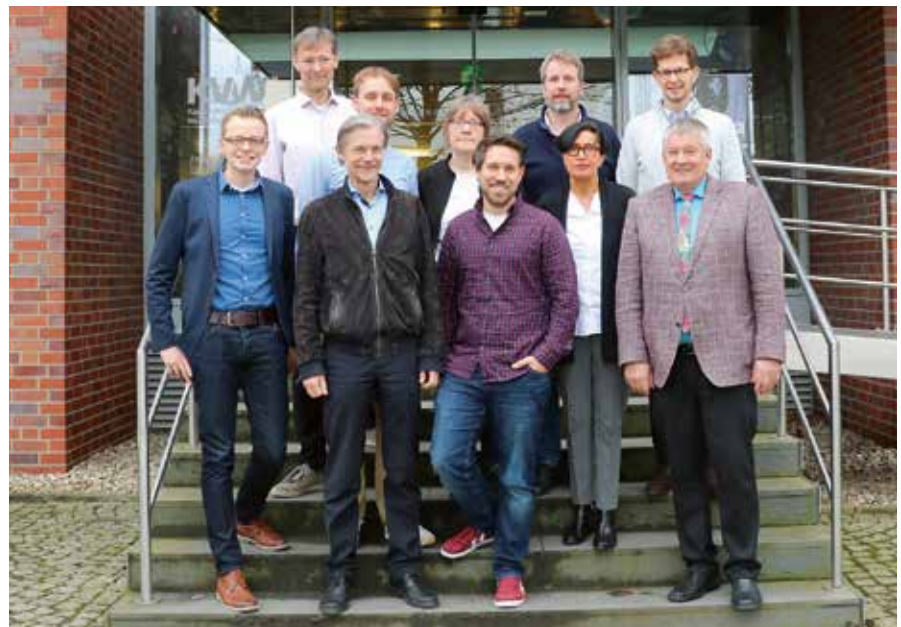
Bericht aus der DAKJ

e-Learning Kommission der DAKJ gegründet

Für das gemeinsame Ziel des Aufbaus und der Entwicklung eines **pädiatrischen e-Learning Angebotes** im Namen der DAKJ wurden seitens der DGKJ, der DGSPJ sowie des BVKJ insgesamt sechs Mitglieder auserwählt, um diese Thematik zusammen im Rahmen einer „**Kommission für e-Learning**“ weiter voranzubringen. Am 14. Februar trafen sich die Mitglieder dieser Kommission zusammen mit Herrn Prof. Dr. Huppertz, dem Generalsekretär der DAKJ, sowie dem Initiator, Herrn Prof. Dr. Schmid aus Altötting, nun erstmalig zur konstituierenden Sitzung in Münster.

Die Entstehung der neuen Kommission geht auf Ideen und Gedanken der „Kommission für Jugendmedizin“ zurück, die erstmalig auf Tuchfühlung mit dem Thema e-Learning im Rahmen des **HAEDDS-Programms** ging und einen Projektaufschlag mit der Charité Berlin startete. Im weiteren Verlauf wurde nun seitens des DAKJ-Vorstandes beschlossen, die zukünftige Projektentwicklung in einer eigenen Kommission zu begleiten und **ein gemeinsames Konzept mit der Akademie für ärztliche Fortbildung der Ärztekammer Westfalen-Lippe** zu entwickeln. Hier besteht eine besondere Kompetenz im Bereich des e-Learning durch eine bereits langjährige Erfahrung mit der **Lernplattform ILEAS** sowie einer Zusammenarbeit mit zahlreichen Kooperationspartnern, unter anderem mit der Bundesärztekammer.

Im Rahmen eines ambitionierten Zeitplanes sollen zunächst erste **Lernmodule**



zu den **Früherkennungsuntersuchungen** entwickelt werden. Hierzu werden die inhaltlichen Vorlagen ausgearbeitet und erfahrene Weiterbilder in die Konzeption eingebunden. Anschließend erfolgt eine moderne digitalisierte Umsetzung durch das erfahrene Team der Akademie unter Einbeziehung einer Vielzahl unterschiedlicher Gestaltungsmöglichkeiten.

Diese Lernmodule, die für jeden Studenten, Weiterzubildenden aber auch gestandenen Pädiater sehr interessant sind, sollen als erstes Testprojekt verstanden werden, um das Ganze einer breiten Basis zukommen zu lassen und im Rahmen einer entsprechenden Evaluation für die Zukunft die richtigen Weichen zu stellen.

Ziel ist eine **übergeordnete pädiatrische Lernplattform der DAKJ**.

Korrespondenzanschrift:

Dr. Sebastian Bartels, 56410 Montabaur
E-Mail: sebastian.bartels@uminfo.de
Mitglieder der Kommission:

Dr. Sebastian Bartels (BVKJ – Sprecher der Kommission)
Dr. Christoph Bornhöft (BVKJ)
Dr. Tillmann Reckert (BVKJ/Vertreter)
Prof. Dr. Dr. Markus Ries (DGSPJ)
Dr. Ulrike Hoffmann (externe Beraterin über DGSPJ)
Dr. Fabian Knörr (DGKJ)

Red.: WH

Corona-Krise und die Versorgungsforschung in der ambulanten Pädiatrie: „We have a dream!“

Es ist Karfreitag, 10.4.2020, seit 4 Wochen haben sich die COVID-19-Ereignisse überschlagen und sie werden sich weiter überschlagen, bis dieses Heft Mitte Mai erscheint. Die Welt befindet sich im Krisenmodus und fährt auf Sicht. Krisen zeichnen sich unter anderem dadurch aus, dass etablierte Vorgehensweisen nicht mehr funktionieren (z.B. selbstverständlich immer streng einzuhaltende Hygienevorschriften auch ohne plötzlich weltweit fehlendes Schutzmaterial) und keiner wirklich weiß, was dann nachhaltig und lebenspraktisch helfen könnte. Wir wollen uns hier auf einen kleinen Punkt konzentrieren, auf den die Krise auch nicht gewartet hat. Denn Krisen warten nie, bis man auf sie vorbereitet ist – sie kommen prinzipiell immer ungelegen⁽¹⁾. Aber dennoch zeigen sie, was jetzt wichtig wäre. Wenn es etwas ist, was auch nach der Krise wichtig bleiben wird, sollten wir es beschleunigt weiterverfolgen, damit es uns dann auch unabhängig vom konkreten Anlass dienen kann.



Till Reckert

Zwei Fragen der COVID-19-Pandemie an pädiatrische Versorgungsforschung

Es gibt im Moment zwei wichtige Fragen, die im derzeitigen Pandemiegeschehen unklar sind, die wichtig bleiben und die für die Altersgruppe der Kinder nur in Kooperation mit niedergelassenen Pädiatern geklärt werden können.

1. Wie wirkt sich medikamentöse Fiebersenkung auf den längeren Verlauf und die Komplikationsraten (nicht nur) bei COVID-19 aus?
2. Wenn Kinder diese Infektion seltener spürbar bekommen, tragen sie sie deswegen eher öfter oder eher seltener weiter?

Die Antworten auf beide Fragen hätten viele praktische Konsequenzen für die ambulante Pädiatrie und die Gesellschaft.

Wie wirkt sich Fiebersenkung auf den Krankheitsverlauf (nicht nur bei COVID-19) aus: Die FeverApp-Registerstudie

Diese erste Frage wurde im Rahmen der COVID-19 Pandemie anlässlich des Ibuprofens kontrovers diskutiert⁽²⁾, ⁽³⁾. Sie wurde in der Regel verengt gestellt: Ist nun bei COVID-19 Ibuprofen oder Paracetamol besser, um das Fieber zu senken? Die ältere, grundsätzlichere Frage wäre: Muss Fieber überhaupt gesenkt werden um die Behandlungsergebnisse zu verbessern oder dient dies „nur“ einer vorübergehenden Symptomunterdrückung um den Preis eines insgesamt eher schlechteren Outcomes⁽⁴⁾.

Diese Frage ist offen. Vieles spricht dafür, dass wir generell zu viele Antipyretika bei Infektionskrankheiten verbrauchen und nicht nur diese Krise uns zum Umdenken anregen könnte⁽⁵⁾. Ein großer Teil der Kinder in der allwinterlichen Akutprechstunde wird wegen Fieber vorgestellt. Einerseits müssen wir gefährliche Ursache erkennen, andererseits geht es aber auch ganz wesentlich darum, Eltern beizubringen, mit Fieber ohne irrationale Ängste klug und entspannt umzugehen, also sogenannte Fiebermittel als das zu verwenden, was sie sind: Nämlich

als Schmerzmittel, die als Nebenwirkung auch Fieber senken⁽⁶⁾.

Beides wird durch die **FeverApp** unterstützt (siehe www.feverapp.de). Sie wird gerade in einzelnen Praxen evaluiert und ist noch nicht für die Allgemeinheit freigegeben. Sie enthält neben fundierten Anleitungen zum Umgang mit Fieber und Hintergrundinformationen auch ein Symptomtagebuch, in dem die Eltern in Echtzeit Krankheitsverläufe eingeben können. Hieraus speist sich ein Register mit detaillierten Verlaufsdaten. Dieses Werkzeug hätte man auch nutzen können, um milde pädiatrische COVID-19-Krankheitsverläufe niedrigschwellig zu dokumentieren und so die diesbezüglichen Dunkelziffern aufzuheben. Aber die COVID-19-Krise hat halt nicht auf die FeverApp bis nächstes Jahr gewartet.

Auch die zweite Frage ist herausfordernd: Wie stark ansteckend sind wenig symptomatische Kinder? – Und andere Fragen an die Allgemeine Ambulante Pädiatrie

Weltweit und so auch in Deutschland tauchen Kinder nur zu einem ganz geringen Teil in den COVID-19 Fallstatistiken auf: Ihre altersbezogene Inzidenz ist bei den 0-14-Jährigen mehr als 5x geringer als bei den 15-34-Jährigen oder den 35-59-Jährigen⁽⁷⁾. Hierfür sind prinzipiell drei Hypothesen denkbar⁽⁸⁾:

- Entweder haben sie weniger Kontakt zu Erkrankten,
- sie infizieren sich seltener, wenn sie Kontakt hatten oder
- sie erkranken weniger sichtbar, wenn sie sich infiziert hatten und werden oft durch stille Feiung immun.

Pädiater glauben (wahrscheinlich zu recht) zumeist an die letzte der drei Hypothesen. Genaueres werden wir erst wissen, wenn in Kürze valide Antikörperteste verfügbar sind. Hieran knüpft sich aber noch eine weitere hochrelevante Frage für die Zukunft: **Wie oft geben Kinder die Infektion weiter, wenn sie selber oligo- oder asymptomatisch erkranken?**

Dies scheint möglicherweise gar nicht so oft der Fall zu sein wie zumeist befürchtet(9). Wenn dies wirklich so wäre, haben Kindergarten- und Grundschulschließungen (und langfristig COVID-19-Kinderimpfungen) einen eher geringen Effekt für die Überlastungsprävention des Gesundheitswesens(8). Vielleicht wissen wir schon im Mai aus anderen Quellen und unserer fortgeschriebenen Erfahrung mehr.

