

KINDER-UND JUGENDARZT

Heft 01/20
51. (69.) Jahr · A 4834 E

bvkJ.

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



Berufsfragen

Zukunftsvision:
Angestellte Ärzte
für den BVKJ

Fortbildung

Kariesprophylaxe –
Nicht nur Fluor!

Forum

UNICEF zur Entwicklung
der Kinderrechte
in Deutschland

Magazin

Zahlen, Daten,
Fakten

Herausgeber: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. in Zusammenarbeit mit weiteren pädiatrischen Verbänden.

Redakteure: Prof. Dr. Hans-Iko Huppertz, Bremen (federführend), Prof. Dr. Florian Heinen, München, Prof. Dr. Peter H. Höger, Hamburg, Prof. Dr. Klaus-Michael Keller, Wiesbaden, Dr. Wolfram Hartmann, Kreuztal, Christa Becker, Köln

INHALT 01 | 2020

Berufsfragen

Anzapackende Themen im BVKJ // Wolfgang Kölfen	3
DAK- Kinder- und Jugendreport // Wolfram Hartmann	4
Arbeit auf Abruf // Juliane Netzer-Nawrocki	6
Musterfortbildungscurriculum für Medizinische Fachangestellte // Thomas Lob-Corzilius, Thomas Fischbach	8
Abrechnung von Jugendarbeitsschutzuntersuchungen // Wolfgang Landendörfer	10
Pressemeldung der DAKJ zur Diskussion der Aufnahme der Kinderrechte ins Grundgesetz	12
Eigenständige Haftpflichtversicherung für angestellte Kinder- und Jugendärzte: Pflicht oder Kür? // Markus Schon	13
Bericht aus dem BVKJ-Hauptstadtbüro // Kathrin Jackel-Neusser	14

Fortbildung

Editorial zur Kariesprävention // Klaus-Michael Keller	18
Highlights aus Bad Orb: Kariesprävention – Welche Rolle spielen Zähne putzen und Ernährung? // Christian Tennert	20
Highlights aus Bad Orb: Kariesprophylaxe beim Säugling und Kleinkind // Jörg Hornivius, Jürgen Zitzen	26
Highlights aus Bad Orb: Zukünftige Kariesprävention aus Sicht der Pädiatrie // Burkhard Lawrenz	28
Impfforum // Ulrich Heining	35
Review aus englischsprachigen Zeitschriften	36
consilium: Anaphylaktische Reaktion nach länger zurückliegender Desensibilisierung // Sebastian Dick	38
Suchtforum: Matthias Brockstedt	40
Welche Diagnose wird gestellt? // Marie Kloster	41

Forum

Kinderrechte in Gefahr – UNICEF-Bericht // Wolfram Hartmann	44
Kongress ADHS grenzenlos // Klaus Skrodzki, Ulrich Kohns, Kirsten Stollhoff	46

Magazin

Zahlen, Daten, Fakten // Christa Becker	49
Kein Handy vor elf Jahren! // Christa Becker	53
Bewährtes Team – Vorstand DAKJ	55
Das Leser-Forum	56
Nachgefasst // Christa Becker	56
Rund um die Geldanlagen – Abschied Tilo Croonenberg // Christa Becker	57



Zahlen, Daten, Fakten zur Pädiatrie

S. 49

Mitteilungen aus dem Verband

Wahlaufruf für den LV Niedersachsen	58
Wahlaufruf für den LV Bayern	58
Wahlergebnis LV Saarland	58
Fortbildungstermine des BVKJ	59
Kinderaerzte im Netz // Thomas Fischbach	60
Personalien	62
Gratulation Dr. Gabriele Trost-Brinkhues // Thomas Fischbach	63
Nachrichten aus der Industrie	64
Wichtige Adressen des BVKJ	65
Impressum	41

Titelbild

© skynesher - iStock.com

Anmerkung der Redaktion

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



Gesunde Kinder sind unsere Zukunft.

Anzupackende Themen im BVKJ aus Sicht des Vize-Präsidenten Professor Dr. med. Wolfgang Kölfen



Prof. Dr. Wolfgang Kölfen

Persönliche Angaben:

Professor Kölfen leitet seit 22 Jahren das Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin der Städtischen Kliniken Mönchengladbach.

In der Klinik werden über 7.000 stationäre Patienten und 15.000 ambulante kranke Kinder und Jugendliche pro Jahr behandelt. In der Klinik für Kinder und Jugendliche arbeiten sowohl Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin als auch Kinderchirurgen und Kinder- und Jugendpsychiater unter einem Dach. Zusätzlich ist in das Zentrum ein großes SPZ integriert. Es besteht eine enge Kooperation mit den niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten.

Folgende Zielsetzungen sind mein Anliegen:

1. Die Zahl der **angestellten Ärzte** hat sich in den letzten zehn Jahren sowohl in der **Klinik** als auch in der **Praxis** deutlich erhöht. **In der Statistik der Mitgliederzahlen des BVKJ spiegelt sich das nicht wider.** Für die Zukunft wird es entscheidend sein, mehr jüngere und angestellte Kinder- und Jugendärzte für den BVKJ als Mitglieder anzuwerben. Hierzu gilt es, attraktive Angebote für diese Zielgruppe zu entwickeln und sie zu dieser Gruppe erfolgreich zu transportieren. Im Rahmen eines Teams gilt es hier, Ziel führende Vorschläge zu erarbeiten und

sie für die praktische Umsetzung alltagstauglich zu machen.

2. Die **neue Weiterbildungsordnung** macht es erforderlich, dass es zu einer **engen Kooperation zwischen Kliniken und Praxen** kommt. An dieser Nahtstelle gilt es, bereits bestehende Kooperationen zu nutzen und neue vor Ort zu entwickeln.
3. **Teilzeitarbeit** ist für die jüngeren Kolleginnen und Kollegen das Zauberwort bei angestellten Ärzten. **Attraktive Arbeitsbedingungen in den Kliniken und Praxen** können es erleichtern, dass Beruf und Familie für die jungen Ärztinnen besser vereinbar werden.
4. Ein weiterer wichtiger Punkt ist es, dass möglichst viele frisch approbierte Ärzte sich für unser spannendes Fachgebiet der Kinder- und Jugendmedizin begeistern. Hier gilt es frühzeitig, **PJler und frisch approbierte Ärzte zu informieren und ihnen mit attraktiven Angeboten** den Einstieg in unser Fach zu erleichtern. Hier sollte es zu einem **Schulterschluss zwischen der DGKJ und dem BVKJ** kommen, weil wir dieses Ziel nur gemeinsam erreichen können.
5. **Oberärzte und Chefärzte sind eine weitere Zielgruppe, die sich im Berufsverband kaum wiederfindet.** Fragt man hier nach, so erhält man immer die gleiche Antwort: „*Wieso soll ich in den Berufsverband eintreten? Der Berufsverband ist eine Interessenvertretung der Niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte, und für uns tut der nichts.*“ Auch hier muss ein **Gesamtkonzept** erarbeitet werden, damit es für Oberärzte und Chefärzte interessant ist, Mitglied des Berufsverbandes zu werden. Wenn der BVKJ seinem formulierten Ziel näherkommen möchte, auch für Oberärzte und Chefärzte sprechen zu wollen, müssen auch hier neue und attraktive Angebote erarbeitet werden. Auf die Frage an Chefärzte und Oberärzte – „*Wann würden Sie Mitglied im BVKJ werden?*“ – erhält man i.d.R. folgende Antwort – „*Die Mitgliedschaft im BVKJ*

muss sich für mich persönlich lohnen, und ich muss das Gefühl haben, dass dieser Verband mich auch vertritt“-. Ziel wird es hier sein, im Rahmen von **gemeinsamen Fortbildungen zwischen Klinik und niedergelassenen Kinderärzten vor Ort** gemeinsame Synergien zu erzeugen, um eher das Gemeinsame als das Trennende in den Hauptfokus zu nehmen.

6. Die **Verbandszeitschrift KJA sollte auch interessant gemacht werden für angestellte Kinder- und Jugendärzte.** Hier sehe ich noch Potential nach oben. Vorstellbar ist, eine **eigene Rubrik für angestellte Kinder- und Jugendärzte** zu machen, sodass sich diese Zielgruppe auch in der Zeitung besser wiederfindet.

Ein wichtiger Schritt wird zunächst eine **Umfrage im Sinne eines Stimmungsbarmeters bei den angestellten BVKJ-Mitgliedern** sein. Wir benötigen mehr Informationen, um dann im Rahmen des Konzeptes diese auch berücksichtigen zu können. Zusätzlich ist es notwendig, engagierte Mitstreiter zu finden, die die Zielgruppe der angestellten Ärzte im BVKJ vertreten können.

Schnelle, erfolgreiche Lösungen wird es hier nicht sofort geben können. Zunächst gilt es, ein stabiles Fundament zu erarbeiten, um dann das entsprechende Konzept in der Breite umsetzen zu können. Hierzu ist es auch wichtig, die gequälten Delegierten vor Ort als wichtigste Meinungsbildner mit einbeziehen.

**„Machen wir uns auf diesen Weg.“
Der BVKJ braucht, um sich langfristig positiv weiterzuentwickeln, eine höhere Attraktivität bei den angestellten Ärzten – sowohl in den Kliniken als auch in den Praxen.**

„Dieser Weg wird kein leichter sein.“

Korrespondenzanschrift:

Prof. Dr. Wolfgang Kölfen
41239 Mönchengladbach
E-Mail: wolfgang.koelfen@sk-mg.de

Red.: WH

DAK- Kinder- und Jugendreport vom November 2019

Depressiven Kindern droht Versorgungslücke nach Klinik

(Report analysiert Abrechnungsdaten von rund 800.000 jungen DAK-Versicherten)

Fast acht Prozent aller depressiven Kinder zwischen zehn und 17 Jahren kommen innerhalb eines Jahres ins Krankenhaus, durchschnittlich für 39 Tage. Nach der Entlassung fehlt oft eine passende ambulante Nachsorge. Folge: Fast jedes vierte dieser Kinder wird innerhalb von zwei Jahren mehrfach stationär behandelt. Das zeigt der aktuelle Kinder- und Jugendreport der DAK-Gesundheit mit dem Schwerpunkt „Ängste und Depressionen bei Schulkindern“. Basis für die repräsentative Studie sind Abrechnungsdaten der Jahre 2016 und 2017 von rund 800.000 minderjährigen DAK-Versicherten. Laut Auswertung durch die Universität Bielefeld hat die Zahl der Klinikeinweisungen wegen Depressionen in diesem Zeitraum um fünf Prozent zugenommen. Ferner zeigen die Daten, dass chronische Krankheiten das Risiko für eine Depression deutlich erhöhen.



Versorgungslücken in der ambulanten Nachsorge

Durch einen Krankenhausaufenthalt kommen die betroffenen depressiven Kinder für durchschnittlich 39 Tage aus ihrem Schul- und Familienalltag raus. „Die Stigmatisierung, die sich mit einem langen Aufenthalt in der Jugendpsychiatrie verbindet, ist für die Betroffenen eine zusätzliche Belastung. Wir brauchen eine offene Diskussion über das Tabuthema Depression bei Kindern“, sagt Andreas Storm, Vorstandschef der DAK-Gesundheit. „Wir haben offenkundige Versorgungslücken nach der Krankenhausentlassung, die wir dringend schließen müssen. Eine **Rehospitalisierungsquote von 24 Prozent** ist alarmierend.“ Die Krankenkasse startet deshalb das neue **integrierte Versorgungsangebot „veo“**, das depressiven Kindern und Jugendlichen im Alter zwischen zwölf und 17 Jahren für drei Jahre eine **vernetzte ambulante Nachsorge und Versorgung** ermöglicht.

Jedes vierte Schulkind leidet unter psychischen Problemen

Laut Kinder- und Jugendreport der DAK-Gesundheit zeigt **jedes vierte Schulkind psychische Auffälligkeiten**. Zwei Prozent leiden an einer diagnostizierten Depression, ebenso viele unter Angststörungen. Hochgerechnet sind insgesamt etwa 238.000 Kinder in

© Wokandapi/pixabay.com

Deutschland im Alter von zehn bis 17 Jahren so stark betroffen, dass sie einen Arzt aufsuchen. **Im Vergleich zum Vorjahr ist die Depressionshäufigkeit 2017 um fünf Prozent gestiegen.** In den oberen Schulklassen leiden doppelt so viele Mädchen wie Jungen unter ärztlich diagnostizierten Depressionen. Die Entwicklung bei den Geschlechtern geht spätestens ab dem 14. Lebensjahr deutlich auseinander.

Chronische Krankheiten steigern Risiko für Depressionen

„Bestimmte Schulkinder haben ein stark erhöhtes Risiko für eine Depression“, sagt DAK-Vorstandschef Storm. „Diese Kinder leiden oft leise, bevor sie eine passende Diagnose bekommen. Wir müssen alle aufmerksamer werden – ob in der Familie, in der Schule oder im Sportverein.“ Der Report zeigt erstmals auf Basis von Abrechnungsdaten, wie stark bestimmte Faktoren die Entwicklung eines Seelenleidens beeinflussen. **So tragen Kinder mit einer chronischen körperlichen Erkrankung insbesondere im Jugendalter ein bis zu 4,5-fach erhöhtes Depressionsrisiko. Für eine Angststörung ist das Risiko bis zu 3-fach erhöht.** Auch bei **Adipositas und Schmerzen** gibt es deutliche Zusammenhänge:

- Unabhängig vom Alter sind Jungen und Mädchen mit krankhaftem Übergewicht 2,5- bis 3-mal häufiger von einer depressiven Störung betroffen als Gleichaltrige mit normalem Körpergewicht.
- Bei Kindern, die unter Schmerzen leiden – Rücken-, Kopf-, Bauch- oder Beckenschmerzen –, besteht ein 2- bis 2,5-faches Risiko.

Auch das familiäre Umfeld kann ein Faktor sein:

- Kinder seelisch kranker Eltern sind deutlich gefährdeter (3-fach), selbst eine depressive Störung zu entwickeln.
- Kinder suchtkranker Eltern sind ebenfalls signifikant häufiger betroffen (2,4-mal häufiger) als Gleichaltrige aus suchtfreien Elternhäusern.

Depressionen und Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen ernst nehmen

Depressionen und Angststörungen zählen nach Einschätzung der Weltge-

sundheitsorganisation (WHO) zu den schwerwiegendsten Leiden in der Gruppe der psychischen Erkrankungen. Laut Kinder- und Jugendreport der DAK-Gesundheit treten beide Diagnosen häufig parallel auf. **So hat fast ein Viertel (24 Prozent) aller depressiven Mädchen zusätzlich eine Angststörung. Bei Jungen sind es 17 Prozent.**

Depressionen sind gekennzeichnet durch Niedergeschlagenheit, Traurigkeit und Interessenverlust. Bei schweren depressiven Episoden haben die jungen Patienten Schwierigkeiten, ihre alltäglichen Aktivitäten fortzusetzen. Sie ziehen sich stark zurück, schaffen es kaum noch, in die Schule zu gehen. 41 Prozent aller Fälle im Jahr 2017 diagnostizieren die Ärzte als mittelschwer oder schwer. Bei Angststörungen ist der natürliche Angstmechanismus des Menschen aus den Fugen geraten. Die Betroffenen zeigen Reaktionen, die der jeweiligen Situation nicht angemessen sind und losgelöst von einer realen äußeren Gefährdung ablaufen.

Kinder- und Jugendärzte gehen von hoher Dunkelziffer aus

Der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte begrüßt den neuen Report: „Die erstmals mit Krankenkassendaten untermauerten Erkenntnisse zu frühen psychischen Problemen sind sehr wertvoll. Im Report sehen wir allerdings nur die Spitze des Eisbergs. Wir gehen von einer hohen Dunkelziffer aus“, sagt **Präsident Dr. Thomas Fischbach**. „Es gibt sehr viele Kinder, die leiden und erst spät zu uns in die Praxen kommen. Erst wenn sie eine entsprechende Diagnose haben, tauchen sie in dieser Statistik auf.“ Auf Grundlage des Reports wollen die DAK-Gesundheit und der Verband die bestehende Versorgung von Kindern und Jugendlichen weiter optimieren.

Depressive Jugendliche bekommen regelmäßig Antidepressiva

„Mit dem Kinder- und Jugendreport 2019 haben wir belastbare Analysen zur Versorgungssituation von Kindern mit psychischen Auffälligkeiten“, erklärt Professor Dr. Wolfgang Greiner von der Universität Bielefeld als Studienleiter. Die Untersuchung zeige auch, welche Leistungen junge Patienten mit psychischen Problemen zusätzlich beanspruchen. So ha-

ben Schulkinder wegen einer Depression durchschnittlich 4,4 zusätzliche Arzttermine pro Jahr (mit Angststörungen: plus 4,1 Termine). Vor allem im späten Jugendalter bekommen sie auch regelmäßig Antidepressiva: Mehr als jedes vierte Mädchen und jeder sechste Junge im Alter zwischen 15 und 17 Jahren nimmt ein entsprechendes Arzneimittel ein. Angststörungen werden hingegen seltener medikamentös therapiert; nur halb so viele Jugendliche mit Angststörungen bekommen Medikamente verschrieben (sieben Prozent aller Jungen und elf Prozent aller Mädchen).

DAK-Gesundheit entwickelt neue Angebote

Die DAK-Gesundheit reagiert auf den wachsenden Bedarf und die Versorgungslücke nach der Krankenhausbehandlung mit einem neuen integrierten Versorgungskonzept. Das Programm „veo“ ist einzigartig. Es hilft Kinder- und Jugendtherapeuten, Psychiatern sowie Haus- und Fachärzten dabei, die ambulante Nachsorge zu optimieren. Weitere wichtige altersgruppenspezifische Beteiligte wie Beratungsstellen, Schulpsychologen und Jugendämter werden ebenfalls eingebunden. Das Ziel ist eine bessere Vernetzung und damit eine schnelle und unproblematische Hilfe – ohne lange Wartezeiten und komplizierte Terminabsprachen.

Kommentar Dr. Hartmann

Die Situation der betroffenen Kinder und Jugendlichen ist ja nicht neu, der BVKJ hat immer wieder auf die Zunahme der Neuen Morbiditäten, zu denen eben auch Angststörungen und Depressionen gehören, in den Praxen hingewiesen und entsprechende Möglichkeiten für Diagnostik, Betreuung und Therapie eingefordert. Die Krankenkassen haben diese berechtigten Forderungen, die ja auch einen entsprechenden Vergütungsanreiz zur Folge haben müssen, immer wieder blockiert.

Zusammenstellung und Bearbeitung nach einer Pressemitteilung der DAK vom 21.11.2019:

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

Arbeit auf Abruf – Kleine Änderung mit großer (finanzieller) Wirkung

Bei der Arbeit auf Abruf (§ 12 Teilzeit- und Befristungsgesetz – TzBfG) handelt es sich um eine Vereinbarung, nach der der Arbeitnehmer die Arbeitsleistung entsprechend dem wechselnden Arbeitsanfall im Betrieb erbringen muss, und zwar nach einseitiger Anweisung des Arbeitgebers. Von dieser extremen Variante der Flexibilisierung sind praktisch nur Teilzeitkräfte betroffen, wozu auch Minijobber auf 450-Euro-Basis zählen. Was erstmal für den Arbeitgeber ziemlich praktisch klingt und in der Praxis auch durch niedergelassene Kinder- und Jugendärzte gerne genutzt wird, kann jedoch auch Probleme mit sich bringen. Im Einzelnen:



Dr. iur.
Juliane Netzer-Nawrocki

Neues zur Arbeit auf Abruf – Die Grundlagen

Mit Wirkung zum 1. Januar 2019 hat der Gesetzgeber – von vielen unbemerkt – den gesetzlichen Rahmen für die Arbeit auf Abruf gemäß § 12 TzBfG geändert. Unverändert bleibt, dass die Vereinbarung zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer über die Arbeit auf Abruf grundsätzlich eine bestimmte Dauer der wöchentlichen und täglichen Arbeitszeit festlegen muss. **Ist im Arbeitsvertrag jedoch keine feste Arbeitszeit vereinbart, gelten jetzt 20 Stunden wöchentlich als vereinbarte Arbeitszeit.**

Nach der alten Fassung des § 12 TzBfG waren es noch 10 Wochenarbeitsstunden. Hintergrund dieser Änderung ist, einen wirksamen Anreiz zu setzen, tatsächlich eine bestimmte Dauer der wöchentlichen Arbeitszeit festzulegen. Für Arbeitnehmer, die Arbeit auf Abruf leisten, kann so mehr Sicherheit in Bezug auf ihre Planung und ihr Einkommen erzielt werden.

Aus den gleichen Gründen wird die mögliche abrufbare Zusatzarbeit beschränkt. **Der Anteil, der einseitig vom Arbeitgeber abrufbaren zusätzlichen Arbeit, darf nicht mehr als 25 % der vereinbarten wöchentlichen Mindestarbeitszeit betragen.** Bei einer Vereinbarung über die Verringerung der vereinbarten Höchstarbeitszeit beträgt das Volumen entsprechend 20 % der vereinbarten Arbeitszeit (vgl. BT Drucks. 281/18, S. 16).

Praktische Auswirkungen der Gesetzesänderung

Die Änderung des § 12 TzBfG ist zwar schon fast ein Jahr her, doch wie sieht es um die Umsetzung der Neuregelung zur Arbeit auf Abruf in den Betrieben – wie zum Beispiel der Kinder- und Jugendarztpraxis – aus und was hat der Arbeitgeber jetzt zu beachten?

Die Erhöhung der gesetzlich fingierten wöchentlichen Arbeitszeit kann sich insbesondere auf geringfügige Beschäftigungsverhältnisse auswirken, die in der Praxis oftmals nur rudimentäre vertragliche Regelungen zum Arbeitszeitvolumen enthalten. In der Kinder- und Jugendarztpraxis sind dies oft Beschäftigungsverhältnisse mit Reinigungspersonal aber auch mit medizinischem Fachpersonal, welches z.B. aufgrund der Betreuung eigener Kinder nur mit einer geringen wöchentlichen Stundenzahl und je nach Arbeitsanfall „auf Abruf“ mal mehr, mal weniger Stunden pro Woche beschäftigt ist. Bei solchen Beschäftigungsverhältnissen ist Vorsicht geboten.

Denn eine nicht den Anforderungen des § 12 TzBfG genügende Vertragsgestaltung kann **folgeschwere Auswirkungen** haben:

- Ist im Vertrag keine wöchentliche Stundenzahl festgelegt, so muss nunmehr von einer Arbeitszeit von 20 Stunden pro Woche ausgegangen werden. Die Entgeltgrenze für eine geringfügige Beschäftigung in Höhe von 450,00 € wird, selbst bei Zahlung „nur“ des gesetzlichen Mindestlohns von 9,19 € pro Stunde, schnell überschritten sein. Zum Vergleich: Zahlt der Kinder- und Jugendarzt den Mindestlohn in Höhe von 9,19 € pro Stunde, ergab das bei der gesetzlich als vereinbart geltenden Stundenzahl des § 12 TzBfG a.F. von 10 Stunden nur gut 380,00 € monatlich und somit keine sozialversicherungsrechtlichen Probleme. Muss nun allerdings aufgrund fehlender Angaben im Arbeitsvertrag und § 12 TzBfG n.F. von 20 Stunden pro Woche ausgegangen werden, führt dies bei einer Vergütung mit dem Mindestlohn zu einem monatlichen Gehalt in Höhe von knapp 800,00 €. Es gilt also: Der beliebte Minijob ist im Zweifel gar kein Minijob mehr.
- Verliert der Minijob seine sozialversicherungsrechtliche Privilegierung, kann dies zur Folge haben, dass es im Fall einer sozialversicherungsrechtlichen Betriebsprüfung zum Entstehen von sog. Phantomlohn kommt, da bei der Berechnung der Höhe der Sozialbeiträge dasjenige Arbeitsentgelt zugrunde zu legen ist, das der Arbeitnehmer beanspruchen kann. Da der Anspruch des Arbeitnehmers auf Vergütung der vollen Zeit von 20 Stunden besteht, sind nach dem Entstehungsprinzip in der Sozialversicherung auch die daraus resultierenden Sozialversicherungsbeiträge entstanden und fällig, die der Ar-

beitgeber nach § 28g SGB IV allein zu tragen hat. Die Inanspruchnahme des Arbeitnehmers ist nahezu ausgeschlossen. **Möglich ist sogar eine Verpflichtung zur Nachzahlung der Sozialversicherungsbeiträge bis zu vier Jahre rückwirkend.** Das (zumindest bedingt) vorsätzliche Nichtabführen von Sozialversicherungsbeiträgen ist außerdem nach § 266a StGB unter Strafe gestellt.

Handlungsempfehlung für den Arbeitgeber

Bestehende Arbeitsverträge – gerade mit geringfügig Beschäftigten – sind vor diesem Hintergrund auf ihre Konformität mit der Neufassung des § 12 TzBfG zu überprüfen. **Empfehlenswert ist es, die Dauer der wöchentlichen Arbeitszeit immer schriftlich mit dem Arbeitnehmer festzulegen.** Dies sollte auch bei einer monatlich bestimmten Arbeitszeit gelten. Bereits bestehende mündliche Absprachen sollten schriftlich fixiert werden und entweder eine **wöchentliche Mindest-**

oder eine Höchstarbeitszeit beinhalten. In diesem Zusammenhang ist darauf zu achten, dass die Mindestarbeitszeit nicht um mehr als 25 % überschritten und die Höchstarbeitszeit nicht um mehr als 20 % unterschritten werden darf.

Umsetzung der Vertragsänderung

Um die Vertragsänderung umzusetzen ist es ratsam, zunächst das Gespräch mit dem Arbeitnehmer zu suchen. Normalerweise sollte dieser gegen die Verschriftlichung der Arbeitszeit bzw. die diesbezügliche Ergänzung des bestehenden Vertrages keine Einwände haben. Es besteht ansonsten die Möglichkeit, eine Vertragsänderung ausgehend von der Störung der Geschäftsgrundlage (§ 313 BGB) zu erreichen. Danach kann eine Anpassung des Vertrags – hier durch den Arbeitgeber – verlangt werden, wenn sich Umstände, die zur Grundlage des Vertrags geworden sind, nach Vertragsschluss schwerwiegend verändert haben und die Parteien den Vertrag nicht oder mit anderem Inhalt geschlossen

hätten, wenn sie diese Veränderung vorausgesehen hätten. Vorsorglich bzw. wenn sich der Arbeitnehmer nicht kooperativ zeigt, kann auch eine Änderungskündigung ausgesprochen werden. Diese kann der Arbeitnehmer entweder annehmen, mit der Folge, dass der Arbeitsvertrag unter geänderten Bedingungen fortgeführt wird, oder aber, sollte die Kinder- und Jugendarztpraxis in den Anwendungsbereich des Kündigungsschutzgesetz fallen, eine Kündigungsschutz- oder Änderungschutzklage erheben.

Korrespondenzanschrift:

Dr. iur. Juliane Netzer-Nawrocki,
Rechtsanwältin und Fachanwältin
für Medizinrecht
Alena Herkenrath, Dipl.-Jur.,
Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Möller & Partner – Kanzlei für Medizinrecht (www.moellerpartner.de)
Die Anwälte der Kanzlei sind als
Justiziarer des BVKJ e.V. tätig.

Red.: WH

Musterfortbildungscurriculum für Medizinische Fachangestellte PÄDIATRIE – Prävention im Kindes- und Jugendalter/Sozialpädiatrie

Im Kinder- und Jugendarzt haben wir 2016 über die „Umsetzung des Präventionsgesetzes durch Delegation nicht-ärztlicher Leistungen“ (1) geschrieben und dabei über die DAPG- Fortbildung zur Präventionsassistentin in der Pädiatrie berichtet, die mittlerweile bundesweit von knapp 1.400 MFA`s und Kinderkrankenschwestern erfolgreich absolviert worden ist. Die Fortbildung erfolgte seit 2007 auf der Basis des von der Bundesärztekammer verabschiedeten MFA-Curriculums „Prävention im Kindes- und Jugendalter“. Seit dem Sommer 2019 ist dieses durch das neue Musterfortbildungscurriculum für Medizinische Fachangestellte „PÄDIATRIE - Prävention im Kindes- und Jugendalter / Sozialpädiatrie“ (2) abgelöst worden. Darüber soll im Folgenden berichtet werden.



