

Praxisfieber Info-Post Nr. 3 - 2022

Liebe Mitarbeiter*innen,

nach einem langen arbeitsreichen Sommer stehen wir vor einem Winter mit außergewöhnlicher Infektsituation. Influenza, Parainfluenza, RSV und alle anderen Erkältungsviren machen unseren Patient*innen und damit uns zu schaffen. Dazu haben wir es immer noch mit SARS CoV2 zu tun, mit den Langzeitwirkungen der Corona-Pandemie und vor allem mit dem „long lock-down Syndrom“, wir verzeichnen steigende Zahlen psychiatrischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen. Als wäre das alles noch nicht genug, kämpfen wir in den Praxen mit den Folgen der Klima- und Energiekrise. Heizen in Innenräumen, Strom- und Gasverbrauch, bis zu welchen Temperaturen können wir reduzieren, was ist ein vernünftiges Raumklima? Und dann sind da die vielen Flüchtlinge aus allen möglichen Ländern, die versorgt werden müssen. Mit zunehmender Dauer des Krieges in der Ukraine kommen vor allem immer mehr traumatisierte Familien zu uns.

Der BVKJ sorgt sich angesichts der vielen Probleme um die kurz- und mittelfristige Zukunft der Praxen. Selbstverständlich müssen wir alle „den Gürtel enger

schnallen“, wir dürfen ihn uns aber keinesfalls um den Hals legen lassen. Nullrunden in den kommenden Jahren führen dazu, dass eine Niederlassung in der ambulanten Medizin nicht mehr attraktiv ist, Praxisnachfolger*innen nicht zu finden sein werden. Wenn Sie in den Praxen Waren bestellen, dann sehen Sie heute schon Preissteigerungen um 30% im Medizinbedarf. Energiekosten steigen, auch wenn der Doppelwumm die gravierendsten Folgen abfangen soll. Lohnkosten steigen endlich in einem angemessenen Maß, werden aber nicht ausgeglichen. Bonuszahlungen erfolgen alleine auf dem Rücken der Praxisinhaber*innen, insgesamt 5.500 EUR Coronabonus waren für Sie als MFA 2021/22 möglich, hinzu kommen bis zu 3.000 EUR Inflationsausgleich bis Ende 2024. All dies Leistungen, die die Inhaber*innen selbst tragen im Gegensatz zur Pflege, dort werden Sonderzahlungen von den Steuerzahler*innen getragen. Die Wertschätzung der Leistungen in den Praxen fällt viel zu gering aus. Deshalb haben wir zum Protest aufgerufen.

Vielen Dank, dass Sie uns immer noch in den Praxen unterstützen.

Spannend und informativ:

Praxisfieber Sonderheft Mädchen!

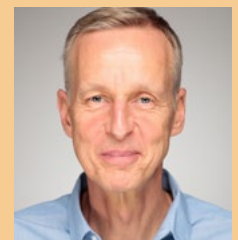
Unser aktuelles Sonderheft widmet sich der Mädchengesundheit – und dies aus gutem Grund: Die Gesundheit von Mädchen, also von Kindern weiblichen Geschlechts, unterscheidet sich von Geburt an von der Gesundheit von Jungen.

Nähere Informationen und Inspirationen finden Sie unter:

<https://www.bvkj.de/mfa>



Es grüßt Sie,
Dr. Ralf Moebus



Dr. Ralf Moebus
Landesverbandsvorsitzender
Hessen
MFA-Beauftragter

Verpassen Sie keine Ausgabe der Praxisfieber Info-Post!

Sie finden bereits erschienene Ausgaben der Praxisfieber Info-Post in unserem Archiv auf der Website des BVKJ speziell für MFAs. Bleiben Sie bestens informiert und beruflich inspiriert:

<https://www.bvkj.de/mfa>



Praxisfieber Info-Post Nr. 3 - 2022

Themen- und Seitenübersicht

Editorial, Dr. Ralf Moebus	Seite 1
Themen- und Seitenübersicht	Seite 2
MFA im Einsatz	Seite 3-7
<ul style="list-style-type: none">● Cannabis - Freigabe zum Freizeitkonsum Erwachsener. Wie wirkt sich das auf Jugendliche aus?● Das e-Rezept: Probleme nicht nur beim Datenschutz● Warum wir gegen die Gesundheitspolitik protestieren● BVKJ plant Image-Kampagne zur Förderung des Berufsbilds MFA	
Kooperationen und Projekte	Seite 8
<ul style="list-style-type: none">● Neues aus dem MeKidS.best-Projekt – Endspurt bei der Datenerhebung	
Fortbildung	Seite 11-12
<ul style="list-style-type: none">● Physician Assistant: „Eine super Möglichkeit für alle MFAs, die mehr im medizinischen Bereich tun wollen“● Neue Termine für Paediatric!● AzubiCamp – Überbetriebliche Ausbildung in der Pädiatrie● Curriculum für Medizinische Fachangestellte „PÄDIATRIE – Prävention im Kindes- und Jugendalter / Sozialpädiatrie“	
Selektivverträge und Versorgungsprojekt	Seite 13-14
<ul style="list-style-type: none">● Neu im Selektivvertragsbereich● BVKJ-PraxisApp: Vielseitige Funktionen, die ihren Praxisalltag erleichtern	
Neues aus der Industrie	Seite 15-18
<ul style="list-style-type: none">● MSD – Pneumokokken-Erkrankungen stellen ein ernstes Risiko für Säuglinge und Kleinkinder dar● Pfizer – Schwere Krankheit durch Meningokokken-Impfung verhindern	
Kontakt und Impressum	Seite 19

Cannabis - Freigabe zum Freizeitkonsum Erwachsener. Wie wirkt sich das auf Jugendliche aus?

Von Dr. Matthias Brockstedt

Die Bundesregierung will Marihuana – in Grenzen! – freigeben. Mit der Freigabe sollen vor allem Kinder und Jugendliche besser geschützt und der Markt kontrolliert und aus der Illegalität geholt werden.

Die Einzelheiten des Eckpunktepapiers im Überblick:

- Cannabis und der Wirkstoff Tetrahydrocannabinol (THC) sollen künftig rechtlich nicht mehr als Betäubungsmittel gelten.
- Der Erwerb und Besitz von maximal 20 bis 30 Gramm "Genusscannabis" zum Eigenkonsum sollen straffrei sein – unabhängig vom konkreten THC-Gehalt.
- Eigenanbau wird in begrenztem Umfang erlaubt: Drei weibliche blühende Pflanzen pro volljähriger Person. Diese müssen vor dem Zugriff von Kindern und Jugendlichen geschützt werden.
- Der Verkauf soll in "lizenzierten Fachgeschäften" und eventuell Apotheken ermöglicht werden. Zutritt nur für volljährige Personen. Keine Werbung für Cannabisprodukte. Kein Versandhandel. Die Menge, die pro Kund*in verkauft werden darf, wird begrenzt.
- "Wegen des erhöhten Risikos für cannabisbedingte Gehirnschädigungen in der Adoleszenz" soll geprüft werden, ob es für unter 21-jährige Käufer*innen eine THC-Obergrenze geben soll.
- Neben der Umsatzsteuer auf Verkäufe ist eine gesonderte "Cannabissteuer" geplant.
- Sogenannte Edibles, also etwa Kekse oder Süßigkeiten mit Cannabis, sollen zunächst verboten bleiben.
- Aufklärung, Prävention, Beratung und Behandlungsangebote sollen ausgebaut, insbesondere niedrigschwellige und flächendeckende Frühinterventionsprogramme für konsumierende Jugendliche eingeführt werden.
- Begleitend sollen Daten zu den gesellschaftlichen Auswirkungen der Cannabis-Freigabe erhoben und analysiert werden. Nach vier Jahren sollen die Regelungen bewertet und gegebenenfalls angepasst werden, vor allem mit Blick auf den Gesundheits-, Kinder- und Jugendschutz sowie mit Blick auf die Straßenverkehrssicherheit.