Aber eines können wir jetzt schon sagen: Wenn wir jetzt schon eine gut etabliertes Praxisforschungsnetz hätten, auf dem sich die niedergelassenen Pädiater

mit Interesse an Versorgungsforschung vernetzt hätten und über das man praxisrelevante Befragungen machen könnte, dann, ja dann könnten wir jetzt sehr rasch auch diese Fragen für uns und die Welt bearbeiten.

Ein solches Werkzeug wäre wertvoll auch jenseits der Coronakrise: Z.B. hätte man herausfinden können, ob die angeblich so wichtige Stuhlfarbenkarte, die mit der letzten großen Reform der Kinderrichtlinie eingeführt wurde, irgendein in Deutschland relevantes Problem löst (10), ob der Frequenzhörtest bei der U8 gut durchführbar ist (oder die erforderliche Bestätigungsdiagnostik die pädaudiologischen Kapazitäten verstopft) und ob der Brücknertest in Pädiaterhand so valide ist wie eine apparatives Augenscreening.

Es gibt sehr viele Fragen, die forschende Kliniker nie für die allgemeine ambulante Pädiatrie befriedigend werden beantworten können. Fragen nach den klinischen Hintergründen zu den pädiatrischen Dunkelziffern bei der COVID-19-Pandemie würden dazugehören.

Und weil wir heute – am 10.4.20 – diese beiden Strukturen noch nicht hatten und die Krise auch nicht darauf gewartet hatte, hatten David Martin und Silke Schwarz von der Uni Witten-

Herdecke in der selben Woche, in der dieser Text verfasst und abgestimmt wurde, zwei Webseiten www.co-ki.de und www.co-ki-eltern.de erstellt mit Fragebogentools ihrer Universität und beides im Gespräch mit dem BVKJ-Präsidium. So hofften sie, mit uns – und mit den Eltern in Form von „Citizen Science“ – ganz auf die Schnelle zu Erkenntnissen zu kommen.

Diese Webseite wird bis zum Erscheinen dieses Heftes auf verschiedenen verbandsinternen Wegen online beworben worden sein. Wenn Sie diese Webseite schon kannten, bevor Sie diesen Artikel hier gelesen haben und vielleicht sogar die Umfrage beantwortet hatten, dann wissen Sie, dass Sie Teil einer Berufsgruppe sind, die agil und neugierig auf Krisen reagieren kann. Und wenn Sie diese Webseite noch nicht kannten? Macht nichts, schauen Sie einfach rein: Jede Eingabe zählt.

Literatur bei den Verfassern.

Korrespondenzanschrift:

Till Reckert, 72070 Reutlingen
E-Mail: till.reckert@icloud.com

In Zusammenarbeit mit:

Dominik Ewald, Folkert Fehr,
Uwe Büsching, Silke Schwarz
und David Martin

Red.: WH

Aus dem Blickwinkel von Kindern und Jugendlichen:

„Unser Alltag in der Corona-Krise“

Wie erleben Grundschüler die aktuelle Pandemie? Wie fühlen sich Jugendliche, wenn sowohl der Unterricht als auch die Treffen mit Freunden wegfallen? Welche Erfahrungen machen Schüler mit den Eltern als „Ersatzlehrer“? Dieses und noch viel mehr möchten die Körber-Stiftung und das coronarchiv durch einen Wettbewerb erfahren, zu dem sie Kinder und Jugendliche bis 21 Jahre aufrufen.



versitäten Hamburg, Bochum und Gießen in Zusammenarbeit mit dem Medizinhistorischen Museum Hamburg und dem Museum für Hamburgische Geschichte.

„Das coronarchiv versteht sich als ein freies und offenes

gereichten Beiträge direkt in das Archiv über. Zudem lobt die Körber-Stiftung Buchpreise für die besten Einsendungen aus und wird die Preisträger und ihre Beiträge gesondert präsentieren. Die Stiftung und die Historiker betrachten gerade die Dokumente, Zeugnisse und Erfahrungsberichte der jungen Menschen als „die historischen Quellen von morgen“. Anders ausgedrückt: „Jugendliche von heute werden die Zeitzeuginnen und Zeitzeugen von morgen sein.“

Junge Menschen sollen in unserer Mitmach-Aktion von zu Hause aus auf Spurensuche gehen.“, erklärt Gabriele Woidelko von der Körber-Stiftung. Bei der Art der Präsentation haben die Teilnehmerinnen und Teilnehmer die freie Auswahl: „Ob Foto, kurzes Video oder Audiodokument, ein kreativer oder ein sachlicher Text, ein Interview, ein Plakat, eine Collage – der Kreativität sind keine Grenzen gesetzt.“

Der Wettbewerb, der am 15. Mai zu Ende geht, lehnt sich an das Prinzip des „Geschichtswettbewerbs des Bundespräsidenten“ an, der seit fast 50 Jahren alljährlich von der Körber-Stiftung ausgeschrieben wird. Gesammelt werden sollen Erinnerungen, Fundstücke, eindrucksvolle Erlebnisse oder aufgezeichnete Gespräche. Und die sind – bedingt durch die Digitalisierung – ja auch mit den Großeltern oder Freunden möglich.

Der Bochumer Geschichtsdidaktiker, Professor Christian Bunnberg, sieht im Wettbewerb Chancen für eine spätere Beurteilung der Krise aus einem anderen Blickwinkel: „Durch die Beiträge für die Mitmach-Aktion werden die Perspektiven der Kinder und Jugendlichen auf die Corona-Pandemie dokumentiert. Für die Historikerinnen und Historiker der Zukunft können das interessante Quellen sein.“ Christian Bunnberg ist übrigens Mitinitiator des coronarchiv: ein gemeinsames Public History-Projekt der Uni-

Onlineportal, zu dem alle beitragen können und das allen zugänglich ist. Ziel (...) ist die fortlaufende Sammlung, Archivierung, Kontextualisierung und langfristige Bereitstellung von persönlichen Erinnerungen und Fundstücken zur Corona-Krise.“ Dementsprechend gehen auch alle von Kindern und Jugendlichen ein-

Weitere Informationen finden Sie unter
www.geschichtswettbewerb.de/mitmach-aktion
www.coronarchiv.de

Zusammenstellung und Red.: cb



Kunst und Quarantäne: Kreativ durch die Krise

Wie sich Corona auf Gesundheit, Psyche und Wirtschaft auswirkt, ist täglich in den Nachrichten und Sondersendungen zu erfahren. Doch die Pandemie wird auch Konsequenzen für unser soziales Verhalten haben. Schon jetzt ist erkennbar, wie unterschiedlich Menschen auf die Krise reagieren: überwiegend prosozial und kooperativ, teilweise auch antisozial und egoistisch. Professor Henning Goersch, der an der akkon Hochschule für Humanwissenschaften einen Lehrstuhl für Management in der Gefahrenabwehr innehat, führte dazu erste Befragungen durch. Ziel seiner Untersuchungen, die wir nach Abschluss im KJA vorstellen werden, ist es, Erfahrungen für künftige Notlagen zu sammeln.

An dieser Stelle widmen wir uns jedoch nur der prosozialen Seite und präsentieren Aktionen, die sich zudem durch besondere Kreativität und Originalität auszeichnen. In die Kinder involviert sind, die von ihnen mitgestaltet oder für sie geschaffen wurden.



„schem Musikerküche“. Reduziert auf nur vier Minuten wird die Handlung erzählt – und optisch präsentiert durch „Zutaten“, die ebenfalls im Haushalt zu finden sind. Die Kurtisane Violetta und ihre Geliebter Alfredo werden von Schokoküssen dargestellt. Absolut sehenswert sind die Zuschaueränge, bestehend aus der Nudelsorte Farfalle, und ein Eiffelturm, der aus Toilettenpapierrollen errichtet wurde. Eine Opernkurzfassung, die auch Kinder begeistern wird. Sie finden den Film unter „Hamburg Kitchen Opera La Traviata“ oder über den Link <https://www.youtube.com/watch?v=QdIEEfD3bl>



Der größte Kinderchor der Welt“ geht auf eine Initiative der Kulturorganisation Europa InCanto in Rom zurück. Sie hatte Kinder auf der ganzen Welt aufgefordert, Giacomo Puccinis berühmte Arie „Nessun Dorma“ (Niemand schlafe) aus seiner letzten Oper Turandot zu singen. Ganze 700 Kinder aus verschiedenen Ländern haben mitgemacht und ihre Videos eingesandt. In dem von einem sehr geduldigen Techniker zusammengestellten Film werden sie begleitet von den Musikern des EICO-Europa InCanto Orchestra. Die Kinder haben nicht immer schön gesungen, nicht immer den richtigen Ton getroffen. Aber sie wollten ein Zeichen der Hoffnung

setzen und sind deshalb mit enormer Begeisterung dabei – und das macht den kurzen Film so sehenswert. Zu finden ist er unter anderem hier: <https://www.klassikradio.de/programm/aktuelles/700-kinder-singen-nessun-dorma>

Von der Klassik bis zur populären Musik

Eine ganz anderes Meisterwerk haben die Musiker des Philharmonischen Staatsorchesters Hamburg für eine sehr originelle Aufführung ausgewählt: La Traviata von Giuseppe Verdi. Sonst spielen sie es im Orchestergraben der Staatsoper, dieses Mal als „Miniversion in der heimi-

Von der Oper zum Volkslied: Das berühmte Steigerlied gilt zurecht als Hymne des Ruhrgebiets. Die Idee, es in einer riesigen Mitmachaktion erklingen zu lassen, kam von der Oboistin Sandra Schumacher, die Essener Philharmoniker sorgten für Verbreitung. Am 5. April 2020 pünktlich um 18 Uhr ertönte das Steigerlied in verschiedenen Städten von Balkonen, aus Fenstern, von Bordsteinen. Profimusiker waren ebenso dabei wie begeisterte Amateure. „Wenn es heute gespielt wird, dann zeigt es einfach dieses große solidarische Miteinander hier im Ruhrgebiet“, sag-

te die Initiatorin. Der WDR machte eine Sondersendung daraus, die live ausgestrahlt wurde: <https://www.youtube.com/watch?v=oa7o1uLGMN4>

Vom viralen Hit zum Generationentreff

Ein Schlager sorgt derzeit im Aachener Raum für Begeisterung. Der „singende Kommissar“ Oliver Schmitt hat gemeinsam mit einem Chor aus Feuerwehr und Polizei den Udo-Jürgens-Hit „Und immer, immer wieder geht die Sonne auf“ neu eingespielt. Er richtet sich nicht nur an Senioren, sondern auch an deren Nachbarn. Diese werden eindringlich gebeten, gefährdete Personen in ihrer Umgebung im Auge zu behalten. Damit das Lied auch alle Bürger erreicht, ertönt es täglich aus den Lautsprecherfahrzeugen der Feuerwehr, die durch alle noch so kleinen Straßen fahren. Das ist längst zu einem Highlight für Kinder geworden: Hört man den Song, finden sich Nachbarn auf Balkonen und vor den Türen ein. Ein Generationentreff – bei Einhaltung der Abstandsregel!