Dr. Thomas Lob-Corzilius

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

Das Gesamtmodul Pädiatrie umfasst incl. der Hausarbeit in der Prävention 130 Unterrichtseinheiten und kann als pädiatrischer Wahlteil für die 420 UE umfassende Aufstiegsfortbildung zur **Fachwirtin in der ambulanten medizinischen Versorgung** genutzt werden. Zukünftig ist die Teilnahme an dem Basismodul (30 UE) für beide Schwerpunkte die Voraussetzung. Die Module bzw. Schwerpunkte Prävention (54 UE) und Sozialpädiatrie (46 UE) können einzeln oder aufeinanderfolgend absolviert werden (siehe Abb.). Die Inhalte des Basismoduls sowie der Prävention sind unverändert geblieben.

Das Zertifikat zur Präventionsassistentin behält unverändert seine Gültigkeit!

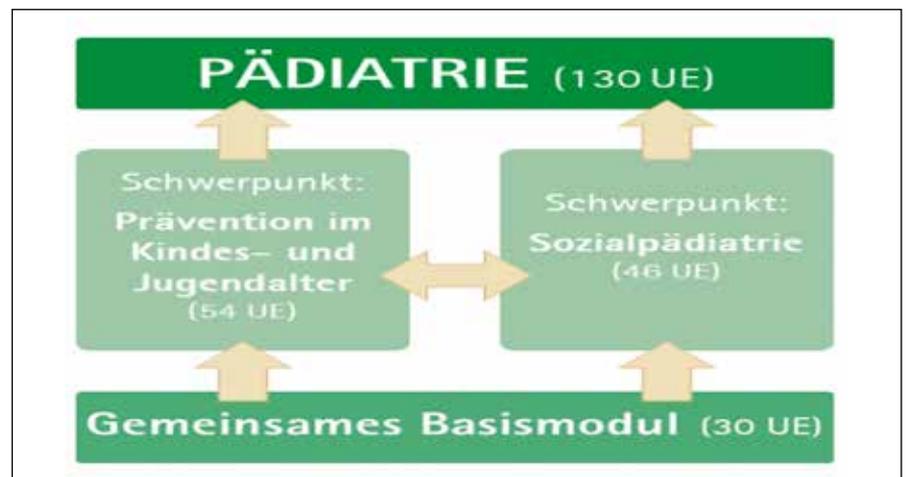
Die Deutsche Akademie für Prävention und Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter (DAPG) hatte zuvor in einer intensiven Zusammenarbeit mit dem BVKJ, der DGSPJ sowie der Akademie für medizinische Fortbildung der ÄK-Westfalen-Lippe die Inhalte des Moduls Sozialpädiatrie entwickelt. Diese lassen sich den folgenden vier Bereichen zuordnen, in denen die zukünftigen sozialpädiatrischen Assistentinnen Kenntnisse erwerben bzw. vertiefen können:

1. Situation von Familien mit Kindern in Deutschland mit den Themen (10 UE):

- Schutz- und Risikofaktoren, Resilienz sowie Ressourcen für die kindliche Entwicklung und Familie



Dr. Thomas Fischbach,
Präsident BVKJ



- Auswirkungen von Armut und Bildungsferne, Früh- und Risikogeburt, chronischen Krankheiten,
- Auswirkungen motorischer, kognitiver, sprachlicher und psychischer Beeinträchtigungen, von körperlicher und seelischer Misshandlung
- Auswirkungen auf Geschwister in Familien mit gesundheitlich und entwicklungsbeeinträchtigten Kindern und/oder mit Migrationshintergrund

2. Entwicklungsdiagnostik mit den Themen (16 UE):

- Grundlagen der Entwicklungsdiagnostik, deren Variabilität und Bandbreite, Möglichkeiten und Grenzen entwicklungsdiagnostischer Verfahren und deren Anforderungen in der Stufenversorgung von der Kinder- und Jugendarztpraxis zum SPZ (IVAN-I)
- Einschätzung von Emotionen und Verhaltensregulation, Interaktion und Spielverhalten
- Grundlagen der Basisdiagnostik im Kleinkindalter anhand geeigneter Verfahren z. B. MFED
- Grundlagen der Basisdiagnostik im Vorschulalter anhand geeigneter Verfahren z.B. BUEVA-III
- Grundlagen der Basisdiagnostik im Grundschulalter anhand geeigneter Verfahren z.B. BUEGA
- Interpretationsmöglichkeiten von Testbefunden, Einsatz von Fragebögen-Verfahren sowie Dokumentation und Abrechnung

3. Entwicklungsfürsorge und Heilmittel mit den Themen (8 UE):

- Prinzipien der Entwicklungsunterstützung, Dualität von Förderung und Therapie

- IVAN-Empfehlungen und Nutzung der Sozialanamnese in der Praxis
- Zieldefinition der ICF in der Heilmittelindikation und Teilhabeorientierung als Basis für eine Heilmitteltherapie
- Heilpädagogische Maßnahmen inkl. Frühförderung, Inhalte und Methoden der Heilmitteltherapien sowie -richtlinien
- Alltagsbeeinträchtigung und Leidensdruck sowie passende Fördermöglichkeiten
- FamilienErgo als Beispiel zur Förderung nicht therapiebedürftiger Vorschulkinder und zur Elternberatung

4. Sicherung des Kindeswohls, Teilhabe und Kinderschutz mit den Themen (8 UE):

- Politisch und rechtliche Rahmenbedingungen des Bundeskinderschutzgesetzes, Überblick über Strukturen, Berufsgruppen, Angebote und Zugangswege für Frühe Hilfen in der Region
 - Nutzung von Screeningbögen, Mutterpass und Kinderuntersuchungsheft und deren Relevanz für den Praxisalltag
 - Vorgehensweise bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung incl. Datenschutz
 - Nutzung lokaler Netzwerke, Kontakte zu Jugend- und Gesundheitsamt, Wohlfahrtsverbänden und Frühförderung zur Entwicklungsfürsorge
 - Kommunikation mit Familien in kritischen Alltagssituationen, Transfer in Praxisalltag
- Abschließend ist der Erwerb des Qualifikationsnachweises an die Präsentation anonymisierter Fallbeispiele mit Testbögen oder anderer Untersuchungsbefunde und/oder anonymisierter Kinderschutzfälle sowie Darstellung eines lokalen

Netzwerkes der Entwicklungsfürsorge geknüpft (4 UE).

Ab 2020 erfolgt das DAPG-Fortbildungsangebot in der bewährten Kooperation mit dem BVKJ und einigen Landesärztekammern sowie neu der DGSPJ. Über die Homepage www.dapg.info (3) können die jeweiligen Kurstermine sowie die Anmeldeunterlagen abgerufen werden. Unverändert besteht bundesweit eine Förderungsmöglichkeit über den Bildungsprämiegutschein von 500.-€ pro Jahr.

Bislang können Pädiater über die **EBM-Ziffer 04355 und 04356** persönlich erbrachte, sozialpädiatrisch erbrachte Beratungen einmal im Quartal abrechnen. Das mittelfristige Ziel der DAPG und natürlich des BVKJ ist es weiterhin, analog zur zahnmedizinischen Prävention eine zusätzliche, geregelte Abrechnungsmöglichkeit delegierbarer Leistungen in der Pädiatrie einzuführen. Die mittels des Curriculums Pädiatrie qualifizierten MFA's und Kinderkrankenschwestern sollen dabei die ärztliche Kompetenz ergänzen und unterstützen, aber nicht ersetzen.

Dr. Thomas Lob-Corzilius,
Dr. Thomas Fischbach, Präsident BVKJ
Literatur beim Verfasser.

Korrespondenzanschrift:

Dr. med. Thomas Lob-Corzilius,
Kinder- und Jugendarzt i.R.
Allergologie, Kinderpneumologie,
Umweltmedizin
49078 Osnabrück
E-mail: thlob@uminfo.de

Red.: WH

Psychomotorische Entwicklung des Säuglings (Wandtafel)

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

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



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

Der Honorarausschuss informiert

Abrechnung von Jugendarbeitsschutzuntersuchungen

Jugendarbeitsschutzuntersuchungen gehören einerseits zum Alltag jeder Kinder- und Jugendarztpraxis. Andererseits wird die JuArbSch-Untersuchung aufgrund der unbefriedigenden Vergütung oftmals lediglich als lästige Pflicht wahrgenommen. Dennoch – die Beschäftigung mit dem Thema lohnt auch aus abrechnungstechnischer Sicht.



Dr. Wolfgang Landendörfer

Gesetzliche Rahmenbedingungen

Nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz (JArbSchG) darf ein Jugendlicher, der in das Berufsleben eintritt, nur beschäftigt werden, wenn er innerhalb der letzten 14 Monate von einem Arzt untersucht worden ist (Erstuntersuchung JAS 1) und dem Arbeitgeber eine von diesem Arzt ausgestellte Bescheinigung vorliegt.

Anspruchsberechtigt sind **Jugendliche, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben**. Der Untersuchungsbescheinigungsschein wird auch an Jugendliche ausgegeben, die an einer **berufsvorbereitenden Maßnahme** oder am **Bundesfreiwilligendienst** teilnehmen (Gesetz zum Schutz der arbeitenden Jugend Gesundheitliche Betreuung §§ 32 ff).

Die Kosten werden von den Bundesländern getragen. Die **Abrechnung** erfolgt je nach Bundesland über die KV

oder staatliche Stellen. Die Untersuchungsberechtigungsscheine werden in einem bunten Blumenstrauß föderaler Eigenheiten durch verschiedenste örtliche Behörden ausgegeben (z.B. Bayern – Schulen und Gewerbeaufsichtsämter; Berlin – Jugendgesundheitsdienst; Sachsen – KV-Bezirksstellen und Landesdirektion Sachsen etc.). Die Untersuchungsbögen zur Dokumentation sind in den Arztinformationssystemen integriert oder kostenfrei beim Kohlhammer-Verlag erhältlich.

Erstuntersuchung

Die Erstuntersuchung (JAS 1) im Sinne des JArbSchG muss vor Aufnahme der Berufstätigkeit durchgeführt sein und bezieht sich auf den Gesundheits- und Entwicklungsstand des Jugendlichen. Die Dokumentation erfolgt auf dem weißen Untersuchungsbogen (Aufbewahrungspflicht 10 Jahre). Die Erstuntersuchung ist keine Eignungs- oder Tauglichkeitsuntersuchung für bestimmte Berufe oder Tätigkeiten und ersetzt nicht die speziellen arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen nach anderen Rechtsvorschriften im Arbeitsschutz, die vom Arbeitgeber zu veranlassen sind.

Historisch betrachtet, basiert der Leistungsumfang der Jugendarbeitsschutzuntersuchung auf der GOP 32 der GOÄ (Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Untersuchung – einschließlich einfacher Seh-, Hör- und Farbsinnprüfung; Urinuntersuchung auf

Eiweiß, Zucker und Erythrozyten; Beratung des Jugendlichen; schriftliche gutachtliche Äußerung; Mitteilung für die Personensorgeberechtigten; Bescheinigung für den Arbeitgeber). Bereits hier ist die **Vergütung ist nicht attraktiv, sie beträgt 400 Pkt. (23,31 € 1fachSatz GOÄ)**. Die inkludierte schriftliche gutachterliche Äußerung wäre als Einzelleistung bereits mit 300 Punkten zu bewerten!

Die karge Vergütung der Jugendarbeitsschutzuntersuchung (JAS 1 - 23,32 €) als vertragsärztliche Leistung spiegelt ihre Herkunft sozusagen wider. Umso wichtiger ist es darauf zu achten, dass der geringe geforderte Leistungsumfang nicht durch unbezahlte freiwillige Mehrarbeit aufgewertet wird:

Leistungsinhalt der Jugendarbeitsschutzuntersuchung

- Einfacher, nicht apparativer Hörtest
- Sehtest mittels Sehtafeln
- Blutdruckmessung
- körperliche Untersuchung
- 3fach-Urinteststreifen (EW, Zucker, Ery)

Erste Nachuntersuchung (JAS 2):

Ein Jahr nach Aufnahme der ersten Beschäftigung hat sich der Arbeitgeber die Bescheinigung eines Arztes darüber vorlegen zu lassen, dass der Jugendliche nachuntersucht worden ist. Die Dokumentation erfolgt auf dem roten Untersuchungsbogen (Aufbewahrungspflicht 10 Jahre).

Berufliche Sensibilisierung

Bitte wählen Sie für jeden dieser Faktoren eine der Möglichkeiten aus dem Aufklappmenü aus. Klicken Sie jeweils auf den Pfeil, um sich die Antwortmöglichkeiten anzeigen zu lassen und die Antwort auszuwählen, die für Sie am ehesten zutrifft.

Wenn Sie für alle Faktoren die beste Antwort ausgewählt haben, klicken Sie unten auf „Risiko berechnen“. Anschließend wird Ihnen das individuelle Risiko, bis ins junge Erwachsenenalter eine berufliche Sensibilisierung zu entwickeln, angezeigt.

Sozioökonomischer Status	hoch ▾
Geschlecht	weiblich ▾
Jemals Beruf mit geringem Asthmarisiko	nein ▾
Jemals Beruf mit hohem Asthmarisiko	nein ▾
Wohnort	Alte Bundesländer ▾
Mindestens ein Elternteil mit allergischer Rhinitis	nein ▾
Mindestens ein Elternteil mit atopischer Dermatitis	ja ▾
Wahrscheinlichkeit (%)	<input style="width: 50px;" type="text"/>

←

Abb. 1:

Ergänzungsuntersuchungen

Sie dürfen Ergänzungsuntersuchungen anordnen, soweit sie zur Abklärung des Gesundheitszustandes erforderlich sind, um eine Aussage darüber treffen zu können, ob die oder der Jugendliche beruflich einsatzfähig ist. Dies betrifft alle Fragestellungen, die mit dem begrenzten Leistungsumfang der Erstuntersuchung nicht zu beantworten sind.

Leider ist die Durchführung der Ergänzungsuntersuchungen föderal unterschiedlich geregelt:

In Bayern wird die Selbstdurchführung der Ergänzungsuntersuchung (JAS 4) in der eigenen Praxis akzeptiert („Um den Gesundheits- oder Entwicklungszustand der Jugendlichen abschließend zu beurteilen, können **Ärzte** gem. § 38 JArbSchG Ergänzungsuntersuchungen durch einen Facharzt veranlassen.“). Die Ergänzungsuntersuchung darf taggleich mit der Erstuntersuchung (JAS1) durchgeführt werden.

Andere Bundesländer formulieren – „... kann der Arzt den Gesundheits- und Entwicklungsstand des Jugendlichen nur beurteilen, wenn das Ergebnis einer Ergänzungsuntersuchung **durch einen anderen Arzt** oder einen Zahnarzt vorliegt,

so hat er die Ergänzungsuntersuchung (JAS 5) zu veranlassen und ihre Notwendigkeit schriftlich zu begründen“ – und verlangen die Überweisung in eine Fremdpraxis.

Noch komplizierter wird es, weil sich die **Abrechnungsmöglichkeit der Ergänzungsuntersuchung** danach richtet, in welchem Bundesland Sie tätig sind: In Bremen, Baden-Württemberg und Hessen wird nach EBM abgerechnet. In Bayern, Sachsen und Schleswig-Holstein wird die Abrechnung nach dem Einzelsatz der GOÄ ermöglicht und man hat den Vorteil auf das gesamte Leistungsspektrum der GOÄ inklusive Analogzifferbewertungen zurückgreifen zu können (z.B. Abrechnung Pulsoxymetrie, FeNO...).

Falls es für Sie interessant ist, die Ergänzungsuntersuchungen selbst durchzuführen, müssen Sie sich regional bei Ihrer KV erkundigen. Leser aus Bayern können gerne eine detaillierte Abrechnungsanleitung beim Verfasser anfordern (vortrag@dr-landendoerfer.de)

Weitere Tipps:

Tipp 1:

Um das zukünftige Risiko einschätzen zu können, bietet die Ludwig-Maximili-

ans-Universität München einen beruflichen Allergierisikorechner frei verfügbar an (siehe Abb. 1).

Tipp 2:

Broschüre „Damit der Traumberuf kein Albtraum wird“ – Ein Ratgeber für die medizinische Berufsberatung allergiekranker Jugendlicher. Hrsg. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (baua).

Tipp 3:

Steigern Sie Ihre Effizienz, in dem Sie den JArbSch-Termin, sofern möglich, zur anschließenden Durchführung der Jugendgesundheitsuntersuchung J2 nutzen.

Danke an meine leitende MFA Sonja Mizich, ohne deren hartnäckige Recherchen die JArbSchU noch heute für mich unklar wäre.

Korrespondenzanschrift:

Dr. Wolfgang Landendörfer
90482 Nürnberg
E-Mail: praxis@dr-landendoerfer.de

Red.: WH

Pressemeldung der DAKJ zur Diskussion der Aufnahme der Kinderrechte ins Grundgesetz im Deutschen Bundestag

Nach jahrelanger Diskussion über eine Aufnahme der Kinderrechte ins Grundgesetz hat das Bundesjustizministerium Ende November einen Gesetzentwurf vorgelegt. Danach sollen Kinder einen Anspruch auf Förderung ihrer Grundrechte erhalten, zudem soll eine Pflicht zur Berücksichtigung des Kindeswohls festgeschrieben werden.

Mit dem Entwurf des Ministeriums liegt nun endlich ein konkreter Formulierungsvorschlag vor, wie die Rechte der Kinder im Grundgesetz zu verankern sind“, so Prof. Dr. Hans-Iko Huppertz, Generalsekretär der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ).

Nach dem Entwurf soll ein neuer Absatz 1a in Artikel 6 GG eingefügt werden:

„Jedes Kind hat das Recht auf Achtung, Schutz und Förderung seiner Grundrechte einschließlich seines Rechts auf Entwicklung zu einer eigenverantwortlichen Persönlichkeit in der sozialen Gemeinschaft. Das Wohl des Kindes ist bei allem staatlichen Handeln, das es unmittelbar in seinen Rechten betrifft, angemessen zu berücksichtigen. Jedes Kind hat bei staatlichen Entscheidungen, die seine Rechte unmittelbar betreffen, einen Anspruch auf rechtliches Gehör.“

Nach Auffassung vieler Rechtsexperten würde die Verankerung von Kinderrechten in der Verfassung zu einer Stärkung der Rechte der Eltern führen, die diese Rechte, gefördert vom Staat, für ihre Kinder durchsetzen können. Huppertz: „Wir rechnen damit, dass sich durch eine Änderung des Grundgesetzes die Verfassungs- und Lebenswirklichkeit in Deutschland in den nächsten 10 Jahren

substantiell für Kinder und Jugendliche verbessern wird.“

Huppertz: „Wir verstehen, dass der Gesetzgeber mit dem vorgelegten Entwurf möglichst wenig am Verhältnis zwischen Eltern, Kindern und Staat ändern will. Auch nach unserem Verständnis als Kinder- und Jugendärzte muss es bei der Erstverantwortung der Eltern für ihre Kinder bleiben und der Staat nur da eingreifen, wo Eltern ihrer Verantwortung nicht nachkommen. **Wir halten es aber für falsch, dass das Kindeswohl lediglich „angemessen“ berücksichtigt werden soll. Die Bund-Länder-Arbeitsgruppe, die den jetzigen Entwurf erarbeitet hat, hatte alternativ auch „wesentlich“ oder „vorrangig“ vorgeschlagen. Diese Formulierungen würden Behörden und Gerichten deutlich mehr Möglichkeiten eröffnen, im Zweifel Entscheidungen zugunsten von Kindern und Jugendlichen zu treffen.“**

Die DAKJ bedauert auch, dass das Ministerium den Vorschlag der Arbeitsgruppe nicht aufgegriffen hat, jedem Kind einen Anspruch auf „Gehör und auf Berücksichtigung seiner Meinung entsprechend seinem Alter und seiner Reife“ einzuräumen. Nach dem Entwurf bleibt es bei einem Anspruch auf „rechtliches Gehör“, was aber längst im Grundgesetz verankert ist.

Der Entwurf bleibt somit leider in wesentlichen Teilen hinter den international akzeptierten Formulierungen der Kinderrechtskonvention der Vereinten Nationen zurück, die die Priorität des

Kindeswohls bei allen das Kind betreffenden Entscheidungen fordert.

Huppertz: „Kinderrechte im Grundgesetz brauchen starke Formulierungen, damit sie auch wirken, wenn es darauf ankommt. Dabei käme der Ausbau möglichst konkreter Schutz- und Teilhaberechte für Kinder und Jugendliche uns allen zugute. Denn die nachwachsende Generation hat von allen gesellschaftlichen Gruppierungen naturgemäß das größte Interesse daran, dass Lebensbedingungen möglichst zukunftsfähig und nachhaltig gestaltet werden.

Das gilt nicht nur für Bereiche wie Schule und Ausbildung, sondern beispielsweise auch für eine in den letzten Jahren verstärkt gefährdete medizinische Versorgung vor allem in unseren Kinderkliniken. Es darf nicht sein, dass in einem wohlhabenden Staat wie Deutschland medizinisch notwendige Eingriffe nicht oder nicht rechtzeitig stattfinden können, nur weil das dafür notwendige Personal nicht zur Verfügung steht.“

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Hans-Iko Huppertz,
Generalsekretär der DAKJ
10115 Berlin
Tel. 030.4000588-0, Fax 030.4000588-8
kontakt@dakj.de

Bearbeitung:

Dr. Wolfram Hartmann, 57223 Kreuztal

Eigenständige Haftpflichtversicherung für angestellte Kinder- und Jugendärzte: Pflicht oder Kür?

Für niedergelassene Kinder- und Jugendärzte stellt sich die Frage nach einer eigenen Berufs- bzw. Betriebshaftpflichtversicherung in der Regel nicht – sie ist für diese selbstverständlich. Anders sieht es jedoch bei den angestellten Kinder- und Jugendärzten aus. Hier ist die Frage nach der Notwendigkeit einer solchen Versicherung auch nicht pauschal zu beantworten. Entscheidend ist der Versicherungsumfang des Arbeitgebers.



Markus Schon

Versicherungsschutz des angestellten Arztes in der Praxis bzw. dem MVZ

Der Berufshaftpflichtversicherung des Inhabers der Praxis oder des medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) liegen in der Regel die sogenannten BBR (Besonderen Bedingungen und Risikobeschreibungen) und die AHB (allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung) zugrunde. Hiernach ist die gesetzliche Haftpflicht Gegenstand des Versicherungsschutzes. Im Arzthaftpflichtrecht kann sich diese zum einen aus einer Verletzung der Vertragspflichten aus einem mit dem Patienten geschlossenen Behandlungsvertrag (siehe §§ 280 ff. BGB) und zum anderen aus der deliktischen Haftung des behandelnden Arztes persönlich (siehe § 823 BGB) ergeben.

Da der Behandlungsvertrag stets von dem Inhaber mit dem Patienten abgeschlossen wird, kann der angestellte

Arzt nicht wegen einer Verletzung nach §§ 280 ff. BGB selbstständig haftbar gemacht werden. Es gilt der arbeitsrechtliche Freistellungsanspruch und **in der Regel kann nur bei grob fahrlässig erfolgter Handlung der Arbeitgeber den angestellten Arzt in Regress nehmen.**

Anders sieht es aus, wenn der **angestellte Arzt nach § 823 BGB haftbar gemacht wird.** In diesem Fall wird von dem Patienten im Hinblick auf eine vermeintlich fehlerhafte Behandlung direkt ein Anspruch gegen ihn erhoben. **Im Rahmen dieser persönlichen gesetzlichen Haftpflicht benötigt der angestellte Arzt dann einen ausreichenden Versicherungsschutz.**

Ausgestaltung des Versicherungsschutzes

Aufgrund der beschriebenen Haftungssituationen bedarf es bei der Gestaltung des Versicherungsvertrages des Arbeitgebers einer ganz besonderen Sorgfalt. Dabei gehen die Versicherer in Deutschland nicht einheitlich vor und je nach Versicherer ergeben sich ganz unterschiedliche Konstellationen.

So gilt ein Weiterbildungsassistent in der Berufshaftpflichtversicherung der Praxis in der Regel automatisch prämienfrei mitversichert. Anders sieht es bei einem **angestellten Facharzt** oder oft auch bei einem **Entlastungsassistenten** aus. Hier gibt es Versicherer, die diese im Versicherungsvertrag gegen Prämie berücksichtigen, andere wiederum versichern bis zu maximal zwei angestellte Ärzte der gleichen Fachrichtung des Praxisinhabers bei Namensnennung

prämienneutral mit. Auch gibt es sogenannte Umsatzpolicen, die sich auf Basis des Bruttojahresumsatzes der Praxis berechnen, bei denen dann alle angestellten Ärzte der genannten Fachrichtung automatisch mitversichert gelten.

Erfolgt die **ordnungsgemäße Aufnahme des angestellten Arztes in die Berufshaftpflichtversicherung des Inhabers**, so besteht Versicherungsschutz für Ansprüche, die gegen den Inhaber aus der dienstlichen Tätigkeit des angestellten Arztes innerhalb der Praxis geltend gemacht werden als auch meist Versicherungsschutz für dessen deliktischen Haftung. Ebenfalls gilt die grobe Fahrlässigkeit des angestellten Arztes hierbei in der Regel mitversichert.

Sind die beschriebenen Haftungsfälle nicht ausreichend im Versicherungsumfang des Arbeitgebers enthalten, empfiehlt sich für angestellte Ärzte der Abschluss einer eigenen Berufshaftpflichtversicherung für die dienstlichen Tätigkeiten.

Versicherungsschutz des angestellten Arztes in der Klinik

Auch hier werden die **Behandlungsverträge zwischen dem Arbeitgeber und dem Patienten abgeschlossen.** Somit ergibt sich vom Grunde her die gleiche Haftungsthematik wie beim angestellten Arzt in der Praxis bzw. dem MVZ. **Die angestellten Ärzte der Klinik sind üblicherweise bei Ihren dienstlichen Tätigkeiten über die Haftpflichtversicherung des Trägers abgesichert.** Allerdings gibt es Kliniken, die keine Haftpflichtversicherungen haben oder solche

mit zum Teil sehr hohen Selbstbehalten. Zudem behalten sich Kliniken oftmals einen Regress gegenüber ihren angestellten Ärzten bei grober Fahrlässigkeit vor. **Gemeinsam mit der Klinikleitung sollte vor Tätigkeitsaufnahme der für den Arzt vorhandene bzw. nicht vorhandene Versicherungsschutz besprochen werden.**

Tätigkeiten außerhalb des Dienstverhältnisses

Häufig übersehen werden Haftungsfälle außerhalb des Dienstverhältnisses sowohl in der Praxis als auch in der Klinik. Solche Haftungsfälle betreffen beispielsweise **erlaubte freiberufliche Nebentä-**

tigkeiten, gelegentliche Vertretungen in anderen Praxen, gutachterliche Tätigkeiten und das sogenannte ärztliche Restrisiko bei Erste-Hilfe-Leistungen, Behandlungen im Notfall sowie bei Behandlungen im Verwandten- und Bekanntenkreis.

Diese Risiken müssen über eine eigene Berufshaftpflicht abgesichert werden, sofern sie nicht über den Vertrag des Arbeitgebers mitversichert sind.

Fazit

Grundsätzlich sollte jeder angestellte Kinder- und Jugendarzt zu Beginn seiner Tätigkeit prüfen, in welchem Umfang er

über seinen Arbeitgeber abgesichert ist. Auf jeden Fall ist es ratsam, sich durch einen Versicherungsexperten aus dem Bereich Heilwesen zu den Möglichkeiten einer eigenen Berufshaftpflichtversicherung beraten zu lassen und sich gegebenenfalls entsprechend abzusichern.