Regine Hauch

Die Fakten:

Cannabis ist in allen Altersgruppen die am häufigsten konsumierte illegale Substanz. Ein Anstieg der Konsumprävalenz über die letzten Jahre wird sowohl europaweit als auch für Deutschland berichtet. Hierzulande hat etwa jeder zehnte Jugendliche (10,4 %) schon einmal Cannabis probiert (Lebenszeitprävalenz).

Die vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) in Auftrag gegebene CaPRIS-Studie (Cannabis: Potential und Risiken) zeigt, dass das Abhängigkeitspotenzial für Jugendliche hoch ist. Etwa 9 % aller Cannabis-konsument*innen entwickeln über die Lebenszeit eine Cannabisabhängigkeit.

Diese Rate beträgt 17 %, wenn der Cannabiskonsum im Jugendalter beginnt, bzw. 25 bis 50 Prozent, **wenn Cannabinoide im Jugendalter täglich konsumiert werden**. Das betrifft allerdings nur 1 % der gesamten Altersgruppe, die damit aber das große Risiko einer **dauerhaften Hirnschädigung** durch den Wirkstoff Tetrahydrocannabinol (THC) im späteren Leben haben.

Dazu gehören Einbußen in Gedächtnis-, Lern- und Erinnerungsleistungen sowie Minderungen der Aufmerksamkeit, Denkleistung und Intelligenz sowie das Auslösen einer psychotischen Erkrankung.

Akute **unerwünschte Wirkungen des Cannabisrauchens** sind daneben: Angst- oder Panikattacken bis hin zu psychotischen Verfolgungsideen (Horrortrip), Halluzinationen, Störungen des Kurzzeitgedächtnisses (Filmriss), Verwirrtheit oder Ideenfixierung.

Beim Rauchen kann bei Vorerkrankten auch ein Asthmaanfall ausgelöst werden, es kann zur Erhöhung des Augeninnendruckes kommen. Regelmäßiges Rauchen von THC- haltigem Marihuana erhöht das Lungenkrebsrisiko stärker als Tabakrauchen allein.

Das durchschnittliche Alter bei **Erstkonsum** beträgt in Berlin aktuell 14,4 Jahre (Fachstelle für Suchtprävention Berlin gGmbH 2022).

Vom Alkoholmissbrauch wissen wir Pädiater*innen, dass je jünger die Jugendlichen beim Erstkonsum sind (Alkohol 12 - 13 Jahre), desto größer ist ihr Risiko für einen dauerhaften Substanzmittelgebrauchs im Erwachsenenalter.

Wie also umgehen mit diesen Trends und diesen gesundheitlichen Fakten?

Im Gespräch mit Jugendlichen, z.B. in Vorbereitung auf die J1 kann man am Beispiel des deutlichen Rückgangs des Zigarettenrauchens unter Jugendlichen im letzten Jahrzehnt den Blick auf das pädiatrische Konzept der **Resilienz** richten.

Die Frage ist doch nicht so sehr, ob 7,2 % der 12- bis 17- Jährigen rauchen, sondern warum 92,8 % der Gleichaltrigen dieses nicht tun und was sie von den Raucher*innen unterscheidet. Ist es der Sportverein, die Musikschule, sind es ehrenamtliches oder soziales Engagement, das Vorbild der Eltern oder von Influencer*innen bei TikTok oder Instagram? Oder ist es einfach das Vorbild der anderen Klassenkameraden, denn im Jugendalter ist nichts so wichtig wie das Ansehen unter Gleichaltrigen, die sog. „peer education“.

Es gilt, den **Widerspruch** auszuhalten und gegenüber Jugendlichen auch auszusprechen, wie man mit einer gesundheitlich chronisch schädigenden Substanz, die aber auch seit 2016 als Medikament für Krebspatient*innen oder Menschen mit Multipler Sklerose verordnet werden darf (das betrifft ca. 30.000 Menschen), umgehen soll, wenn sie als Freizeitdroge Erwachsenen Entspannung und Wohlbefinden vermittelt. Moderne Drogentherapiekonzepte setzen auf „harm reduction“ also Reduzierung gesundheitlicher Risiken und nicht mehr auf komplette Abstinenz, die oft nicht erreicht wird und nur zu Therapieabbrüchen führt.

Wer heute noch „zero tolerance“ und ein „weiter so wie bisher oder noch strenger“ fordert, versteht nichts von Suchttherapie und kann den eingangs skizzierten Trend zu mehr Cannabiskonsum Jugendlicher unter den bestehenden Verbotsverordnungen nicht stoppen.

Übrigens: eine Analyse der kanadischen Gesundheitsbehörden im Juni 2022 hat gezeigt, dass der Konsum von Cannabis unter Jugendlichen seit der in Kanada 2018 bereits eingeführten gesetzlichen Freigabe an Erwachsene nicht zugenommen hat (<http://www.ccsa.ca/>).

Trotzdem bleibt natürlich der Konflikt, dass infolge einer gesetzlichen Freigabe von Cannabis zum Freizeitkonsum Erwachsener Jugendliche die eingangs geschilderten gesundheitlichen Risiken der Substanz herunterspielen, weil es ja ... „nicht so schlimm sein kann, wenn es zugelassen ist“. Dieses Argument höre ich oft und weise dann auf die Widersprüche hin, die es für viele gesellschaftliche Themen gibt und das wird von den Jugendlichen durchaus verstanden.

Das e-Rezept: Probleme nicht nur beim Datenschutz

Von Daniela Burow

In unserer letzten Praxisfieber-Infopost haben wir über das e-Rezept berichtet, das nach § 360 Abs. 2 SGB V seit dem 01.01.2022 für Vertragsärzt*innen, Apotheken und Patient*innen verpflichtend ist. Den Testlauf hatte das Bundesgesundheitsministerium für Gesundheit über den 01.01.2022 hinaus verlängert. Das bundesweit einzige Pilotprojekt in Westfalen-Lippe startete am 01.09.2022 und wurde am 03.11.2022 aufgrund von Bedenken hinsichtlich des Datenschutzes vorerst gestoppt. Heute möchten wir Ihnen von weiteren Ecken und Kanten in der Umsetzung berichten. Dr. Ralf Moebus ist MFA-Beauftragter und als Vorsitzender des Länderrates Mitglied im Bundesvorstand des BVKJ. Seine Praxis führt er in Bad Homburg und hat dort längst alle erforderlichen technischen Voraussetzungen rund um die Telematikinfrastruktur (TI) erfüllt. Dennoch klappt die Umsetzung in vielen Punkten nicht.

Herr Dr. Moebus, Sie sind ein Befürworter der Digitalisierung, die Sie in Ihrer Praxis bereits umfangreich anwenden. In welchen Bereichen benutzen Sie digitale Dienstleistungssysteme?

Bisher habe ich die Möglichkeiten e-AU, e-Patientenakte (e-PA), e-Rezept, Notfalldatenmanagement (NFDm), Kommunikation im Medizinwesen (KiM) genutzt, die mein Arztinformationssystem (AIS), also die Praxissoftware bietet. Die Anwendungen funktionieren, werden aber nicht nachgefragt von Patient*innen und Eltern. Bei der Transition der Jugendlichen in die Allgemeinmedizin biete ich immer die Mitnahme der Unterlagen digital an, aber selbst die Jugendlichen sind nicht bereit, ihre e-PA zu befüllen. Anders das NFDm, das wurde bereits nachgefragt. Die Kommunikation per Mail über die Telematikinfrastruktur (TI) nutzt noch niemand in meiner Umgebung.

Wo empfinden Sie diese Bausteine derzeit als Erleichterung?

Bislang sehe ich nur Potential zur Erleichterung, fürchte aber, dass es weiter an der Umsetzung durch die „gematik“ scheitert.

Bei den Versuchen, das e-Rezept und die e-AU in die Abläufe zu integrieren, haben Sie schlechte Erfahrungen gemacht. Wo genau traten Probleme auf?