Das eingespielte Lied können Sie hier hören: <https://www.staedteregion-aachen.de/de/navigation/aemter/oeffentlichkeitsarbeit-s-13/aktuelles/corona-song/>

Und hier den Bericht über die Straßenaktion sehen: <https://www.youtube.com/watch?v=63F-97d7g4c>

Die Kleinsten sorgen sich um Senioren – ursprünglich kommt die Idee aus Österreich. Initiiert wurde sie von Katharina Krilyszyn, die beim Aufruf nach freiwilliger häuslicher Quarantäne in der eigenen Familie auf Widerstand stieß: Die älteren Mitglieder, die sich noch fit fühlten, sahen sich bevormundet. „Da haben wir uns gedacht, vielleicht braucht es gerade die Kleinsten im Land, um die älteren Menschen wachzurütteln.“ Innerhalb kürzester Zeit wurde ein Video erstellt, in dem Kinder die ältere Generation dazu aufrufen, zuhause zu bleiben. „Geht nicht einkaufen. Es gibt Menschen, die helfen euch dabei.“ ist eine der Aussagen. Noch eindringlicher ist der Aufruf eines Geschwisterpaares: „Treffet euch nicht mit euren Freunden. Machen wir auch nicht.“ Ein „Bitte bleibt gesund. Weil wir doch euch lieben.“ unterstreicht die Botschaft der Enkelgeneration sehr emotional.

Das Video (<https://www.youtube.com/watch?v=u9Gbzuntt4w&feature=youtu.be>) wurde in Österreich zum viralen Hit, in zahlreichen Zeitungen zitiert und von allen großen Sendern ausgestrahlt. Die Initiative Youngestspeakingout geht mittlerweile um die Welt. Die deutsche Variante ist unter dem Titel „Eure Kleinsten im Team Deutschland“ unter anderem hier zu finden: <https://www.youtube.com/watch?v=K85OqTo-oGo>



Übrigens: Die Aussage mit der Hilfe beim Einkaufen stimmt. Davon zeugen unzählige Beispiele, über die in Zeitungen und im TV immer wieder berichtet wird. Maßgeblich daran beteiligt sind Jugendliche, die eigene Initiativen gründen oder sich daran beteiligen. Auch hier fördert die Krise die prosozialen Eigenschaften.

Von Schülern und Lehrern

Ein Video von der Realschule Oberding, einer Gemeinde aus Oberbayern mit gerade mal 6.500 Einwohnern, wurde ebenfalls zum Hit – online und offline. 31 Lehrer haben einen Film für ihre Schüler erstellt, in dem sie sehr persönlich und sehr originell grüßen. Die Reaktionen waren begeistert: bei Schülern, Eltern und selbst bei Externen. Hier können Sie sich den Film anschauen: <https://www.merkur.de/lokales/erding/oberding-ort29189/coronavirus-bayernschulen-lehrer-schueler-video-traenen-botschaft-erding-13644257.html>

Ganz und gar offline war eine Aktion von Schülern aus Radevormwald, die ihren Lehrern mitteilen wollten, dass sie sich auf ein baldiges Wiedersehen freuen: Am Schulzaun haben sie nette Nachrichten, bunte Bilder und ein Plakat angebracht. Auf dem war zu lesen „Wir vermissen euch“.

Von offizieller Seite

Die schulfreie Zeit überbrücken und die Kinder beschäftigen – nicht nur für El-

tern im Homeoffice ein Problem. An der Bewältigung dieser Aufgabe beteiligt sich sogar die Polizei Nordrhein-Westfalen, die unter <https://polizei.nrw/stayathomeaktionen-fuer-kinder> ein originelles Angebot eingestellt hat. Dort schreibt sie: „An alle Mütter, Väter und alle anderen, die in diesen Tagen alles versuchen, um bei den Kindern keine Langeweile aufkommen zu lassen: Sie machen einen tollen Job! Weiter so! Ihre Polizei möchte Ihnen zumindest ein klein wenig dabei helfen. Hier bei uns auf der Seite finden Sie im Downloadbereich jede Menge tolle Bastelanleitungen, Mal- und Rätselhefte und Videos. Wir wünschen Ihnen und Ihren Kindern viel Spaß beim Basteln, Malen und Rätseln und weiterhin viel Durchhaltevermögen! Bleiben Sie für uns zu Hause! Wir bleiben für Sie hier!“ Vom Bastelbogen für einen Streifenwagen, eine Polizeikelle oder -mütze über diverse Malvorlagen, ein Memory und ein Polizei-Fahrzeugquartett ist hier wirklich eine bunte Mischung für die jüngeren Kinder zu finden.

Auch die Kinder- und Jugendärzte bieten Hinweise und Tipps für Eltern und Kindern zur Überbrückung der Isolation auf ihrer Internetseite an: Unter „Was ist eigentlich Corona und wie kann ich mich schützen?“ wurde Wissenswertes für Kinder, Jugendliche und deren Eltern zusammengestellt. „Bewegungsangebote und -ideen“ sowie „Spiel, Spaß und Lesen“ führen zu ausgewählten Internet-Seiten. „Multimediale Lernangebote und Tipps für den Unterricht zu Hause“ listet ge-



prüfte Links auf. Natürlich dürfen wichtige „Unterstützungsangebote und Hotlines“ auf einer solch informativen Seite nicht fehlen. Zu finden ist das alles unter www.bvkJ.de/eltern/

Recherche und Text: cb

Zahlen, Daten, Fakten

Notbetreuung umsichtig genutzt

Natürlich kommt auch diese Rubrik nicht an Corona vorbei. Sie widmet sich der Notbetreuung in Kindergärten und Schulen und zieht einen kurzen Vergleich zum „normalen“ Alltag. Und sie spricht Eltern, Erziehern, Lehrern und Schulleitern ein großes Lob aus!

Mit der Corona-Krise wurde das Wort „systemrelevant“ zu einem alltäglichen Begriff. Er bezeichnet Berufe, die Eltern dazu berechnen, ihre Kinder zur Notbetreuung in Kindergärten und Schulen unterzubringen. Hatte uns bereits das Föderale Bildungssystem einen Flickenteppich beschert, so hätte es bei der Notbetreuung noch schlimmer kommen können. Denn das Krisenmanagement musste von den einzelnen Instituten selbst organisiert werden. Doch denen gelang das mit Bravour. Nicht zuletzt, weil die betroffenen Eltern mit den Angebot sehr sorgsam umgingen.

Anerkannte Berufe

Die systemrelevanten Berufe benennt jedes Bundesland selbst, sie sind jedoch

im Grundsatz ähnlich. Hier die Definition von Baden-Württemberg:

„Kritische Infrastrukturen sind insbesondere

- die Bereiche Energie, Wasser, Ernährung, Informationstechnik und Telekommunikation, Gesundheit, Finanz- und Versicherungswesen, Transport und Verkehr
- die gesamte Infrastruktur zur medizinischen und pflegerischen Versorgung einschließlich die zur Aufrechterhaltung dieser Versorgung notwendigen Unterstützungsbereiche, der Altenpflege und der ambulanten Pflegedienste
- Regierung und Verwaltung, Parlament, Justizeinrichtungen sowie notwendige Einrichtungen der öffentlichen Daseinsvorsorge, soweit Beschäftigte von ihrem Dienstherrn unabkömmlich gestellt werden



© AURELIE LUYLIER, You're Welcome! / Pixabay

- Notfall-/Rettungswesen einschließlich Katastrophenschutz
- Rundfunk und Presse“

Galt zu Anfang noch, dass der/die Alleinerziehende bzw. beide Erziehungsberechtigte in einem solchen Beruf tätig sein müssen, wurde die Regelung nach kurzer Zeit ausgedehnt: In allen Bundesländern reichte aus, dass nur einer der beiden davon betroffen war, der andere ebenso nicht zur Betreuung bereit stand. Kurz darauf erweiterten einige Bundesländer ihre Angebote auf „gefährdete Kinder“, die von den Jugendämtern betreut werden. (Wie sich die aktuelle Krise auf sie und ihre Familien auswirkt, wird sicherlich nach Abklingen genauer untersucht. Zur Zeit liegen dazu noch keine Ergebnisse vor.)

Niedrige Quote

Die beiden Erweiterungen des betroffenen Personenkreises war nur möglich, weil Eltern das Angebot sehr umsichtig genutzt hatten und haben. Hier einige veröffentlichte Zahlen: Rheinland-Pfalz meldete vor Ostern, dass von 520.000 Schulplätzen nur 936 genutzt wurden, bei den 183.000 Kita-Plätzen wurde die Quote mit 1,25 Prozent angegeben. In Berlin wurden von 180.000 Schülern ca. 3.000 vor den Osterferien betreut, das entspricht 1,7 Prozent. Auch in Bayern wurde eine „mäßige Auslastung“ gemeldet, zum Beispiel vom Landkreis München: Von 4.000 Schülern kamen 33 zur regelmäßigen Betreuung.

Die Zahlen weichen nicht stark voneinander ab. Auch im Hinblick auf „überflüssige Diskussionen“ zeigten sich Schulleiter, Lehrer und Erzieher sehr zufrieden



© Esi Grünhagen / Pixabay

mit dem Verhalten der Eltern. Bis auf ganz wenige Ausnahmen konnten alle Berufe der betroffenen Eltern rasch als systemrelevant anerkannt werden.

Vergangenheit und Zukunft

Bei Redaktionsschluss (Ende April) war noch nicht klar, wann und wie die Öffnung der Schulen und Kitas genau erfolgen wird. Deshalb ein kurzer Blick in die „Vergangenheit“ bei den Kindertageseinrichtungen: Im September 2019 meldete das

Statistische Bundesamt eine Steigerung bei der Kindertagesbetreuung unter Dreijähriger von 3,7 Prozent gegenüber dem Vorjahr. Die Zahl stieg zum 1. März 2019 um rund 28.900 auf insgesamt 818.500 Kinder an. Die Quote lag in den westdeutschen Bundesländern bei 30,3 Prozent, im Osten (einschließlich Berlin) bei 52,1 Prozent. Vorreiter war Sachsen-Anhalt mit 58,2 Prozent, Schlusslicht Nordrhein-Westfalen mit nur 28,2 Prozent.

Sehr viel näher lagen die Zahlen bei den 3- bis 6-Jährigen beieinander:

Der bundesweite Durchschnitt war bei 93 Prozent, dabei entfielen auf den Osten 94,2 und auf den Westen 92,7 Prozent. Wie solche Zahlen wieder erreicht werden können, wenn eine Kita-Gruppe nur aus fünf Kindern bestehen soll, muss die Zukunft klären. Zumal gerade dort der gebotene Mindestabstand von 1,50 m gar nicht eingehalten werden kann.

Zusammenstellung und Red.: cb

Buchtipps

ZERO TO THREE

DC:0-5

Diagnostische Klassifikation
seelischer Gesundheit und
Entwicklungsstörungen der
frühen Kindheit

Übersetzt und mit einem Vorwort

von Alexander von Gontard

1. Auflage 2019-09-23 Verlag

W. Kohlhammer; ISBN 978-3-17-

035155-4; 246 Seiten, 49,- €



Psychische Störungen sind bei Vorschulkindern ebenso häufig wie bei Schulkindern und Jugendlichen (10-15%). Mit Hilfe dieser Klassifizierung werden wichtige klinische Weichenstellungen ermöglicht, sie hilft bei der Frage, ob eine Intervention erforderlich ist oder eine Beratung ausreichend ist. Es handelt sich nicht um ein Lehrbuch, sondern um ein Klassifikationssystem.