Korrespondenzanschrift:

Markus Schon, assekuranz ag
Leiter Ärzte-Service
Diplom-Volkswirt
E-Mail: Markus.Schon@
assekuranz-ag.com

Red.: WH

Bericht aus dem BVKJ-Hauptstadtbüro

Was hat uns das Gesetz mit dem sperrigen Namen „Terminservice- und Versorgungsgesetz“, kurz TSVG, beschäftigt! Nur mit Mühe konnten drohende „worst case Szenarien“ verhindert werden wie die generelle Niederlassungsfreiheit der Pädiater. Andere Regelungen wie die Terminservicestellen, gegen die die Ärzteschaft geschlossen mobil machte, kamen dennoch. Dass die intendierten gesetzlichen Regelungen nicht immer zu gewünschten Ergebnissen führen, zeichnet sich nun ab.



Kathrin Jackel-Neusser

Vermittlung von Terminen im Hausärztlichen Versorgungsbereich ein Flop

So hat der **Evangelische Pressedienst (epd)** eine Umfrage initiiert, die deutlich zeigt, dass die Vermittlung von Hausarzt-Terminen über die Terminservicestellen

(TSS) auf wenig Resonanz stößt. Seit Mai 2019 nämlich vermitteln die Servicestellen der KVen neben Facharztterminen auch Termine bei Haus- sowie Kinder- und Jugendärzten. Seit 2016 gibt es Termin-Servicestellen der KVen, die Patienten Termine im Fachärztlichen Versorgungsbereich vermitteln. Mit Inkrafttreten des TSVG im Mai sind sie auch für die Terminvermittlung im Hausärztlichen Versorgungsbereich zuständig.

Der Service der KVen für diese hausärztlichen Termine wird nur sehr verhalten in Anspruch genommen: So kamen durch die kassenärztlichen Servicestellen seit Mai 2019 lediglich rund 3.000 Termine zustande, wie eine Umfrage des epd ergab. Im gleichen Zeitraum wurden mehr als 100.000 Termine bei Fachärzten und Psychotherapeuten vermittelt. Insgesamt gibt es laut KBV rund **553 Millionen Behandlungsfälle in deutschen Praxen pro Jahr.**

In **Bremen** vermittelte die KV von Mai bis Oktober 2019 sogar nur einen einzigen Termin bei einem Kinder- und Jugendarzt,

bei Hausärzten konnten 41 Termine organisiert werden. Zeitgleich wurden in Bremen 2.050 Facharzttermine über die TSS vergeben.

Im bevölkerungsreichsten Bundesland **Nordrhein-Westfalen** vermittelten die TSS-Servicestellen bislang 339 Termine bei Haus- sowie Kinder- und Jugendärzten, während es bei Fachärzten und Psychotherapeuten 23.370 Termine waren. Die meisten Vermittlungen wurden in Hessen (486) und Niedersachsen (480) verzeichnet. Die wenigsten Termine wurden in Schleswig-Holstein vergeben (22).

Das Angebot an Terminen überwiegt häufig die Nachfrage.

So haben zum Beispiel im Juli 2019 die Berliner Hausärzte rund 1.000 freie Termine gemeldet, von denen nur neun von der Termin-Servicestelle vermittelt werden konnten. Die KVen hatten von vornherein mit einer geringen Resonanz gerechnet, wie die epd-Umfrage ergab. „Die geringe

Inanspruchnahme der Terminservicestellen zeigt, dass die bewährten Wege der Terminvereinbarung bei einem Arzt – trotz anderslautender Aussagen der Politik – funktionieren“, sagte der Sprecher der KV Schleswig-Holstein, Marco Dethlefsen gegenüber der epd.

Nach Darstellung der KV Westfalen Lippe lässt sich das geringe Interesse womöglich darauf zurückführen, dass sich Patienten ihren Haus- und Kinder- und Jugendarzt bzw. –ärztin als erste/n Ansprechpartner/in immer noch selbst aussuchen wollen. Die KV Bayern verwies auf OECD-Studien, wonach der Zugang zu niedergelassenen Haus- und Fachärzten sowie Psychotherapeuten in Deutschland niedrigschwellig möglich ist und die Wartezeiten als niedrig eingestuft werden.

Der KV-Sprecher in Niedersachsen, Detlef Haffke, kritisierte den hohen organisatorischen Aufwand, der in die Servicestellen investiert werden müsse. Insgesamt hätten die vergangenen drei Jahre gezeigt, dass zwar viele Patienten dort anriefen, es aber nur selten zu Vermittlungen komme: „Patienten wollen bei ihrem Wunscharzt an einem Wunschort einen Wunschtermin. Dies kann die Terminservicestelle nicht leisten.“

Fazit des BVKJ:

Viele der Spahn’schen Gesetze, die im Monatstakt erlassen werden, adressieren zwar echte Versorgungsprobleme. Der Aktionismus, der aber z.B. beim TSVG - und weiteren Gesetzen – spürbar gewesen ist, führt für medizinische Selbstverwaltung und Ärzteschaft zu einem enormen zu-

sätzlichen Aufwand, der die effektive Versorgung der Patientinnen und Patienten nicht gerade einfacher macht.

Quellen URL: <https://www.evangelisch.de/inhalte/162853/23-11-2019/vermittlung-von-hausarzt-terminen-stoesst-auf-weniger-resonanz>

Bundesrat berät über zahlreiche wichtige Gesetze, schiebt aber auch eigene Initiativen an

Exkurs – die Gesetzgebung - Funktionen des Bundesrates

Der Bundesrat hat neben der Bundesregierung und dem Bundestag das Recht zur Gesetzesinitiative. Beschließt er einen Gesetzentwurf, so wird dieser zunächst der Bundesregierung zugeleitet, die hierzu Stellung nehmen kann. Der Entwurf sowie die Stellungnahme sind dem Bundestag in der Regel innerhalb von sechs – in bestimmten Fällen innerhalb von drei bzw. neun – Wochen zuzuleiten.

Gesetzentwürfe der Bundesregierung werden zunächst dem Bundesrat zugeleitet, der im ersten Durchgang hierzu Stellung nehmen kann. Auch hier gilt regelmäßig eine Frist von sechs (in besonderen Fällen drei oder neun) Wochen. Die Bundesregierung kann zu der Stellungnahme des Bundesrates eine Gegenäußerung abgeben, bevor sie den Gesetzentwurf beim Deutschen Bundestag einbringt.

Die Beteiligung des Bundesrates im so genannten zweiten Durchgang unterscheidet sich dahingehend, ob das vom Bundestag beschlossene Gesetz die Zustimmung des Bundesrates benötigt, um in Kraft treten

zu können. Ein solches Gesetz wird auch als „Zustimmungsgesetz“ oder „zustimmungsbedürftiges Gesetz“ bezeichnet. Bei allen übrigen Gesetzen kann der Bundesrat nach Durchführung eines Vermittlungsverfahrens Einspruch einlegen. Diese Gesetze werden daher als „Einspruchsgesetze“ bezeichnet.

Die Zustimmungsbedürftigkeit ergibt sich aus dem Grundgesetz und betrifft drei Arten von Gesetzen:

- Gesetze zur Änderung der Verfassung (hier ist für die Zustimmung eine Zweidrittelmehrheit erforderlich),
- Gesetze mit Auswirkungen auf die Finanzen der Länder (z. B. Steuergesetze, die Auswirkungen auf die Einnahmen der Länder haben oder Gesetze, die die Länder zu Ausgaben oder Sachleistungen verpflichten) und
- Gesetze mit Auswirkungen auf die Organisations- oder Verwaltungshoheit der Länder

Bundesrat billigt Digitale-Versorgung-Gesetz

Ärzte können ihren Patienten bald Gesundheitsapps verschreiben. Der Bundesrat hat am 29. November 2019 ein ganzes Maßnahmenpaket zur Digitalisierung des Gesundheitswesens gebilligt:

- Das Digitale-Versorgung-Gesetz.

Anschlusspflicht an TI

Die Neuregelungen sollen vor allem den Zugang zu digitalen Innovationen in der Regelversorgung und die Telematik-Infrastruktur verbessern. Das Gesetz verpflichtet deshalb Apotheken und Kranken-



Ihre **Meinung** zählt!

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

Machen Sie mit!

häuser, sich an die Telematikinfrastruktur anzuschließen: bis Ende September 2020 bzw. 1. Januar 2021. Auf diese Weise soll es Patientinnen und Patienten ermöglicht werden, möglichst bald digitale Angebote wie die elektronische Patientenakte zu nutzen. Hebammen und Physiotherapeuten sowie Pflege- und Rehabilitationseinrichtungen können sich freiwillig anschließen. Die Kosten hierfür werden erstattet.

Honorarabzug für Ärzte möglich

Ärzte, die sich nicht anschließen, müssen laut Gesetz ab dem 1. März 2020 mit einem erhöhten Honorarabzug von 1 auf 2,5 Prozent rechnen. **Sie unterliegen bereits seit dem 1. Januar 2019 der Anschlusspflicht.**

Weitere Änderungen betreffen **Telekonsile**: Sie werden besser vergütet und sollen sektorübergreifend funktionieren. Über Telekonsil können niedergelassene Hausärzte einen Spezialisten konsultieren, ohne dass der Patient selbst beim Facharzt vorstellig werden muss. Ermöglicht wird dies durch eine Software, die beiden Ärzten Zugriff auf dieselben Dokumente verschafft. Erleichterungen gibt es für Ärzte auch bei der **Videosprechstunde**: Über entsprechende Angebote dürfen sie künftig auf ihrer Internetseite informieren.

Darüber hinaus bestimmt das Gesetz, dass **Gesundheitsdaten** fortan – nach Protesten, auch durch den BVKJ, zumindest pseudonymisiert – zu **Forschungszwecken an den Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) übermittelt werden.**

Länder bitten um Beteiligung im Innovationsausschuss

Der Bundesrat hat zu dem Gesetz eine EntschlieÙung gefasst. Darin bittet er die Bundesregierung, die Länder am Verfahren des Innovationsausschusses des Gemeinsamen Bundesausschusses zu beteiligen, damit ihre Expertise bei neuen Versorgungsformen genutzt wird. Die EntschlieÙung geht nun weiter an die Bundesregierung. Sie entscheidet, ob sie das Anliegen der Länder aufgreift. Fristen gibt es dafür nicht.

Unterzeichnung, Verkündung, Inkrafttreten

Das Gesetz wird über die Bundesregierung dem Bundespräsidenten zur Unterzeichnung zugeleitet. Es soll am Tag nach

der Verkündung im Bundesgesetzblatt in Kraft treten. Zum Gesetz können Sie im Ordner „Politische Informationen“ (Pädinform) viele Details nachlesen, oder auf den Seiten des Bundesgesundheitsministeriums.

Hessen, Bremen und Hamburg für besseren Schutz von Gesundheitsdaten

Auch im Kontext des DVG zu sehen ist eine Aufforderung der Länder Hessen, Bremen und Hamburg, die im Bundesrat eine Gesetzesinitiative zum Schutz hochsensibler Gesundheitsdaten gestartet haben. Der Bundesrat möchte Gesundheitsdaten besser schützen. Mit einer EntschlieÙung vom 29. November 2019 fordert er die Bundesregierung auf, die automatisierte Erhebung der Daten zur Tarifgestaltung in der Krankenversicherung für unzulässig zu erklären – unabhängig von einer möglichen Einwilligung der Versicherten.

Zwar ermöglichten digitale Hilfsmittel im Gesundheitswesen enorme Chancen, um das Leben der Bürgerinnen und Bürger zu verbessern. Die automatisierte Datenübertragung an die Krankenversicherungen – beispielsweise durch Fitness-Tracker – berge jedoch die Gefahr, dass sich Self-Tracking-Tarife für Versicherungsnehmerinnen und -nehmer mit „guten“ Risiken etablieren. Andere erhielten hingegen weniger günstigere Tarife. Dies widerspreche dem Grundprinzip von Krankenversicherungen, wonach sie Lebensrisiken durch einen Ausgleich im Versichertenkollektiv langfristig übernehmen.

Außerdem fürchten die Länder, dass die sensiblen Daten kommerzialisiert werden. Die Bundesregierung solle deshalb dafür sorgen, dass Big-Data-Anwendungen im Gesundheitswesen mit den notwendigen rechtlichen und technischen Maßnahmen flankiert werden und so den individuellen Schutz der Versicherten gewährleisten. Die rechtlichen Maßnahmen müssten dabei über den reinen Datenschutz hinausgehen. Bereits im März dieses Jahres habe der Europarat hierzu neue Leitlinien veröffentlicht, unterstreichen sie.

Entscheidung liegt bei der Bundesregierung

Die EntschlieÙung wurde auch hier der Bundesregierung zugeleitet. Sie entschei-

det, ob sie das Anliegen des Bundesrates aufgreift und eine Gesetzesänderung auf den Weg bringt. Feste Fristen gibt es hierfür nicht.

Mehrere Länder möchten Geburtshilfe stärken

Der Bundesrat setzt sich für Verbesserungen in der Geburtshilfe ein. Mit einer am 29. November 2019 gefassten EntschlieÙung fordert er die Bundesregierung auf, die Arbeitsbedingungen und Personalausstattung durch ein **Geburtshilfestärkungsgesetz** zu verbessern.

Nach Ansicht der Antrag stellenden Länder muss sich insbesondere die Finanzierung der Hebammenversorgung verbessern: Die in der Pflege geplante Refinanzierung soll ihrer Meinung nach auch bei Hebammenstellen im Kreißaal Anwendung finden. Gleiches gelte für die beabsichtigte Einführung von Pflegebudgets. Außerdem sollten Hebammen in die für die Pflege geplante Tarifsteigerung eingebunden werden. Darüber hinaus fordern die Antragsteller, den Personalschlüssel zu verbessern, um die Arbeitsbedingungen für Hebammen wieder attraktiver zu machen.

Zur Begründung ihrer Initiative verweisen sie auf die gegenwärtigen Schwierigkeiten in der Hebammenversorgung: Trotz steigender Geburtenzahlen seien in der Vergangenheit vermehrt Geburtshilfeabteilungen geschlossen worden. Fast jedes zweite Krankenhaus habe Schwierigkeiten, offene Hebammenstellen zu besetzen. Außerdem gebe es zu wenige Hebammen-Planstellen. Infolgedessen würden immer mehr Gebärende zeitgleich von einer einzelnen Hebamme betreut. Eine noch weitere Reduzierung der klinischen Geburtshilfe gefährde die flächendeckende Versorgung, warnen die Länder. Die EntschlieÙung wurde auch hier der Bundesregierung zugeleitet.

Quellen: Bundesrat KOMPAKT

Kontaktanschrift:

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

Red.: WH

Editorial zur Kariesprävention

Die Karies ist die häufigste chronische Erkrankung der Menschen, insbesondere auch der Kinder und Jugendlichen. Karies ist primär eine Folge des Zusammenbruchs im dentalen Biofilm durch Fehlernährung! Es gibt ein klares soziales Gefälle: sozioökonomisch schlechter Gestellte haben häufiger Karies als Bessergestellte.



Prof. Dr. med Klaus-Michael Keller

In den letzten Jahren ist in Deutschland die Inzidenz von Karies bei Kindern und Jugendlichen durch gemeinsame Bemühungen von Pädiatern, Zahnärzten, öffentlichem Gesundheitsdienst, Kindertagesstätten und Schulen eindeutig zurückgegangen, jedoch nicht so sehr im Kleinkindesalter wie eigentlich gewünscht.

Neben genetischen Faktoren spielt der **Lebensstil mit Ess- und Trinkverhalten neben dem Zähneputzen mit fluorhaltiger Zahnpasta und der Fluoridapplikation sicher die entscheidende Rolle**. Sowohl in den Beiträgen der Pädiater Dr. Lawrenz und Dr. Hornivius als auch im Beitrag von PD Dr. Tennert, Kinderzahnarzt und Ernährungsmediziner, wird das ganz klar herausgestellt. Es gilt, nicht jede unsinnige Erfindung der Nahrungsmittelindustrie auch im Alltag umzusetzen. Sehr hilfreich für den Pädiater in der Prävention von Wohlstandskrankheiten wie Adipositas und Karies ist die **prospektive Erstellung eines Ernährungs- und Trinkprotokolls** über 4 Tage (2 Tage unter der Woche, 2 Tage am Wochenende). Eine solche Zusammenstellung erleichtert die Beratung der Familien ungemein, z.B. Quetschies oder Fruchtzwerges, Kinderto-

matensoße von Zwergenwiese („Goldener Windbeutel“ von Foodwatch wegen doppelten Zuckergehalts im Vergleich zur Soße für Erwachsene!) etc. oder gesüßte Getränke für den Alltag gar nicht mehr zu kaufen. Ein Großteil des Zuckers steckt aber in industriell hergestellten Backwaren, Brotaufstrichen und Milchprodukten. Die ständige Werbung für Snacks ist gefährlich, 3 Hauptmahlzeiten sind genug! Auch das überlange Stillen, d.h. langes Nuckeln an der Brust nach dem Zahndurchbruch ist für den Zahnstatus ein Kariesrisiko.

Hier ist zu hoffen, dass der geplante „**Nutriscore**“ dem Verbraucher hilft, ungünstige Nahrungsmittel, was den Gehalt an Zucker, Fett und Salz angeht, zu vermeiden. Inkonsequent ist nur, dass der Nutriscore nicht verpflichtend eingeführt wird, sondern wieder nur auf Freiwilligkeit der Nahrungsmittelindustrie beruht. Die Bedeutung einer **Zuckersteuer**, wie sie der BVKJ fordert, und sie in Ländern wie Frankreich und Mexiko bereits erfolgreich eingeführt ist, kann hier nur nachhaltig unterstrichen werden!

Neu dürfte für viele Leser sein, was PD Tennert in seinem Artikel anspricht: Bakterien im Mund sind nicht generell schädlich, sondern der dentale Biofilm in Homöostase ist ein wichtiger und schützender Bestandteil einer gesunden Mundhöhle. Wie für die Darmflora auch spielt auch für die Mundflora eine **vernünftige, optimierte Mischkost** mit wenig fermentierbaren Kohlenhydraten, lieber Vollkornprodukte, aber mehr Gemüse, Salat, Hülsenfrüchte und Nüsse neben Fleisch und Fisch eine entscheidende Rolle.

Fluoride wirken antikariogen nicht vor dem Zahndurchbruch, sondern erst danach durch direkt auf die Zahnoberfläche aufgebrauchte Fluoride, die natürlich je nach Alter nur mit kleinsten Mengen an Zahnpasta angewandt werden dürfen.

Fluortabletten können das Kariesrisiko der Milchzähne, aber nicht der bleibenden Zähne senken. Später ist der Einsatz von fluoridiertem Speisesalz im Haushalt zu empfehlen. Pädiater und Zahnärzte sind sich einig, dass eine „ungesunde Ernährung“, Dauernuckeln an Flaschen mit Süßgetränken aber auch an der Brust eindeutig kariogen sind, genauso wie der Konsum von Fast-food- und Convenienceprodukten.

Umstritten zwischen Zahnärzten und Pädiatern ist der Einsatz von fluorhaltigen Zahnpasten im Säuglings- und Kleinkindesalter versus Einsatz von Fluortabletten. Vergleichende Studien dazu gibt es nicht. Die Empfehlung, der DGKJ, zum Zähneputzen von kleinen Kindern nur Wasser zu verwenden, reflektiert nicht neue Erkenntnisse der Kariologie. Im Bericht vom Modellprojekt aus Mönchengladbach zeigt sich der prinzipiell gute Effekt der Kariesprävention durch enge Kooperation von Zahnärzten und Pädiatern auch ohne Einsatz von Fluortabletten, der aber sicher nicht überall so praktiziert wird.

Meine Schlussfolgerung ist – auch um hier unnötigen Konflikten mit Hebammen aus dem Weg zu gehen – auf jeden Fall die Vitamin-D-Supplementation z.B. in Tropfenform zu empfehlen, auf die Fluorsupplementation im Säuglingsalter zu verzichten, aber unbedingt auf eine vernünftige antikariogene Ernährung (s.o.) auch bei benachteiligten Familien zu achten. Vielleicht kann sich der BVKJ dem anschließen? Ob in Familien aus sozialen Brennpunkten der Einsatz von Vit.-D/Fluortabletten alleine hilft, ist unklar.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med Klaus-Michael Keller
DKD Helios Kindertagesklinik,
Betriebsstätte Helios HSK Klinik
Ludwig-Erhard-Str. 100
65199 Wiesbaden

Highlights aus Bad Orb

Kariesprävention – Welche Rolle spielen Zähne putzen und Ernährung?



PD Dr. med. dent.
Christian Tennert

Einleitung und Epidemiologie

Karies ist heute die weltweit häufigste chronische Erkrankung des Menschen und betrifft derzeit etwa 98% der Bevölkerung in Deutschland. Weltweit leiden etwa 2,3 Milliarden Erwachsene und 560.000 Kinder an Karies oder deren Folgen [1]. Es ist die häufigste Ur-

sache für den Verlust von Zähnen und Schmerzen in der Mundhöhle [2, 3]. Die fünf Mundgesundheitsstudien (DMS I-V) fanden eine deutliche Verbesserung der Mundgesundheit bei 12jährigen Kindern von 1989/92 (DMS I) bis 2014 (DMS V). **Acht von zehn der 12-jährigen Kinder (81 Prozent) sind heute kariesfrei (DMS V).** Die Anzahl kariesfreier 12jähriger hat sich in den etwa 25 Jahren versechsfacht. Als Ursachen für den Kariesrückgang werden regelmäßige Kontrolluntersuchungen in Zahnarztpraxen und engmaschige Gruppen- und Individualprophylaxe genannt, die auch benachteiligte Kinder und andere Risikogruppen erfasst. Dennoch liegt in verschiedenen Sozialschichten weiterhin eine sehr unterschiedliche Karieserfahrung vor. Die Kariespolarisation (Schieflage der Kariesverteilung) zeigt, dass das Drittel mit der höchsten Karieserfahrung dreimal mehr erkrankte Zähne aufweist [4].

Karies ist ebenfalls die häufigste chronische Erkrankung im Kindesalter. Kinder unter 5 Jahren haben eine durchschnittli-

che Kariesprävalenz von 60%. Frühkindliche Karies ist ein ernsthaftes und sehr weit verbreitetes Problem bei Kleinkindern in Entwicklungs- und Industrieländern [5]. Die frühkindliche Karies kann bereits sehr früh nach Durchbruch der Milchzähne beginnen und schreitet bei Kindern mit hohem Risiko rasch voran (Abb. 1)[6, 7]. Ihre Folgen können die unmittelbare und langfristige Lebensqualität von Kind und Familie beeinträchtigen und können erhebliche soziale und wirtschaftliche Folgen haben. Synonym für frühkindliche Karies werden beispiels-



Abbildung 1: Frühkindliche Karies bei einem Kleinkind

weise auch folgende Begriffe verwendet: Babyflaschenzahnkaries, Schnullerkaries, Stillkaries, Oberkieferfrontzahnkaries [8, 9]. Einige dieser Begriffe deuten auf die Ursachen der Karies bei Kindern hin. Bei Kindern unter 3 Jahren ist jedes Anzeichen einer Karies auf den Glattflächen der Zähne ein Hinweis auf eine schwere frühkindliche Karies.

Ätiologie und Pathogenese

Die Ursache für die Entstehung von Karies ist multifaktoriell, aber in großem Maße durch die Ernährung bedingt (Abb. 2). Nach der ökologischen Plaquehypothese wird das vermehrte Auftreten potenziell pathogener Keime wie Streptococcus mutans nicht als Ursache (kausaler Faktor), sondern bereits als Teil des Kariesprozesses (ökologische Veränderung) ver-

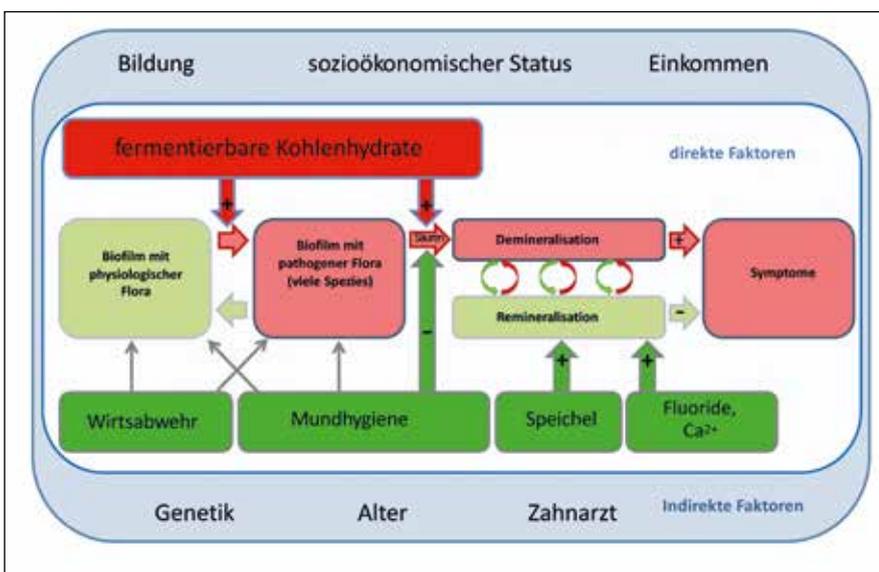


Abbildung 2: Schema zur Pathogenese der Karies, welches sich an der ökologischen Plaquehypothese orientiert [10]. Es zeigt Karies als einen dynamischen Prozess mit verschiedenen direkten (lokalen) und indirekten Einflussfaktoren.

standen. Auch das Auftreten von Plaque wird hiernach, zumindest in einem gewissen Rahmen, als physiologisch akzeptiert.

Die ökologische Plaquehypothese sieht als Hauptursache für Karies den regelmäßigen Konsum fermentierbarer Kohlenhydrate. Andere Faktoren wie z. B. ‚Mundhygiene‘ und ‚Fluoride‘ wirken der Pathogenese der Karies entgegen und sind somit als protektiv zu verstehen [10].

Laut des 12. Ernährungsberichtes liegt der derzeitige durchschnittliche Zuckerkonsum (freie Zucker) in Deutschland sehr hoch, bei rund 30 Kilo im Jahr bzw. etwa 80 Gramm pro Tag [11]. Von Kindern und Jugendlichen werden pro Tag von Mädchen etwa 60 Gramm und von Jungen etwa 70 Gramm freie Zucker konsumiert. Ein Großteil des Zuckers steckt aber gar nicht in den Süßigkeiten allein. Zwei Drittel dieser Menge Zucker steckt in industriell hergestellten Produkten, wie zuckerhaltigen Getränken, Backwaren, Brotaufstrichen und Milchprodukten.

Ist der dentale Biofilm wirklich so schädlich für die Zähne und muss er durch Mundhygienemaßnahmen wirklich bestmöglich entfernt werden?

Entgegen der Annahme, dass Bakterien generell als schädlich anzusehen sind, ist der **dentale Biofilm ein wichtiger und schützender Bestandteil einer gesunden Mundhöhle** (Lin 2017). So schützt er die Zahnhartsubstanz vor mechanischen Reizen, wie Kaubelastung, chemischen Reizen, wie Säuren aus der Nahrung und Getränken. Der Biofilm enthält Immunkomponenten aus dem Speichel, wie Immunglobuline, Lysozym, Fluoride und dient damit der Immunantwort [12]. Außerdem ist er ein Reservoir für remineralisierend wirkende Substanzen aus dem Speichel, wie Fluoride, Kalzium und Phosphat [13, 14].

In der Mundhöhle gibt es über 700 verschiedene Bakterienspezies, aber nur wenige von ihnen sind an der Entstehung einer Karies beteiligt [15]. Es konnten bislang etwa **ein Dutzend kariogene Spezies identifiziert werden, von denen Streptokokken und Laktobazillen eine wichtige Rolle spielen** [16].