Das Versenden der e-AU funktioniert reibungslos, mich ärgert aber der weiterhin nötige Papierausdruck für Patient*innen und Arbeitgeber*innen. Hierfür sollten papierlose Lösungen gefunden werden. Die Stapelsignatur sehe ich bei der e-AU als unproblematisch. Anders beim e-Rezept: das Signieren eines einzelnen Rezepts benötigt in meinem AIS 30 Sekunden und dauert damit viel zu lange. Die sogenannte Komfortsignatur, die das Eingeben der PIN des elektronischen Heilberufsausweises (eHBA) für den Arbeitstag überflüssig macht, kommt für mich nicht in Frage. Die Aktivierung der Komfortsignatur käme einem Stapel blanko unterschriebener Rezepte gleich.

Fragen viele Eltern und Patient*innen nach einem e-Rezept?

Da die Patient*innen nicht wissen, ob sie eine Apotheke finden, die das e-Rezept einlösen kann, verzichten noch alle auf das e-Rezept.

Sind viele Apotheken in ihrer Region e-Rezept-fähig?

In meiner Region sind nur wenige Apotheken e-Rezept-fähig. In Frankfurt musste ich vier Apotheken aufsuchen, um eines einlösen zu können. Die ersten drei haben angegeben, dass sie diese Anwendung nicht umsetzen und auch in absehbarer Zeit kein Interesse daran hätten. In der vierten Apotheke habe ich für eine lange Schlange gesorgt. Drei Mitarbeiter*innen kümmerten sich um eine Packung Medikamente. Immerhin habe man dort – mitten auf Deutschlands beliebtester Einkaufsstraße, der „Zeil“ – erst zwei e-Rezepte eingelöst.

Wo liegen Ihrer Ansicht nach die Fehler? Wurde das Ganze zu früh eingeführt?

Das Problem liegt darin, dass es – ohne die Stimmen der Nutzer*innen zu beachten – umgesetzt werden soll. In Pilotregionen ist das Projekt „e-Rezept“ bereits wieder beendet worden, Datenschutzbedenken werden hier genannt. Rund um die TI finden sich viele handwerkliche Fehler, die das Arbeiten mit dieser Technologie erschweren.

Hinzu kommt der hohe finanzielle Aufwand, nicht nur durch die Anschaffung und Wartung der benötigten Hardware, sondern auch durch Störungen des Praxisbetriebes, die Zeit und damit Geld kosten.

Was wünschen Sie sich als Praxisinhaber für den weiteren Verlauf?

Digitalisierung muss Abläufe vereinfachen, im besten Falle auch beschleunigen. Wir müssen durch Innovation umwelt- und klimaschonend wirksam werden.

Wir fordern eine vollumfängliche Erstattung aller Kosten, dies schließt selbstverständlich auch die in den Praxen entstehenden Kosten ein.

Warum wir gegen die Gesundheitspolitik protestieren

Die flächendeckende medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen ist nicht mehr sichergestellt.

Dagegen protestieren wir, wir streiken und wir informieren über die Medien die Öffentlichkeit über die unerträglichen Missstände. Wir wollen nicht dazu gezwungen werden, täglich Eltern abzulehnen, die mit ihren Kindern in unsere Praxen kommen und um Hilfe bitten.

Selbst die Versorgung Neugeborener ist vielerorts gefährdet, den BVKJ erreichten bereits Anfragen verzweifelter Eltern, die keine Praxis fanden, um eine U3 durchzuführen. Obwohl sie bereit waren, eine Anfahrt von mehr als einer Stunde in Kauf zu nehmen. Auch in den Kliniken herrscht Not. Bettenschließungen sind nicht die Ausnahme, sie sind die Regel.

Es ist schon lange keine Seltenheit mehr und auch nicht durch die Pandemie bedingt, dass Kinder zur stationären Versorgung durch die Republik gekarrt werden. Als alle Frankfurter Kinderkliniken die Versorgung eines Kindes ablehnten, fuhren die Eltern 50 Kilometer nach Darmstadt. Dort konnte man das Kind auch nicht aufnehmen, das zugesagte Bett war in der Zwischenzeit von einem anderen Notfall belegt worden. Die verzweifelten Eltern fuhren weitere 50 Kilometer nach Worms, dort fanden sie schließlich Hilfe. Im Falle einer septischen Erkrankung wäre diese Odyssee schlimm ausgefallen, das Kind hätte schweren Schaden genommen.

Auch der Öffentliche Gesundheitsdienst kommt lange nicht mehr allen Aufgaben nach, in manchen Regionen sind noch immer die Schuleingangsuntersuchungen ausgesetzt. Verantwortlich ist die Politik.

Ständige Missachtung und Geringschätzung medizinischer Leistungen im ambulanten Sektor führen zu hoher Unzufriedenheit. Schon heute überlegen sich Praxisinhaber*innen und ihre MFAs, vorzeitig ihre Tätigkeit einzustellen und Leistungen nicht mehr anzubieten.

Wenn wir nicht durch unseren Protest auf die Missstände aufmerksam machen, wird sich an der Gesundheitspolitik nichts ändern. Deshalb fordern wir:

- Wertschätzung aller in der ambulanten Kinder- und Jugendmedizin Tätigen
- Eine Telematikinfrastruktur, die Praxisabläufe beschleunigt
- Abbau der Bürokratie in den Praxen
- Entbudgetierung ärztlicher Leistungen wie im Koalitionsvertrag vorgesehen und eine auskömmliche Finanzierung der Kinder- und Jugendmedizin in allen Bereichen



BVKJ plant Image-Kampagne zur Förderung des Berufsbilds MFA

Wie Ihnen sicherlich bestens bekannt ist, herrscht in Deutschland ein akuter Mangel an Medizinischen Fachangestellten (MFA). Dabei ist pädiatrische ambulante Medizin ohne gut ausgebildete MFA vollkommen undenkbar! Aus diesem Grund will der BVKJ eine bundesweite **Kampagne zur Unterstützung und Förderung des Berufs der Medizinischen Fachangestellten** durchführen. Erstes Ziel dieser Kampagne soll die Steigerung der Attraktivität des Berufs sein, um mehr junge Menschen für den Beruf der MFA zu begeistern. Als zweites Ziel soll eine wirtschaftlich angemessene Anpassung der kassenärztlichen Honorierung zum Ausgleich tariflicher Lohnerhöhungen bei MFA sowie inflationsbedingter Verluste erreicht werden.

Konkret soll eine Agentur beauftragt werden, die die bundesweite Kampagne für den BVKJ konzipiert und umsetzt. Vorgespräche mit möglichen Agenturen, die über eine Kompetenz in der Gesundheitskommunikation verfügen, sind bereits geführt worden. Dabei hat uns ein Konzept besonders überzeugt: „**Kinder brauchen Held*innen**“: Weil Heldentum nicht immer in erster Reihe passiert – Unterstützung, Hilfe und Verantwortung – oder einfach nur ein Lächeln. Denn Gesundheit ist oft auch mit Angst verbunden und

genau hier brauchen Kinder und Familien das sichere Gefühl, von Menschen umgeben zu sein, die sie niemals im Stich lassen.

Die Kampagne soll sowohl aktuell tätige MFA erreichen, um das Ansehen ihres Berufs zu verbessern, als auch Schüler*innen und Ausbildungssuchende, um sie als potentielle neue MFA zu werben. In der Kampagne sollen **in Kinderarztpraxen tätige MFA als authentische Werbebotschafter*innen** zu Wort kommen, die die Vorzüge ihres Berufsbilds glaubhaft darstellen können. Hierfür konnten bereits drei engagierte MFA-Botschafterinnen gewonnen werden. Wenn Sie auch Interesse haben, sich einzubringen, sind Sie herzlich dazu aufgerufen, sich bei Dr. Ralf Moebus, dem MFA-Beauftragten des BVKJ, unter r.moebus@uminfo.de zu melden. Geplant ist unter anderem der Launch eines **Instagram-Kanals von und für MFA in pädiatrischen Praxen**, der von den MFA-Botschafterinnen mit Inhalten bespielt werden soll.