Es ist ein international etabliertes, unverzichtbares Klassifikationssystem zur Diagnose psychischer Störungen bei jungen Kindern, das auf den neuesten wissenschaftlichen Ergebnissen und klinischen Erfahrungen beruht. Neben der klinischen Diagnose psychischer Störungen bis zum Alter von fünf Jahren können anhand des DC:0-5 auch Beziehungskontexte, körperliche Gesundheit, psychosoziale Stressoren und Entwicklungskompetenzen erfasst und somit eine ganzheitliche Diagnostik ermöglicht werden.

Die lesenswerte Zusammenstellung der deutschen Übersetzung des DC:0-5 Klassifikationssystems zu psychischen Störungen bei jungen Kindern von Geburt bis zum 5. Lebensjahr umfasst in der Achse I die klinischen Störungen dieser Altersgruppe (Neurobiologische Entwicklungsstörungen, sensorische Verarbeitungsstörungen, Angststörungen, affektive Störungen, Zwangsstörungen und verwandte Störungen, Schlafstörungen, Essstörungen, Schreistörungen, Trauma-, Belastungs- und Deprivationsstörungen, Beziehungsstörungen), in Achse II den Beziehungskontext, in Achse III Körperliche Gesundheit und Krankheiten, in Achse IV Psychosoziale Stressoren und in Achse V Entwicklungskompetenzen.

Korrespondenzadresse:

Dr. Wolfram Hartmann, 57223 Kreuztal

E-Mail:

dr.wolfram.hartmann@uminfo.de

Auch über die Krise hinaus:

Bildungsangebote für zu Hause stärken

Corona macht es möglich: Innerhalb kürzester Zeit entstand ein umfassendes Web-Angebot für Schülerinnen und Schüler, das in der unterrichtsfernen Zeit speziell das Interesse an wissenschaftlichen Fächern stärken soll: „Wir bleiben schlau! Die Allianz für die MINT-Bildung zu Hause“. Unter www.mintmagie.de befindet sich seit dem 2. April 2020 eine zentrale Anlaufstelle, die aus den Inhalten von mehr als 50 Anbietern aus dem MINT-Bereich sowie dem Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gespeist und von den Bundesländern unterstützt wird.



Bundesbildungsministerin Anja Karliczek stellte das Projekt der Presse vor: „Gerade in diesen Wochen der Schulschließung ist es wichtig, dass wir die Bildungsangebote für zu Hause besonders stärken. Denn wir möchten die Schülerinnen und Schüler, ihre Eltern und die Lehrerinnen und Lehrer bestmöglich unterstützen. (...) Mit einem neuen vernetzten Web-Angebot möchten wir (...) Interesse wecken, sich auch zu Hause mit Mathematik, Informatik, Naturwissenschaften und Technik zu beschäftigen. Über den Schulstoff hinaus wollen wir zeigen, dass es nicht viel braucht, um in den eigenen vier Wänden zu experimentieren, zu programmieren, Neues zu entdecken und sich für MINT begeistern zu lassen.“

Das sei natürlich kein Ersatz für die schulische Bildung, sondern ein Zusatzangebot, so die Ministerin weiter. Dabei wird sie von der Kultusministerkonferenz unterstützt: „MINT-Fächer sind Zukunftsfächer. Und sie machen Spaß. Mit der neuen Website mintmagie.de haben Schülerinnen und Schüler die Möglich-

keit, spielerisch MINT zu machen.“, kommentiert die KMK-Präsidentin Dr. Stefanie Hubig.

Über die zentrale Internetseite gelangt man zu den abwechslungsreichen Aufgaben und Anregungen der zahlreichen Allianz-Partner. Mit dabei sind die großen Stiftungen wie Siemens und Körber, Unternehmen wie BASF, SAP und bettermarks, aber auch Initiativen wie die Jungen Tüftler, das Haus der kleinen Forscher und Jugend forscht. Dazu sagt das Bildungsministerium: „Die kurzfristig aufgelegte Initiative lässt allen Partnern große Freiheit: Sie können sich als Multiplikatoren oder als Mit-Gestalter beteiligen, jetzt bereits mitwirken oder später dazustoßen, wenn sie gute, qualitätsgesicherte Angebote für zu Hause machen.“

mintmagie.de spricht unterschiedliche Altersgruppen an: „Für Grundschüler gibt es Aufgaben zum Rätseln, Basteln und Malen sowie spielerische Angebote, etwa das virtuelle Labor ‚Virtual Lab BASF SE‘ und den ‚Blue Brain Club‘ der Hertie Stiftung.“ Jugendliche erhalten jede Woche eine neue Knobelaufgabe. Das beschreibt der Präsident der Gesellschaft für Informatik, Hannes Federath: „Mit der Social-Media-Kampagne ‚MINTatHome Challenge‘ wollen wir in den nächsten 12 Wochen möglichst viele Schülerinnen und Schüler über die sozialen Medien erreichen und sie an ein virtuelles Social-Media-Klassenzimmer heranführen. Dafür rufen wir ein breites Netzwerk an Bildungsinitiativen, Verbänden und Organisationen dazu auf,



Durch Scrollen über das Wimmelbild gelangen die Schüler zu den unterschiedlichen Bereichen.

ihre kreativsten Aufgaben aus den Bereichen Informatik, Biologie oder Chemie in digitaler Form zur Verfügung zu stellen.“

Belohnungen winken durch vier Wettbewerbe, die ebenfalls auf der Plattform zu finden sind. Am spektakulärsten ist sicherlich „D3 – Druck: Dein Ding in 3D!“. Dabei sind 14- bis 16-jährige aufgefordert, mit einer beliebigen CAD-Software eine 3D-Konstruktion zu entwerfen. Dem Sieger winkt ein eigener Do-it-yourself 3D-Drucker!

Die Plattform mintmagie.de ist zwar durch die Corona-Krise sehr rasch entstanden, wird aber langfristig bleiben. „Auch wenn der Schulbetrieb wieder aufgenommen werden kann, bleibt das gemeinsame Anliegen bestehen: Das Interesse und die Begeisterung für MINT-Fächer zu wecken und auch für zu Hause spannende, lehrreiche Angebote zu machen.“ Aus diesem Grund sind zwei begleitende Internetseiten entstanden: Mit www.wir-bleiben-schlau.de werden auch Eltern und Lehrer angesprochen, ebenso durch www.bildung-forschung.digital.

Zusammenstellung und Red.: cb



© Nicola Giordano / Pixabay

Buchtipps

Bachmann, Hannsjörg,
Bachmann, Eva-Mareile:
Familien leben: Wie Kinder und Eltern gemeinsam wachsen.
Kösel, München 2019, 384 Seiten,
€ 26 ISBN 978-3-466-31109-5



Die Qualität der Beziehungen in der Familie entscheidet darüber, wie es den Einzelnen geht.

Auf der Grundlage der Bindungstheorie, der enormen Bedeutung, die das Erleben in der Frühen Kindheit auf viele

seelische Qualitäten und unbewusst auf Lebensfreude und Lebensgestaltung hat, haben die Autoren ein Grundlagenbuch zum gemeinsamen Leben und Erleben von Familie geschrieben.

Prof. Bachmann, ein erfahrener Kinderklinikdirektor, der sich zum Ende seiner klinischen Tätigkeit diesem Thema zugewandt hat und seinen eigenen Veränderungsprozess vom funktionierenden Kriegs- und Nachkriegskind über den erfolgreichen Arzt und Wissenschaftler zum beziehungsorientierten Familientherapeuten beschreibt, hat mit seiner Tochter, psychologische Psychotherapeutin und Mutter von zwei Zwillingspärchen, dieses sehr persönliche Buch geschrieben, welches von einer zutiefst humanen Grundhaltung ausgeht und den Aspekt der Beziehungskultur besonders heraushebt.

Die Autoren berufen sich auf den kürzlich verstorbenen dänischen Familientherapeuten Jesper Juul und seinen Basisqualitäten des respektvollen Umgangs miteinander, der Wahrung der persönlichen Integrität, der Echtheit und der aktiven und bewussten Lebensgestaltung. Diese sind, auch wenn sie nicht in der Kindheit verinnerlicht wurden, erlern- und gestaltbar.

Das Buch, welches auch abschnittsweise gut zu lesen ist, gliedert sich in die Bereiche Familie, Paarbeziehung, Eltern-Kind-Beziehung, persönliche und gesellschaftliche Rahmenbedingungen und lässt in einem kurzen Exkurs auch Familien mit außergewöhnlichen Belastungen wie Erkrankungen und psychosozialen Problemen nicht aus.

Familie gelingt, wenn die Integration der persönlichen Wünsche und Bedürfnisse aller gleichberechtigten Familienmitglieder gelingt, nicht perfekt, aber „gut genug“. Unsere pädiatrische Verantwortung liegt darin, an den Rahmenbedingungen, im Kleinen wie im Großen, zu arbeiten und diese zu optimieren. Kinder- und Jugendärzte können daran einen großen Anteil haben, wenn sie die Familie als Ganzes im Auge behalten, besonders im Falle schwerer Erkrankungen und Belastungen.

Korrespondenzadresse:

Stephan Heinrich Nolte
35039 Marburg
E-Mail: shnol@t-online.de

Red.: WH

Geburtstage im Juni 2020

65. Geburtstag

Herr Dr. med. **Ulrich Hilber**, Höchststadt, am 01.06.1955
 Frau Dr. med. **Veronika Fischer**, Seevetal, am 01.06.1955
 Herr Dr. med. **Lothar Heim**, Friedrichshafen, am 02.06.1955
 Herr Dr. med. **Dieter Ladwig**, Köln, am 04.06.1955
 Herr Dr. med. **Hans-Georg Hahn**, Mainz, am 04.06.1955
 Herr Dr. med. **Ahmad Abdallah**, Köln, am 06.06.1955
 Frau **Renate Mangelsdorf-Taxis**, Bönningheim, am 06.06.1955
 Frau Dr. med. **Margarete Zeidler**, Magdeburg, am 08.06.1955
 Herr Dr. med. **Jörg Wehner**, Norderney, am 09.06.1955
 Frau **Erika Hillebrand**, Meerbusch, am 10.06.1955
 Herr Dr. med. **Reinhard Meyer**, Bietigheim-Bissingen, am 12.06.1955
 Frau Dipl.-Med. **Viola Panse-Foth**, Lohfelden, am 15.06.1955
 Herr **Hermann Wittrock**, Mering, am 16.06.1955
 Herr Dr. med. **Bernhard Heeren**, Fürth, am 20.06.1955
 Frau Dipl.-Med. **Gunda Kanders**, Delmenhorst, am 20.06.1955
 Frau Dr. med. **Gabriele Pfläging**, Langenfeld, am 22.06.1955
 Herr Dipl.-Med. **Ghassan Khazim**, Hammelburg, am 22.06.1955
 Herr Prof. Dr. med. **Stefan Eber**, München, am 22.06.1955
 Frau Dr. med. **Andrea Bashiri Kia**, Unterföhring, am 23.06.1955
 Herr **Jürgen Siegler**, Boldela, am 24.06.1955
 Frau Dr. med. **Margitta Knappe**, Dresden, am 24.06.1955
 Frau **Doris Depner**, Offenbach, am 26.06.1955
 Frau Dr. med. **Verena Müller**, Meiningen, am 26.06.1955
 Herr **Franz Storms**, Bielefeld, am 27.06.1955
 Herr Dr. med. **Dieter Krost**, Wiesbaden, am 28.06.1955
 Frau Dr. med. **Angelika Henzler-Le Boulanger**, Lörrach, am 30.06.1955