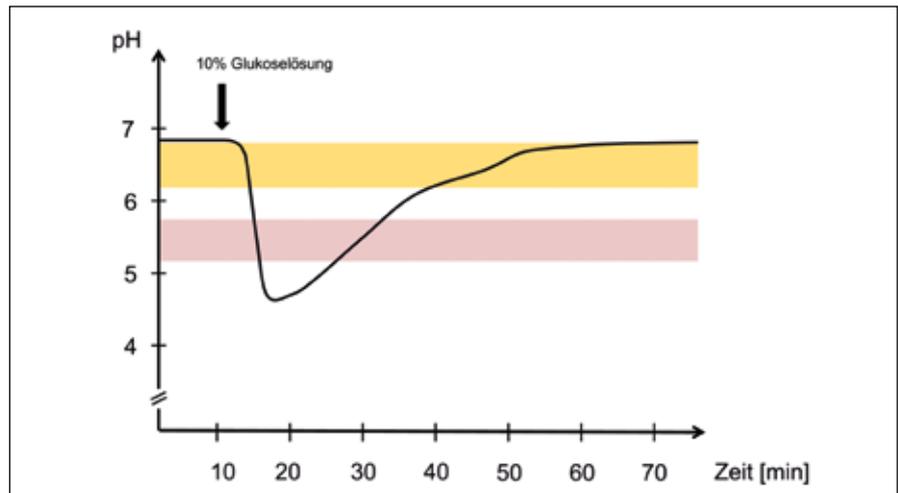


Abbildung 3: Stephan Kurve [21]. Typischer Verlauf des pH-Wertes auf der Zahnoberfläche nach Spülung mit einer 10% Glukoselösung. Der kritische pH-Wert für die Demineralisation des Zahnschmelzes liegt bei ca. 5,5 (rot), für Dentin bei 6-6,9 (orange).

Auf der Zahnoberfläche bildet sich ein aus Komponenten des Speichels aufgebauter filmartiger Niederschlag, die Pellicel. Sie besteht aus Bestandteilen des Speichels (Kohlenhydrate, Fette und Proteine), die auf der Zahnoberfläche adsorbieren. Auf diesem Film können nun Bakterien binden [17]. Die gebundenen Bakterien vermehren sich und bilden Mikrokolonien. Sie organisieren sich in einem Biofilm, eingebettet in einer von den Bakterien gebildeten Matrix aus extrazellulären polymeren Substanzen, wie Polysaccharide, Proteine, Enzyme, Glykoproteine, Glykolipide, Lipide und extrazellulärer DNA [18]. Diese Substanzen sorgen für eine hohe mechanische Stabilität des Biofilms gegenüber Scherkräften, dienen als Nährstoffreservoir, als Diffusionsbarriere und fördern die Interaktion der Bakterienzellen [19]. Dieser dentale Biofilm wird auch als Plaque oder Zahnbelag bezeichnet. In diesem Biofilm organisiert sind die Bakterien sehr resistent gegen äußere Einflüsse. Antimikrobielle Substanzen haben auf Bakterien in Biofilmen nur geringe Wirkung [20].

Der dentale Biofilm befindet sich physiologisch in Homöostase, also einem ökologischen Gleichgewicht. Virulente (kariogene) und nicht virulente Bakterien stehen in ständigem Wettbewerb, wobei die nicht virulenten überwiegen, da sie physiologisch auch den weitaus größten Anteil ausmachen, nämlich 97-98%. Dieses mikrobielle Gleichgewicht kann jedoch durch die Veränderung verschiedener Parameter zusammenbrechen. Die wichtigsten Parameter sind die

Zusammensetzung der Ernährung und Integrität des Immunsystems, v.a. Immunkomponenten aus dem Speichel [12].

Stephan und Miller veröffentlichten 1944 die sogenannte Stephan-Kurve, die darstellt, wie sich der pH-Wert auf der Zahnoberfläche bei Anwesenheit des entsprechenden Substrats (Zucker) verhält [21]. Der pH-Wert eines ruhenden Biofilms auf der Zahnoberfläche liegt bei pH 6-7. Die Probanden spülten für 2 Minuten mit einer 10% Glukoselösung. Der pH-Wert auf der Zahnoberfläche fiel unmittelbar stark ab und erreichte nach etwa 5-10 Minuten Werte zwischen pH 4 und 5. Danach stieg der pH-Wert langsam über etwa 30-60 Minuten auf den Ausgangs-pH-Wert an (Abbildung 3).

Der kritische pH-Wert, bei dem es zur Demineralisation der Schmelzoberfläche kommt, liegt bei etwa 5-5,5 (Garcia-Godoy and Hicks, 2008; Hicks et al., 2003). Diese Demineralisationsprozesse sind physiologisch, geschehen mehrere Male am Tage und sind in gewissem Maße reversibel, indem Kalzium, Phosphat oder Fluoride aus dem Speichel in diese demineralisierten Bereiche eingelagert werden (Marsh et al., 2011).

Durch den häufigen Konsum niedermolekularer, fermentierbarer Kohlenhydrate besteht für säurebildende und säureausscheidende (azidogene) Bakterien ein günstiges Nährstoffangebot. Mikrobielle Spezies, die in niedrigem pH leben können, finden günstige ökologische Bedingungen (azidurisch) [22]. Im Biofilm entsteht ein saures Milieu und kariogene

Bakterien vermehren sich verstärkt und verdrängen andere mikrobielle Spezies. Diese Erkenntnisse führten zur „**ökologischen Plaquehypothese**“, die der britische Mikrobiologe Philip Marsh in den 1990er Jahren postulierte [23]. Diese besagt, dass **Karies vielmehr das Ergebnis einer Veränderung der Ökologie in der Mundhöhle ist**. Die Verschiebung des ökologischen Gleichgewichts hin zur **Dysbiose mit vermehrtem Vorkommen azidurischer und azidogener Bakterien-spezies** ist also nicht die primäre Ursache für die Kariesentstehung, sondern der häufige Konsum fermentierbarer Kohlenhydrate, da diese Bakterien-spezies auch unter physiologischen Bedingungen (Homöostase) in der Mundhöhle, jedoch in viel geringerer Menge, vorhanden sind.

Um Karies vorzubeugen, ist die **Aufrechterhaltung der Homöostase im Biofilm essentiell**. Der häufige Konsum von **Zucker und anderen fermentierbaren Kohlenhydraten kann zum Zusammenbrechen der Homöostase und somit zu Karies führen**.

In einer Laborstudie wurde die Säurebildung verschiedener Streptokokken-Spezies mit Kohlenhydratmolekülen verschiedener Größe als Substrat untersucht. Die Autoren fanden, dass Streptokokken Transportsysteme besitzen, die neben Zucker Kohlenhydratmoleküle bis zu einer Größe von sechs Glukosemolekülen (Maltohexaose) in die Bakterienzelle transportieren und zu Säuren verstoffwechseln können. Weiterhin besitzen manche Streptokokken, wie z.B. *Streptococcus sanguis*, extrazelluläre α -Amylase, die große Stärkemoleküle in kleine Fragmente spaltet, so wie es die α -Amylase des Speichels auch macht [24]. Stärke und deren Spaltprodukte könnten somit auch als Substrat für kariogene Bakterien dienen [24]. Hierzu sind aber noch klinische Untersuchungen notwendig, um deren kariogenes Potenzial hinreichend zu sichern. Weiterhin konnte in dieser Studie noch ein Zusammenhang zwischen der Klebrigkeit und der Kariogenität kohlenhydrathaltiger Nahrungsmittel gefunden werden. Stärkehaltige Nahrungsmittel sind in der Regel sehr klebrig und verbleiben deshalb lange Zeit auf der Zahnoberfläche [25, 26].

Bei der **frühkindlichen Karies** wird die Babyflaschenzahnkaries durch zuckerhaltige Getränke in Babyflaschen verursacht

[9]. Enthalten Nuckelflaschen **Fruchtsäfte** oder andere zuckerhaltige Getränke (z.B. **gesüßte Tees, Eistee**) sinkt der pH-Wert in der Mundhöhle des Säuglings bei jedem Trinken in kritische pH-Bereiche. Fruchtsäfte enthalten etwa 5% Zucker, industriell hergestellte Eistees und Erfrischungsgetränke zwischen 6 und 13% Zucker. **Cola, Fanta, Sprite usw.** enthalten etwa den gleichen Zuckergehalt, wie die Testlösung der typischen Stephan-Kurve. Bei Teenagern sind solche Erfrischungsgetränke sehr beliebt und diese nehmen durchschnittlich etwa die Hälfte ihrer konsumierten Kilokalorien durch zuckerhaltige Getränke auf. Bei Kleinkindern sind als Zwischenmahlzeiten **Obstpürees (Quetschies)** weit verbreitet. Sie werden in der Werbung als „gesunde Snacks“ deklariert. Sie haben einen Zuckergehalt von etwa 10-15% und enthalten oftmals zugesetzte Zitronensäure. Diese industriell hergestellten Früchtepürees enthalten zwar oftmals keinen zugesetzten Zucker, aber die kariogene Wirkung des darin enthaltenen Fruchtzuckers und der Zitronensäure haben deutlich höhere kariogene Wirkung als der Verzehr der natürlichen Frucht.

Wie könnte eine Ernährung gestaltet werden, dass die Homöostase im dentalen Biofilm aufrechterhalten werden kann, also keine Karies entstehen kann?

Es ist dabei ganz entscheidend, das Level an pathogenen/kariogenen Bakterien und deren Stoffwechselaktivität möglichst gering zu halten. Viele Laborstudien und zahlreiche klinische Studien weisen deutlich darauf hin, dass zuckerhaltige Nahrungsmittel und Getränke und stärkehaltige Nahrungsmittel zur vermehrten Proliferation der kariogenen Bakterien führen, und es damit zu einem Zusammenbruch der Homöostase im dentalen Biofilm kommen kann [16, 27].

Weiterhin wird durch das Prozessieren kohlenhydrathaltiger Nahrungsmittel deren kariogenes Potential erhöht, da die Kohlenhydratmoleküle den kariogenen Bakterien besser zugänglich sind. **Zucker, Fertigprodukte, Fast Food, Süßspeisen, Mehlprodukte, wie Nudeln, Brot und andere Backwaren sind solche stark prozessierten, kohlenhydrathaltigen Nahrungsmittel**. Und diese haben **hohes kariogenes Potenzial**. Ein weiterer kritischer Punkt ist, dass solche Nahrungs-

mittel auch nur sehr wenige bis keine essentiellen Nährstoffe enthalten.

Zu den nicht kariogenen Lebensmitteln zählen Salat, Gemüse, Hülsenfrüchte, Fleisch, Fisch, Nüsse und Samen. Diese enthalten auch viele essentielle Nährstoffe. Vor allem Salat, Gemüse und Hülsenfrüchte haben einen hohen Anteil an Mikronährstoffen, wie Vitamine, Mineralien, Spurenelemente und Antioxidantien, die gesundheitsförderliche Effekte haben.

Obst und Früchte enthalten Glukose, Fruktose und Saccharose und können dadurch auch kariogen sein. Laut einer klinischen Studie von Staufienbiel et al. (2015) und früheren klinischen Studien scheint ein mäßiger Konsum aus kardiologischer Sicht aber unbedenklich zu sein [28]. Sie haben einen **hohen Ballaststoffanteil und regen die Speichelsekretion stark an, wodurch sie durch den Speichel schnell aus der Mundhöhle ausgewaschen werden** [29, 30]. Zudem wirkt die erhöhte Speichelsekretion stärker remineralisierend. Außerdem enthalten sie viele wichtige Mikronährstoffe. Tierische Produkte, wie rotes Fleisch, Geflügel und Fisch enthalten keine Kohlenhydrate. Milch und Milchprodukte enthalten Milchzucker, Laktose. Die in Milch und Milchprodukten enthaltenen Caseine, Kalzium und Phosphat wirken aber kariesprotektiv und somit sind tierische Produkte nicht kariogen [31]. Anders ist das allerdings bei der **Muttermilch**. Sie enthält **fast 40% mehr Laktose und zusätzlich weniger Casein und Phosphat im Vergleich zu Kuh-, Ziegen- oder Schafsmilch**. Eine Übersichtsarbeit von König aus dem Jahr 2000 zeigte, dass **Muttermilch in einigen In-vivo-Studien zu Karies bei Kleinkindern führte** [32].

Zucker als Droge?

Dass Zucker und zuckerhaltige Nahrungsmittel und Getränke nicht nur Karies begünstigen, sondern generell ungesund sind, ist ja weit verbreitet. Trotzdem werden täglich große Mengen, im Durchschnitt pro Kopf 26 Teelöffel Zucker pro Tag, konsumiert. Warum fällt es so schwer, auf Zucker zu verzichten? Die Antwort liefern einige Studien mit Mäusen. In einem Experiment hatten kokainabhängige Mäuse per Tastschalter die Wahl zwischen

Kokain und Zucker. Obwohl sie bereits kokainabhängig waren, dauerte es nur wenige Tage und die Mäuse wählten nur noch den Tastschalter für Zucker. Zucker scheint also ähnliche neurobiologische Effekte zu haben, wie Drogen – in diesem Fall Kokain [33]. Es ist bereits bekannt, dass Zucker und Süßes zur Ausschüttung von Dopamin im Gehirn führt und die Belohnungskaskade aktiviert. Stark prozessierte Nahrungsmittel, wie Weißmehlprodukte, Fast Food, Fertigprodukte haben ähnliche Effekte, nur nicht so stark ausgeprägt [34]. Kohlenhydrate sind grundsätzlich keine essentiellen Nährstoffe für den menschlichen Organismus und müssen nicht täglich oder mit jeder Mahlzeit konsumiert werden. Eine Reduktion prozessierter Getreideprodukte, Stärke und Zucker in der Ernährung reduziert nicht nur das Risiko für Karies, sondern auch für Gingivitis, Parodontitis und für Herz-Kreislauf-Erkrankungen [35-38].

Fluoride als antikariogene Massnahme

Fluoride wirkten auf verschiedene Weise kariesvorbeugend. Fluoride wirken bereits vor Zahndurchbruch im Rahmen der Bildung und Reifung des Zahnschmelzes. Früher wurde angenommen, dass hauptsächlich das vor dem Zahndurchbruch eingebaute Fluorid kariesprophylaktisch wirksam wäre. Viele Studien kamen jedoch zu dem Schluss, dass **vornehmlich die nach dem Zahndurchbruch auf die Zahnoberfläche einwirkenden Fluoride für deren kariesprophylaktischen Effekt verantwortlich sind.**

Aufgrund ihrer antikariogenen und antimikrobiellen Eigenschaften sind Fluoride in der Kariesprophylaxe weit verbreitet. Die antibakterielle Wirkung von Fluorid ist auf die Ansäuerung des bakteriellen Zytoplasmas durch die Bildung von Wasserstoffionen (H⁺) und F⁻ aus Fluorwasserstoff und die Störung des bakteriellen Stoffwechsels durch Hemmung lebenswichtiger bakterieller Enzyme, wie der Freisetzung von Protonen durch Adenosintriphosphatase und Enolase zurückzuführen. Darüber hinaus senkt der Einsatz von Fluorid den pH-Wert. Bakterien verbrauchen also mehr Energie, um einen neutralen pH-Wert zu halten. Daher haben sie weniger Energie übrig, um zu wachsen, sich zu vermehren und Säure und Polysaccharide zu erzeugen.

Auf die Zahnhartsubstanz wirken Fluoride über mehrere Mechanismen. So wird die Demineralisation des Zahnschmelzes gehemmt durch Hemmung des mikrobiellen Wachstums und des Stoffwechsels. Weiterhin wird die Remineralisation gefördert und der remineralisierte Schmelz durch die Bildung von Fluorapatit-Kristallen gestärkt. Dadurch ist der durch Fluorid angereicherte remineralisierte Zahnschmelz widerstandsfähiger gegen die demineralisierende Wirkung von Säuren durch Bakterien. Fluoride hemmen die extrazelluläre Polysaccharidproduktion der Bakterien und damit die Biofilmbildung auf der Zahnoberfläche. Da sich Fluorid in den bakteriellen Biofilm auf der Zahnoberfläche einlagert und konzentriert, hemmt es den Prozess, bei dem kariogene Bakterien Kohlenhydrate verstoffwechseln, um saure und anhaftende Polysaccharide herzustellen [39].

Es gibt verschiedene Darreichungsformen für Fluoride. So kommen am häufigsten fluoridhaltige Zahnpasta, fluoridiertes Speisesalz, Fluoridtabletten, fluoridierte Mundspüllösungen, fluoridhaltige Gele und Lacke zum Einsatz und diese können in der Mundhöhle mit der Zahnoberfläche bzw. dem Biofilm reagieren. Für eine gute kariesprophylaktische Wirkung der Fluoride ist eine kontinuierliche Anwendung wichtig, zum Beispiel durch den täglichen Gebrauch einer fluoridhaltigen Zahnpasta. Bei gründlicher Zahnreinigung mit der Zahnbürste wird auch ein Großteil des Biofilms zerstört und entfernt und Fluoride können besser in den Biofilm eindringen.

Die Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Zahnärztekammer e.V. hat im Januar 2018 eine aktuelle Stellungnahme zur Fluoridanwendung verfasst. Ab dem Durchbruch des ersten Milchzahnes bis zum Durchbruch des ersten bleibenden Zahnes sollten Zahnpasten mit einer niedrigen Fluoridkonzentration (0,05 % Fluorid = 500 ppm) verwendet werden. Dabei sollte bis zum zweiten Geburtstag nur einmal täglich mit einer fluoridhaltigen Zahnpasta geputzt werden.

Da kleine Kinder noch nicht richtig ausspucken können, verschlucken sie einen Teil der Zahnpasta. Deshalb sollte bis zum zweiten Lebensjahr nur eine geringe Pastenmenge (ein dünner Film

Zahnpasta auf der Zahnbürste) verwendet werden.

Ab dem 2. Lebensjahr sollte dann eine Zahnpasta mit 0,1% bzw. 1000ppm Fluorid in einer etwa erbsgrossen Menge zum Zähneputzen verwendet werden. Nach Durchbruch der ersten bleibenden Zähne (ca. 6. Lebensjahr) kann dann mit einer Erwachsenenzahnpasta (0,10 – 0,15 % Fluorid = 1000 – 1500 ppm) mindestens zweimal täglich geputzt werden.

Bestehen bezüglich der Anwendung fluoridhaltiger Zahnpasten bei Kindern Bedenken oder liegt ein sehr hohes Kariesrisiko vor, so stehen als Alternative Fluoridtabletten zur Verfügung, die besonders dann kariesprophylaktisch wirksam sind, wenn sie regelmäßig (täglich) gelutscht werden. Im Kleinkindalter wirkt die Gabe von **Vitamin D/Fluor-Tabletten kariesprophylaktisch. Eine klinische Studie fand, dass die Supplementation im Kleinkindalter das Kariesrisiko der Milchzähne senkt. Es zeigte aber keine Wirkung auf das Kariesrisiko der bleibenden Zähne** [40]. Eine weitere kariesprophylaktische Maßnahme ist die Trinkwasserfluoridierung. Dabei wird dem Trinkwasser Fluorid in Konzentrationen zwischen 0,5-1,5 Milligramm pro Liter zugesetzt. In 25 Ländern wird fluoridiertes Trinkwasser benutzt. Eine Cochrane Übersicht kam zu dem Ergebnis, dass Trinkwasserfluoridierung das Kariesrisiko erheblich reduzieren kann. Trinkwasserfluoridierung reduziert das Kariesrisiko bei Milchzähnen um 35%, bei bleibenden Zähnen um 26% und 15% mehr Kinder seien kariesfrei [41].

Neben der Anwendung fluoridhaltiger Zahnpasta sollte im Haushalt fluoridhaltiges Speisesalz zum Kochen genutzt werden. Es wirkt ähnlich stark kariesprotektiv, wie Trinkwasserfluoridierung und erreicht seine Wirkung durch Anreicherung von Fluorid im Speichel, das dann in der Mundhöhle lokal auf die Zahnhartsubstanz bzw. den Biofilm wirken kann [42]. Kleinkinder nehmen bis etwa zum 3. Lebensjahr nur wenig Speisesalz zu sich. Sobald fluoridiertes Speisesalz verwendet wird, sollte dann jedoch auf Fluoridtabletten verzichtet werden.

Zusätzlich können **beim Zahnarzt Fluoridierungsmaßnahmen erfolgen. Fluoridgele** werden meistens in der Zahnarztpraxis mit Hilfe eines Medikamententrägers (Tray) in die Mundhöhle eingebracht,

während **Fluoridlacke** mit unterschiedlichen Trägern (Wattestäbchen, Spritze usw.) auf die Zahnoberflächen aufgetragen werden. Das Auftragen dieser Präparate geschieht üblicherweise zweimal jährlich im Rahmen einer zahnärztlich Kontrolluntersuchung oder Prophylaxesitzung und kann schon im Kindergartenalter begonnen werden. Bei Kindern mit erhöhtem Kariesrisiko können Gele oder Spüllösungen mehrfach wöchentlich zu Hause verwendet werden.

Im Teenager-Alter (12.-17. Lebensjahr) sind die bleibenden Zähne nahezu vollständig durchgebrochen. In diesem Alter werden oft Zahnseide und Zahnzwischenraumbürsten empfohlen, weil sie die Zwischenräume zwischen den Zähnen erreichen und Plaque somit effektiver entfernen als die Zahnbürste allein. Jedoch gibt es keinen Beweis aus klinischen Studien, dass diese Hilfsmittel allein, wenn sie im häuslichen Alltag angewendet werden, das Risiko für Approximalkaries, einer Karies an den Kontaktflächen der Zähne, vermindern. Zudem gibt es in vielen klinischen Studien keine Angaben über die Ernährung der Studienteilnehmer. Es ist hinreichend nachgewiesen, dass Zähneputzen zweimal täglich mit einer fluoridhaltigen Zahnpasta das Kariesvorkommen reduziert und dass mehrfach täglich durchgeführtes Zähneputzen mit einer fluoridhaltigen Zahnpasta eine bessere kariespräventive Wirkung zeigt, als ein einmal täglich durchgeführtes Putzen [43]. **Klinische Studien fanden jedoch, dass der kariesprophylaktische Effekt wahrscheinlich allein auf Fluoriden beruht und nicht primär auf der mechanischen Entfernung des Biofilms [44-46].** Eine dieser Studien wurde an einer Schule mit 15jährigen Schülern durchgeführt. Sie zeigt sehr eindrucksvoll, dass eine Mundhygiene ohne Fluorid zum Anstieg der Kariesrate über wenige Jahre führt [44]. Die bisher verfügbaren Studien liefern keine klare Evidenz, dass Zähneputzen ohne Fluoride für die Kariesprophylaxe bzw. Kariesreduktion effektiv sei. Zähneputzen mit fluoridhaltiger Zahnpasta ist jedoch eine wirksame Methode zur Kariesprävention bzw. -reduktion. Fluoride, sowie Kalzium- und Phosphatverbindungen in Zahnpasten und anderen Mundhygieneprodukten unterstützen die remineralisierende Wirkung des Speichels auf den Zahnschmelz und hemmen die demineralisierenden Effekte der von den

kariogenen Bakterien gebildeten organischen Säuren [47].

Karies kausal vorbeugen - Strategien für die Praxis?

In der zahnärztlichen Praxis sind Ernährungsanamnesen, Ernährungsprotokolle und Ernährungsberatungen sehr wichtige Instrumente zur Vorbeugung von Karies, die von Zahnärzten derzeit aber leider kaum angewendet werden. **Bei der Ernährung von Kindern ist eine gute Zusammenarbeit der Eltern, der Pädiater, der Kinder und Kindertagesstätten bzw. Schulen sehr wichtig.** Eltern sollten unbedingt erfragen, wie Zwischenmahlzeiten, Hauptmahlzeiten und Getränke in Kindertagesstätten zur Verfügung stehen. Leider bestehen die Zwischenmahlzeiten in Kindertagesstätten oft aus Süßigkeiten (z.B. Kekse, Kuchen) statt Obst und zum Trinken gibt es gesüßte Tees statt ungesüßter Tees oder Wasser. Treten bei Kindern weißliche oder bräunliche Flecken auf (Initialkaries) sind Ernährungstagebücher sehr hilfreich. Diese kann das Kind mit Hilfe der Eltern ausfüllen. Zur Erfassung der Ernährungsgewohnheiten eignet sich ein **Ernährungsprotokoll über 7 Tage oder in kürzerer Form, ein 4-Tage-Protokoll aus einer Woche, das aus 2 Wochentagen und 2 Wochenendtagen besteht.** Die Eltern können die Protokolle zum nächsten Termin mitbringen und eine mögliche Fehlernährung kann dann besprochen werden. Weiterhin gibt es von einigen Ernährungsgesellschaften detaillierte Bögen zur Erhebung einer Ernährungsanamnese, die sämtliche Bestandteile der Ernährung retrospektiv abfragt (Robert Koch-Institut, DEGS). Bei der Auswertung der Bögen ist aus kariologischer Sicht auf den Konsum prozessierter, kohlenhydratreicher Nahrungsmittel und Getränke zu achten. **Bei Backwaren und anderen kohlenhydratreichen Produkten sollte auf 100% Vollkorn geachtet werden,** denn dieses enthält einen hohen Ballaststoffanteil und ist dadurch wesentlich weniger kariogen. Generell sollte bei sämtlichen Nahrungsmitteln auf einen hohen Ballaststoffanteil geachtet werden. Die Ballaststoffe haben im Mund den Effekt, dass beim Kauen mehr Speichel produziert wird und dementsprechend durch eine hohe Speichelsekretion diese auch schnell aus der Mundhöhle eliminiert werden. Zudem besitzt der Speichel Puffersysteme und die antimik-

robiellen Bestandteile, die kariesprotektiv wirken. Prozessierte, kohlenhydrathaltige Nahrungsmittel enthalten nur ganz wenige Ballaststoffe und sind dadurch sehr klebrig, was die Entstehung einer Karies begünstigt [25].

Fazit für die Praxis

Karies ist eine Folge des Zusammenbruchs der Homöostase im dentalen Biofilm durch den häufigen Konsum von Nahrungsmitteln und Getränken mit fermentierbaren Kohlenhydraten ist. Es ist primär das Ergebnis einer Fehlernährung und nicht ausschließlich einer schlechten Mundhygiene. Eine Ernährung mit geringem kariogenen Potenzial ist reich an Nahrungsmitteln mit vielen Ballaststoffen, wie Salat, Gemüse, Früchte (mäßiger Konsum), Hülsenfrüchte, Nüsse und Samen, sowie Fleisch, Fisch, Milch und Milchprodukte. Werden viele prozessierte kohlenhydrathaltige Nahrungsmittel und Getränke konsumiert, ist eine sehr gute Mundhygiene mit fluoridhaltiger Zahnpasta sehr wichtig, um der Entstehung einer Karies vorzubeugen. Bei vorhandenen kariösen Stellen oder hohem Kariesrisiko können zusätzlich fluoridhaltige Gele oder Spüllösungen verwendet werden. Primär ist jedoch auf eine nicht kariogene Ernährung zu achten. Ernährungsanamnesen und Ernährungstagebücher können helfen, eine Fehlernährung aufzudecken und stattdessen gesunde, nicht kariogene Alternativen zu finden.

Literatur beim Verfasser.

Korrespondenzadresse:

PD Dr. med. dent. Christian Tennert
Oberarzt
Ernährungsmediziner DAEM/DGEM

Universität Bern
Klinik für Zahnerhaltung, Präventiv- und Kinderzahnmedizin
Freiburgstrasse 7
CH-3010 Bern
Tel +41 (0)31 632 25 80
Fax +41 (0)31 632 98 75
christian.tennert@zmk.unibe.ch

Interessenkonflikt:

Ein Interessenkonflikt besteht nicht.

Red.: Keller

Highlights aus Bad Orb

Kariesprophylaxe beim Säugling und Kleinkind

Das Modell Mönchengladbach // Im November 2008 fand ein Treffen der Mönchengladbacher Zahnärzte und der Mönchengladbacher Kinder- und Jugendärzte statt. Referent des Abends war Prof. Dr. Thomas Attin, Leiter der Abteilung Zahnerhaltung und Kariologie Universität Zürich. Mit seinem Thema „Das Fluorid Konzept – Prophylaxe ist mehr als Fluoridierung“ zeigte er die enormen Chancen für die allgemeine Zahngesundheit auf, wenn Zahnärzte mit Kinder- und Jugendärzten synergistisch zusammenarbeiten.