Im nächsten Schritt wird eine Agentur ausgewählt werden, die den BVKJ bei der Umsetzung der MFA-Kampagne unterstützt. Anschließend geht es in die konkrete Ausarbeitung des Konzepts. Der Start der Kampagne ist für Frühjahr 2023 geplant.



Neues aus dem MeKidS.best-Projekt – Endspurt bei der Datenerhebung

Seit Januar 2021 sind die beteiligten Praxen im MeKidS.best Projekt dabei, ihre MeKidS.Fälle quartalsweise in den Inzidenzberichten zu dokumentieren. Außerdem können seit Anfang des Jahres die abgeschlossenen Fälle in die Evaluationsdokumentation eingegeben werden. Da in den Praxen sowohl personalseitig als auch patient*innenseitig viele Infekte auftreten, stellt die Dateneingabe noch eine zusätzliche Herausforderung für die beteiligten Praxen dar. Nun ist zum Ende des Jahres auch ein Ende der Datenerhebung abzusehen. Für die MeKidS.Praxen geht es damit in den Endspurt. Das bedeutet: Alle Fälle, die bis einschließlich Dezember 2022 abgeschlossen werden, sollen bis spätestens Januar 2023 dokumentiert werden.

Neben der Datenerhebung wurde aber auch der Netzwerkaufbau im Projekt weiter unterstützt. Dazu fand am Mittwoch, dem 24. August 2022 das dritte große Netzwerktreffen im Projekt statt.

Der Fokus der Veranstaltung, die wieder in Präsenz stattfinden konnte, lag diesmal auf dem Kinderschutzgesetz NRW und seiner Umsetzung in die Praxis. Erneut gab es Gelegenheit, sich in kleineren Arbeitsgruppen mit den lokalen Akteur*innen im Kinderschutz professionsübergreifend auszutauschen. Es fanden sehr lebhaftes Gespräche statt. Die letzte Netzwerkveranstaltung in diesem Jahr ist für Freitag, den 09. Dezember 2022 angedacht. Eine Zusammenfassung sowie Impressionen von dieser und den vorangegangenen Veranstaltungen ist auf der MeKidS.best-Webseite zu finden (siehe Infobox).

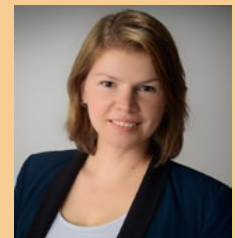
MeKidS.best wird von Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses gefördert. Für Fragen und Anregungen zum Projekt steht Ihnen Dr. Hammer als direkte Ansprechpartnerin im Projekt jederzeit gerne zur Verfügung.



Dr. P.H. Andreas Plate
Hauptgeschäftsführer &
Rechtsanwalt



Dr. Monica Naujoks
Leitende Projektärztin



Dr. Antje Hammer
antje.hammer@bvkj.de

MeKidS^{best}
Medizinischer Kinderschutz

Infobox

Weitere Informationen zum Projekt: [MeKidS.best-Website](#)

Link zu den Netzwerktreffen: <https://mekids-best.de/netzwerktreffen/>

Ansprechpartnerin Dr. Antje Hammer: antje.hammer@bvkj.de

Physician Assistant: „Eine super Möglichkeit für alle MFAs, die mehr im medizinischen Bereich tun wollen“

Von Daniela Burow

Barbara Holl aus Stuttgart ist Medizinische Fachangestellte mit den Weiterbildungen zur Praxis- und Abrechnungsmanagerin. Ihren Beruf empfand sie zu „verwaltungslastig“. Um wieder mehr im medizinischen Bereich arbeiten zu können, absolviert sie jetzt das Bachelorstudium zum Physician Assistant (PA), siehe Infobox.

„Den Studiengang gibt es schon seit 2005“, weiß die MFA, die jetzt im 5. Semester ist. Das Studium sei für sie erst zu einem späteren Zeitpunkt interessant geworden. „Früher war es nur in Kooperation mit Kliniken machbar. Das ist ein Hinderungsgrund für alle, die keine Schicht- und Wochenenddienste machen möchten – auch für mich.“

Seit einiger Zeit gibt es die Möglichkeit, die erforderlichen Praktika auch bei niedergelassenen Ärzt*innen zu machen. „Wir müssen 20 Stunden pro Woche arbeiten. Der Arbeitgeber schließt einen Kooperationsvertrag ab, in dem er bestätigt, dass er uns alles Erforderliche beibringt.“ Barbara Holl hatte diese Option über eine Werbung in Facebook realisiert. Zehn Tage vor dem Semesterstart ging ihre Bewerbung raus. Die Zusage hat sie sofort bekommen.

„Viele wissen nicht, wo die Ausbildungsstellen sind, deshalb gibt es Kurse, die nicht gut belegt sind.“ Die Quote der Studienabbrüche sei hoch und würde in ihrem Kurs mittlerweile bei über 50 Prozent liegen. „Viele stellen es sich leichter vor. Die Ausbildungsinhalte sind sehr anspruchsvoll. Wir müssen uns die Anatomie und Physiologie in den kleinsten Grundzügen erarbeiten.“ Die reine Lernzeit pro Woche außerhalb der Präsenzzeiten würden mit durchschnittlich 5-10 Stunden nicht sehr zu Buche schlagen.

„Vor den Klausuren muss ich aber auch mal frei nehmen und 40-50 Wochenstunden investieren.“ Wie oft Klausuren geschrieben werden, sei sehr unterschiedlich: „Das hängt vom Modell ab, manche haben nach jedem Modul eine Klausur, wir haben am Ende des Semesters 3-4 Klausuren“. Das Studium erfordere viel

Infobox

Als Bindeglied zwischen Ärzt*innen und Patient*innen kann der Physician Assistant einen Beitrag dazu leisten, die gute medizinische Patient*innenversorgung aufrechtzuerhalten. Voraussetzung für die Aufnahme des Studiums ist eine abgeschlossene Ausbildung in einem nichtärztlichen medizinischen Fachberuf.

Zugangsvoraussetzungen:

Direkt im Anschluss an die Ausbildung kann mit dem Studium beginnen, wer ein Abitur oder eine Fachhochschulreife hat. Ohne diese beiden Abschlüsse ist es möglich, wenn man eine mindestens zweijährige hauptberufliche Tätigkeit in dem erlernten oder einem verwandten medizinischen Beruf nachweisen kann und in der Abschlussprüfung Note 2,5 oder besser erreicht hat.

Hilfreiche Links:

Unter <https://studieren.de/> finden Sie nach Eingabe des Begriffs „Physician Assistant“ eine Liste der bundesweiten Ausbildungsstätten.

Disziplin, Flexibilität und eine große Lernbereitschaft. „Wir haben alle zwei Wochen Freitag und Samstag Präsenzunterricht.“ Semesterferien gibt es nicht. Holl studiert an der ISBA in Stuttgart, die als erste Berufsakademie mit der Landesärztekammer Baden-Württemberg kooperiert. Dort betragen die Studiengebühren derzeit 595 Euro pro Monat. „Manche Arbeitgeber finanzieren das Studium. Sie bezahlen die Gebühren und werten die Präsenztage an der Uni als Arbeitszeit.“

Barbara Holl arbeitet in Teilzeit und bezahlt das Studium selbst. „Jene, die alles vom Arbeitgeber finanziert bekommen, müssen sich in der Regel für eine gewisse Zeit verpflichten. Das kam für mich nicht in Frage.“ Vom Berufswechsel der MFA zum PA im selben Betrieb rät sie ab: „Das birgt die Gefahr, zum Tausendsassa zu werden, der dann auch im Rahmen der MFA-Tätigkeit vorne in der Anmeldung oder im Labor einspringen kann.“

Die junge Frau freut sich auf ihre berufliche Zukunft.