70. Geburtstag

Frau Dr. med. **Kornelie Jacke-Pfeffer**, Osnabrück, am 03.06.1950
 Herr Dr. med. **Hermann Leuser**, Biberach, am 06.06.1950
 Frau Dr. med. **Hella Hoffmann**, Remseck, am 12.06.1950
 Frau Dr. med. **Irmgard Schornberg**, Krefßberg, am 12.06.1950
 Frau Dr. med. **Bettina Bleize**, Bocholt, am 13.06.1950
 Herr Prof. Dr. med. **Johannes Forster**, Merzhausen, am 13.06.1950
 Herr **Georg Niesert-Skibinski**, Berlin, am 18.06.1950
 Frau Dipl.-Med. **Marion Schellenberg**, Salzwedel, am 20.06.1950
 Herr Dr. med. **Hermann Josef Kahl**, Düsseldorf, am 21.06.1950
 Frau Dr. med. **Brigitte Kneer**, Meßstetten, am 23.06.1950
 Frau **Mina Wagner**, Offenburg, am 26.06.1950
 Herr Dr. med. **Klaus Wagner-Flunkert**, Alfter, am 30.06.1950

75. Geburtstag

Herr **Peter Hantschel**, Schneeberg, am 01.06.1945
 Frau Dr. med. **Michaela Schmitz-Valckenberg**, Koblenz, am 04.06.1945
 Herr Dr. med. **Michael Krins**, Münster, am 06.06.1945
 Frau Dr. med. **Dorothea Bogner**, Heilbronn, am 07.06.1945
 Frau Dr. med. **Gerda Tenhonsel**, Kempen, am 11.06.1945
 Herr Dr. med. **Heinz-Jürgen Rüdiger**, Vörstetten, am 13.06.1945
 Frau Dr. med. **Isolde Martha Decker**, Erfstadt, am 14.06.1945

*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*

Herr Dr. med. **Detlev Thimm**, Berlin, am 21.06.1945
 Herr Dr. med. **Wolfram Hartmann**, Kreuztal, am 21.06.1945

80. Geburtstag und älter

Herr Dr. med. **Christian Hofert**, Hamburg, am 30.06.1940
 Frau Dr. med. **Käte Aurin**, Nordhausen, am 24.06.1940
 Frau **Heide Holtzegel**, Stadtroda, am 22.06.1940
 Herr Dr. med. **Jonathan Aryee**, Geldern, am 15.06.1940
 Herr Dr. med. **Rolf Huenges**, Barskamp, am 11.06.1940
 Frau Dr. med. **Adelheid Boesing**, Münster, am 08.06.1940
 Frau Dr. med. **Birgit Bruch**, Panketal, am 01.06.1940
 Frau Dr. med. **Eva Krämer**, Ulm, am 25.06.1939
 Herr **Gerhard Link**, Bad Münster-Ebernburg, am 18.06.1939
 Herr Dr. med. **Dieter Berger**, Dachau, am 16.06.1939
 Herr Dr. med. **Ernst Fukala**, Halle, am 10.06.1939
 Herr Dr. med. **Frank B. Ayim**, Duisburg, am 07.06.1939
 Herr Prof. Dr. med. **Günter Mau**, Braunschweig, am 06.06.1939
 Frau Dr. med. **Helga de Millas**, Guntersblum, am 30.06.1938
 Frau **Jutta Kantis**, Moers, am 24.06.1938
 Herr Dr. med. **Hans-Georg Kriebel**, Wetzlar, am 22.06.1938
 Herr MU Dr. **Jürgen von Löbbbecke**, Dresden, am 21.06.1938
 Herr Dr. med. **Martin Achilles**, Aachen, am 08.06.1938
 Herr SR Dr. med. **Walfried Walter**, Altenberg/OT Kurort Kipsdorf, am 26.06.1937
 Frau Dr. med. **Maria Hofbauer**, Solingen, am 20.06.1937
 Frau Dr. med. **Renate Jester**, München, am 15.06.1937
 Herr Dr. med. **Christoph Lengsfeld**, Freiburg, am 08.06.1937
 Herr Dr. med. **Hans-Joachim Hiller**, Köln, am 25.06.1936
 Herr Dr. med. **Alois Klemens Putze**, Limburg, am 21.06.1936
 Frau Dr. med. **Ingrid Schröder**, Wittenberge, am 07.06.1936
 Frau Dr. med. **Gisela Wagner**, Weiden, am 05.06.1936
 Herr Dr. med. **Hermann-J. Schumacher**, Stegen, am 23.06.1935
 Frau Dr. med. **Renate Koeberich**, Glashütten, am 20.06.1935
 Herr Dr. med. **Klaus Roggenkamp**, Dortmund, am 06.06.1935
 Frau Dr. med. **Klara Fietzek**, Dahme, am 04.06.1935
 Frau MR **Christine Leuschner**, Rostock, am 26.06.1934
 Frau Dr. med. **Gisela Krohn**, Dortmund, am 25.06.1934
 Herr Dr. med. **Wolfhart-Dietrich Schmidt**, Reutlingen, am 12.06.1934
 Herr Dr. med. **Ulrich Iseke**, Wittlich, am 11.06.1934
 Herr Dr. med. **Gerhard Stephan**, Darmstadt, am 09.06.1933
 Frau MR Dr. med. **Gertrud Mey**, Fernwald, am 05.06.1932
 Herr Dr. med. **Georg Jäkle**, Landshut, am 23.06.1929
 Herr Dr. med. **Anton Schöffner**, Grafing, am 27.06.1928
 Frau Dr. med. **Gerta Weidner**, München, am 03.06.1926
 Herr Dr. med. **Hans-Ulrich Sauerbrei**, Essen, am 25.06.1920

Wir trauern um:

Herrn Dr. med. **Gerd Atzmann**, Sinsheim
 Herrn Dr. med. **Hinrich Schade**, Dillenburg

**Im Monat März konnten wir
10 neue Mitglieder begrüßen.**

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

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

WAHLERGEBNIS

Wahl im Landesverband Bayern
des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e. V.
Wahlperiode 2020-2024

Landesverbandsvorsitzender und 1. Delegierter:
1. stellv. Landesverbandsvorsitzende und 2. Delegierte:
2. stellv. Landesverbandsvorsitzender und 3. Delegierter:
Vorstandsmitglied und 4. Delegierter:
Vorstandsmitglied und 5. Delegierter:
Vorstandsmitglied und 6. Delegierte:
Vorstandsmitglied und 7. Delegierter:
8. Delegierter:
9. Delegierter:
Schatzmeister:
1.-16. Ersatzdelegierter: nach Stimmenanzahl gewählt

Dr. med. Dominik Ewald, Regensburg
Dr. med. Gabi Haus, München
Dr. med. Michael Hubmann, Zirndorf
Dr. med. Martin Götz, Elisabethzell
Dr. med. Wolfgang Landendörfer, Nürnberg
Dr. med. Anke Streuerer, Augsburg
Philipp Schoof, München
Otto Laub, Rosenheim
Dr. med. Martin Lang, Augsburg
Dr. med. Stefan Zeller, Kempten
Prof. Dr. med. Stefan Eber, München,
Dr. med. Christine Wieland, München,
Stefan Leps, Puchheim,
Andreas Blüml, Trostberg,
Dr. med. Johanna Harris, München,
Dr. med. Klaus Schnell, Coburg,
Dr. med. Burkhard Trusen, Bamberg,
Dr. med. Tanja Hemmers, Augsburg,
Dr. med. Susanne Wawatschek, Dierorf,
Dr. med. Constanze Döring, München,
Guido Judex, Regensburg,
Dr. med. Manuel Langer, Würzburg,
Dr. med. Patrick Muzzolini, Kulmbach,
Dr. med. Christian Voigt, Stadtbergen,
Dr. med. Udo Meißner, Bamberg,
Jürgen Marseille, Röttingen

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.



Fortbildungstermine

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

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

19.-21. Juni 2020

**50. Kinder- und Jugendärztetag
Jahrestagung des Berufsverbandes
der Kinder- und Jugendärzte e.V. in Berlin**
Leitung: Prof. Dr. Klaus-Michael Keller, Wiesbaden
Auskunft: ⑤,①

20.-21. Juni 2020

**15. PRAXISfieber-live Kongress für MFA
in Kinder- und Jugendarztpraxen in Berlin**
Leitung: Dr. Michael Mühlshlegel, Lauffen
Auskunft: ⑤,①

08. Juli 2020

#follow BVKJ – im NH München Ost Conference Center
Auskunft: ⑤

11. Juli 2020

**Pädiatrie zum Anfassen in Offenburg
des BVKJ LV Baden-Württemberg**
Leitung: Dr. Christof Wettach, Lahr
Auskunft: ③

02. September 2020

#follow BVKJ – im NH Düsseldorf City Nord
Auskunft: ⑤

02. September 2020

**Jahrestagung des LV Mecklenburg-Vorpommern des BVKJ e.V.
in Rostock**
Leitung: Dr. A. Michel, Greifswald
Auskunft: ①

11.-13. September 2020

Werkstatt Pädiatrie in Lübeck
des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte,
Landesverbände Hamburg, Bremen, Schleswig-Holstein und
Niedersachsen, in den MediaDocks in Lübeck
Leitung: Dr. Stefan Trapp, Bremen, Tel: 0421 570000 Fax: 0421 571000
Dr. Stefan Renz, Hamburg, Tel: 040 43093690, Fax: 040 430936969
Dr. Dehtleff Banthien, Bad Oldesloe, Tel: 04531 3512, F: 045212397
Dr. Volker Dittmar, Celle, Tel. 05141/940134, Fax 05141/940139
Auskunft: ②

12. September 2020

**Jahrestagung des LV Sachsen des BVKJ e.V. in Dresden,
Sächsische LÄK**
Leitung: Dipl.-Med. Stefan Mertens, Radebeul
Auskunft: ①

26. September 2020

Jahrestagung des LV Sachsen-Anhalt des BVKJ e.V. in Magdeburg
Leitung: Dr. Roland Achtzehn, Wanzleben
Auskunft: ①

08.-10. Oktober 2020

48. Herbst-Seminar-Kongress des BVKJ e.V. in Köln
Leitung: Prof. Dr. Klaus-Michael Keller, Wiesbaden
Auskunft: ④,⑤

07. November 2020

bvkj Landesverbandstagung Niedersachsen
im Hotel Niedersachsenhof in Verden/Aller
Leitung: Dr. Tilman Kaethner, Nordenham /
Dr. Ulrike Gitmans, Rhaderfehn, 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

14.-15. November 2020

Praxisabgabeseminar in Fulda
Auskunft: ⑤

① **CCJ GmbH**

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

② **Schmidt-Römhild Kongressgesellschaft, Lübeck**

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

③ **DI-TEXT**

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

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

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

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

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

Stress

STW₅ lindert Magen-Darm-Beschwerden bei Kindern

Stress in jungen Jahren ist keine Seltenheit. Wie eine Studie belegt, leidet circa jedes sechste Kind in Deutschland unter einem hohen Stresslevel.¹ Zu den vielfältigen Ursachen können eine angespannte Familiensituation, miterlebter Streit der Eltern oder Leistungsdruck zählen. Diese Belastung kann körperliche Beschwerden, etwa im Gastrointestinaltrakt, mitverursachen oder verstärken. Die Iberis-amara-Kombination wirkt auch in stressigen Zeiten Magen-Darm-Problemen sicher und effektiv entgegen.