Dr. Jörg Hornivius



Dr. Jürgen Zitzen

Frühzeitige Aufklärung der betroffenen Eltern über Zahnpflege vom ersten Milchzahn an, Ernährungslenkung mit Zuckerreduktion und ganz besonders die Minimierung der Anzahl der täglichen Zuckerimpulse, Fluoridierung und frühe zahnärztliche Betreuung

können die Karieserkrankungen deutlich reduzieren. Wichtig dabei sind auch die sozioökonomischen Faktoren: Frühkindliche Karies ist häufig mit geringer Bildung und schwachem Sozialstatus der Eltern assoziiert und deshalb benötigen diese Kinder eine besondere Beachtung. Er berichtete, dass das **Thema systemische Fluoridierung mit Tabletten in der prophylaxeorientierten Schweiz schon lange nicht mehr verfolgt werde, und die Eidgenossen schon derzeit ausschließlich auf die lokale Fluoridierung mit Zahnpasten, Gelen, Lacken und Speisesalzapplikation setzten. Im Anschluss an das Referat fand eine lebhaft Diskussion statt. Es wurden folgende Maßnahmen beschlossen und diese werden seit dem Jahr 2008 bis heute praktiziert.**

- 1) Alle Mönchengladbacher Geburtskliniken verordnen **nur noch Vitamin D zur Rachitis-Prophylaxe ohne Fluoridzusatz**
- 2) Im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung U5 sprechen alle Kinder- und Jugendärzte der Stadt Mönchengladbach das Thema Kariesprophylaxe an. Sie empfehlen in der Regel **fluoridhaltige Kinderzahnpaste vom ersten Milchzahn an und demonstrieren mit geeigneten Säuglingszahnbürsten, welche Menge (REISKORNGROß) davon auf die Bürste gehört.** (Abbildung 1)
- 3) Mit der U5 überreichen sie einen von der kassenzahnärztlichen Vereinigung Nordrhein (Abbildung 2) entwickelten **zahnärztlichen Kinderpass** mit wertvollen Hinweisen zur Zahnentwicklung und Pflege bis zum sechsten



Abb. 1: Zahnbürste 0 bis 3 Jahre, Menge REISKORNGROß

Lebensjahr. Auf der Rückseite steht ein Hinweis auf die Arbeitsgruppe „Zim-Kid“, der Kooperation der „Zahnärzte Initiative Mönchengladbach“ ZIM mit den Kinder- und Jugendärzten. Die Zahnärzte der ZIM verpflichten sich ihrerseits, sich in der frühkindlichen Kariesvorsorge und –behandlung fortzubilden oder zumindest geeignete Kolleginnen und Kollegen benennen zu können.

- 4) Die Kinder- und Jugendärzte empfehlen mit der Abgabe des Zahnpasses den Eltern den frühzeitigen **Besuch beim Zahnarzt schon ab dem sechsten Lebensmonat.** Die Aufgabe ist weitergehende Aufklärung und Ernährungslenkung, Angstvermeidungsstrategie und Fluoridanamnese gege-



Abb. 2: Zahnärztlicher Kinderpass



„m“ wie missing / fehlend und „f“ wie filled / gefüllt) fiel in den Jahren 2010-2016 kontinuierlich und sehr deutlich ab. Die Anzahl von kariesfreien Kindern im Kindergarten stieg von anfänglich 60 auf 74 Prozent im Jahr 2016. Diese Zahl hält sich weiterhin, allerdings mit kleinen Abstrichen wegen der Flüchtlingssituation und anderer bekannter Gründe in der Stadt.

Als Resümee der letzten zehn Jahre sehen alle Kooperationspartner in der guten Zusammenarbeit von Zahnärzten, Kinder und Jugendärzten und öffentlichem Gesundheitsdienst eine deutliche Verbesserung der Zahngesundheit der Mönchengladbacher Kinder. Diese Kooperation wird die nächsten Jahre fortbestehen. Ein weiteres Zeichen für die gute Zusammenarbeit ist, dass bislang 25.000 zahnärztliche Kinderpässe in Umlauf gebracht wurden. **Das Fehlen der Fluoridtabletten jedoch vermisst in der Stadt niemand – nicht die Kinder- und Jugendärzte, nicht die Zahnärzte, nicht die diskussionsfreudigen Eltern und erst recht nicht die Zahngesundheit der Kinder.**

Korrespondenzadressen:

Dr. Jörg Hornivius, Stellv. Obmann BVKJ
Mönchengladbach,
Ludwig-Weber-Str. 14a
41061 Mönchengladbach

Dr. Jürgen Zitzen
Mitglied der Zahnarztinitiative
Mönchengladbach (ZIM)
Dünnerstr. 50, 41066 Mönchengladbach

Interessenkonflikt:

Der Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Red.: Keller



Abb. 3: Zahnbürste 3 bis 6 Jahre, Menge erbsgroß

- Bei allen folgenden Kinder- Vorsorgeuntersuchungen wird von den Kinder- und Jugendärzten das Thema Kariesprophylaxe aufgegriffen und werden die kinderzahnärztlichen Pässe in Augenschein genommen. **Ab der U7 weisen die Kinder- und Jugendärzte auf zweimaliges Zähneputzen mit einer erbsgroßen Menge Zahnpasta hin.** (Abbildung 3)
- Bei einer Kariesfeststellung durch den Kinder- und Jugendarzt wird mit Dringlichkeit auf eine notwendige zahnärztliche Behandlung hingewiesen, wobei **eine eventuelle Aussage des Zahnarztes „das sind ja nur Milchzähne“ nicht toleriert wird.**

benenfalls mit der Einleitung weiterer Maßnahmen. Die Verantwortung für die folgenden Fluoridierungsmaßnahmen übernimmt der Zahnarzt.

In Mönchengladbach untersuchen die Zahnärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes die Zähne der Kinder in den Kindergärten und Grundschulen. Außerdem bereiten diese – wie in anderen Städten Deutschlands üblich – die Zahngesundheit statistisch auf. Der international übliche dmf Index („d“ wie decayed / kariös,

DGAAP

Deutsche Gesellschaft für Ambulante Allgemeine Pädiatrie

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

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

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

Zukünftige Kariesprävention aus Sicht der Pädiatrie



Dr. med. Burkhard Lawrenz

Einleitung

Die Reduktion der Zahnkaries bei Kindern und Jugendlichen ist eine langjährige gemeinsame Erfolgsgeschichte von Pädiatern und Zahnärzten¹ (Abb. 1). In den letzten Jahren hat sich jedoch der Rückgang der Karies in Deutschland besonders bei den Vorschulkindern verlangsamt¹ (Abb. 2), und die Kariesprävalenz reflektiert die soziale Ungleichheit: 85% der Kinder unter sechs Jahren sind kariesfrei, die anderen 15% haben im Durchschnitt 3,5 kariöse Zähne und gehören zum großen Teil sozial benachteiligten Gruppen an. Die Kariesprävention ruht von Geburt an auf mehreren Säulen: Verminderung der Besiedelung der Mundhöhle mit kariogenen Bakterien, Trink- und Nahrungspausen, Begrenzung der Zuckernahrung, tägliche Zahnreinigung vom Durchbruch des ersten Zahnes an und angemessene Fluoridapplikation². **Umstritten ist, ob diese lokal als Zahnpasta-Fluoridierung mit der Zahnreinigung oder systemisch als Tabletten-Fluoridierung mit der Vitamin-D-Prophylaxe erfolgen soll³.** Heiß diskutiert wird auch die Rolle der drei neuen zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen ab dem Durchbruch des ersten Zahns bis zum dritten Lebensjahr⁴.

Wie entsteht Karies?

Lactobazillen und Streptokokken (insbesondere Streptococcus mutans) werden von den Bezugspersonen, meist hauptsächlich von der Mutter, auf den

Säugling übertragen, zum Beispiel durch engen Körperkontakt (Küssen), aber auch durch das Ablecken des Saugers, des Schnullers und später des Löffels beim Füttern zur Befeuchtung oder Reinigung. Daher ist der Kariesbefall der

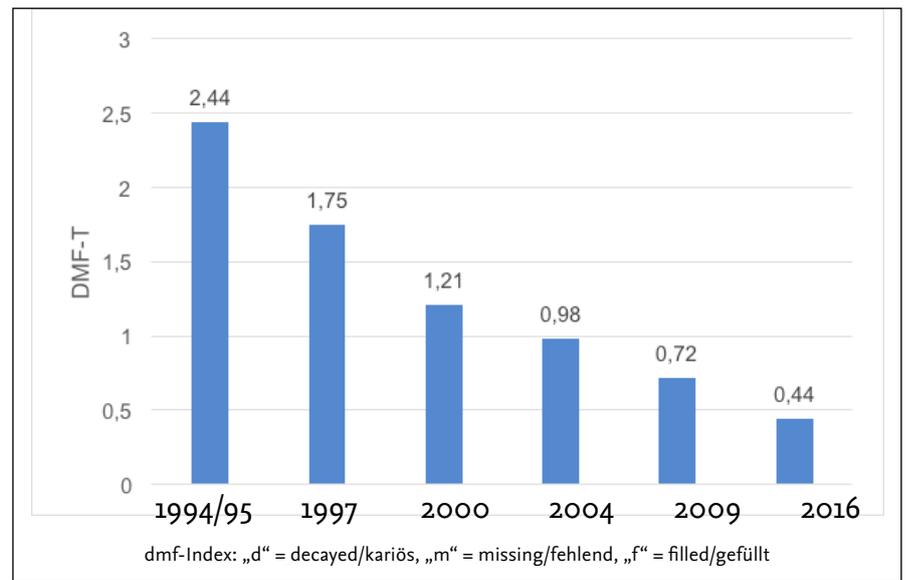


Abb. 1: Entwicklung der Kariesprävalenz bei 12-Jährigen in Deutschland von 1994 bis 2016¹

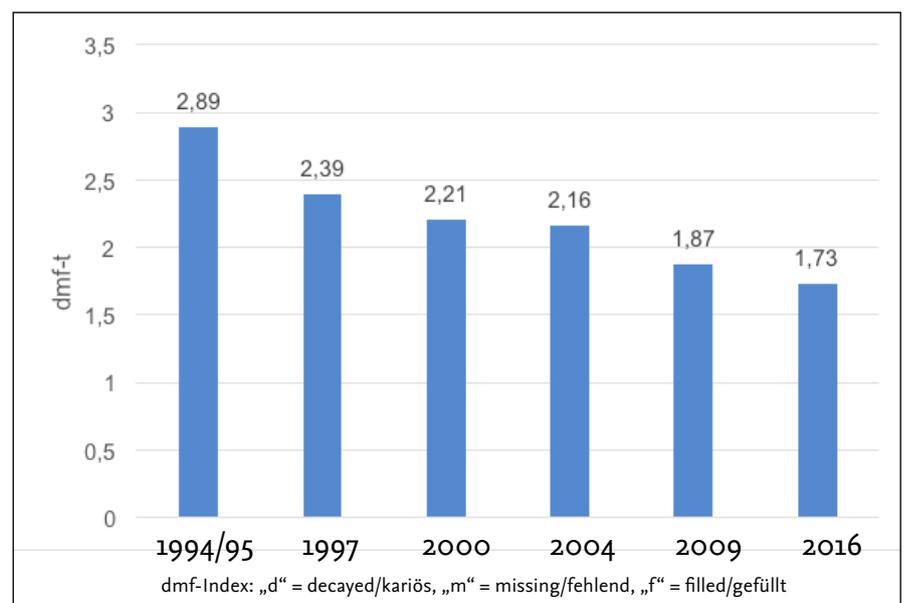


Abb. 2: Entwicklung der Kariesprävalenz bei 6- bis 7-jährigen Kindern in Deutschland von 1994 bis 2016¹

Mutter ein unabhängiger Risikofaktor für frühkindliche Karies, und die Sanierung der mütterlichen Karies vor der Geburt des Kindes (am besten natürlich vor der Schwangerschaft) vermindert das kindliche Kariesrisiko⁵. Dies gilt wahrscheinlich auch für die Väter, jedoch ist das weniger gut untersucht und nachgewiesen, und der Körperkontakt zwischen Mutter und Kind ist in den meisten Fällen zumindest in den ersten Lebensmonaten enger und intensiver als zwischen Vater und Kind. Das zu strenge Vermeiden der Bakterienübertragung von den Eltern auf das Kind

könnte dabei im Sinne der bekannten Hygienehypothese zu einem Anstieg des Allergierisikos beitragen.

Die übertragenen Bakterien siedeln sich im Zahnbelag (Plaque) auf dem Zahnschmelz an, und zwar in Form eines Biofilms. Sie bilden aus Kohlenhydraten organische Säuren, die den pH-Wert in Plaque und Speichel senken. Im sauren Milieu wird Hydroxylapatit ($\text{Ca}_5[\text{OH}(\text{PO}_4)_3]$) aus dem Schmelz gelöst (Demineralisation). Im Speichel gelöste Ionen können wieder in den Schmelz eingebaut werden (Reminerali-

sation). Speichel umspült die Zähne und schützt sie durch seinen neutralen bis alkalischen pH. Beim Essen und Trinken sinkt der pH, um danach wieder anzusteigen – nach süßen Nahrungsmitteln und Getränken und starker bakterieller Besiedelung bleibt der pH länger im sauren Bereich als bei kohlenhydratarmer Zufuhr und geringer bakterieller Besiedelung. So befindet sich der Zahnschmelz in einem Wechselspiel von Demineralisation und Remineralisation. Überwiegt die Demineralisation, so wird der Schmelz anfälliger für den Angriff kariogener Bakterien, und es entstehen Erosionen, zum Beispiel beim Dauernuckeln zuckerhaltiger Flüssigkeiten wie Milch, Fruchtsaft oder gesüßtem Tee.^{6,7}

Damit ist auch erklärt, warum das Kariesrisiko weniger von der Menge als von der Dauer des Süßigkeitenkonsums abhängig ist: eine Tüte Gummibärchen schadet den Zähnen weniger, wenn man alle auf einmal isst, als wenn man sie über längere Zeit kontinuierlich verzehrt, weil der pH über längere Zeit im sauren Bereich bleibt (die Zucker- und Energiezufuhr bleibt allerdings gleich hoch!). Aber auch das Trinken von Wasser spült den schützenden Speichelfilm von den Zähnen ab, beim Saugen aus einem Schnuller besonders intensiv an den Frontzähnen. So erhöht das Dauernuckeln sogar bei ungesüßten Flüssigkeiten oder Muttermilch das Kariesrisiko an den Frontzähnen.

Es gibt weitere Einflussfaktoren für die Entwicklung von Karies: Menge und Viskosität des Speichels, Zahnform und Stellung der Zähne zueinander (erhöhtes Risiko in Zahnzwischenräumen, die bei der täglichen Reinigung schwerer erreichbar sind und in denen sich Nahrungsreste sammeln können), tiefe und enge Grübchen und Fissuren insbesondere in den Molaren sowie soziale und genetische Faktoren (familiäre Kariesanfälligkeit oder Kariesresistenz).

Zahnreinigung

Die Bakterien sind im Zahnbelag („Plaque“) auf dem Schmelz in einem Biofilm geschützt; dieser kann nur mechanisch entfernt werden. Das regelmäßige Zähneputzen hat weniger die Aufgabe, Nahrungsreste zu entfernen, als diesen Biofilm mechanisch zu beseitigen oder zumindest zu reduzieren⁷. Es soll möglichst nicht in der Deminerali-



Abb. 3: Empfohlene Menge Kinderzahnpaste

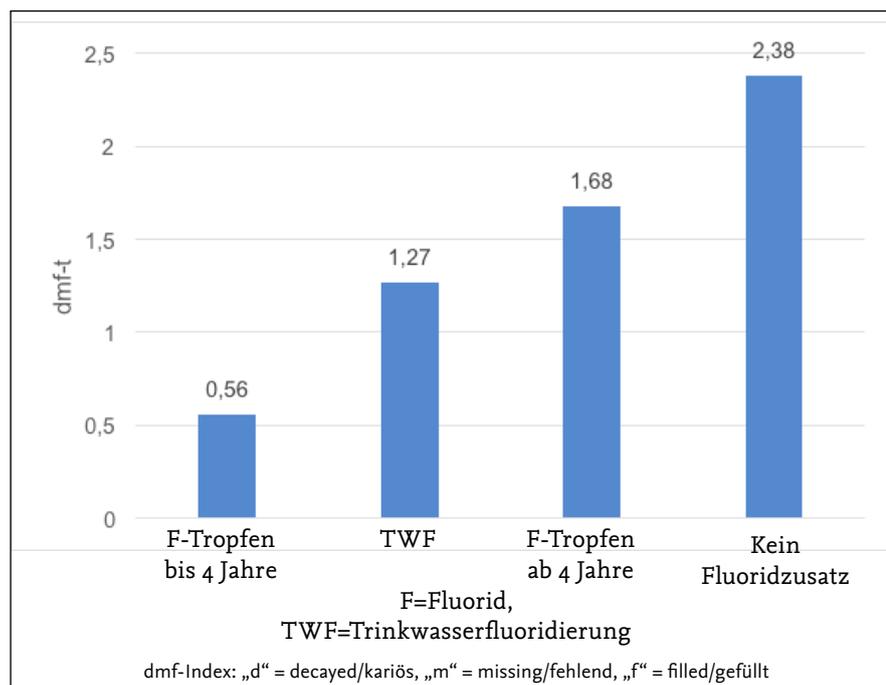


Abb. 4: Neue Milchzahnkaries im Alter von 4 bis 6 Jahren abhängig von der Fluoridanwendung (nach Bergmann 07)

sierungsphase direkt nach Mahlzeiten, Konsum von Süßigkeiten oder von Getränken erfolgen, weil dann der Zahnschmelz anfälliger für mechanische Angriffe ist. Besser geeignet sind in dieser Phase (bei älteren Kindern) zunächst zuckerfreie Kaugummis, die die Speichelproduktion anregen, wodurch der pH-Wert ansteigt und die Remineralisation eingeleitet wird.

Der Durchbruch der ersten Zähne erfolgt meist im sechsten bis achten Lebensmonat⁸. **Ab diesem Zeitpunkt sollen die Zähne einmal täglich geputzt werden, ab dem zweiten Geburtstag zweimal täglich. Die meisten Kinder erwerben erst im fünften Lebensjahr die Fähigkeit, Zahnpasta auszuspucken;** vorher wird sie größtenteils verschluckt. Da Zahnpasta ein kosmetisches Produkt und auf den Beipackzetteln ausdrücklich vermerkt ist, dass sie nicht zum Verzehr geeignet ist, **empfiehlt die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ), für die Zahnreinigung bis zu diesem Alter nur Wasser zu verwenden⁹.**

Die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten (DGZMK) empfiehlt hingegen die Verwendung von Kinderzahnpasta⁹. Bis zum zweiten Geburtstag soll einmal täglich eine reiskorn-große, danach zweimal täglich eine erbsgroße Menge verwendet werden (Abb. 3). Diese Mengenangaben erscheinen im Alltag schwer reproduzierbar.

Die Zahnreinigung muss anfangs von den Eltern durchgeführt werden. Im Kleinkindalter beginnen die Kinder durch Nachahmung der Eltern anfangs spielerisch, dann immer selbständiger, diese Aufgabe selbst zu übernehmen. **Aber meist bis zum Alter von 8 Jahren müssen die Eltern jeden Tag bei ihren Kindern nachputzen;** erst dann sind die motorischen Fähigkeiten für ein gutes Reinigungsergebnis ausreichend entwickelt, erkennbar an einer flüssigen Handschrift¹⁰.

Fluorid

In Deutschland ist – wie in den meisten Regionen der Welt – der Fluoridgehalt im Trinkwasser fast überall sehr niedrig (unter 0,3 µg/l). Jedoch gibt es einzelne Regionen mit einem Trinkwasser-Fluoridgehalt von 1 µg/l oder mehr. Schon seit Jahrzehnten ist bekannt, dass Men-

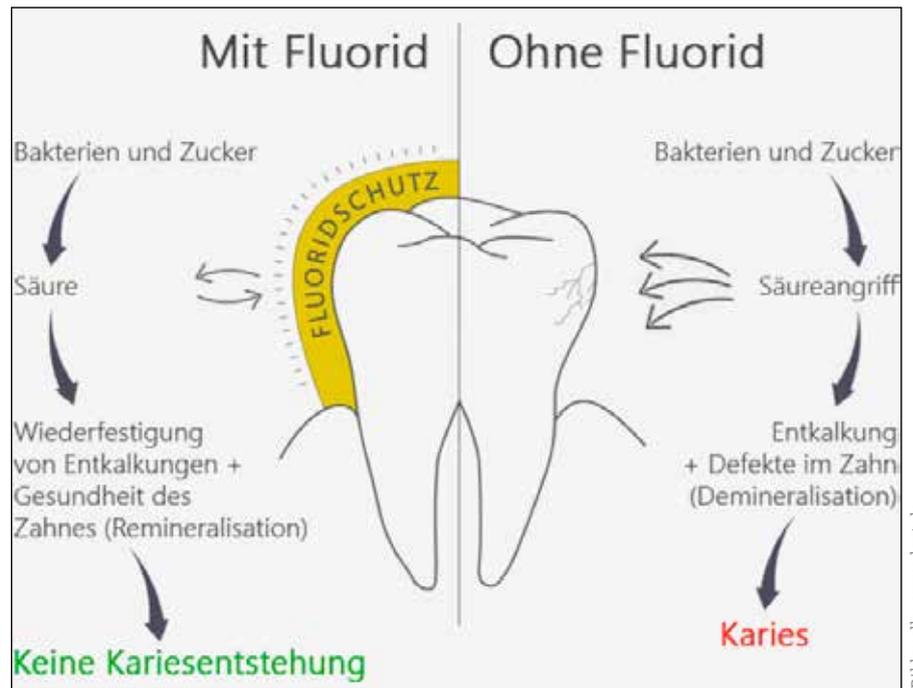


Abb. 5: Wechsel von Demineralisation und Remineralisation mit und ohne Fluorid

schen in solchen Regionen ein deutlich geringeres Kariesrisiko haben.^{3,8} Daher wird Fluorid seit langem auf der ganzen Welt zur Kariesprophylaxe eingesetzt, und zwar systemisch durch Trinkwasserfluoridierung, fluoridhaltige Tropfen und Tabletten, oder lokal mittels fluoridierter Zahnpasta.

Mit der systemischen Fluoridierung konnten unterschiedlich starke Effekte auf die Kariesentstehung erreicht werden (Abb. 5). Da jedoch fast überall gleichzeitig weitere kariesprophylaktische Maßnahmen ergriffen wurden (Zahnpasta- und Haushaltssalz-Fluoridierung, zahnärztliche Früherkennungs- und Behandlungsmaßnahmen etc.), konnten die Effekte der systemischen Fluoridierung nie eindeutig abgegrenzt werden.¹¹

Ein Cochrane-Review von 2011 fand keinen Unterschied zwischen den Effekten einer systemischen gegenüber einer lokalen Fluoridapplikation.¹³ Das Bundesamt für Risikobewertung (BfR) hat dazu 2018 eine systematische Literaturrecherche publiziert und festgestellt, dass die Evidenzlage ungenügend ist, um zuverlässige quantitative Aussagen zu Nutzen und Risiken der verschiedenen kariespräventiven Maßnahmen treffen zu können³. Das BfR empfiehlt

die Durchführung einer gut geplanten prospektiven Studie, die ein repräsentatives Bild für Deutschland liefern kann und in der alle Einflussfaktoren auf die Kariesentstehung bzw. -prävention ausreichend berücksichtigt werden³.

Fluoride können bei der Remineralisierung Hydroxy-Gruppen im Hydroxylapatit ersetzen, es entsteht Fluorapatit (Fluorapatit (Ca₅[F](PO₄)₃)). Fluorapatit ist etwas weniger säurelöslich als Hydroxylapatit. Jedoch sind Zähne mit höherem Gehalt an Fluorapatit nur wenig kariesresistenter.¹⁴ Bedeutsamer für die Kariesprotektiven Effekte ist wahrscheinlich die Hemmung des Bakterienstoffwechsel und der resultierenden Säureproduktion durch das labile Fluoridreservoir (CaF₂-Schicht) auf der Zahnoberfläche (Abb. 5). Außerdem stimuliert Fluorid möglicherweise die Produktion des schützenden Speichels. Jedoch kann eine Fluoridzufuhr nicht die Zahnreinigung zur Plaque-Entfernung ersetzen!

Der Zahnschmelz enthält nur an der Oberfläche 1.000 bis 2.000 ppm Fluorid. Bereits in 25µm Tiefe sind es nur noch 100 ppm¹⁵. Daraus kann man schließen, dass das Fluorid nicht endogen, sondern hauptsächlich exogen in den Zahnschmelz eingebaut wird. Man kann sich aber kaum vorstellen, dass die kurze Kontaktzeit der Zähne beim Trinken von Fluorid-haltigem Wasser ausreicht, um ausreichende Mengen von



Bildquelle: wikipedia.de

Abb. 6: Leichte Form der Zahnfluorose

Alter	< 0,3 mg/l	0,3-0,6mg/l	>0,6 mg/l
0 bis <2 J	keine bis 0,25 mg	keine	keine
2 bis <4 J	0,25 bis 0,5 mg	keine bis 0,25mg	keine
4 bis <6 J	0,5 bis 0,75 mg	0,25 bis 0,5 mg	keine
>6 J	1,0 mg	0,5 mg	keine

Abb. 7: Empfohlene Fluoridsupplementation in Abhängigkeit vom Fluoridgehalt des Trinkwassers



Abb. 8: Initialkaries

Fluorapatit zu bilden und in den Schmelz einzubauen. Selbst vom zweimal täglichen Einbürsten von Zahnpasta mit einem Fluoridgehalt von 500 bis 1500 ppm über die empfohlenen drei Minuten (von denen wahrscheinlich meist nur ein bis zwei Minuten realisiert werden) kann man wohl keinen so starken Effekt erwarten. Wahrscheinlicher ist, dass nach dem Putzen über längere Zeit Fluorid aus der Zahnpasta im Speichel gelöst bleibt und im Prozess der nachfolgenden De- und Remineralisation als Fluorapatit in den Schmelz eingebaut wird. Ebenso wirkt wahrscheinlich der erhöhte Fluoridgehalt im Speichel nach systemischer Fluoridaufnahme. Mit dieser Hypothese erledigt sich der jahrzehntealte Diskurs über systemische und lokale Fluoridwir-

kung – beides wirkt höchstwahrscheinlich lokal über den Speichel!¹⁵

Fluorose

Das einzige Risiko beider Methoden der Fluoridzufuhr liegt in der Fluorose der bleibenden Zähne und der Knochen; deren leichte Form (Abb. 6) ist häufig (10-20% der Bevölkerung)³, aber harmlos, während schwere Formen der Fluorose äußerst selten geworden sind^{16,17,18}. Das Fluorose-Risiko erscheint niedriger bei Applikation als Tablette, weil es bei Zahnpasta schnell Dosierungsfehler geben kann. Jedoch liegt die Fluoridabscheidung bei Kindern unter Tabletten-Fluoridierung im Durchschnitt höher als unter Zahnpasta-Fluoridierung³. Dennoch hat das BfR keine Belege für Unterschiede in der Sicherheit der beiden Applikationswege gefunden; insgesamt ist die Studienlage sehr dürftig³.

Fluorid-Dosierung

In Deutschland erfolgt bei Kindern seit Jahrzehnten eine Tablettenfluoridierung, im Säuglingsalter zusammen mit Vitamin D zur Prophylaxe der Rachitis, im Kleinkindalter ohne Vitamin D. Die Dosierung hängt vom Alter und vom Fluoridgehalt des Trinkwassers ab (Abb. 7). Da bei der Ernährung in den ersten Lebensjahren im Haushalt praktisch nicht zugesalzen wird, führt fluoridiertes Haushaltssalz naturgemäß noch nicht zu einer nennenswerten Fluoridzufuhr.

Die DGZMK rät inzwischen von der systemischen Fluoridierung ab und empfiehlt die lokale Fluoridierung durch Zahnpasta, ab sechs Jahren mit einem Fluoridgehalt von mindestens 1000ppm, unter sechs Jahren mit einem Fluoridgehalt von 500 ppm⁹. Neuerdings wird von Kinderzahnärzten für unter Sechsjährige ein Zahnpasta-Fluoridgehalt von 1.000 ppm gefordert.