Ihr Fazit:

„Das Bachelorstudium zum Physician Assistant ist eine super Möglichkeit, um weiterzukommen im medizinischen Bereich. Ein toller Beruf, in dem man delegierbare ärztliche Leistungen ausübt. In der Klinik zählt man nach dem Bachelorabschluss zum ärztlichen Personal. Dort ist man beispielsweise im Aufnahmemanagement und bei Entlassungen tätig. Wir übernehmen die Anamnese, sonographieren, führen körperliche Untersuchungen durch, erstellen in Absprache mit den Ärzt*innen Therapievorschläge und schreiben Berichte. Wir können aber auch in Praxen arbeiten und das ärztliche Personal entlasten.

Es gibt hier lediglich den Unterschied, dass die Ärzt*innen aus abrechnungsrelevanten Gründen direkt mit im Patient*innenkontakt sein müssen.“



Neue Termine für Paediatrice!

- ▶ **21.01.2023** Fürth, Block A
- ▶ **25.02.2023** Freiburg, Block B
- ▶ **18.03.2023** Berlin, Block D
- ▶ **22.03.2023** Stuttgart, Block A
- ▶ **19.04.2023** Hamburg, Block D
- ▶ **22.04.2023** München, Block B

www.bvkj.de/veranstaltungen

AzubiCamp – Überbetriebliche Ausbildung in der Pädiatrie

Wir MFAs wollen Mitarbeiter*innen als zukünftige Kolleginnen und Kollegen, die gerne, motiviert und wissbegierig unsere Teams verstärken. Sich auf den Berufsschulunterricht und das Führen der Berichtshefte der Landesärztekammern zu beschränken, genügt den heutigen Anforderungen an eine moderne Ausbildung nicht mehr.



Die Ausbildung der MFAs in berufsbildenden Schulen muss den didaktischen Konzepten der Landesärztekammern folgen und einen generalistischen Ausbildungsanspruch einlösen, um anschließend die Arbeitsfähigkeit in jedem Sektor der ambulanten Medizin zu ermöglichen. Wir benötigen jedoch für unsere Praxisstrukturen passgenaue Qualifikationen zur Sicherung der Zukunft.

AzubiCamp – ein Projekt von Pädnetz Mittelfranken

In Mittelfranken ist die erste überbetriebliche Ausbildungsmaßnahme für die Pädiatrie an den Start gegangen. Fünfzehn Auszubildende aus Kinder- und Jugendarztpraxen Mittelfrankens kommen jeden Monat aus einem Umkreis von 50 km zusammen um, für die pädiatrische Praxis speziell qualifiziert und für die Abschlussprüfung vorbereitet zu werden.

Ablauf

Nach der Begrüßung mit Getränken und Snacks gibt es eine kurz gehaltene Einführung zum Thema als Powerpointpräsentation (30 Min). Als wichtigster Teil schließen sich praktische Übungen in drei Kleingruppen an (60-80 Min). In der großen Runde folgt ein

abschließender Erfahrungsaustausch mit Erfolgskontrolle via Televotingquiz (20-30 Min). Das AzubiCamp findet einmal im Monat mittwochs von 15.00 - 17.00 Uhr statt. Wir haben eine maximale Gruppengröße von 21 Teilnehmer*innen festgelegt, um den Seminarcharakter zu betonen. Ein Konferenzraum und drei Räume für Gruppenarbeiten stehen zur Verfügung. Die Referentin bzw. der Referent für die theoretische Einführung zum Thema erhält für die praktische Übungsphase Unterstützung von zwei weiteren MFA als Gruppenanleiter*innen. Unsere Kurssekretärin ist für Anmeldung, Erinnerungswesen, Rückmeldung an die Praxis bei Versäumnis und den Druck der Kursunterlagen zuständig. Es ist ein Erinnerungssystem 3-5 Tage vorab per E-Mail für jeden Kurstag etabliert. Evaluationsbögen kommen als Rückmeldeinstrument nach 6 und 11 Kurstagen zum Einsatz. Die Finanzierung ist beitragsgebunden und beträgt 40,- EUR je Kursteil, bzw. 440,- EUR im Jahresabo.

Themenauswahl

Die Themenauswahl (siehe Tabelle) erfolgte im Teamwork unter Einbeziehung unserer eigenen Auszubildenden. Die zuständige Berufsschule wurde im Vorfeld eingebunden. So konnten wir die Inhalte exakt mit der schulischen Ausbildung abgleichen und die Erfolgskontrolle via Televotingsystem prüfungsrelevant gestalten. Das AzubiCamp eignet sich für Auszubildende im 2. und 3. Ausbildungsjahr. Referent*innen sind primär ausbildungserfahrene MFAs unserer eigenen Praxis. Für bestimmte Themen (z.B. Kardiologie) greifen wir auf Gastreferent*innen aus spezialpädiatrischen Praxen der Region zurück.

Thema: Jahresprogramm 2022/23		
	Monat	Thema
2022	September	Impfungen – Handhabung, Nebenwirkungen, med. Grundkenntnisse
	Oktober	Die Wunde: Notfall erkennen, Verletzungsarten, Wundversorgung praktisch
	November	Kommunikation im Team und mit Patienten, Schweigepflicht und Datenschutz
	Dezember	Sehtestung vom Stereotest bis zum Nahsehtest
2023	Januar	Hörtestung vom NG bis zum Jugendlichen
	Februar	Wichtiges rund um das Praxislabor und den Laborversand
	März	Ernährung im Säuglings- und Kindesalter, Vitamin D und Co
	April	Das Herz: EKG, Blutdruck und Pulsoxymetrie
	Mai	Selektivverträge: Was ist das? Praktische Handhabung von Paedselect und Kommunikation mit Eltern
	Juni	Die Allergie: Pricktest, nasale Provokation, diagnostischer Diätversuch
	Juli	Die Lunge: Inhalationstechnik, Spirometrie, peak flow und Device

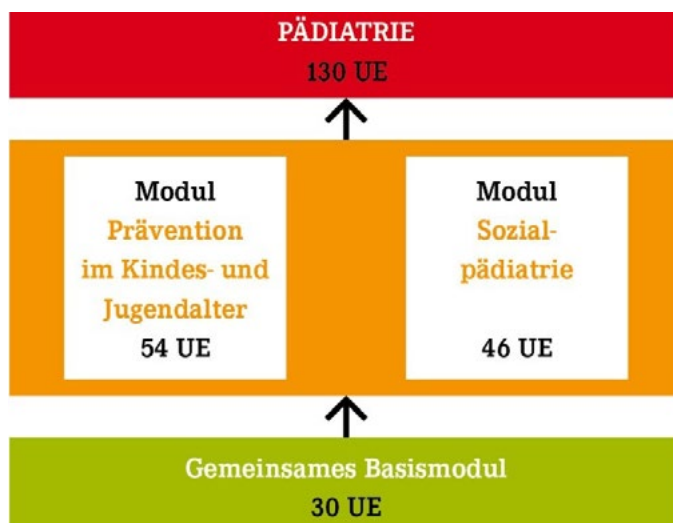
Infobox

Autor*innen:
 Simone Holuba,
 Jasmin Lingener,
 Sonja Mizich

Kontakt:
vortrag@dr-landendoerfer.de

Curriculum für Medizinische Fachangestellte „PÄDIATRIE – Prävention im Kindes- und Jugendalter / Sozialpädiatrie“

Seit Anfang 2020 bietet die Dt. Akademie für Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (DAPG) das Curriculum für Medizinische Fachangestellte PÄDIATRIE – Prävention im Kindes- und Jugendalter /Sozialpädiatrie modularisiert an. Das Curriculum ist durch die Bundesärztekammer zertifiziert. Im Jahr 2023 bieten wir auch wieder Basismodule als Onlineseminar für alle Neueinsteiger sowie die Module Sozialpädiatrie und Prävention in Kombination aus Online- und Präsenzeinheiten.



Neben weiteren Terminen zur Qualifizierung für Medizinische Fachangestellte in pädiatrischen und gynäkologischen Praxen zur Lotsin bzw. zum Lotsen (22 UE) (INFO www.dapg.info) bietet die DAPG auch Tagesseminare an, die sowohl von Teilnehmenden im Curriculum Pädiatrie als auch von all den anderen interessierten Medizinischen Fachangestellten besucht werden können, die keine Fortbildung mit 130 UE absolvieren möchten.