Bauchschmerzen, -krämpfe und Übelkeit sind häufige Beschwerden in der pädiatrischen Praxis. Nicht selten kann eine zu hohe Stressbelastung von Kindern, etwa im Kontext familiärer Spannungen, zur Entwicklung oder Verschlechterung gastrointestinaler Symptome beitragen. Auf die Korrelation zwischen Stress und gastrointestinalen Beschwerden verweist auch Prof. Ahmed Madisch, Facharzt für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Gastroenterologie. Sie ist dem Experten zufolge auf die Koppelung von Enterischem und Zentralem Nervensystem über die Bauch-Hirn-Achse zurückzuführen. „Somit hat eine erhöhte psychische Stressbelastung einen modulierenden Effekt auf das sogenannte Bauchhirn, das über mehr Ganglienzellen verfügt als das Rückenmark. Überdies gibt es deutliche Hinweise für eine Interaktion zwischen dem ZNS und dem Darm-Mikrobiom.“

STW₅: effektiv, verträglich und schnell wirksam

Um auch durch Stress mitverursachte oder verstärkte funktionelle Beschwerden des Verdauungstraktes zu lindern, sollte ein Arzneimittel zum Einsatz kommen, das sanft und verträglich, gleichzeitig aber auch effektiv und rasch für Besserung sorgt. Hier hat sich seit 60 Jahren die Iberis-amara-Kombination Iberogast als verlässlicher Begleiter bewährt. Das Phytopharmakon hat sich in umfangreichen klinischen Studien und Erhebungen an über 50.000 Patienten und im Praxisalltag als wirksam und sicher erwiesen. Im Unterschied zu vielen anderen Arzneimitteln ist es bereits für Kinder ab drei Jahren zugelassen.

Für die Anwendung von STW₅ bei Kindern existiert eine valide klinische Datenlage. So bewerteten in einer retrospektiven Beobachtungsstudie mit 2.350 Kindern bis zu zwölf Jahren 96,4 % bzw. 98,1 % der Prüfarzte die Wirksamkeit bzw. Verträglichkeit von STW₅ als gut/sehr gut. Es wurden weder Interaktionen noch unerwünschte Arzneimittelwirkungen mit möglichem Kausalzusammenhang zum Präparat dokumentiert.² Auch ein Erfahrungsbericht mit über 40.000 Kindern zeigte keine unerwünschten Arzneimittelnebenwirkungen.³ Zudem belegt eine nicht-interventionelle Studie, die 980 Kinder mit Zeichen von Reizmagen- und Reizdarmsyndrom einschloss, die Effektivität und Sicherheit der Iberis-amara-Kombination bei Kindern. 88,6 % der Ärzte stuften die Wirksamkeit des pflanzlichen Kombinationsprodukts als gut oder sehr gut ein. Eine gute oder sehr gute Verträglichkeit attestierten 94,8 %.

Nachgewiesen ist darüber hinaus der schnelle Wirkeintritt von STW₅: Bei den meisten Patienten besserten sich die gastrointestinalen Symptome Innerhalb von 15 bis 30 Minuten nach der Einnahme spürbar.⁴

Multi-Target: Erfolgsrezept für Magen und Darm

Die Effektivität von STW₅ gründet sich auf sein besonderes Wirkprinzip: Durch die enthaltenen neun Heilpflanzenextrakte greift das Phytopharmakon parallel an unterschiedlichen pharmakologischen Zielen an. Das pflanzliche Kombinationsprodukt kann auf diese Weise vielfältig funktionelle und motilitätsbedingte

Expertenfazit zur Therapiesicherheit von STW₅

In einem aktuellen Konsensuspapier zum Einsatz pflanzlicher Arzneimittel bei funktionellen Magen-Darm-Erkrankungen zieht ein internationales Expertengremium ein klares Fazit⁵: Evidenzbasierte Phytotherapeutika, die die gleichen regulatorischen Wirksamkeitsnachweise und Safety-Anforderungen erfüllen, wie sie an chemisch definierte Arzneimittel gestellt werden, sollten bevorzugt eingesetzt werden. Die Iberis-amara-Kombination ist ein Beispiel für ein solches Arzneimittel. Klinische Studien weisen auf eine gute Wirksamkeit hin und belegen ebenso wie toxikologische Studien und die Post-Marketing Pharmakovigilanz die Sicherheit von STW₅.

Magen-Darm-Beschwerden bei Kindern wieder ausbalancieren. Es bekämpft zudem die den Symptomen zugrunde liegenden Pathomechanismen, indem es gestörte Motilität normalisiert, Hypersensibilität verringert, Entzündungen entgegenwirkt und die Säureproduktion hemmt.

Quellen

1. https://www.bepanthen.de/static/documents/stress-bei-kindern/03_abstract_ziegler.pdf, abgerufen am 19.03.2020.
2. Gundermann KJ et al. päd – Praktische Pädiatrie 10/2004; S 408 ff.
3. Leichtle, K. Steigerwald Arzneimittelwerk GmbH, 1999
4. Raedsch R et al. Wien Med Wochenschr 2018; 186: 89–98.
5. Holtmann G et al. Dig Dis. 2019; Nov 26: 1-11; doi:10.1159/000504570

Nach Informationen von Bayer Vital GmbH

Physiologische Infektanfälligkeit: Ab dem 6. Lebensjahr rückläufig

Laut einer retrospektiven Analyse ist die Infektanfälligkeit, in Form sich wiederholender Atemwegsinfekte, ab einem Alter von ca. 6 Jahren rückläufig (1). Dennoch ist fast jeder zwölfte Erwachsene besonders anfällig für Infekte, wie z. B. Erkältungen (2). Unter Imupret® N wurde eine Reduktion des Wiederauftretens erkältungsassoziierter Symptome, wie Halsschmerzen, um 80 % demonstriert (3).



gang hierbei ist der oxidative Burst, welcher durch das Phytopharmakon um bis zu 180 % gesteigert wird (5). Zudem wird die Vermehrung von Erkältungserregern dosisabhängig reduziert und diese somit direkt bekämpft (4). Folglich unterstützt das Phytopharmakon Abwehrprozesse, die in jeder Phase der Erkältung entscheidend sind.

Fazit

Das Phytopharmakon Imupret® N wirkt in jeder Phase der Erkältung und unterstützt den Körper bei der Abwehr von Erkältungserregern. Die 7-Pflanzen-Kombination hilft bereits bestehende Symptome zu lindern und den Krankheitsver-

lauf zu mildern. Zudem kann das Phytopharmakon das Wiederauftreten von erkältungsassozierten Symptomen, wie Halsschmerzen, reduzieren, senkt also die Infektanfälligkeit. Die sehr gute Verträglichkeit macht es zu einem bewährten Präparat für die ganze Familie. Es ist in Tropfen- und Drageeform erhältlich. Die Tropfen sind bereits für Kinder ab 2 Jahren geeignet.

Literatur:

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

Nach Informationen von
Bionorica SE, Neumarkt

Die Analyse wertete retrospektiv die Daten von rund 230 Kindern aus und verdeutlichte, dass mit durchschnittlich 6 Jahren die Infektanfälligkeit verschwand (1). Dennoch bleibt ein signifikanter Anteil der Bevölkerung auch im Erwachsenenalter besonders empfänglich für Atemwegsinfekte (2). Auch wenn die Erscheinungsformen dieser Anfälligkeit im Erkältungsbereich mit dem Lebensalter und dem Entwicklungszustand des Immunsystems variieren (1), eint die Betroffenen ein Wunsch: eine geeignete Therapiemöglichkeit zu deren Reduktion zu erhalten. Durch Imupret® N konnte die Reduktion des Wiederauftretens von erkältungsassozierten Symptomen, wie Halsschmerzen, in einer explorativen Studie demonstriert werden (3). Dazu wurden 40 Patienten mit rezidivierenden Atemwegsinfekten therapiert, die neben einer Basistherapie ergänzend entweder das Phytopharmakon oder Lokalanesthetika (Kontrollgruppe) erhielten. Vier Monate nach Behand-

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

In jeder Phase der Erkältung

Die Reduktion der Infektanfälligkeit beruht auf den pharmakologischen Wirkungen des Phytopharmakons: Es unterstützt die Erkältungsabwehr, indem es die Aktivität der Natürlichen Killerzellen (NK-Zellen) um bis zu 140 % erhöht (4). Als primäre Effektoren des unspezifischen Immunsystems inaktivieren NK-Zellen virus-infizierte Zellen. Frühzeitig eingenommen, kann Imupret® N die massenhafte Vermehrung der Erkältungsviren hemmen und dem Erkältungsausbruch entgegenwirken. Zelluläre Rückstände und Pathogene werden durch die Phagozytose entfernt. Ein wichtiger Abbauvor-

Alpha-Mannosidose

Diagnose und Therapie von seltenen Erkrankungen: eine Herausforderung

Seltene Erkrankungen wie Alpha-Mannosidose werden mit ihrer komplexen Symptomatik häufig übersehen und zu spät diagnostiziert. Dabei steht mit der Enzyersatztherapie Lamzede® (Velmanase alfa) eine Therapieoption zur Verfügung, von der die Betroffenen um so mehr profitieren, je früher die Erkrankung erkannt und therapiert wird.

Alpha-Mannosidose ist eine sehr seltene Erkrankung aus der Familie der lysosomalen Speicherkrankheiten. Weltweit liegt die Prävalenz bei geschätzt 1:1.000.000 Lebendgeborenen.¹ Mutationen im Gen *MAN2B1* auf Chromosom 19 werden autosomal-rezessiv vererbt.^{1,2} Durch die mangelnde Aktivität der Alpha-Mannosidase werden Glykoproteine unzureichend abgebaut, so dass mannosereiche Oligosaccharide in den Lysosomen angereichert werden. Die Beeinträchtigung der Zellfunktion und die vermehrte Apoptose von Zellen ist die Basis der komplexen Symptomatik.³

Die heterogene Symptomatik erschwert die Diagnose. Häufigste Symptome sind faziale Dismorphien, meist beidseitige Hörstörungen, mentale Beeinträchtigungen, rezidivierende Infekte und skelettale Deformitäten.⁴ Auch wenn die Erkrankung nur sehr selten in der Praxis auftaucht, sei es um so wichtiger, die Symptome zu erkennen, um Betroffene in spezialisierte Zentren weiterzuleiten, erläuterte Dr. Christina Lampe, Gießen. Hier kann die enzymatische und molekulargenetische Differentialdiagnostik Gewissheit geben: mittels Screenings kann eine erhöhte Konzentration nicht abgebauter mannosereicher Zucker im Urin bzw. Serum und eine verminderte Enzymaktivität in Leukozyten nachgewiesen werden. Bei einer mikroskopischen Untersuchung der Leukozyten aus peripherem Blut werden Vakuolen sichtbar. Der Verdacht auf Alpha-Mannosidose sollte durch eine genetische Untersuchung bestätigt werden.²

Langer Weg zur Diagnose

Je früher eine Alpha-Mannosidose diagnostiziert und therapiert wird, desto höher ist die Chance, dass Patienten von

der Therapie profitieren. Am Beispiel einer 37-jährigen Frau wurde jedoch deutlich, dass die spezifische Therapie auch noch bei später Diagnose Symptome bessert: Die Patientin hatte mit sichtbarer Symptomatik und Beschwerden 25 Jahre ohne Diagnose gelebt. Ihre mittelschwere Verlaufsform mit skelettalen Anomalien zeigt eine langsame Progression, so dass die Enzyersatztherapie inzwischen greifen kann und nach Aussage der Eltern von ihr gut getragen wird. Schwere Formen der Erkrankung können schon im Kindesalter zum Tod führen, meist als Folge der Beteiligung des zentralen Nervensystems oder einer Myopathie.²

Spezifische Behandlungsoption: Enzyersatztherapie mit Velmanase alfa

Mit Lamzede® (Velmanase alfa) ist seit Juli 2018 eine spezifische Enzyersatztherapie zur Behandlung nicht neurologischer Manifestationen bei Patienten mit leichter bis mittelschwerer Alpha-Mannosidose verfügbar.^{5,6} Velmanase alfa ersetzt oder ergänzt das natürlich vorkommende Enzym Alpha-Mannosidase und führt zu einer Reduktion angereicherter mannosereicher Oligosaccharide.^{5,6} Velmanase alfa wird einmal wöchentlich intravenös als Infusion verabreicht.⁶ Die Behandlung sollte von einem Arzt überwacht werden, der Erfahrung mit der Versorgung von Patienten mit Alpha-Mannosidose oder anderen Enzyersatztherapien zur Behandlung lysosomaler Speicherkrankheiten hat.