Ein Cochrane-Review von 2019 fand moderate Evidenz für die Überlegenheit von Zahnpasta mit einem Fluoridgehalt von 1450 bis 1500 ppm gegenüber Zahn-

pasta mit einem Fluoridgehalt von 440 bis 1055 ppm in Bezug auf die Karieszunahme während eines Jahres, jedoch keinen Unterschied zwischen Zahnpasta mit einem Fluoridgehalt von 1055 ppm gegenüber Zahnpasta mit einem Fluoridgehalt von 550 ppm. Fluoridkonzentrationen von mehr als 1500 ppm in der Zahnpasta brachten keine weiteren Verbesserungen.¹⁹

Bereits im Jahr 2010 ergab ein Cochrane Review schwache Evidenz dafür, dass der Einsatz von Fluoridzahnpasta bei Kindern unter 12 Monaten mit einem erhöhten Risiko für eine Fluorose assoziiert sein kann. Die Autoren empfahlen daher, die Fluoridkonzentration von Zahnpasta für Kinder bis zum 6. Geburtstag unter 1.000 ppm zu halten.²⁰ **Die aktuelle Forderung der Zahnärzte zur Steigerung des Fluoridgehalts von Kinderzahnpasta von 500 auf 1000 ppm erscheint daher nicht evidenzbasiert.**

Neue Zahnärztliche Früherkennungs-U (ZFU)

Seit dem 1.7.2019 wurde das zahnärztliche Früherkennungsprogramm für Kinder vom Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) um drei zusätzliche Untersuchungen und Beratungen vor dem 34. Lebensmonat erweitert. Diese können im Alter vom sechsten bis zum neunten, vom zehnten bis zum 20. und vom 21. bis zum 33. Lebensmonat in Anspruch genommen werden⁴. Der Abstand zwischen zwei ZFU beträgt mindestens vier Monate⁴. **Ziel ist die Verbesserung der Elternberatung und die Aufdeckung von Initialkaries, die bei den pädiatrischen Früherkennungsuntersuchungen leicht übersehen werden kann** (Abb. 8). Zusätzlich kann vom sechsten bis zum 33. Lebensmonat laut GBA „zweimal im Kalenderhalbjahr“ (also viermal jährlich!) Fluoridlack zur Zahnschmelzhärtung angewendet werden⁴.

Die ZFU umfassen die Anamnese zu Fluoridierungsmaßnahmen, zum Ernährungsverhalten und zum Zahnpflegerverhalten durch die Eltern sowie die Inspektion der Mundhöhle des Kindes, die Aufklärung der Eltern über die Ätiologie oraler Erkrankungen, eine Ernährungs- und Mundhygieneberatung und die Empfehlung geeigneter Fluoridierungs-

mittel. Soweit erforderlich soll außerdem eine praktische Anleitung der Eltern zur Mundhygiene beim Kind erfolgen⁴. Sicher gibt es schon einige Kinderzahnärzte und Präventionsassistenten, die diesen Aufgaben gewachsen sind, aber in der Fläche müssen sich viele Zahnarztpraxen hier sicherlich erst noch fortbilden und einarbeiten. **Es sind gemeinsame Anstrengungen vieler Berufsgruppen (Gynäkologen, Hebammen, Frühe Hilfen, Pädiater und Zahnärzte) erforderlich, um insbesondere die Risikogruppen für Kariesbefall zur Inanspruchnahme der neuen ZFU zu bewegen.**

Fazit für die Praxis:

Sozial benachteiligte Kleinkinder tragen die Hauptlast der frühkindlichen Karies. In der Altersgruppe der unter Dreijährigen geht die Kariesprävalenz kaum noch zurück. Die wichtigsten Elemente der Kariesprävention sind Ernährungslenkung, Zahnreinigung und Fluoridapplikation. Systemische und lokale Fluoride sind wirksam und sicher. Um die Überlegenheit eines Applikationsmodus nachzuweisen, wäre eine sorgfältig geplante prospektive Studie erforderlich.

Für eine Verbesserung der Kariesprävention durch Erhöhung des Fluoridgehalts von Kinderzahnpasta von 500 auf 1.000 ppm gibt es keine Evidenz, aber insbesondere bei Kindern im ersten Lebensjahr Bedenken bezüglich der Sicherheit (möglicherweise erhöhtes Fluorose-Risiko). Ob die neuen zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen mit Beratung und Anleitung der Eltern zur Mundhygiene ab dem ersten Zahn einen weiteren Rückgang der Kariesprävalenz bei den hauptsächlich betroffenen sozial benachteiligten Kindern bringen wird, muss noch bewiesen werden.

Korrespondenzadresse:

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

Interessenkonflikt:

Ein Interessenkonflikt besteht nicht.

Red.: Keller



Foto: © stalnyk – Fotolia.com

Masernschutzgesetz

Nun ist es also beschlossen: Das „Gesetz für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention (Masernschutzgesetz)“ wird zum 1. März 2020 Realität werden.

Die Bedenken vieler Pädiater, was die Unzulänglichkeiten des Gesetzes betrifft, wurden von der DAKJ an den Bundesgesundheitsminister herangetragen (siehe Impfforum 2/2019). Ich bin gespannt, welche Diskussionen das Gesetz im Jahr 2020 begleiten werden. Man muss davon ausgehen, dass Impfkritiker und Impfgegner versuchen werden, Journalisten auf ihre Seite zu bekommen um mit medienwirksamen Beiträgen und Auftritten dem Impfgedanken in den Rücken fallen zu können. Man denkt mit Schrecken an vergangene Talk-Shows im Fernsehen, in denen Filme von Kindern mit Epilepsie gezeigt werden und im Studio in Tränen ausbrechende Mütter eine vorausgegangene Impfung für die Krankheit ihres Kindes verantwortlich machen. Die sachlich argumentierenden Experten (meist Kinderärzte aus unseren Reihen) werden vom emotional aufgewühlten Publikum im Fernsehstudio ausgebuht und stehen mit ihren sachlichen Argumenten zum Phänomen der Koinzidenz auf verlorenem Posten. Ich möchte den Teufel nicht an die Wand malen, aber auf derartige Ereignisse werden wir uns wohl einstellen müssen. Letztendlich aber bleibt die Hoffnung, dass das Masern-Impfgesetz ein erster Schritt in die richtige Richtung ist und Impfen zur selbstverständlichen Normalität wird, wie beispielsweise das Zähneputzen – ein schöner Vergleich, den Kollege Ralph Köllges aus Mönchengladbach in seinen eindrucksvollen Auftritten in den sozialen Medien (z. B. Facebook) gerne verwendet.

Pertussis-Impfschutz – wie lange hält er?

Diese Frage wird seit einigen Jahren sehr kontrovers diskutiert. Eng verknüpft damit ist die Diskussion um Notwendigkeit, Häufigkeit und Intervalle von Auffrischimpfungen. Fakt ist, dass selbst unmittelbar nach der Grundimmunisierung mit 3 oder 4 Impfdosen die Schutzwahrscheinlichkeit gegen Pertussis „nur“ etwa 85% beträgt. Und dies gegenüber klassischem Keuchhusten, von der WHO für Impfstudien als Husten von mindestens 3 Wochen Dauer mit mindestens einem typischen Begleitsymptom (z. B. anfallsartiger Husten) und mikrobiologischem Nachweis einer *Bordetella pertussis* Infektion definiert. Das bedeutet, mindestens 1 von 7 Geimpften wird, wenn er exponiert wird, an typischem Keuchhusten erkranken. Gegen leichtere Krankheitsformen ist die Schutzwahrscheinlichkeit

niedriger (z. B. 70% gegen Keuchhusten unabhängig von der Dauer). Bedauerlicherweise zeigen Beobachtungsstudien [z. B. Schwartz et al, CMAJ 2016; 188: E399-E406], dass mit zeitlichem Abstand zur letzten Pertussisimpfung die individuelle Schutzwahrscheinlichkeit kontinuierlich (und nicht plötzlich nach z. B. 5 oder 8 oder 10 Jahren) nachlässt. Diese Beobachtung macht die Festlegung der Auffrischintervalle so kompliziert, zumal ja unsere Pertussisimpfstoffe bedauerlicherweise nur im Paket mit Diphtherie- und Tetanustoxoid erhältlich sind, die Schutzdauer nach Impfung für diese 3 Krankheiten aber eindeutig divergiert. Als Pädiater tun wir uns noch relativ einfach. Mit den von der STIKO empfohlenen Auffrischimpfungen im Vorschulalter und der Adoleszenz können wir dem nachlassenden Impfschutz noch gut begegnen, wenn es auch mit der Compliance bei der zeitgerechten Umsetzung nicht sehr gut bestellt ist. Weniger einfach haben es unsere Kolleginnen und Kollegen in den Hausarztpraxen. Ihnen wurde nämlich dieses Jahr von der STIKO mitgeteilt, dass die 2009 eingeführte „einmalige“ Pertussisimpfung von Erwachsenen bei der nächsten fälligen Td-Impfung nun, 10 Jahre später, bis auf Weiteres tatsächlich einmalig bleibt und *nicht* aufgefrischt werden soll. Vielmehr wird den Patienten nach 10 Jahren wieder Td ohne Pertussiskomponente empfohlen wird [Epid Bull 15/2019]. Dass dies vielen Praktizierenden sauer aufgestoßen ist, kann ich nachvollziehen. Angemerkt sei, dass im Rahmen der STIKO-Indikationsempfehlungen a) Frauen im gebärfähigen Alter, b) enge Haushaltskontaktpersonen (Eltern, Geschwister) und Betreuende (z. B. Tagesmütter, Babysitter, ggf. Großeltern) eines Neugeborenen spätestens 4 Wochen vor Geburt des Kindes, und c) Personal im Gesundheitsdienst (also auch wir!) sowie in Gemeinschaftseinrichtungen alle 10 Jahre 1 Dosis Pertussis-Impfstoff erhalten sollen. Viele würden sich wünschen, dass dies auch für alle anderen Erwachsenen in Deutschland empfohlen wäre.

Für uns Pädiater gibt es eine aktuelle interessante Studie zum Thema Schutzdauer. Der smarte Modellierer Domenech de Celles (ich traf ihn schon mehrmals an Kongressen) hat gemeinsam mit Kollegen ein mathematisches Pertussis-Transmissionsmodell entwickelt und in einer Simulationsstudie angewendet. Die Ergebnisse bestätigen, dass der Pertussisimpfschutz „imperfect“ ist, aber doch länger andauernd als empirisch-epidemiologische Beobachtungen uns glauben lassen [JAMA Pediatr. 2019;173(6):588-594]. Grund für die Diskrepanz ist, dass empirische Beobachtungen auf Personen mit unterschiedlichem Alter, unterschiedlicher Impfanamnese (Ganzkeim-Impfung, azellulär oder gar nicht) und unterschiedlichem Sozialverhalten beruhen. Diese Komplexität des wirklichen Lebens kann zu der irrigen Annahme führen, der Impfschutz sei generell von kurzer Dauer. Gemäss den Autoren erklärt allein die Tatsache, dass unsere azellulären Vakzinen weniger als 90% Schutzwahrscheinlichkeit bieten, die relativ hohe Krankheitslast in der Bevölkerung und die wiederkehrenden Ausbrüche. Bessere Impfstoffe sind gefragt, und daran wird auch gearbeitet (siehe <http://periscope-project.eu/>).

Korrespondenzadresse:

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

Red.: Huppertz



*Review aus
englischsprachigen Zeitschriften*

**Wie Masern das Immunsystem
vergessen lassen:
Ein weiterer Grund, warum Kinder gegen
Masern geimpft werden sollten**

**Petrova VN et al. Incomplete genetic reconstitution
of B cell pools contributes to prolonged
immunosuppression after measles.**

Sci Immunol 4; eaay6125

Nach jahrelang rückläufigem Trend nehmen die Fälle von Masern-Erkrankungen weltweit wieder zu. Die vorläufige Zahl der gemeldeten Erkrankungen hat sich 2018 im Vergleich zum Vorjahr auf 229.000 verdoppelt, teilt die Weltgesundheitsorganisation (WHO) in Genf mit. Masern-Viren gehören zu den infektiösesten humanpathogenen Erregern, die wir kennen. Vor Einführung der Masern-Impfung steckten sich 95% aller Kinder mit Masern an, was weltweit zu mehr als 4 Millionen Todesfällen führte. Trotz aller Bemühungen, durch vermehrte Impfungen Masern weltweit auszurotten, treten Masern immer noch bei nicht vollständig geimpften Kindern und Erwachsenen und endemisch in einigen Bevölkerungsgruppen, die Impfungen verweigern, auf. In den westlichen Industrieländern erleben Masern ein Comeback, weil manche Eltern diese Impfung für unnötig oder zu gefährlich halten. Schätzungen lassen vermuten, dass weltweit immer noch mehr als 100.000 Kinder pro Jahr an Masern und ihren Folgeerkrankungen versterben. Bereits vor Einführung der Masern-Impfung wurde beobachtet, dass Kinder nach ihrer Masern-Erkrankung ein nachfolgendes erhöhtes Infektions- und Mortalitätsrisiko aufwiesen und die allgemeine Mortalität im Kindesalter nach einer Masernimpfung noch stärker sank als das masernbedingte Mortalitätsrisiko. Das hochanstecken-

de Virus führt bei Erkrankungen zur Virämie und Lymphopenie. Die Lymphozytenzahl normalisiert sich kurz nach dem Verschwinden des Masern-bedingtem Hautausschlags, und es bleibt eine lebenslange Immunität gegen Masern zurück. Neuere Untersuchungen bestätigen ältere Beobachtungen, dass Masern-Viren das Immunsystem über Monate bis Jahre beeinflussen und die allgemeine Infektanfälligkeit erhöhen können. Damit erklärt sich auch die nach Masern beobachtete erhöhte Inzidenz von Folgeinfektionen. Tiermodelle und In-vitro-Studien haben verschiedene immunologische Faktoren identifizieren können, die der anhaltenden Immunschwäche nach Masern zugrunde liegen. Die genauen Gründe für die Immunsuppression sind aber bisher beim Menschen unbekannt geblieben. Eine internationale Arbeitsgruppe hat jetzt in einem weiteren Schritt versucht, die einzelnen Gründe für die Immunsuppression nach einer Masern-Erkrankung in einem Tiermodell zu identifizieren.

Masern Viren infizieren B- und T-Lymphozyten, dendritische Zellen, hämatopoetische Stammzellen und Makrophagen, die alle den zellulären Rezeptor CD150 aufweisen. Humanes CD150 (auch als SLAMF1 -signaling lymphocytic activation molecule F1- bezeichnet) ist ein Glykoprotein, das auf der Oberfläche von T- und B-Lymphozyten, natürlichen Killer- und dendritischen Zellen exprimiert wird. Die extrazelluläre Domäne von CD150 ist der Rezeptor für das Masern-Virus und CD150 wirkt als Co-Aktivatoren auf T- und B-Lymphozyten. Obwohl die Anzahl der zirkulierenden Blut-Lymphozyten sich etwa 4 Wochen nach einer Infektion normalisiert, konnte gezeigt werden, dass die Zahl der lymphozytären B- und T-Memory-Zellen (Gedächtniszellen) noch länger vermindert bleibt. Es kommt zu einem Anstieg von neuen transienten B-Zellen, was als Neueinstellung (Resetting) des Immunsystems interpretiert wird. Mit Hilfe einer B-Zell-Rezeptor-Sequenzierung humaner periphere Blutlymphozyten vor und nach einer Masern-Infektion konnten die Autoren zwei immunologische Folgen der Masernerkrankung, die der Immunsuppression zugrunde liegen, aufdecken und sichern: Sie konnten erstens zeigen, dass die unvollständige genetische Rekonstruktion des naiven B-Zell-pools nach der Erkrankung zu einer Unreife und damit zu eingeschränkten Immunfunktionen führt. Zweitens konnten sie sichern, dass das immunologische Gedächtnis durch eine Maserninfektion beeinträchtigt und zum Teil sogar gelöscht werden kann. Mit Hilfe eines Masern-Tiermodells haben die Autoren die klinischen Folgen einer Masern-Infektion untersucht und konnten ihre Hypothese in vivo bestätigen. Nach einer bei Frettchen induzierten Masern-Infektion verschwand die zuvor durch eine Impfung erworbene Immunität gegen das Influenza Virus. Somit bestätigen die tierexperimentellen Ergebnisse die klinischen Beobachtungen, dass eine Masern-Infektion zu einer längeren Beeinträchtigung der Immunität und dem teilweisen Verlust des immunologischen Gedächtnisses führt. Die Masern-Impfung schützt also nicht nur vor Masern, sondern trägt auch zur Aufrechterhaltung der Herden-Immunität gegenüber anderen Erkrankungen bei.

Kommentar

Die menschlichen Masern Viren gehören zum Genus Morbillivirus (Familie der Paramyxoviren). Sie führen nicht nur bei

Menschen, sondern auch bei Säugetieren zu hochfieberhaften, schwer verlaufenden Erkrankungen. Das Masern-Virus ist genetisch auch mit dem Rinderpest Virus verwandt. Möglicherweise hat sich das humanpathogene Masern Virus aus dem Rinderpest Virus als zoonotische Infektion in Tier-Mensch-Gemeinschaften entwickelt. Obwohl hierzu historische Beweise fehlen, deuten epidemiologische Befunde darauf hin, dass Masern etwa vor 5000-10 000 Jahren zu einer humanpathogenen Krankheit geworden sind. Als die frühen landwirtschaftlichen Zivilisationen im fruchtbaren Dreistromland eine ausreichende Populationsgröße erreicht hatten, konnte eine Virusübertragung aufrechterhalten werden. Ein evolutionärer Sprung des tierpathogenen Morbillivirus auf den Menschen bedarf bei dem „kleinen Ruminanten Morbillivirus“ (PPRV- Peste-des-petits ruminants virus) nur einer Aminosäure. Masernimpfstoffe wurden vor 50 Jahren in die Primärversorgung eingeführt und haben zu einem deutlichen Rückgang der direkten und indirekten Masern-Morbidität und Masern-Mortalität mit dem Ziel geführt, die menschlichen Masern ganz auszurotten. Die Impfung gegen Masern kann heute als eine der erfolgreichsten Maßnahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit bezeichnet werden. Trotz dieser enormen Fortschritte bleiben Masern nach wie vor eine wichtige durch Impfung vermeidbare Ursache für Morbidität und Mortalität mit mehr als 100 000 Todesfällen pro Jahr. Die Masern-Inzidenz dient als Indikator für die Qualität der Immunisierungsprogramme. Viele der mit Masern verbundenen Todesfälle und klinischen Komplikationen sind nicht nur auf die Masern, sondern auch auf Sekundärinfektionen zurückzuführen, die möglicherweise durch die begleitende Immunsuppression verursacht werden. Dieser Zusammenhang zwischen der Masern-Inzidenz und der nachfolgend steigenden Inzidenz der Infektionsmortalität aufgrund anderer Erreger konnte mehrfach auf der Bevölkerungsebene nachgewiesen werden und wurden bisher klinisch auf eine nach den Masern vorhandene Immunschwäche zurückgeführt. Trotz der erheblichen immunologischen Auswirkungen wurden die immunologischen Grundlagen der Immunsuppression bisher noch nicht verstanden. Loksano et al. haben mit ihren aktuellen Untersuchungen im Rahmen eines Masern Ausbruch

bei holländischen orthodoxen Calvinisten zeigen können, dass sich unter einer Masern-Infektion die Zahl der zirkulierenden Gedächtnis B-Zellen vermindert und die Zahl der regulierenden T-Zellen und transienten B-Zellen zunimmt, was für die Amnesie-Hypothese nach Masern spricht. Die Ergebnisse von Petrova und der internationalen Arbeitsgruppe liefern eine weitergehende biologische Erklärung für die epidemiologisch beobachtete Zunahme der Kindersterblichkeit über mehrere Jahre nach einer Masernepidemie. Die erschöpften naiven B-Lymphozyten-Speicherpools und die reduzierte serologische Immunität unterstreichen die Bedeutung der Masern-Impfung nicht nur zum Schutz vor Masern, sondern auch für die Aufrechterhaltung der Immunität gegen eine Reihe anderer Krankheitserreger, die nach einer Masern-Infektion eingeschränkt oder gar nicht mehr vorhanden ist. Die Antworten auf die Fragen, ob wir bei Kindern nach einer Masern Erkrankung und dem teilweisen Verlust des immunologischen Gedächtnisses den allgemeinen Impfschutz aktualisieren müssen, und wenn ja, in welchem Abstand zur Infektion das sinnvollerweise erfolgen sollte, bleiben offen.

Gesichert scheint, dass die Bedeutung der Masern-Impfung sich nicht nur auf die Kontrolle der Masern, sondern über den individuellen Schutz hinaus auch auf die Aufrechterhaltung der Herdenimmunität gegenüber anderen Krankheitserregern bezieht. Die derzeitige Impfquote in der bundesdeutschen Bevölkerung liegt bei etwa 90%, eine Impfquote von mindestens 95% ist für einen ausreichenden Schutz der Bevölkerung nach den RKI-Empfehlungen erforderlich. Es bleibt aber immer noch die Frage, ob wir die Masern langfristig ausrotten können, wie das mit dem eng verwandten zoonotischen Rinderpestvirus gelang. Sicher werden wir noch lange gegen Masern impfen müssen, um einen ausreichenden Schutz der Bevölkerung zu erreichen und zu erhalten.

Literatur über den Verfasser

Korrespondenzadresse:

Dr. Jürgen Hower, Mülheim an der Ruhr

Sie lesen Qualität

Damit das auch so bleibt, befragen wir

Sie in Kooperation mit **ifak**

in den nächsten Wochen.

Ihr Urteil ist uns wichtig.

Bitte nehmen Sie teil!



Anaphylaktische Reaktion nach länger zurückliegender Desensibilisierung

Frage

Ich betreue einen männlichen Patienten der vor 20 Jahren gegen Wespen desensibilisiert wurde. In den vergangenen Jahren verliefen vereinzelt aufgetretene Wespenstiche stets unproblematisch. Jetzt ist es nach einem Wespenstich allerdings zu einer schweren Anaphylaxie gekommen.

Meine Fragen bezüglich der jetzt plötzlich aufgetretenen Anaphylaxie:

- Wie sollte diagnostisch weiter vorgegangen werden?
- Wie lässt sich die Reaktion trotz Desensibilisierung erklären?

Antwort

Vermutlich handelt es sich in Ihrem Fall um einen Patienten, der inzwischen mindestens das junge, wenn nicht sogar das mittlere Erwachsenen-Alter erreicht hat. Die AWMF-Leitlinie ‚Diagnose und Therapie der Bienen- und Wespengiftallergie‘ differenziert in ihren Empfehlungen zwischen Erwachsenen und Kindern bis zum 16. Lebensjahr. Folglich kann man das ungefährere Alter des (erwachsenen) Patienten durch Ihre Aussagen gut abschätzen.

Allergische Reaktionen von Wespen oder Bienen manifestieren sich fast immer primär auf der Haut als gesteigerte Lokalreaktion. Die Häufigkeit systemischer Reaktionen auf diese Hymenopterenstiche (Hautflüger) beträgt in der Allgemeinbevölkerung ca. 1,2–3,5 %. Bei Formen der systemischen Anaphylaxie ist eine spezifische Immuntherapie (SIT) für mindestens 3–5 Jahre indiziert.

Bei der SIT mit Hymenopterengift in der Standarddosis von 100 µg während der Erhaltungsphase sind etwa 75–85 % der bienengiftallergischen und etwa 90–95 % der wespengiftallergischen Patienten vor einer systemischen Reaktion auf einen erneuten Stich geschützt. Auch bei direktem Vergleich der Wirksamkeit war die SIT mit Bienengift weniger wirksam als die Therapie mit Wespengift. Der Joint Council of Allergy empfiehlt die Insektengift-SIT allen Patienten ab dem 16. Lebensjahr unabhängig vom Schweregrad der systemischen Reaktion und von Risikofaktoren.

Um Ihre Frage der weiteren Diagnostik zu beantworten, die Bestimmung der spezifischen IgE-Antikörper (sIgE-AK) der Wespe sowie spezifischen Serum-IgE-Antikörper gegen relevante Einzelallergene (Wespe: ‚Ves v 5‘ bzw. ‚Ves v 1‘) im Serum sollte erfolgen. Differentialdiagnostisch sollte dann auch der sIgE-AK der Biene sowie ‚Api m 1‘ (Einzelallergen Biene) bestimmt werden. Letzterer Wert wäre wichtig, um das Risiko eines Bienenstiches labor-allergologisch abschätzen zu können.

An dieser Stelle sei aber angemerkt, dass sich eine IgE-vermittelte Insektengiftsensibilisierung – unabhängig von der klinischen Reaktion nach einem Wildstich – bei bis zu 25 % der Gesamtbevölkerung nachweisen lässt. Bei Kindern kann diese Zahl bis zu 50 % der Getesteten sogar doppelt so hoch sein. Eine Testung über die Haut bei stattgehabtem Anaphylaxie-Ereignis wäre bei diesem Patienten eine Kontraindikation.

Eine Überprüfung der klinischen Wirksamkeit der SIT anhand von Laborparametern ist bisher nicht möglich. Die einzige Methode zur Erkennung eines Versagens der Hymenopterengift-SIT ist die Beobachtung der Reaktion des Patienten auf den (Wild)-Stich eines lebenden Insektes. Diese Prozedur hat Ihr Patient offensichtlich am eigenen Leib erfahren müssen, als es beim bisher letzten Stich zu einer schweren Anaphylaxie gekommen ist. Diese Reaktion lässt sich statistisch insofern erklären, dass nach Absetzen der Hymenopterengift-SIT bei bis zu 15 % der Patienten die Schutzwirkung innerhalb von fünf bis zehn Jahren verloren geht. In diese Gruppe fällt offensichtlich auch Ihr Patient. Ein bleibender Schutz ist nur von einer SIT-Dauertherapie – und damit lebenslang – zu erwarten. Das wäre auch die Empfehlung, die man aussprechen würde.

Die Vermittlung von allgemeinen Empfehlungen zur Vermeidung von Insektenstichen wäre, wie die ständige Mitführung eines Notfall-Sets in Form eines Adrenalin-Autoinjektors, eines oralen Steroides sowie eines Antihistaminikums selbstverständlich obligat.

Literatur bei InfectoPharm

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Sebastian Dick
Gemeinschaftspraxis für Kinder- und Jugendmedizin
Allergologie und Kinder-Pneumologie
Lange Str. 1, 33129 Delbrück

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.

Steckbrief zu: Cannabidiol CBD

Chemische Bezeichnung: Cannabidiol (CBD) ist ein nach heutiger Kenntnis nicht eigentlich süchtig machender Bestandteil des indischen Hanfes (*Cannabis sativa*); ihm wird eine antipsychotische, anxiolytische, antiinflammatorische, antiemetische und spasmolytische Wirkung zugesprochen; CBD wirkt direkt als Antagonist am THC/CB₂ Rezeptor, bzw. durch Hemmung des enzymatischen Abbaus von Anandamid, einem Endocannabinoid. Es werden darüber hinaus weitere Wirkmechanismen angenommen, u.a. eine agonistische Bindung an den Serotonin-Rezeptor 5-HT₁ und den Rezeptor GPR55, sowie Blockade des μ -Opioid Rezeptors.

Straßennamen(n): Hanföl, TAFFINAFF-Kaugummi, Swiss Cannabis Gum,

Dosierung(en): Initialdosis Erwachsene: 2x3 Tropfen 5 % Hanföl /die = 15 mg, wöchentliche Steigerung auf 3x5 Tropfen = 37,5 mg /die; Der gesetzliche THC – Anteil reiner CBD – Produkte muss < 0,2% (EU) oder < 1,0% (CH) sein;

Einnahmeform: als Hanföl (5%, 10%, 20%) in Tropfenform sublingual oder in Kapselform; als Kaugummi (5mg), als Kristalle im Kuchen oder Speisen; im Verdampfer von E-Zigaretten (!!);

Interaktionen: keine bekannt

Straßenpreis(e): 24 Kaugummis gibt es in der Drogerie für Euro 6,99; 10 Milliliter 5 % Hanföl wird im Internet für Euro 24,50 angeboten;

Erwünschte Wirkung(en): beruhigend, entspannend, schmerzlindernd; gegen Übelkeit und Erbrechen bei Tumorpatienten analog zu THC- haltigem Marihuana;

Unerwünschte Wirkung(en): nicht bekannt

Symptome bei Überdosierung: nicht bekannt



Nachweismethoden: über GC – MS im Blut über Tage bis Wochen, im Urin über Monate nachweisbar; keine legalen Konsequenzen;

Therapieoptionen akut: keine erforderlich;

Langzeitfolgen: keine bekannt; als **Nahrungsergänzungsmittel** ist CBD überflüssig; wenn Hersteller gesundheitliche Nutzen (sog. „health claims“) beim Verkauf deklarieren, wäre eigentlich ein EU-weites Verkaufsverbot die Folge. Als experimentelles und rezeptpflichtiges **Medikament**, z. B. als Antikonvulsivum ist es ein „out of label use“ und müsste als solcher schriftlich und mit Patienteneinwilligung festgehalten werden; „health claims“ werden bei allen Internetangeboten im großen Stil gemacht, so dass das Inverkehrbringen dieser Substanz sich in einer juristischen Grauzone zwischen Verbraucherschutz- und Arzneimittelgesetz bewegt.