Die Themen der Tagesseminare:

11.02.2023 Prävention von Verletzungen bei Kindern – Unbeabsichtigte von absichtlichen Verletzungen unterscheiden

11.03.2023 Die Jugendsprechstunde I – Chaos im Kopf – Wie ticken Jugendliche? – Sexualaufklärung und Kommunikation

29.04.2023 Diagnose AD(H)S – Was bedeutet dies für das Kind/den Jugendlichen und seine Familie?

23.06.2023 Ernährung von Säuglingen (im 1. Lebensjahr)

Infobox

Bei Interesse und/oder weiterführenden Fragen kontaktieren Sie uns bitte unter post@dapg.info

Module	Termine	Ort
Basismodul B 8	Freitag/Samstag, 24./25.03.2023 Freitag/Samstag, 28./29.04.2023 (30 UE)	Online
Basismodul B 9	Freitag/Samstag, 23./24.06.2023 Freitag/Samstag, 21./22.07.2023 (30 UE)	Online
Modul Sozialpädiatrie S 6	Freitag/Samstag, 27./28.01.2023 ▶ Mittwoch (15.00 – 19.30 Uhr) 01.03.2023 ▶ Freitag/Samstag, 17./18.03.2023 , Mittwoch (16.00 – 19.30 Uhr) 29.03.2023 ▶ Freitag/Samstag, 12./13.05.2023	Online / Abschluss in Bad Orb
Prävention im Kindes- und Jugendalter P 6	Freitag/Samstag, 21./22.04.2023 ▶ Freitag/Samstag, 05./06.05.2023 ▶ Mittwoch (16.00 – 19.30 Uhr) 24.05.2023 ▶ Samstag, 14.10.2023	Online / Berlin
Prävention im Kindes- und Jugendalter P 7	Donnerstag – Samstag, 21.09. – 23.09.2023 Mittwoch (16.00 – 19.30 Uhr) 24.01.2024 Freitag/Samstag, 19. + 20.04.2024 (54 UE)	Online / Bad Orb

Neu im Selektivvertragsbereich:

➔ Die Krankenkassen des GWQ-Vertrages bieten auch in dieser Wintersaison wieder die Point-of-Care-Diagnostik an. Die Krankenkassen übernehmen für eingeschriebene Versicherte des Hauptvertrages die Kosten für Point-of-Care-Diagnostik in der pädiatrischen Praxis auf RSV, Adenoviren und Influenza Typ A und Typ B.

Für die die Aufklärungs-, Beratungs-, Untersuchungs-, Testleistung und die Dokumentation nach den gesetzlichen erhalten teilnehmende Kinder- und Jugendärzt*innen eine Pauschale von **35,- € je Testung**. Die beschriebene Testleistung kann je Versicherten **maximal dreimal je Wintersaison** (01.11.2022-31.05.2023)

abgerechnet werden. Die Abrechnungsmöglichkeit der Leistung endet automatisch mit Auslaufen der Wintersaison zum 31.05. jedes Jahres. Ab dem kommenden Jahr (2023) beginnt die Leistungssaison jeweils am 01.09. eines Jahres.

Leistung	Umfang
<p>POC-Schelltest auf RSV, Adenoviren und Influenza Typ A und Typ B ab Geburt bis 17 Jahre (1 Tag vor dem 18. Geburtstag)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Beratung, Aufklärung, Einholung und Dokumentation der Einwilligung zur Schnelltestung • Abstrichentnahme • Durchführung und Auswertung des Schnelltests • Besprechung der Testergebnisse

BVKJ-PraxisApp: Vielseitige Funktionen, die ihren Praxisalltag erleichtern

Sonja Mizich und Dr. Wolfgang Landendörfer berichten von ihren Erfahrungen mit der BVKJ PraxisApp im Praxisalltag. Sean Monks, als Entwickler der App, informiert über die neuesten Entwicklungsschritte wie das Impfmanagement und besonders das Online-Terminsystem.

Hier die Themen im Überblick:

- Automatische Vorsorge- und Impferinnerungen
- Chat & Versenden von Push-Nachrichten
- NEU seit 1. Juli: Online-Terminbuchung
- Dialog mit den Entwickler*innen
- Schnittstelle mit der eigenen Praxissoftware
- Videosprechstunde & Abrechnung über die KV
- Digitale Tagebücher (Asthma, Rheuma etc.), Facharzt-Konsil
- Diskussion und kollegialer Austausch

Infobox

Hier geht's zur Aufzeichnung des Vortrages:

<https://cdn.msd.de/video/2022-09-bvkj-praxis-app.mp4>

BVKJ Shop



Gesunde Kinder
sind unsere Zukunft.



Ein Blick in den BVKJ-Shop lohnt sich...

www.bvkj-shop.de

Anmelden - So geht's

www.bvkj-shop.de

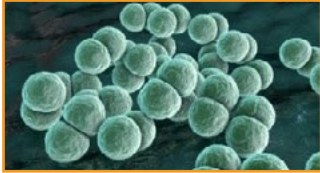
Klicken Sie oben rechts auf „Anmelden“.
Wenn Sie noch kein Kundenkonto haben,
gehen Sie bitte auf
„Benutzerkonto anlegen“.

Bitte registrieren Sie sich unbedingt mit Ihrer BVKJ-Mitgliedsnummer, da einige Artikel nur BVKJ-Mitgliedern vorbehalten sind.

Die Registrierung muss nur einmalig erfolgen. Anschließend erfolgt die Anmeldung über die Eingabe Ihrer Emailadresse und Ihres selbst gewählten Passwortes.

Pneumokokken-Erkrankungen stellen ein ernstes Risiko für Säuglinge und Kleinkinder dar

Weltweit sind Pneumokokken-Erkrankungen mit Morbidität und Mortalität assoziiert. Kinder im Alter von ≤ 2 Jahren haben ein erhöhtes Risiko für Pneumokokken-Erkrankungen, die durch eine Infektion mit *S. pneumoniae* verursacht werden können.¹



Pneumokokken-Erkrankungen schließen, neben anderen Infektionen z.B. ein:¹

- Akute Mittelohrentzündung
- Pneumokokken-Pneumonie
- Invasive Pneumokokken-Erkrankungen (IPD)

Zu den besonders schwerwiegenden Folgen einer Pneumokokken-Infektion zählen IPD, bei denen das Bakterium aus normalerweise sterilen Kompartimenten isoliert werden kann. Beispiele für IPD sind Bakteriämie, Sepsis und Meningitis.¹

Effekt der Pneumokokken-Impfung auf die Epidemiologie von IPD in Deutschland

Eine Auswertung von Pneumoweb-Surveillance Daten für den Zeitraum zwischen 2011 und 2018 ergab, dass die Zahl der berichteten **IPD-Fälle bei Kindern < 2 Jahren nach der Einführung der Pneumokokken-Impfung stark gesunken und seitdem konstant gering geblieben ist:** Von 11,09 (2003 – 2006) auf 5,61 (2011/2012) bzw. 5,94 IPD-Fälle pro 100.000 Kinder < 2 Jahren (2017/2018).²

Säuglinge und Kleinkinder haben ein erhöhtes Risiko für schwere Pneumokokken-Erkrankungen^{1,3,4}

Invasive Pneumokokken-Erkrankungen bei Kindern werden durch Serotypen verursacht, die in Pneumokokken-Konjugatimpfstoffen enthalten oder nicht enthalten sind.⁴

Kinder in den ersten Lebensjahren sind stark durch schwer verlaufende Pneumokokken-Erkrankungen gefährdet.⁴ Deshalb ist es wichtig, die wichtigsten krankheits-verursachenden Serotypen in dieser Population zu bekämpfen.

Welche Serotypen sind die Hauptauslöser von IPD bei Säuglingen und Kindern?

Mittlerweile sind 100 biochemisch und serologisch verschiedene Kapseltypen für *S. pneumoniae* bekannt. Etwa 20 – 30 davon können opportunistische Infek-

tionen beim Menschen verursachen.⁵ Welche davon in Deutschland bei Kindern mit IPD in der Altersgruppe < 2 Jahre beobachtet wurden, zeigt die Tabelle 1.