In klinischen Studien mit einem Beobachtungszeitraum von bis zu vier Jahren konnte durch die Enzyersatztherapie mit Velmanase alfa die Serumkonzentration der mannosereichen Oligosaccharide signifikant reduziert werden. Zudem wurden

Chiesi gründet globale Geschäftseinheit für seltene Erkrankungen

Die Europäische Union definiert Erkrankungen als selten, wenn nicht mehr als 5 von 10.000 Menschen von ihr betroffen sind. Weltweit gibt es bis zu 8.000 seltene Erkrankungen, in Deutschland leben etwa 4 Millionen Menschen mit einer dieser meist genetisch bedingten Erkrankungen. Mit der Gründung der neuen Geschäftseinheit „Chiesi Global Rare Diseases“ zeigt die Chiesi Gruppe ihr Engagement für Betroffene, um Forschung und Produktentwicklung für seltene und sehr seltene Erkrankungen voranzutreiben.

nachhaltige Verbesserungen bei motorischen Funktionen, der Lungenfunktion und der Lebensqualität erzielt.^{7,8,9}

www.chiesi.de/lamzede-10-mg-pulver-zur-herstellung-einer-infusionslosung

Quellen

1. Beck M et al. Orphanet J Rare Dis 2013;8:88
2. Malm D und Nilssen Ø. Orphanet J Rare Dis 2008;3:21
3. Borgwardt L et al. Orphanet J Rare Dis 2015;10:70
4. Borgwardt L et al. *Pediatr Endocrinol Rev* 2014; 12 Suppl. 1:185-91
5. <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/lamzede> (letzter Zugriff 31.3.20)
6. Fachinformation Lamzede®, Stand: Oktober 2018
7. Borgwardt et al. *J Inher Metab Dis* 2018;41(6):1215-23
8. Harmatz P et al. *Mol Genet Metab* 2018;124(2):152-60
9. Ardigò D et al. *J Inborn Err Metab Screening* 2016;23(3):124-29

Nach Informationen von
Chiesi GmbH, Hamburg

Jetzt von Nestlé BEBA:

Das erste altersoptimierte Stufensystem

Studien lassen den Schluss zu, dass eine hohe Proteinaufnahme im Säuglingsalter das Risiko für Adipositas im späteren Leben erhöhen kann.^{1,2,3,4} Experten empfehlen daher, das Stillen als optimale Ernährung des Säuglings weiter zu fördern und den Proteingehalt von Säuglingsnahrungen möglichst zu reduzieren. Die neue EU-Verordnung macht dies erstmals möglich durch die Absenkung des Mindestgehaltes an Protein nun auch in Folgenahrungen.⁵

Dynamische Muttermilch

Ein hoher Proteingehalt in Säuglingsnahrung entsprach zwar den bislang gültigen gesetzlichen Regelungen, bildete aber, wie man heute weiß, nicht die Proteinzufuhr durch die Muttermilch ab. Ihre Zusammensetzung ist dynamisch und passt sich an den Nährstoffbedarf des Kindes an.^{6,7} Der Proteinbedarf des Kindes ist am Anfang hoch, nimmt jedoch mit abnehmender Wachstumsgeschwindigkeit kontinuierlich ab (Abb. 1). Entsprechend sinkt der Proteingehalt in Muttermilch. Nach der sogenannten „Frühen-Protein-Hypothese“ kann diese Absenkung des Eiweißgehalts einen optimalen Wachstumsprozess des Kindes unterstützen. Denn eine zu hohe Proteinzufuhr im Säuglingsalter führt unter anderem zu vermehrter Fettzellenbildung, beschleunigter Gewichtszunahme und zur frühen Programmierung eines langfristigen Adipositasrisikos, so die Hypothese, die durch die große europäische CHOP-Studie (EU Childhood Obesity Project) bestätigt wurde.⁸ Eine verringerte Proteinaufnahme von Säuglingen – durch Stillförderung wie auch durch Absenken des Proteingehalts in Säuglingsnahrungen – könnte also zu einer langfristig gesunden Gewichtsentwicklung beitragen, so Dr. Mike Poßner, Direktor des Nestlé Nutrition Institutes. Wichtig sei eine gleichzeitig erhöhte Proteinqualität, um alle für einen optimalen Wachstumsprozess wichtigen Inhaltsstoffe wie z.B. die essentiellen Aminosäuren in optimaler Zusammensetzung trotz Reduktion der Quantität bereitzustellen.

Forschung zur Proteinqualität

Seit nunmehr über 50 Jahren betreibt Nestlé Forschung zur Optimierung der Proteinqualität, geleitet insbesondere durch die Erkenntnis aus Studien, dass die Gewichtsentwicklung bei niedrigen Proteinmengen in Säuglingsmilch ähnlich

der von gestillten Babys verläuft. Unter anderem aufgrund der Studienergebnisse von Nestlé kam die EU zu dem Schluss, die Untergrenze des Proteingehalts in Folgenahrung von 1,8 g auf 1,6 g/100 kcal herabzusetzen. Auf Empfehlung der Europäischen Behörde für Lebensmittelsicherheit (EFSA) wurde diese Möglichkeit der Proteinabsenkung in der neuen EU-Verordnung (Delegierte Verordnung [EU] 2018/561) umgesetzt. Dr. Poßner betont, dass das Stillen natürlich immer die beste Nahrung für Säuglinge darstellt. Sollten Mütter jedoch nicht oder nicht ausreichend stillen können, gelte es, dem Säugling eine Ernährung anzubieten, die der eines gestillten Säuglings möglichst nahekommt.

Das erste Stufensystem

Als erste und einzige Säuglingsnahrung führt Nestlé BEBA ein dynamisches Stufensystem mit altersoptimiertem Proteingehalt ein. Anders als bei herkömmlicher Säuglingsnahrung sinkt der Proteingehalt von Anfangsmilch über Folgemilch zu Kindermilch kontinuierlich ab. Durch die hohe Proteinqualität in Nestlé BEBA wird trotz des niedrigen Proteingehalts der gesetzlich vorgeschriebene Mindestgehalt aller lebenswichtigen, essentiellen Aminosäuren erreicht. Die optimierte Proteinzusammensetzung in Kombination mit dem bedarfsgerecht reduzierten Proteingehalt in Nestlé BEBA führen zu einer metabolischen Programmierung einer altersgerecht erwünschten Gewichtsentwicklung.

Studien zeigten zudem, dass die Ernährung mit dem modernen Nestlé BEBA Stufensystem zu einem Wachstum ähnlich dem gestillter Säuglinge führt.



Abb. 1: Der Proteinbedarf des Säuglings ist nicht konstant, sondern nimmt ab. Quelle: mod. nach Fomon SJ et al. 1982: ACJN 35; Suppl 5: 1169-75

Die Gewichtsentwicklung war signifikant niedriger als bei der Ernährung mit herkömmlicher Säuglingsnahrung.

Literatur

1. Haschke F et al.: Metabolic Programming: Effects of Early Nutrition on Growth, Metabolism and Body Composition. In: Bhatia J, Shamir R, Vandenplas Y (eds): Protein in Neonatal and Infant Nutrition: Recent Updates. Nestlé Nutr Inst Workshop Ser, 86, (2016), 87-95
2. Ziegler EE: Kann Säuglingsmilchnahrung mit niedrigem Proteingehalt zur Lösung des Adipositasproblems beitragen? Das NEST 38, 2016, 6-7
3. Inostroza J et al.: Säuglingsmilchnahrung mit niedrigem Proteingehalt senkt die Gewichtszunahme bei Kleinkindern mit übergewichtigen Müttern. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2014; 59; 70-77
4. Alexander DD et al.: Growth of infants consuming whey-predominant term infant formulas with a protein content of 1.8 g/100 kcal: a multicenter pooled analysis of individual participant data. Am J Clin Nutr. 2016 Sep 7
5. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/PDF/?uri=CELEX:32018R0561&from=DE>
6. Thakkar SK, Erdmann P, Destaillets F: Was wissen wir über die Entwicklung von Proteinen in der Muttermilch? NEST 38, (2016), 2-3
7. Lönnerdal, B, Hemell, O: An Opinion on "Staging" of infant formula – a developmental perspective on infant feeding. JPGN Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition 2015 Apr 2.
8. Koletzko et al. Am J Clin Nutr 2009; 2 Weber et al Am J Clin Nutr 2014

Quelle: 2. Irnschenberger Pädiatertreff, 17. November 2019 in Irnschenberg, Nestlé Nutrition GmbH, Frankfurt a. M.

Nach Informationen von Nestlé Nutrition GmbH, Frankfurt

Ich-bin-ok.com: Website für Jugendliche mit ADHS neu gestaltet

„Jeder ist anders. Du bist ok!“ Unter diesem Motto steht die Website www.ich-bin-ok.com, die Jugendliche mit einer Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS) altersgerecht anspricht und informiert. Hier finden die jungen Nutzer leicht verständliche Erläuterungen, Anregungen und hilfreiche Tipps. Es geht nicht nur um ADHS und wie man damit in Schule, Ausbildung und Beruf zurechtkommt, sondern auch um Fragen, die speziell in der Pubertät auftauchen, oder wie junge Betroffene ihre Kreativität und ihren Bewegungsdrang ausleben können. Aktuell hinzugekommen ist der Bereich „ADHS und Sucht“.