Korrespondenzadresse:

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

Red.: Heinen



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.

Anamnese

Ein 9 Jahre altes Mädchen stellt sich mit subfebrilen Temperaturen, Husten und reduziertem Allgemeinzustand vor. Die stationäre Aufnahme erfolgt bei obstruktiver Bronchitis, die Patientin entwickelt eine milde respiratorische Partialinsuffizienz. Im Verlauf imponieren eine Konjunktivitis und Mukositis. Die weitere Eigen- und Familienanamnese ist unauffällig.

Untersuchungsbefund

9 Jahre altes Mädchen in reduziertem Allgemeinzustand. Pulmonal expiratorisches Giemen und mittelblasige Rasselgeräusche. Im Röntgen Thorax Hinweis auf eine Obstruktion, keine Infiltrate. Im stationären Verlauf konjunktivale Hyperämie (**Abb. 1**) und erosive Stomatitis mit hämorrhagischen Krusten (**Abb. 2**). Tran-

siente Gefäßinjektion der Vulva. Laborbefunde: Leukozyten 9,3/nl. CRP 83,5 mg/l.

Weitere Laborbefunde: Mycoplasma pneumoniae IgA positiv. Herpes simplex Virus PCR negativ.

Welche Diagnose wird gestellt?



Abb. 1: Ausgeprägte konjunktivale Hyperämie



Abb. 2: Erosive Stomatitis mit hämorrhagischen Krusten

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“ (V.i.S.d.P. Christiane Kermel, Hansisches Verlagskontor GmbH, Lübeck).

Druckauflage 12.393
lt. IVW III 2019

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen

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

Verlag: Hansisches Verlagskontor GmbH, Mengstr. 16, 23552 Lübeck, Tel.: (04 51) 70 31-01 – **Anzeigen:** Hansisches Verlagskontor GmbH, 23547 Lübeck, Christiane Kermel (V.i.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: tristram@verlag-beleke.de – **Layout:** Grafikstudio Schmidt-Römhild, Marc Schulz, E-Mail: mschulz@schmidt-roemhild.com – **Druck:** Schmidt-Römhild, Lübeck – „KINDER-UND JUGENDARZT“ erscheint 11mal 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

© 2019. 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.

Diagnose

Mycoplasma induced rash and mucositis (MIRM)

Das klinische Bild der *Mycoplasma induced rash and mucositis* entwickelt sich meist nach einem kurzen Prodromalstadium mit Fieber, Husten und Verschlechterung des Allgemeinzustandes. Das Durchschnittsalter beträgt 11,9 Jahre. Die Patienten leiden vornehmlich an einer ausgeprägten Mukositis, nahezu immer ist die Mundschleimhaut, sehr häufig die Konjunktiva, etwas weniger häufig auch die genitale Schleimhaut betroffen. Im Unterschied zum klassischen EEM fehlen kutane Effloreszenzen (Kokarden) meist oder sind nur schwach ausgeprägt. In der Regel kommt es zu einer vollständigen Abheilung, Langzeitfolgen können Synechien oder Pigmentveränderungen sein, Rezidive sind allerdings möglich. Das Krankheitsbild wurde erst vor wenigen Jahren einerseits vom EEM (majus), andererseits vom Stevens-Johnson-Syndrom aufgrund klinischer und ätiologischer Unterschiede getrennt (Lit. 1-4). Vereinzelt wurde über eine Häufung von Fällen z.B. innerhalb einer Familie berichtet (5).

Diagnostik

Bei Patienten mit respiratorischer Symptomatik i.S. einer obstruktiven

Bronchitis oder Pneumonie und Entwicklung einer erosiven Mukositis, teils in Kombination mit kutanen Effloreszenzen, sollte an eine *Mycoplasma induced rash and mucositis* gedacht werden. Laborchemisch ermöglicht eine positive Mykoplasmen-Serologie den Nachweis einer Infektion.

Differentialdiagnosen

Differentialdiagnostisch kommt insbesondere das Erythema exsudativum multiforme (EEM) majus in Betracht. Typisch für das EEM sind die kutanen Effloreszenzen mit kokardenförmigen Maculae. Auch bei einer Herpesinfektion können Bindehäute und Mundschleimhaut (Gingivostomatitis herpetica) betroffen sein; typisch sind im Gegensatz zum MIRM in diesem Fall jedoch gruppierte Vesikel. Das Stevens-Johnson-Syndrom (SJS) imponiert ebenfalls durch eine hämorrhagische Mukositis, ferner treten „atypische“ Kokarden (im Stammbereich) auf. Typisch und nahezu obligat ist eine vorherige Medikamenteneinnahme, z.B. diverser Antibiotika oder Antikonvulsiva. Der Verlauf ist schwerer, Komplikationen sind häufig (Synechien, Narben).

Therapie

Die Behandlung ist einerseits symptomatisch: suffiziente Analgesie, Lokalthherapie mit Mundspüllösungen, Augentropfen (Dexpanthenol) und bei meist re-

duziertem Trinkverhalten eine intravenöse Flüssigkeitssubstitution. Antibiotisch werden Makrolide eingesetzt, bei älteren Patienten ab 9 Jahren ist auch eine Therapie mit Doxycyclin möglich.

Vereinzelt erfolgt bei schweren Verläufen auch die Gabe intravenöser Steroide oder Immunglobuline; kontrollierte Studien zur Wirksamkeit dieser oder anderer Therapieverfahren liegen allerdings bisher nicht vor.

Literaturangaben:

1. Canavan TN et al. Mycoplasma pneumoniae-induced rash and mucositis as a syndrome distinct from Stevens-Johnson syndrome and erythema multiforme: a systematic review. *J Am Acad Dermatol* 2015 Feb; 72:239-45.
2. Santos RP et al. Mycoplasma pneumoniae-induced rash and mucositis: a recently described entity. *BMJ Case Rep.* 2017 Aug 22.
3. Curtiss P et al. Mycoplasma pneumoniae, more than a lung disease. *Dermatol Online J.* 2018 Jun 15; 24(6).
4. Bowling M et al. Mycoplasma pneumoniae-induced mucositis without rash in an 11-year-old boy. *Clin Case Rep.* 2018; 6: 551-552.
5. Song H et al. Mycoplasma-Induced Rash and Mucositis in a Father and Son: A Case Report. *Pediatr Infect Dis J.* 2018; 37:e205-e206.

Korrespondenzanschrift:

Dr. Marie Kloster
Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift
Abteilungen für Pädiatrie und
Pädiatrische Dermatologie/
Allergologie
Liliencronstr. 130, 22149 Hamburg
m.kloster@khh-wilhelmstift.de

Red.: Höger



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

Pressemitteilung UNICEF vom 18. November 2019

Kinderrechte in Gefahr – UNICEF-Bericht zum 30. Jahrestag der UN-Konvention über die Rechte des Kindes

Trotz historischer Erfolge zu wenig Fortschritte für die ärmsten Kinder // In den vergangenen 30 Jahren haben die Kinderrechte maßgeblich dazu beigetragen, das Leben von Kindern zu verbessern. Doch die ärmsten Kinder profitieren bis heute zu wenig von den sozialen und medizinischen Errungenschaften des 21. Jahrhunderts – so UNICEF. Gleichzeitig gibt es Anzeichen dafür, dass positive Entwicklungen stagnieren oder sich die Situation der Kinder weltweit wieder verschlechtert. Es ist zu befürchten, dass in Folge des Klimawandels in vielen Ländern Nahrungsmittelknappheit und Wassermangel weiter zunehmen und sich Krankheiten ausbreiten. Durch die rasante weltweite Urbanisierung werden noch mehr Kinder in Armenvierteln aufwachsen.

Der internationale UNICEF-Report „Für jedes Kind, alle Rechte. Die UN-Konvention über die Rechte des Kindes an einem Scheideweg“ sieht die Kinderrechte an einem kritischen Punkt stehen und fordert ein Umdenken in Politik und Gesellschaft:

- **Überleben:** Die weltweite Kindersterblichkeit ist in den vergangenen 30 Jahren um 60 % gesunken. Doch die ärmsten Kinder tragen bis heute ein doppelt so hohes Risiko, vor ihrem fünften Geburtstag zu sterben, wie ihre Altersgenossen aus wohlhabenderen Familien.
- **Gesundheit:** Impfungen retten jedes Jahr drei Millionen Menschen das Leben. Doch rund 19,4 Millionen Kinder sind nicht gegen Diphtherie, Tetanus und Keuchhusten geimpft. Neben einem trügerischen Gefühl von Sicherheit führen schwache Gesundheitssysteme, Fehlinformationen und die Ablehnung von Impfungen dazu, dass sich die Masern weltweit wieder ausbreiten. 2018 wurden rund 350.000 Masernfälle registriert, mehr als doppelt so viele wie 2017.
- **Bildung:** Bis 2007 gelang es noch, jedes Jahr mehr Kinder einzuschulen – doch seither ist die Zahl der Mädchen und Jungen im Grundschulalter, die keine Schule besuchen, bei 59 Millionen stehengeblieben. Allein in Afrika werden bis 2030 zusätzlich 1,3 Millionen Lehrer benötigt, um dem Bevölkerungswachstum Rechnung zu tragen.

- **Kinderschutz:** Im letzten Jahrzehnt ist der Anteil von Kinderehen bei Mädchen weltweit zwar gesunken. Insgesamt bleibt er jedoch auf einem hohen Niveau. Die ärmsten Mädchen sind in einigen Ländern heute sogar in noch größerer Gefahr als 1989, früh verheiratet zu werden.
- **Konflikte:** Eines von vier Kindern wächst heute in Ländern auf, die von Konflikten und Naturkatastrophen betroffen sind. Die Zahl offiziell registrierter schwerer Kinderrechtsverletzungen in Kriegs- und Krisengebieten hat sich seit 2010 verdreifacht.

„Das wichtigste ist, Kindern Liebe und Fürsorge zu schenken. Sie brauchen Verständnis und eine gute Ausbildung. Erwachsene müssen die Rechte von Kindern respektieren und schützen,“ sagt der 17-jährige Kinderrechtsaktivist Felix Banda aus Malawi bei der Vorstellung des UNICEF-Berichts in Berlin.

Die 15-jährige Negin Moghiseh aus Kaiserlautern, die sich mit UNICEF Deutschland für die Kinderrechte engagiert, ergänzt: „‘Leave no one behind’ heißt auch, dass alle Kinder die gleichen Chancen haben müssen. Bildung spielt hierfür eine wichtige Rolle.“

„Nach 30 Jahren haben heute mehr Kinder ein besseres und gesünderes Leben. Es wurde viel erreicht, auch wenn Fortschritte bei den Ärmsten noch nicht hinreichend spürbar sind“, sagte **Georg Graf Waldersee, Vorsitzender von UNICEF Deutschland**. „Jetzt gilt es, uns

auch neuen Gefahren und Risiken zu stellen, denen Kinder in Zeiten rasanter Veränderung ausgesetzt sind. Diejenigen, die das vielleicht am deutlichsten sehen, sind die Kinder selbst. Wir müssen sie einbeziehen und mit ihnen arbeiten – nicht nur für sie. Sie haben ein Recht darauf!“

„Solange wir nicht auch die ärmsten und am stärksten marginalisierten Kinder erreichen, sind die Erfolge der vergangenen Jahrzehnte in Gefahr“, erklärt **Cornelius Williams, Leiter der weltweiten Kinderschutzprogramme von UNICEF**. „Für eine gerechtere und inklusivere Welt für Kinder sind ein stärkerer politischer Wille und mehr Mittel nötig.“

Fortschritte für Kinder sind möglich

Kinder verfügen heute über mehr Möglichkeiten zu lernen und sich zu vernetzen als jemals zuvor. **Gleichzeitig wächst die Kluft zwischen den Mädchen und Jungen, die gut genährt, geschützt und gefördert aufwachsen, und denen, die nie eine faire Chance haben.** Zusätzlich sind die heutigen Kinder mit tiefgreifenden globalen Umbrüchen konfrontiert wie dem

- demographischen Wandel,
- weltweiter Urbanisierung, Digitalisierung,
- Konflikten und Migration sowie
- den Folgen des Klimawandels.

Ohne entschlossenes Handeln in Politik und Gesellschaft werden zum Beispiel die Folgen des Klimawandels un-

umkehrbar sein und Kinder in Zukunft viel schlechtere Aussichten für ihr Leben haben als heute. Es ist zu befürchten, dass die Kinder- und Menschenrechte in dieser angespannten Situation verstärkt unter Druck geraten und der Einsatz zu ihrer Verwirklichung nachlässt.

Deshalb ruft UNICEF zum 30. Jahrestag zu einem entschlosseneren Kampf gegen Armut, Hunger, Diskriminierung und Umweltzerstörung auf.

- In einer Zeit großer Umbrüche und wachsender politischer Polarisierung sieht UNICEF im **Bekennnis zu den Kinderrechten und zur Schaffung menschenwürdiger und nachhaltiger Lebensverhältnisse für alle Kinder** einen zentralen gemeinsamen Wert und eine der wichtigsten internationalen Aufgaben.
- **Investitionen in Bildung und Ausbildung für die ärmsten Kinder und Jugendlichen** sind nachweislich die

wichtigsten Investitionen in Frieden und eine nachhaltige Entwicklung. Dafür sind ein stärkerer politischer Wille, angemessenere Budgets und eine kontinuierliche Überwachung der Situation der Kinder erforderlich.

- Die **Digitalisierung sowie mobile Kommunikationstechnologien** eröffnen neue Chancen, voneinander zu lernen und gemeinsam Verbesserungen für Kinder zu entwickeln. Diese Möglichkeiten müssen aber noch intensiver genutzt werden.

Links:

<https://www.unicef.de/informieren/aktuelles/presse/2019/kinderrechte-in-gefahr/203906>

<https://www.unicef.de/informieren/aktuelles/presse/30jahre-kinderrechte-pressemappe>

<https://www.unicef.de/blob/203922/f9b6117f42b6123ae96131e0ecd96571/>

[zusammenfassung--unicef-report-30-jahre-kinderrechte-data.pdf](https://www.unicef.de/blob/204178/e1b4367eec79553f55d995aaa86d31d9/unicef-report--for-every-child--every-right-data.pdf)
<https://www.unicef.de/blob/204178/e1b4367eec79553f55d995aaa86d31d9/unicef-report--for-every-child--every-right-data.pdf>

Kommentar Dr. Hartmann:

Auch wir als Kinder- und Jugendärzte sind der Durchsetzung der Kinderrechte verpflichtet und müssen immer wieder darauf achten, dass Kinderrechte nicht verletzt werden. Wie schon mehrfach in dieser Zeitschrift dargestellt gilt das auch für unser tägliches Handeln in Klinik, Praxis und ÖGD.

Zusammenstellung:

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

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.paedatrieboerse.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.paedatrieboerse.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

„Kongress ADHS grenzenlos“

Vom 13.-15.9.2019 fand der 1. internationale, deutschsprachige, überregionale, interdisziplinäre Fachkongress „ADHS grenzenlos“ in Lörrach unter Leitung von Kirsten Stollhoff und Gerhard Broer statt. Damit wurde die beschlossene Änderung der „Arbeitsgemeinschaft ADHS der Kinder- und Jugendärzte e. V.“ zur „Arbeitsgemeinschaft ADHS e. V.“ in die Praxis umgesetzt. Ziel des Kongresses war, Ärzten aller Fachgebiete und Patienten aller Altersgruppen eine Plattform zu bieten und die Vernetzung und Zusammenarbeit zu ADHS-Themen im deutschsprachigen, europäischen Bereich zu beginnen. Der Tagungsort war in den äußersten Südwesten der BRD gelegt worden, um den Kollegen aus der Schweiz und Österreich einen Anreiz zur Teilnahme zu bieten.

Gut besuchter Kongress

Auch wenn für die Kollegen aus Deutschland die Anreise schwierig war – der einzige bedeutsame Kritikpunkt in der Evaluation –, war der Kongress mit 200 Teilnehmern ausgebucht. Die Räume in der Dualen Hochschule Lörrach DHL waren optimal, und das strahlende Sonnenwetter sorgte zusätzlich für gute Stimmung.

Sehr erfreulich war die große Zahl Teilnehmender aus der Schweiz (20 = 29 %); aus Österreich und Luxemburg waren je zwei Gäste vertreten. Besucher aus Südtirol fehlten noch. Unter den Ärzten waren Kinder- und Jugendärzte, Kinder- und Jugendpsychiater, Psychiater und Allgemeinärzte. Teilnehmende Psychotherapeuten und Mitglieder der Selbsthilfe trugen zu umfassendem Wissensspektrum und intensiven, fachübergreifenden Diskussionen bei. Kirsten Stollhoff als Vorsitzende und Gerhard Broer als stellvertretender Vorsitzender der AG ADHS e. V. eröffneten die Tagung am Freitagabend. In seiner Begrüßung berichtete der Oberbürgermeister Lörrachs über die enge, grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Dreiländereck Deutschland-Schweiz-Frankreich, so wie sie auch für die AG ADHS geplant ist.

Kongressvorträge

Im äußerst unterhaltsamen **Einführungsvortrag „ADHS – Entwicklung – Pubertät“** nahm Prof. Dr. Dieter F. Braus, Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Wiesbaden, alle Zuhörer bei seinem hochwissenschaftlichen und spannenden Einblick ins

Gehirn mit. Der Themenbogen reichte vom ersten Schritt auf dem Mond bis zur künstlichen Intelligenz, über die Anforderungen unserer digitalen Welt und des Klimawandels bis zu deren Auswirkungen auf die pubertierenden Jugendlichen, insbesondere auf diejenigen mit einer ADHS. Deutlich stellte er heraus, welche Chancen für Erneuerung im Umbruch in der Pubertät bestehen.

Am Samstagvormittag standen folgende Vorträge auf dem Programm:

Epigenetik und ADHS (Dr. Ulrich Kohns, Kinder- und Jugendarzt): Der genetische Code – das Genom – programmiert den Menschen. Epigenetische Prozesse regulieren zusätzlich die Lesbarkeit und die Aktivität für die Gentranskription. Umweltassoziierte Genexpressivität bestimmt durch zelltypspezifische Unterschiede das Spektrum verschiedener Phänotypen. Epigenetisch wirkende Umweltfaktoren sind mit ADHS epidemiologisch assoziiert: psychosoziale Probleme und psychiatrische Störungen der Mutter, Gewalterfahrung, Stress, Tabak und Alkoholkonsum in der Schwangerschaft und in früher Kindheit. Genetik, Lebenserfahrungen und Umwelteinflüsse spielen eine lebenslange, wichtige Rolle für die Persönlichkeitsentwicklung. Gerade bei Menschen mit ADHS spielt der individuelle Mix von Genetik und Epigenetik eine große Rolle. Dies muss bei Diagnosestellung und Therapiewahl mehr berücksichtigt werden. Erbe und Umwelt machen den Menschen zum einzigartigen Menschen, zur einzigartigen Persönlichkeit.

ADHS und Mediengebrauchsstörungen (Dr. Oliver Bilke-Hentsch, Ärztlicher Leiter des Schweizer Zentrums für Sucht-

fragen des Kindes- und Jugendalters SZSKJ in Zürich). „ADHS-Betroffene haben ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer nicht stoffgebundenen Sucht“. Umgekehrt verstärkte eine exzessive Computerspiel- bzw. Internetnutzung die ADHS-Symptomatik bei Betroffenen bzw. könne ADHS-Symptome auch bei Nicht-Betroffenen hervorrufen. Computerspiele bedienen das Bedürfnis der Betroffenen nach geringer Antwort-, Belohnungs- und Reaktionsverzögerung. Er warnte: „Ein kompletter Entzug beispielsweise von Smartphone oder Computer ist unverhältnismäßig und in der heutigen Zeit nur schwer durchzusetzen. Eltern müssen die Videospiele ihrer Kinder kennen, um sie gezielt zu erlauben bzw. verbieten.“

ADHS und Autismus über die Lebensspanne (Prof. Dr. Claudia Klier, Psychiaterin und Kinder- und Jugendpsychiaterin – Leiterin der Pädiatrischen Psychosomatik Medizinische Universität Wien). Sie betonte, es sei überholt, dass sich ADHS und ASS nach ICD-10 grundsätzlich ausschließen. Beide Störungen haben eine hohe Koinzidenz von 40-60 % und sollten sorgfältig diagnostiziert und entsprechend behandelt werden. Dabei scheine bisher nur die pharmakologische Therapie erfolgreich zu sein. Beide Störungen verändern im Laufe des Lebens ihr Erscheinungsbild, sodass es im Erwachsenenalter oft besonders schwierig wird, beide gleichzeitig zu erkennen. Man sollte immer an ASS denken, wenn eine sonst erfolgreiche ADHS Therapie scheitert. Die Testung auf ASS ist immer dann zu wiederholen, wenn in verschiedenen Entwicklungsstadien einzelne Symptome deutlicher werden.



Mitgliederversammlung der AG ADHS

Am Nachmittag fand die Mitgliederversammlung der AG ADHS mit dem Bericht des Schatzmeisters, der Entlastung des Vorstands und der Diskussion zukünftiger Aufgaben und Aktivitäten der AG ADHS statt.

Seminarangebot

Alle Teilnehmer konnten jeweils zwei verschiedene Seminare besuchen. Die Themen waren weitestgehend:

- Notwendige und überflüssige Diagnostik und Therapie bei Kindern und Jugendlichen
- Notwendige und überflüssige Diagnostik und Therapie bei Erwachsenen

- Schule, Ausbildung und Beruf - Juristische Fragen
- Individuelle medikamentöse Feineinstellung
- Wie überlebt meine Praxis mit ADHS-Patienten?
- Symptomatische ADHS
- ADHS und chronische Erkrankungen
- Transition.

Mit den kompetenten Referenten wurde in allen Gruppen lebhaft diskutiert, sodass meist die Zeit von 90 Minuten kaum ausreichte.

Weitere Vorträge am Sonntagvormittag

ADHS und komorbide Störungen im Erwachsenenalter (Dr. Astrid Neuy-Lobkowitz, FÄ für Psychosomatik und Psychotherapie, Aschaffenburg/München): ADHS im Erwachsenenalter ist ein Risikofaktor für die Entwicklung körperlicher und seelischer Erkrankungen. Das bedeutet, dass 80 % der ADHS-Betroffenen mindestens eine, mehr als 50 % sogar zwei oder mehr seelische Komorbiditäten im Laufe des Lebens entwickeln: insbesondere Depressionen, Angststörungen und Suchterkrankung. ADHS im Erwachsenenalter führt zudem unbehandelt zu einer Verkürzung der Lebenserwartung um 13 Jahren nach Barkley. Die Prävalenz körperlicher Begleiterkrankungen wie Adipositas, Typ II Diabetes, Hypertonie und Schilddrüsenerkrankungen ist nach Studien der letzten zwei Jahre bei ADHS-Patienten deutlich höher; daher müssen Allgemeinmediziner und Internisten mehr Kenntnis von der ADHS haben, insbesondere deswegen, da Patienten mit ADHS aufgrund ihrer Kernsymptome schwierig zu führen sind und eine schlechtere Compliance und Krankheitsbewältigung haben.

ADHS und Spielsucht (Dr. Anna Felnhöfer, Klinische Psychologin sowie Gesundheitspsychologin, Medizinische Universität Wien): Frau Felnhöfer stellte

ein neues Studienprojekt vor, dass gerade an der Universität Wien unter ihrer Leitung entwickelt wird, um Jugendliche dabei zu unterstützen, ihre Mediensucht besser zu kontrollieren.

Zum **Kongressabschluss** gab es eine **Diskussionsrunde** mit allen Teilnehmern. Es wurden verschiedene Themen offen und hitzig diskutiert. Als sehr positiv stellte sich dabei die große Zahl der Teilnehmenden aus der Selbsthilfe heraus, die sich selbst zu Wort meldeten und in die Diskussionen eingriffen.

Fazit

Die Ergebnisse der Evaluationsbögen zeigten sehr erfreuliche Bewertungen. Die Organisation, die Verständlichkeit der Referenten und die Vortrags- und Seminarthemen wurden mit 1,3-1,4 beurteilt, der praktische Nutzen mit 1,8 und der Tagungsort mit 1,86. Die Beurteilungswerte der Seminare lagen zwischen 1,25 und 1,87. Die allermeisten Teilnehmer empfahlen eine erneute Teilnahme an solch einem Kongress (1,44).

Das positive Echo auf den Kongress in vielen mündlichen und schriftlichen Rückmeldungen hat die Erwartungen der AG ADHS übertroffen. Die Themen der Vorträge und Seminare, Wahl der Referenten, perfekte Organisation und freundliche Atmosphäre erhielten viel Anerkennung. Die Teilnehmer sprachen sich eindeutig für eine Wiederholung dieses Kongressformates aus.

Im Schlusswort dankte Gerhard Broer den Referenten, die alle auf ein Honorar verzichtet hatten, und allen Helfern wie Teilnehmern für ihre Mitarbeit.

Die Folien der Vorträge und auch der Seminare können Sie auf der Webseite der AG ADHS im Mitgliederbereich finden.

Zusammenstellung:

Klaus Skrodzki, Ulrich Kohns, Kirsten Stollhoff
Beirat und Vorstand der AG ADHS
AG ADHS e. V.
Postfach: 500128,
22701 Hamburg
E-Mail: info@ag-adhs.de
Internet:www.ag-adhs.de

Red.: WH

Pressemitteilung Nr. N 010 vom 19. November 2019

Im Jahr 2018 waren 2,4 Millionen Kinder und Jugendliche in Deutschland von Armut und sozialer Ausgrenzung bedroht. Im Vergleich zum Vorjahr waren das 6 % weniger. Gleichzeitig haben die Jugendämter bei rund 50.400 Kindern und Jugendlichen eine Kindeswohlgefährdung aufgrund von Gewalt oder Vernachlässigung festgestellt, 10 % mehr als 2017. Anlässlich des Internationalen Tages der Kinderrechte am 20. November 2019 trägt das Statistische Bundesamt (Destatis) exemplarisch Fakten zur Situation der rund 13,6 Millionen minderjährigen Kinder und Jugendlichen in Deutschland für das Jahr 2018 zusammen.



30 Jahre UN-Kinderrechtskonvention

Am 20. November 1989 – also vor 30 Jahren – hat die Generalversammlung der Vereinten Nationen das Übereinkommen über die Rechte des Kindes angenommen: die UN-Kinderrechtskonvention. Sie besteht aus insgesamt 54 Artikeln, die minderjährigen Kindern und Jugendlichen grundlegende Schutz-, Förder- und Beteiligungsrechte zusichern. Unter anderem ist dort das Recht auf Familie, Fürsorge und ein sicheres Zuhause festgehalten. Auch wenn der Großteil der Kinder und Jugendlichen in Deutschland mit mindestens einem Elternteil in einer der rund 8,0 Millionen Familien zusammenwohnt, ist dies nicht für alle Kinder selbstverständlich.

Das Recht auf eine Familie, Fürsorge und ein sicheres Zuhause

Wird ein Kind vorübergehend oder dauerhaft von seiner Familie getrennt, sichert die Kinderrechtskonvention den Betroffenen verschiedene alternative Formen von Betreuung zu. So waren **95.000 Kinder oder Jugendliche im Jahr 2018 in einem Heim untergebracht**. Weitere **81.400 Kinder oder Jugendliche lebten in einer Pflegefamilie**, darunter 28 % in Verwandten- und 72 % in Fremdpflege.