Pneumokokken-Serotyp 3 auf dem Vormarsch

Trotz eines Rückgangs der invasiven Pneumokokken-Erkrankungen ist Serotyp 3 ein zunehmendes Risiko für Ihre pädiatrischen Patienten.^{2,4} **In Deutschland ist der Serotyp 3 einer der Hauptursachen für invasive Pneumokokken-Erkrankungen und verursacht 11,7 % aller Fälle bei Kindern < 2 Jahren (2017/18).**²

Folgende Zahlen verdeutlichen, wie es um den Impfstatus der < 2-jährigen mit IPD bestellt war, bei denen Serotyp 3 beobachtet wurde:²

- 47,7 % der Fälle bei ungeimpften Kindern (n = 21/44)
- 18,2 % der Fälle bei altersgerecht geimpften Kindern (n = 8/44)
- 11,4 % der Fälle bei unvollständig geimpften Kindern (n = 5/44)
- 22,7 % der Fälle bei Kindern mit unklarem Impfstatus (n = 10/44)

Bei älteren Kindern war der Anteil derer, die trotz Grundimmunisierung eine Pneumokokken-Serotyp 3-assoziierte IPD entwickelten, erhöht. Hier liegt der Verdacht nahe, dass der direkte Impfschutz weniger effektiv gewesen sein könnte, was zu mehr geimpften Kindern geführt hat, die als ältere Kinder Serotyp 3-be dingte IPDs bekommen haben.²

Fazit: Grössere Aufmerksamkeit für Pneumokokken-Erkrankungen bei Säuglingen & Kindern nötig

Kinder in den ersten Lebensjahren sind stark durch schwer verlaufende Pneumokokken-Erkrankungen gefährdet.⁴ Deshalb ist es wichtig, die wichtigsten krankheitsverursachenden Serotypen in dieser Population zu bekämpfen.

Pneumokokken Serotypen	IPD-Fälle bei Kindern in der Altersgruppe < 2 Jahre	
	2011 - 2012	2017 - 2018
Alle	75	94
4	0	0
6B	1	1
9V	0	0
14	1	0
18C	0	0
19F	2	2
23F	0	0
1	1	1
5	0	0
7F	7	0
3	4	11
6A	4	0
19A	6	3
22F	4	5
33F	3	3
8	1	3
10A	7	12
11A	1	Keine Angabe
12F	2	6
15B	4	2
2	0	0
9N	1	1
17F	0	3
20	0	1
Andere	26	40

Tab 1: IPD-Serotypen bei Kindern im Alter < 2 Jahre in Deutschland. Tabelle modifiziert von MSD nach [2]

Quellen

1. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Fact sheet about pneumococcal disease. <https://www.ecdc.europa.eu/en/pneumococcal-disease/Facts> [eingesehen am 01.11.2022].
2. van der Linden M et al. Limited indirect effects of an infant pneumococcal vaccination program in an aging population [published correction appears in PLoS One. 2020;15(1):e0228126]. PLoS One. 2019;14(8):e0220453. DOI: 10.1371/journal.pone.0220453.
3. Hu T et al. Incidence of acute otitis media in children < 16 years old in Germany during 2014–2019. BMC Pediatr. 2022;22(1):204. DOI: 10.1186/s12887-022-03270-w.
4. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Invasive pneumococcal disease – Annual Epidemiological Report for 2018. Stand: 2020. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/invasive-pneumococcal-disease-annual-epidemiological-report-2018> [eingesehen am 01.11.2022].
5. Luck JN et al. Sugar-Coated Killer: Serotype 3 Pneumococcal Disease. Front Cell Infect Microbiol. 2020;10:613287. DOI: 10.3389/fcimb.2020.613287.

Schwere Krankheit durch Meningokokken-Impfung verhindern

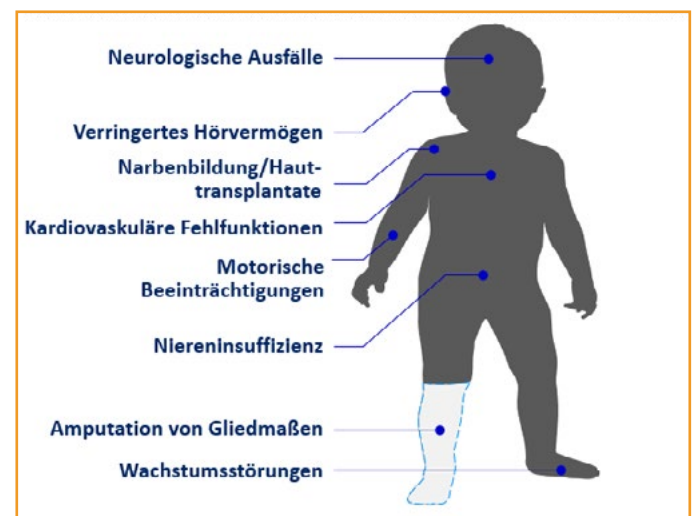
Winterzeit ist Schnupfenzeit. Im Winter haben aber nicht nur banale Infekte Hochsaison, sondern auch schwere Infektionen wie invasive Meningokokken-Erkrankungen (IME).^{1,2} Diese können tödlich verlaufen und Überlebende leiden häufig lebenslang an den Folgen der Erkrankung.^{2,3} Besonders häufig sind Kinder in ihren ersten beiden Lebensjahren von Infektionen mit Meningokokken betroffen.² Die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlene Impfung gegen Meningokokken der Gruppe C⁴ kann Kinder vor Meningokokken-C-Erkrankungen und ihren Folgen schützen. Informieren Sie Eltern über die Möglichkeit der Impfung gegen Meningokokken entsprechend der STIKO-Empfehlung, sollten die Kinder noch nicht dagegen geimpft sein.

Erkältungsviren, aber auch Meningokokken (*Neisseria meningitidis*) breiten sich im Winter besonders gut aus. Denn beide werden per Tröpfcheninfektion übertragen, weshalb in Innenräumen eine Ansteckung wahrscheinlicher ist als im Freien.¹ Hinzu kommt, dass die trockene Heizungsluft die Schleimhäute der Atemwege austrocknet, wodurch sie Krankheitserreger schlechter abwehren können.¹ Unter Kleinkindern ist das Infektionsrisiko generell noch einmal höher als bei Erwachsenen, da sie Hygieneregeln noch nicht so gut einhalten können und v. a. da ihr Immunsystem noch nicht ausgereift ist. Umso wichtiger ist es, dass bislang noch nicht geimpfte Kinder im Winter STIKO-konform gegen Meningokokken geimpft werden.

Was ist eine invasive Meningokokken-Erkrankung?

Zu einer invasiven Meningokokken-Erkrankung kommt es, wenn Meningokokken in den Blutkreislauf gelangen. Diese beginnt oft mit grippeähnlichen Symptomen, aus denen sich innerhalb weniger Stunden ein schweres, lebensbedrohliches Krankheitsbild entwickeln kann. Die IME kann aus völliger Gesundheit heraus, ohne Vorerkrankungen, entstehen und äußert sich meist als Hirnhautentzündung (Meningitis) und/oder Blutvergiftung (Sepsis).^{2,3,5} Allein in Deutschland müssen mehr als 95 % der Betroffenen im Krankenhaus behandelt werden und durchschnittlich jede*r Zehnte verstirbt an einer Meningokokken-Erkrankung. Damit belegt die IME deutschlandweit Platz zwei der meldepflichtigen Infektionskrankheiten mit der höchsten Sterberate.² Unter den Überlebenden leiden zehn bis 20 % nach der akuten Krankheitsphase weiter an den Folgen der Erkrankung; darunter schwere physische, neurologische und/oder psychologische Einschränkungen.⁵