Der ADHS-Spezialist MEDICE Arzneimittel Pütter GmbH hat das Jugendportal www.ich-bin-ok.com benutzerfreundlich als Onepager gestaltet, sodass man immer den Überblick behält. Auch Aufmachung und Ansprache sind auf die Zielgruppe abgestimmt, damit sich die jungen Nutzer auf der Website „zu Hause fühlen“. Es wird nicht belehrend, sondern partnerschaftlich und auf Augenhöhe kommuniziert. Dazu gehört das Duzen aber auch die Wahl der Überschriften, wie zum Beispiel „ADHS bringt Power und Probleme“, „Stress in der Schule, Zoff zu Hause“, „Anti Freak-Out Tipp“. Dieses Internetangebot bietet Jugendlichen mit ADHS die Möglichkeit, sich auf ihre eigene Art und Weise mit den für sie relevanten Themen vertraut zu machen und Antworten auf Fragen zu finden, die sie vielleicht Erwachsenen nicht stellen möchten. Es fördert ihr Selbstvertrauen und ihre Fähigkeit, die Herausforderungen ihrer Erkrankung zu meistern und im besten Falle in Stärken zu verwandeln.

Weitere thematische Schwerpunkte der Website sind „ADHS und Pubertät“, „ADHS und Sport“ sowie „ADHS und Kreativität“. Alle Inhalte sind auch in kostenfrei bestellbaren Booklets zusammengefasst, die Sie Ihrem jugendlichen Patienten bzw. seinen Eltern mitgeben oder im Wartezimmer auslegen können. Sie stehen zudem auf der Website zum Download bereit.

ADHS und Sucht: eine große Gefahr

Während in der deutschen Gesamtbevölkerung insgesamt etwa 20% mit Süchten zu kämpfen haben, besteht bei rund der Hälfte der ADHS-Betroffenen eine komorbide Suchtproblematik.^{1,2} Darum

ist es besonders wichtig, jungen ADHS-Patienten die Zusammenhänge nahezubringen, sie mit den potenziellen Suchtquellen vertraut zu machen und sie in die Lage zu versetzen, diese Suchtgefahren zu umschiffen oder sich rechtzeitig professionelle Hilfe zu holen. Der neue Bereich „ADHS und Sucht“ auf dem Jugendportal von MEDICE kann eine gute Ergänzung zum Arztgespräch sein und dabei unterstützen, ein Bewusstsein für die Themen Sucht und abhängiges Verhalten zu schaffen.

Unter „ADHS und Sucht“, ebenso wie im entsprechenden Booklet finden sich für die jugendlichen Leser verständliche Informationen

- zur Suchtentstehung, dem Zusammenspiel von Sucht und ADHS,
- zu den legalen „Einstiegsdrogen“ wie Alkohol und Nikotin,
- zu illegalen Drogen wie Cannabis, Ecstasy und Crystal,
- zu nicht substanzgebundenen Süchten (Internet, Computerspiele, Shoppen/Sport/Sex, Essstörungen) und
- zu Hilfs- und Präventionsangeboten.

Man geht davon aus, dass der bei ADHS vorhandene Dopaminmangel das Risiko für einen Substanzmissbrauch und die Entwicklung von Abhängigkeitserkrankungen erhöht, da Drogen ebenfalls das Belohnungssystem stimulieren.³ Zudem erleben die Betroffenen durch den Konsum, beispielsweise von Nikotin, Alkohol oder Cannabis oft eine deutliche Linderung ihrer Symptomatik. Neben der Suche nach dem schnellen „Kick“



kann man daher den Drogengebrauch zunächst auch als Selbstmedikationsversuch werten, durch den mangelnde Motivation, Konzentrations- und Leistungsfähigkeit behoben werden sollen.

Studien zufolge hat der frühzeitige Beginn einer adäquaten multimodalen Behandlung der ADHS eine suchtpreventive Wirkung. Es konnte unter anderem gezeigt werden, dass der Einsatz von Stimulanzien wie Methylphenidat, insbesondere in retardierter Formulierung (z. B. Medikinet® retard oder Kinecteen®) nicht nur die ADHS-Symptomatik und die daraus resultierenden Alltagsprobleme vermindert, sondern auch das Risiko für Substanzmissbrauch und Suchterkrankungen reduziert.⁴⁻⁶

Literatur

1. www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/gesundheitsgefahren/sucht-und-drogen.html
2. www.adhs-deutschland.de/Home/Begleitstorerungen/Sucht/ADHS-und-Sucht.aspx
3. Nutt et al. Nat Rev Neurosci 2015; 16: 305 - 312
4. Barkley RA et al. Pediatrics 2003; 111:97,109
5. Huss M, Lemkuhl U. J Atten Disord 2002; Suppl. 1: 65-71

Nach Informationen von
MEDICE Arzneimittel Pütter GmbH & Co. KG, Iserlohn

Das weltweit erste nationale Impfprogramm gegen Meningokokken B für Säuglinge zeigt deutlichen Rückgang der Fälle in vergangenen drei Jahrenⁱ

Das *New England Journal of Medicine* veröffentlicht aktuelle Ergebnisse aus Großbritannien.

Die unabhängige Studie aus Großbritannien zeigte die Wirksamkeit aus dem weltweit ersten nationalen Impfprogramm für Säuglinge mit Bexsero.ⁱ Laut Public Health England ging die Zahl der Meningokokken-B-Fälle über einen Zeitraum von drei Jahren um signifikante 75 % zurück und zeigte damit einen konkreten Einfluss des Bexsero-Impfstoffs von GSK auf den Rückgang von Krankheiten bei Säuglingen.

Eine weitere Veröffentlichung heute im *New England Journal of Medicine* zeigt die Ergebnisse der bislang größten Studie zum Meningokokken-Trägertum bei Jugendlichen „B Part of It“ in Südaustralien. Dort zeigten sich keine Auswirkungen auf die Besiedelung des Nasen-Rachen-Raums durch die Bakterien, aber ein deutlicher Rückgang der Erkrankungsfälle durch Meningokokken der Serogruppe B bei geimpften Jugendlichen.ⁱⁱ Diese Ergebnisse bestärken die Notwendigkeit einer Impfung von Risikogruppen, insbesondere von Säuglingen und Jugendlichen, um diese vor Meningokokken-Erkrankungen schützen zu können.

„Beide wichtigen, unabhängigen Studien zeigen, dass Bexsero einen bedeutenden Schutz bietet und Fälle dieser seltenen, aber gefährlichen Krankheit signifikant reduziert“, sagt Dr. Thomas Breuer, Senior Vice President Medical bei GSK. „Dank des nationalen Impfprogramms in Großbritannien und der südaustralischen MenB-Studie sehen Ärzte zusätzlich zu den Ergebnissen klinischer Studien, dass die Impfung in der praktischen Anwendung funktioniert“, so Breuer.

Seit September 2015 wurde britischen Säuglingen als Teil des landesweiten Routine-Impfprogramms im Alter von zwei und vier Monaten der Impfstoff gegen Meningokokken B verabreicht, gefolgt von einer Auffrischung im Alter von einem Jahr.ⁱⁱⁱ Aktuell ist in Europa ein 2+1 Impfschema für Säuglinge erst ab dem Alter von drei Monaten zugelassen, es handelt sich also bei dem verwendeten

Impfschema um einen Off-Label-Use. GSK plant die Verwendung dieser Daten für ein Label-Update. Public Health England berichtet, dass das Programm zu einem anhaltenden Schutz führte, der mindestens zwei Jahre nach der letzten Auffrischung mit zwölf Monaten anhielt. Da die Meningokokken-B-Erkrankung in England in den ersten drei Lebensjahren am häufigsten auftritt, bedeutet dies: Kinder im kritischen Alter von unter fünf Jahren können geschützt werden, wenn das Risiko für Meningokokken-Erkrankungen am höchsten ist.^{i,iv}

Die Ergebnisse zeigten seit Beginn des Impfprogramms einen Rückgang um insgesamt etwa 277 Fälle.ⁱ Bei Kindern, die aufgrund ihres Alters nicht für die Impfung in Frage kamen, wies die Studie keine Abnahme der Meningokokken-B-Erkrankungen auf. „England verfügt über eines der umfangreichsten Impfprogramme der Welt. Die Einführung der MenB-Impfung in 2015 war ein großer Erfolg und rettet seitdem Leben“, so Dr. Shamez Ladhani, beratender Epidemiologe für Public Health England. „Es ist wichtig, dass Babys gegen die unterschiedlichen Meningokokken-Gruppen geimpft werden. Denn dadurch müssen weniger Kinder unter der schweren Erkrankung leiden.“

In Südaustralien nahmen mehr als 34.000 Schüler im 10., 11. und 12. Schuljahr am groß angelegten Meningokokken-B-Impfprogramm „B Part of It“ teil.ⁱⁱ Auch wenn durch die Studie nicht die Verhinderung einer Besiedelung des Nasen-Rachen-Raum durch *Neisseria meningitidis* gezeigt werden konnte, reduzierte das Programm die Erkrankungsfälle bei den Jugendlichen deutlich.ⁱⁱ Nach der Studie hat Südaustralien sein bereits laufendes Impfprogramm gegen Meningokokken B für Säuglinge um Programme für ältere Kinder erweitert. „Wir wissen, dass Jugendliche häufiger Meningokokken-Bakterien in der Nase und im hinteren Teil des Rachens tragen. Obwohl der Meningokokken-B-Impfstoff die Erkrankung wirksam verhindert, wurde

das Trägertum der krankheitsverursachenden Meningokokken-B-Stämme nicht verringert, was darauf hindeutet, dass die Impfung des Einzelnen den besten Schutz vor der Erkrankung bietet, anstatt sich auf eine Herdenimmunität zu verlassen“, sagt Dr. Helen Marshall, Forscherin der südaustralischen Studie.

Invasive Meningokokken-Erkrankungen zeigen einen schnellen Krankheitsverlauf, auch bei zuvor gesunden Säuglingen, Kleinkindern und Jugendlichen.

Bexsero ist derzeit der einzige in Europa zugelassene Meningokokken-B-Impfstoff für Kinder unter zehn Jahren.^{vi} Das britische Impfprogramm für Säuglinge zielt speziell auf die Vorbeugung vor Meningokokken-B-Erkrankungen bei Säuglingen ab.^{vii}

Literatur

- i New England Journal of Medicine. Vaccination of Infants with Meningococcal Group B Vaccine (4CMenB) in England. Jan 23; 382: 309-317. doi: 10.1056/NEJMoa1901229. Epub 2020 Jan 23.
- ii New England Journal of Medicine. Meningococcal B Vaccine and Meningococcal Carriage in Adolescents in Australia. Jan 23; 382:318-327. doi: 10.1056/NEJMoa1900236. Epub 2020 Jan 23.
- iii <https://www.gov.uk/government/collections/meningococcal-b-menb-vaccination-programme>
- iv European Centres for Disease Control (ECDC). Invasive meningococcal disease – Annual Epidemiological Report for 2017. Available at: https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/AER_for_2017-invasive-meningococcal-disease.pdf. Accessed June 2019
- v <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/meningococcal-meningitis>
- vi Bexsero Summary of Product Characteristics <https://www.medicines.org.uk/emc/medicine/28407>
- vii Lancet. 2016 Dec 3;388(10061):2775-2782. doi: 10.1016/S0140-6736(16)31921-3. Epub 2016 Oct 27
- viii GSK Data on file. 2016N297580_01 31 March 2018
- ix BEXSERO Canada Product Monograph, 2019
- x BEXSERO US Product Information, 2019
- xi BEXSERO Brazil Product Information, 2019

Nach Informationen von
GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG

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@

kllinikum-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