Denn durch die IME kann beispielsweise Gewebe absterben (Nekrosenbildung), weshalb betroffene Finger, Zehen oder Gliedmaßen amputiert werden müssen. Schäden an den Knochen und Störungen des Skelettwachstums sind ebenso möglich wie Nervenschädigungen (z.B. Hirnnervenlähmungen) oder Innenohrschäden bis hin zur Taubheit. Bei betroffenen Kindern kann es infolge der Erkrankung auch zu Lernschwierigkeiten kommen (s. Abb.).^{5,6}



Typische Lokalisationen von Spätfolgen einer invasiven Meningokokken-Erkrankung beim Kleinkind (eigene Darstellung nach 3,6)

Kinder sind am häufigsten von IME betroffen

Meningokokken sind Bakterien, die sich im Nasen-Rachen-Raum des Menschen ansiedeln.⁵ Die Bakterien unterscheiden sich durch Merkmale auf ihrer Oberfläche voneinander und werden anhand dieser Merkmale in sogenannte Serogruppen eingeteilt. Eine IME können vor allem durch die sechs Serogruppen A, B, C, W, X und Y hervorgerufen werden, wobei in Deutschland hauptsächlich die Serogruppen B, C, W und Y eine Rolle spielen.⁵

In den Jahren 2001 bis 2005 zirkulierten unter Kindern und Jugendlichen überwiegend Meningokokken der Serogruppe C.³ Mehr als drei Viertel aller IME durch Meningokokken C verursacht entfielen in diesem Zeitraum auf Kinder und Jugendliche unter 19 Jahre.³ In der Folge empfahl die STIKO im Jahr 2006 erstmals die Impfung gegen Meningokokken C mit einem Konjugatimpfstoff für alle Kinder möglichst früh im zweiten Lebensjahr bzw. eine Nachholimpfung für bislang nicht gegen Meningokokken C geimpfte ältere Kinder.³ Im Jahr 2020 passte die STIKO ihre Empfehlung an, sodass Kinder nun optimalerweise im Alter von zwölf Monaten gegen Meningokokken C geimpft werden sollen bzw. eine Nachholimpfung bis zum 18. Geburtstag erhalten sollen, wenn noch kein Impfschutz vorliegt.⁷

Impfung erfolgt häufig nicht rechtzeitig oder gar nicht

Da trotz Behandlung mit Antibiotika viele Betroffene an einer IME versterben oder schwere Schäden davontragen, ist es wichtig, dass Kinder rechtzeitig gegen Meningokokken C geimpft werden. Jedoch ist dies oft nicht der Fall: Erhebungen des Impfstatus zeigen, dass nahezu jedes fünfte Kind, das 2018 geboren wurde, im Alter von 24 Monaten noch nicht gegen Meningokokken C geimpft war.⁸ Bis zum Schuleintritt steigt die Impfquote im Regelfall noch etwas an und lag im Jahr 2019 zur Einschulung bei 90,1 %.⁸ Dabei ist die Impfung einfach durchzuführen: Werden die Kinder, wie von der STIKO empfohlen, im Alter von 12 Monaten geimpft, ist eine Einzeldosis für den Impfschutz ausreichend.⁴ Die Impfung gegen Meningokokken C kann auch zusammen mit anderen Impfstoffen verabreicht werden, z. B. gegen Masern, Mumps und Röteln oder Tetanus und Diphtherie.⁴

Wie können Sie zum Schutz der Kinder beitragen?

- Bitten Sie Eltern, zu jedem U-Untersuchungstermin den Impfpass ihres Kindes mitzubringen und prüfen Sie den Impfstatus.
- Erläutern Sie Eltern von bislang nicht gegen Meningokokken C geimpften Kindern den Nutzen der Impfung.
- Informieren Sie Eltern von Kindern mit Grunderkrankungen, vor allem wenn diese das Immunsystem stark beeinträchtigen, über die Möglichkeit und den Nutzen einer Impfung gegen Meningokokken C bereits vor dem ersten Geburtstag oder eine Impfung gegen weitere Meningokokken-Serogruppen wie die Impfung gegen Meningokokken ACWY.
- Weisen Sie Eltern darauf hin, dass die Meningokokken-Impfung – insbesondere gegen Meningokokken ACWY – als Reiseimpfung eine wichtige Rolle spielt und sie sich daher bei geplanten Reisen sowohl innerhalb Europas als auch bei Fernreisen von der Kinderärztin oder dem Kinderarzt beraten lassen sollten.

Mit jedem geimpften Kind leisten Sie einen wichtigen Beitrag zum Schutz vor einer Krankheit, die zu schweren lebenslangen Beeinträchtigungen und sogar zum Tod führen kann.

Quellen

1. Meningitis Research Foundation. Why do meningitis cases rise in winter? Online unter <https://www.meningitis.org/blogs/why-do-meningitis-cases-rise-in-winter> (letzter Aufruf: 14.11.2022).
2. Robert Koch-Institut. Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2019, Berlin 2020.
3. Ständige Impfkommission: Begründung der STIKO-Empfehlungen zur Impfung gegen Pneumokokken und Meningokokken vom Juli 2006. Epid Bull 2006;31:255–67.
4. Ständige Impfkommission: Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) beim Robert Koch-Institut 2022. Epid Bull 2022;4:3–66.
5. Robert Koch-Institut: RKI-Ratgeber: Meningokokken, invasive Erkrankungen (Neisseria meningitidis), Stand: 04.06.2021. Online unter https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Meningokokken.html (letzter Aufruf: 14.11.2022).
6. Olbrich KJ, Müller D, Schumacher S, Beck E, Meszaros K, Koerber F. Systematic review of invasive meningococcal disease: sequelae and quality of life impact on patients and their caregivers. Infect Dis Ther 2018;7(4):421–38.
7. Ständige Impfkommission: Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut 2020/2021. Epid Bull 2020;34:1–68.
8. Rieck T, Feig M, Siedler A. Impfquoten von Kinderschutzimpfungen in Deutschland – aktuelle Ergebnisse aus der RKI-Impfsurveillance. Epid Bull 2021;49:6–29.

Ihr Kontakt zu uns



Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V.

Mielenforster Straße 2
51069 Köln
Telefon: + 49 (0) 221 - 68909-0
Fax: + 49 (0) 221 -683204
E-Mail: bvkj.buero@uminfo.de

www.bvkj.de

www.kinderaerzte-im-netz.de

Wir sind für Sie erreichbar:

Mo. - Do. 9.00 - 16.00 Uhr
Fr. 9.00 - 14.00 Uhr

Weitere Kontakte

Präsident des BVKJ e.V.

Dr. med. Thomas Fischbach, Berufsverband
der Kinder- und Jugendärzte e.V.

Tel.: 0221-68909-36

E-Mail: nicole.beyer@uminfo.de

Hauptgeschäftsführer und Rechtsanwalt des BVKJ e.V.

Dr. P.H. Andreas Plate

E-Mail: andreas.plate@uminfo.de

Geschäftsführerin der BVKJ Service GmbH

Anke Emgenbroich

Tel.: 0221-68909-24

E-Mail: anke.emgenbroich@bvkjs.gmbh

Das Service-Team ist für Sie erreichbar:

Mo. - Do. 9.00 - 16.00 Uhr, Fr. 9.00 - 14.00 Uhr

Tel.: 0221-68909-27 / -28

Fax: 0221-68909-29

E-Mail: service@bvkjs.gmbh

Mielenforster Straße 4, 51069 Köln

Redaktionsteam

Dr. Ralf Moebus, Regine Hauch, Daniela Burow, Carolin Stock, Christin Schleheck

Sichern Sie sich Ihr kostenfreies Abo! Praxisfieber Info-Post



Hiermit bestelle ich kostenfrei: Praxisfieber Info-Post
Bitte senden an:

E-Mail | Sie können die Bestellung jederzeit und kostenfrei widerrufen.

Ort, Datum

Vorname, Nachname

Bestellung bitte
per Fax an **0221-68 3204**
oder per E-Mail an
bvkj.buero@uminfo.de

Impressum

ViSdP: **Dr. med. Thomas Fischbach**, Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte.

Mielenforster Straße 2, 51069 Köln

www.bvkj.de