Können, dürfen oder wollen die Eltern das Kind nicht selbst groß ziehen, besteht – sofern dies dem Kindeswohl dient – die Möglichkeit einer Adoption: **Von den rund 3.700 Adoptionen im Jahr 2018**

wurde der Großteil, (61 %) von Stiefeltern vorgenommen. In 171 Fällen (5 %) handelte es sich um eine internationale Adoption.

Recht auf Leistungen der sozialen Sicherheit und angemessene Lebensbedingungen

In Artikel 26 und 27 der UN-Kinderrechtskonvention ist zudem das Recht jeden Kindes auf einen Lebensstandard festgehalten, der es in seiner körperlichen und sozialen Entwicklung fördert. Nach der EU-weiten Haushaltserhebung EU-SILC (European Survey on Income and Living Conditions) waren **in Deutschland im Jahr 2018 mit 17,3 % etwas weniger Kinder und Jugendliche von Armut und sozialer Ausgrenzung bedroht als im Vorjahr (18,0 %)** – es konnten sich auch wieder mehr Haushalte mit Kindern eine einwöchige Urlaubsreise leisten: Während 2017 noch 15,5 % der in Haushalten mit Kindern lebenden Personen angaben, dass dies für sie finanziell nicht möglich sei, waren es zuletzt 13,4 % dieser Personen.

Schutz vor Gewalt, Misshandlung, Missbrauch und Verwahrlosung

Nach der UN-Kinderrechtskonvention stehen Kinder unter dem besonderen Schutz des Staates. **Im Jahr 2018 haben die Jugendämter in Deutschland im Rahmen ihres Schutzauftrages bei rund 50.400 Kindern und Jugendlichen eine Kindes-**

wohlgefährdung aufgrund von Vernachlässigung, psychischer, körperlicher oder sexueller Gewalt festgestellt – das waren 10 % mehr als im Vorjahr. 2018 wurden in diesem Zusammenhang auch mehr Minderjährige in Deutschland zu ihrem Schutz in Obhut genommen: **In rund 6.200 Fällen haben die Jugendämter Kinder oder Jugendliche aufgrund von Misshandlungen, in 6.000 wegen Vernachlässigungen und in 840 Fällen aufgrund von sexueller Gewalt zu ihrem Schutz vorübergehend in Obhut genommen.**

Weil eine Gefährdung des Kindeswohls anders nicht abzuwenden war, haben die **Familiengerichte 2018 zudem in rund 7.500 Fällen einen vollständigen und in weiteren 8.500 Fällen einen teilweisen Entzug der elterlichen Sorge angeordnet.**

Links:

https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2019/11/PD19_N010_225.html

https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Nachhaltigkeitsindikatoren/_inhalt.html

https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2019/10/PD19_419_639.html

Zusammenstellung und Bearbeitung:

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

Zahlen, Daten, Fakten

Drei Umfragen im Überblick

Das Jubiläumsjahr – der BVKJ feiert im Juni 2020 seinen 50. Geburtstag – nehmen wir zum Anlass, einmal „in eigener Sache“ zu berichten. Zwar nicht über den Verband, dafür aber über drei Erhebungen, die sich mit der Kinder- und Jugendmedizin beschäftigen haben.

Zufriedenheit – trotz voller Wartezimmer

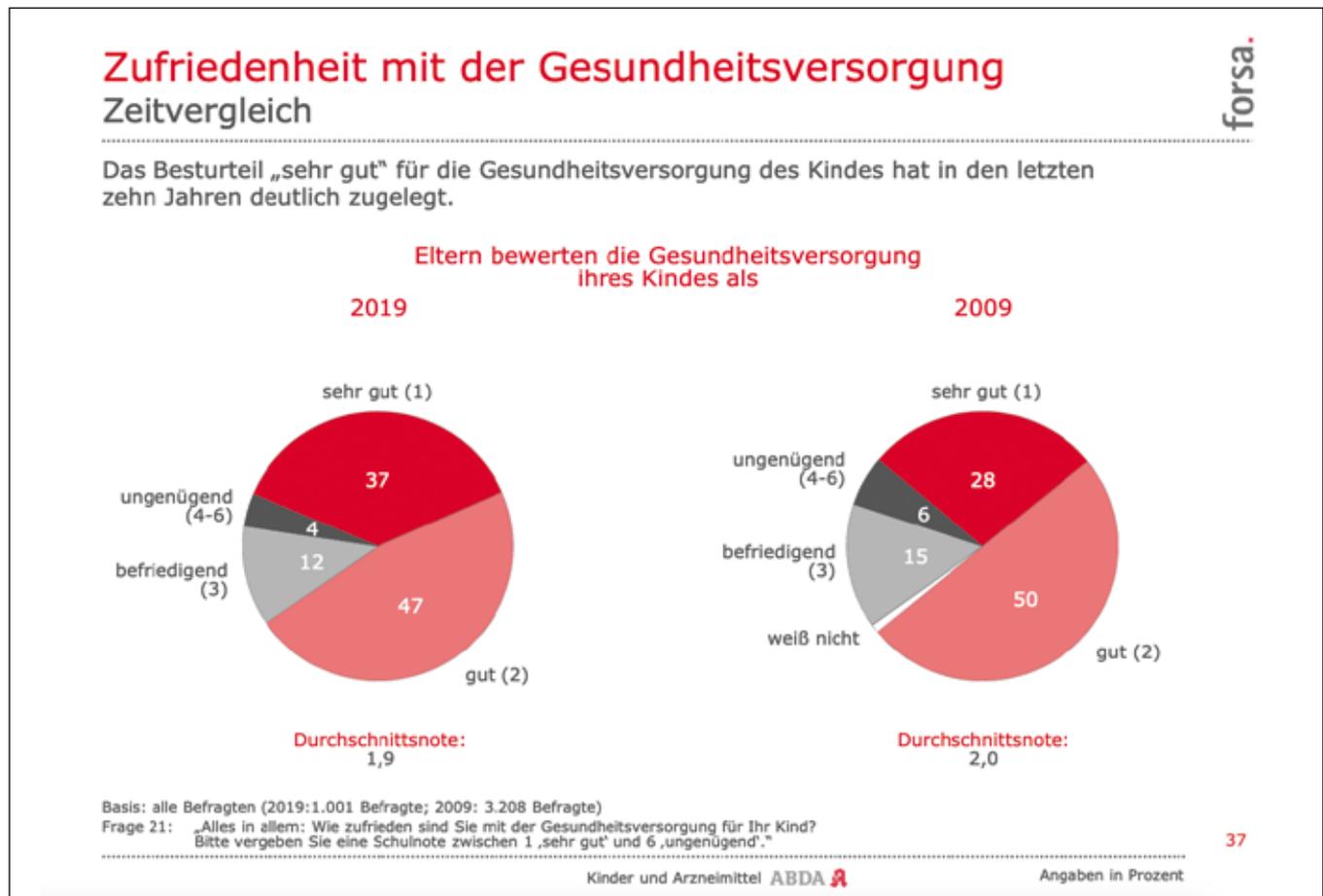
Im Oktober des vergangenen Jahres veröffentlichte die pronova BKK ihre Studie „Junge Familien 2019“. Dazu wurden 1.000 Menschen ab 18 Jahren befragt, in deren Haushalt mindestens ein Kind unter 10 Jahren lebt: „Kinderärztinnen und Kinderärzte in Deutschland haben einen positiven Ruf: Drei Viertel der Familien hierzulande bewerten sie mit gut bis sehr gut. Damit wird ihre Qualität sogar besser beurteilt als bei anderen Ärzten wie Orthopäden oder Hals-Nasen-Ohren-Ärzten. Zum Vergleich: Während 37 Prozent dem Kinderarzt die Schulnote 'sehr

gut' geben, erhalten Fachärzte diese nur von 16 Prozent der befragten Eltern. (...) Im Vergleich (auch mit Krankenhäusern, die Red.) punkten klar die Kinderarztpraxen.“

Kritik äußerten die Eltern an den langen Wartezeiten. „33 Prozent der Mütter und Väter in Deutschland müssen selbst bei langfristig geplanten Terminen oft mehr als eine Stunde auf die Behandlung warten.“ Weiterhin ist in der Studie zu lesen, dass es für die Eltern eine Erleichterung wäre, „wenn ärztliche Bescheinigungen für den Arbeitgeber ausgestellt werden könnten, ohne dass der Arzt das Kind untersuchen muss. 60 Prozent der Eltern befürworten dies.“

Steigerung bei Frequenz und Zufriedenheit

Bereits am 7. Juni 2019, dem „Tag der Apotheke“, publizierte forsa eine im Auftrag von ABDA, der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände, erstellte Umfrage unter dem Titel „Kinder und Arzneimittel“. Dazu wurden „1.001 Eltern (diejenige Person im Haushalt, die sich normalerweise hauptsächlich bei Krankheiten um das Kind bzw. die Kinder unter 18 Jahren kümmert)“ telefonisch interviewt. Hier wurde dem deutschen Gesundheitssystem ein gutes Zeugnis ausgestellt: „Hohe Zufriedenheitsraten gibt es auch mit Blick auf die Gesund-



heitsversorgung der Kinder. 87 Prozent der Befragten hielten sie für sehr gut oder gut, neun Prozent bezeichneten sie als befriedigend und nur zwei Prozent als ungenügend.“ Zum ersten Ansprechpartner im Krankheitsfall schreibt die Studie: „Ist ein Kind akut krank, suchen 69 Prozent der Befragten einen Kinderarzt auf und 29 Prozent einen Hausarzt.“ Zum Vergleich: In 2009 lag die Verteilung noch bei 61 Prozent Kinderarzt und 37 Prozent Hausarzt. (Die Antworten „Facharzt“ und „Kind war deswegen noch nicht beim Arzt“ blieben in beiden Studien bei jeweils 1 Prozent.)

Bei der „Entfernung der (Kinder-) Arztpraxis von der Wohnung“ zeigte der Vergleich der Studien von 2009 und 2019 eine Konstanz: „Auch mit der Erreichbarkeit der Ärzte können die Eltern zufrieden sein. Insgesamt müssen 49 Prozent weniger als drei Kilometer bis zur nächsten Arztpraxis zurücklegen.“ Forsa folgerte daraus: „Die Wege zur „(Kinder-)Arztpraxis sind im Vergleich (...) weder länger noch kürzer geworden.“

Spannend für war für Apotheken und für Pädiater die Frage 21: „Alles in allem: Wie zufrieden sind Sie mit der Gesundheitsversorgung für Ihr Kind? Bitte vergeben Sie eine Schulnote zwischen 1 ‘sehr gut’ und 6 ‘ungenügend’. Lag die Durchschnittsnote in 2009 noch bei 2,0, so ist sie 2019 auf 1,9 angestiegen. Verantwortlich dafür ist die hohe Zahl der Spitzenbewertungen, die sich von 28 auf 37 Prozent gesteigert haben.“

Die Zukunft ist weiblich

Zugegeben, die Zahlen sind nicht ganz neu, doch sie zeigen eine noch immer gültige Tendenz: Bereits 2016 veröffentlichte Operation Karriere eine Befragung der Kassenärztlichen Vereinigung von



© Städtischen Kliniken Mönchengladbach

11.000 Medizinstudierenden. Das Ergebnis: „Kinder- und Jugendmedizin ist nach der Inneren Medizin die zweitbeliebteste Fachrichtung. 9,4 Prozent der befragten Medizinstudenten können sich vorstellen, in diesem Bereich später die Weiterbildung zu absolvieren. Und viele Frauen setzen diesen Vorsatz später auch in die Tat um, denn auch was die Anzahl an frischgebackenen Fachärztinnen angeht, ist die Kinder- und Jugendmedizin ganz vorne mit dabei.“ In 2016 wurden 1.810 Kinderärztinnen unter 40 Jahren im Vergleich zu 769 Kinderärzten unter 40 gezählt. „Besonders viele Ärztinnen haben ihren Fachtitel zwischen dem 35. und 39. Lebensjahr

erworben – vielleicht um erst dem eigenen Kinderwunsch nachzukommen.“

Operation Karriere beschreibt den Beruf so: „Was das Behandlungsspektrum angeht, kann man den Facharzt/die Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin als einen Generalisten bezeichnen. (...) Weil sie ihre Patienten von Geburt an bis ins junge Erwachsenenalter kennen, sind niedergelassene Kinder- und Jugendärzte oft wichtige Lebensbegleiter der Heranwachsenden.“

Korrespondenzadresse:

Christa Becker

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.

„Kein Handy vor elf Jahren!“ Der BVKJ im Spiegel der Presse

Als Dr. Thomas Fischbach der **Neuen Osnabrücker Zeitung** ein Interview gab, ahnte er nicht, dass daraus ein regelrechter Sturm erwachsen würde, der durch die deutsche Medienlandschaft fegte. Der Präsident des BVKJ berichtet: „Gemeinsam mit dem Journalisten Tobias Schmidt habe ich überlegt, welche Themen uns derzeit unter den Nägeln brennen. Wir haben uns dann für die drei Schwerpunkte drohender Ärztemangel, den Zusammenhang zwischen Werbung für Süßes und Gewichtsproblemen bei Kindern und Jugendlichen und für eine altersgerechte Handy-Nutzung entschieden.“

Kein Handy vor elf Jahren!“ - so lautete die Überschrift des Artikels, der am 30. Oktober auf der Seite 2 der gedruckten Ausgabe der Zeitung unter „Politik“ veröffentlicht wurde. Schon in der zweiten Zeile war zu lesen, dass „Kinder- und Jugendärztechef Fischbach“ Eltern eine fatale Blauäugigkeit in puncto Internet vorwarf. Im weiteren Verlauf des Gespräches sagte er: „Wir beobachten mit Schrecken, dass die Kinder, die vor dem Smartphone oder Tablet hängen, immer jünger werden. Eltern bringen ihren Kindern nicht mehr bei, zu spielen oder sich sinnvoll zu beschäftigen, sondern parken den Nachwuchs vor den Geräten. Teilweise am Esstisch! Ein furchtbarer Trend mit katastrophalen Folgen für die kindliche Entwicklung. Die Jüngsten werden schon auf permanente Reizüberflutung konditioniert. Das ist einer der Gründe, aus denen Kinder immer häufiger an Konzentrationsschwäche leiden. Medialen Dauerbeschuss macht das beste Hirn nicht mit. Und je höher der Medienkonsum, je schwächer die Leistungen in den Schulen – das belegen etliche Studien.“ Bei der Rückfrage des Journalisten, was der Arzt den Eltern empfehlen würde, kam der später vielzitierte Satz: „Kein Handy vor elf Jahren! Und es muss auch nicht gleich ein internetfähiges Handy sein.“

zeitungen Deutschlands und erreicht mit ihrer gedruckten Auflage 354.000 Leser. Die Aussage von Dr. Fischbach sorgte sowohl off- als auch online für Wirbel, so dass die **NOZ** umgehend nachlegte. Als eine der ersten wurde Digital-Staatsministerin Dorothee Bär von der CSU zitiert, die der Forderung widersprach: „Generell finde ich es wichtig, dass Kinder schon früh mit diesen Medien Kontakt haben“, wird sie aus einem Gespräch mit dem

fangen oder auf einem Bein stehen.“ Bei **RTL** kam Christian Montag von der Universität Ulm zu Wort, der dort einen Lehrstuhl für Molekulare Psychologie innehat. Er erhöhte die Forderung von Dr. Fischbach auf 12 Jahre und erklärte, dass „Kinder in der Selbstregulierung noch nicht so gut wie Erwachsene“ seien und daher nicht verstünden, „wann es an der Zeit sei, aufzuhören“. Zudem seien viele Apps so konzipiert, dass die Nutzer möglichst lange dran bleiben.

Ebenfalls im **tagesspiegel** wurde der Medienpädagoge Marc Urlen vom Deutschen Jugendinstitut interviewt. Auch er warnte davor, Grundschulkindern ein eigenes Smartphone zu überlassen. Er empfiehlt ein „Familien-Tablet“ und eine „Obergrenze von einer halben Stunde Bildschirmmedien pro Tag für alle Kinder bis zehn Jahren.“

Zweifel an der Aussage der Digital-Staatsministerin kommen auch auf, wenn



tagesspiegel zitiert. Weiter äußert sie, dass junge Menschen ermutigt werden müssten, Teil der digitalen Revolution zu werden. Und dass dies nur gelinge, „wenn man sie auch mitmachen lässt“. Ausdrücklich befürwortete sie, dass „Kinder bereits in der ersten Klasse“ mit der Technik in Berührung kommen sollten.

Dem widersprachen gleich mehrere Fachleute: Uwe Büschung vom BVKJ nannte in der **Bild-Zeitung** Übergewicht und Kurzsichtigkeit als „belegbare Folgen“ intensiver Handy- und Tablet-Nutzung. Und ergänzte: „Wir sehen ein enormes Nachlassen aller motorischen Fähigkeiten. Viele Kinder können keinen Ball

man liest, dass die „Generation Smartphone“ nicht besonders fit am Computer ist. Das verkündeten gleich mehrere Medien, unter ihnen der **Stern** und die **Süddeutsche Zeitung**, am 5. November. An dem Tag hatten der Staatssekretär des Bundesbildungsministeriums, Christian Luft, und der Präsident der Kultusministerkonferenz, Alexander Lorz, die repräsentative Erhebung ICILS 2018 vorgestellt, die Achtklässler in Deutschland als „Mittelmaß im internationalen Vergleich“ bezeichnete. Dabei wurde deutlich, dass „jeder dritte deutsche Schüler gerade mal 'rudimentäre' Computerkenntnisse“ hatte.

In Print, TV und Internet

Die **Neue Osnabrücker Zeitung** mit einer Gesamtauflage von 154.221 Exemplaren gehört zu den größten Regional-



Sechs Wochen später griff das ZDF das Thema in seiner Hauptnachrichtensendung nochmals auf: Am Samstag, den 14. Dezember, um 19 Uhr strahlte es den Beitrag „Smartphones für Kinder zu Weihnachten?“ aus, bei dem Dr. Fischbach in seiner eigenen Praxis zu Wort kam. Fast drei Millionen Zu-

ber/gesundheit/warnung-kinder-medien-smartphone-tablet-fakten-check-100.html

Zu einem Besuch lud der Fernsehsender SAT 1 ein und führte am 4. November im Frühstücksfernsehen ein Gespräch mit den Präsidenten des BVKJ, das über fünf Minuten ging und das nach wie vor im Netz zu finden ist: <https://www.sat1.de/tv/fruehstuecksfernsehen/video/medialer-konsum-machen-wir-unsere-kinder-krank-clip>

Selbst euronews, ein paneuropäischer Sender mit Sitz in Lyon, berichtete auf seinen Internet-Seiten.

TV-Präsenz in vielen Sendern

Zurück zum Interview mit Dr. Fischbach: RTL widmete bereits am 30. Oktober dem Thema auf seinen Internetseiten unter der Überschrift „Viel zu bunt für Kinderhirne“ einen längeren Artikel: <https://www.rtl.de/cms/kinder-und-jugend-aerztechef-fischbach-fordert-kein-smartphone-vor-11-jahren-4428968.html>

Auch auf Facebook postete RTL unter „Punkt 12“ die Nachricht und verwies auf den genannten Artikel. Das ZDF reagierte ebenfalls am gleichen Tag und veröffentlichte mittags Auszüge aus dem Statement unter „Der Präsident des Berufsverbandes für Kinder- und Jugendärzte empfiehlt, unter Elfjährige nicht vor dem Smartphone zu ‘parken’.“ Am Abend legte der Sender nach: Unter der Überschrift „Wenn Kinder am Smartphone kleben“ erschien ein längerer Text, inklusive einer Grafik zur Smartphone-Nutzung der Kinder ab 6 Jahren, die auf Daten von Bitcom Research vom Mai 2019 beruhen: <https://www.zdf.de/nachrichten/heute/jedes-zweite-kind-ab-sechs-jahren-nutzt-schon-smartphone-kritik-von-deutschem-aerzteverband-100.html>

schauser verfolgten den ca. 1.30 Minuten langen Einspielfilm live; in der Mediathek ist er bis Mitte Dezember 2020 zu finden: <https://www.zdf.de/nachrichten/heute-19-uhr/videos/smartphones-fuer-kinder-zu-weihnachten-100.html>

Aus der ARD-Familie reagierten der NDR (<https://www.ndr.de/nachrichten/info/programm/Keine-Smartphones-fuer-Kinder-unter-elf-Jahren,-handyverbot140.html>) und der SWR. Im WDR widmete Jörg Brunsmann dem Thema einen Kommentar, der als Podcast zu finden ist: <https://www.ardaudiothek.de/zur-sache/kommentar-kinder-legt-das-handy-weg/68392244>

Der MDR befragte Melanie Ahaus, Sprecherin des BVKJ Sachsen, dazu: <https://www.mdr.de/nachrichten/ratgeber/gesundheit/schadet-uebermassige-smartphone-nutzung-dem-kind-100.html>. Und legte am 2. November bei „Fakten im Check“ noch einmal nach: <https://www.mdr.de/nachrichten/ratgeber/gesundheitsratgeber/gesundheitsratgeber-100.html>



Mainstream und Special Interest

Von den audio-visuellen Medien hin zum Gedruckten: Dass die shz aus Schleswig-Holstein das Interview am 1. November übernahm, ist nicht verwunderlich, schließlich gehört sie zur NOZ-Mediengruppe. Am Tag zuvor hatte bereits Die Welt in ihrer Online-Ausgabe berichtet. Auch das Redaktionsnetzwerk Deutschland, die Süddeutsche Zeitung, die Frankfurter Neue Presse (FNP) und die Neue Presse veröffentlichte Auszüge aus dem Gespräch.

Online reagierten zudem die taz, die Berliner Morgenpost, die Hamburger Morgenpost, der Bonner General-Anzeiger, die Rhein-Zeitung, die Westdeutsche Zeitung, die Westfalenpost, die Westfälische Rundschau, die Frankenpost, die Münchner tz, der Schwarzwälder Bote, die Stuttgarter Zeitung, der Nordkurier, die RP-Online, der Zeitungsverlag Waiblingen mit seinen vier Lokalzeitungen,



ZDF heute **Thomas Fischbach**
Präsident Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte

die **Dresdner Neueste Nachrichten** und **Spiegel online** noch am gleichen Tag und brachten Zitate von Thomas Fischbach. **AOL.de**, **yahoo.com** und **arcor.de** berichteten umgehend, **T-Online** widmete dem Thema 14 Tage später unter „Wie viel Zeit sollten Kinder vor Bildschirmen verbringen?“ einen längeren Beitrag: https://www.t-online.de/gesundheit/kinder-gesundheits/id_86810844/bildschirmzeit-fuer-kinder-wie-viel-ist-genueg.html. **Pro – Christliches Medienmagazin** berichtete am 1. November. Und **butenunbinnen.de**, das von Radio Bremen erstellt wird, nahm Fischbachs Interview als Anlass für einen ausführlichen Artikel, der am 8. November erschien und in dem der Medienpsychologe Thorsten Fehr ausführlich zu Wort kommt. Auch **wissen.de**, **klicksafe.de**, **chrison.evangelisch.de**, **unserekirche.de** und **Öko-Test** berichteten über das Interview.

Dass von den „Special Interest“-Magazinen die **ÄrzteZeitung** sowie **Alum – Allergie, Umwelt und Gesundheit** das Thema aufgriffen, ist nicht weiter verwunderlich. Auch nicht, dass **Medien Fasten** aus Witten/Herdecke darüber berichtete, schließlich



ist der BVKJ hier Projektpartner. Viel erstaunlicher ist, dass Dr. Fischbach auch in zahlreichen Technik-affinen, meist online publizierten Magazinen zitiert wurde: Mit dabei waren u.a. **golem.de** – IT-News für Profis, der **i-phone-ticker**, **Info Digital** – Alles aus der digitalen Welt, **gameswirtschaft.de**, **inside-digital.de**, **billiger-telefonieren.de**, **onlinekosten.de**, **gmx.net**, **freenet.de**, **PC-Welt** und **Chip 365** – Das Verbraucherportal für jeden Tag. Letzteres verband mit Warnung von Dr. Fischbach allerdings mit eher zweifelhaften Tipps zu günstigen Handys für den Nachwuchs: „Allerdings muss es nicht unbedingt das neueste und teuerste Modell sein. Ein einfaches Gerät ohne viel Schnickschnack ist für die meisten Kinder völlig ausreichend.“ Im Gegensatz zum Hinweis des BVKJ-Präsidenten, es müsse nicht immer gleich ein internetfähiges Handy sein, hatte der Link den Titel „Ein Smartphone für Kids“ und listete Geräte für unter 200 Euro auf!

Recherchen und Text:
 Christa Becker

Bewährtes Team

Am 18. November 2019 wurde in Berlin im Rahmen einer Mitgliederversammlung der Vorstand der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin, DAKJ, gewählt. Die Teil-

nehmer aus den verschiedenen kinder- und jugendmedizinischen Gesellschaften und Fachverbänden setzten dabei auf bewährte Köpfe: Auch in den kommenden drei Jahren werden Generalsekretär Prof. Dr. Hans-Iko Huppertz (m.) aus Bremen, sein 1. Stellvertreter Dr. Christian Fricke (l.) aus Hamburg sowie der Schatzmeister und 2. Stellvertreter Dethleff Banthien (r.) aus Bad Oldesloe den gemeinnützigen Verband weiterhin leiten. Sie koordinieren die gemeinsamen Ziele und Aufgaben ihrer Mitglieder zum Wohle von Kindern und Jugendlichen, vertreten diese Ziele nach außen gegenüber Gesellschaft und Politik und setzen sich für die best-

mögliche gesundheitliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen ein. Ein weiterer Schwerpunkt ihrer Arbeit liegt im Engagement für die Umsetzung der Kinderrechte, wie sie in der UN-Kinderrechtskonvention verankert sind. Oberste Maxime des Verbandes ist daher ein Satz aus der Erklärung vom 20. November 1959: „Die Menschheit schuldet dem Kind das Beste, was sie zu geben hat.“

Der BVKJ als Mitglied des Dachverbandes bedankt sich bei dem geschäftsführenden Vorstand der DAKJ für die bisher geleistete Arbeit, freut sich auf die weitere enge Kooperation und wünscht für die Durchsetzung der gemeinsamen Ziele viel Kraft und viel Erfolg!

Red.: cb



Das Leser-Forum

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

„Wider das Morgengrauen“
von Dr. Felix Berth
Kinder- und Jugendarzt 11/19,
S. 749-750



Sehr geehrter Herr Dr. Berth,

der Vorteil für die Schüler bei einem späteren Schulbeginn scheint plausibel.

Allerdings fehlen in dem Beitrag bedauerlicherweise sämtliche Aspekte, wie dann bei späterem Schulbeginn das wöchentliche Lehrpensum und Tagesablauf in der Schule gestaltet werden könnte. Die Mittagspause kann wohl kaum verschoben werden.

Wann können die morgens wegfallenden 5 Stunden nachgeholt werden?

Nachmittags? Mehr Ganztagschule? Wie kann der Schulerfolg also bei späterem Schulbeginn optimal gewährleistet werden? Gibt es dazu weitergehende Erkenntnisse?

Korrespondenzadresse:

Dr. Heinrich Lang
Stuttgart

Red.: cb

Antwort der Redaktion:

Da uns das Thema sehr interessiert, haben wir recherchiert und folgenden Link gefunden: <https://www.wissenwaswirkt.org/macht-spaeterer-unterrichtsbeginn-jugendliche-klueger>
Cochrane bloggt auf deutsch.

Darin weisen die Autoren u.a. darauf hin, dass die Zahl der Unterrichtsstunden in Europa sehr unterschiedlich ist: „Die empfohlene Mindestunterrichtszeit bei der höheren Schulbildung beträgt in der Schweiz 958 Stunden pro Jahr, während diese in Deutschland bei 914 und in Österreich bei 900 liegt. Im PISA-Vorzeigeland Finnland gehen Jugendliche sogar ‘nur’ 844 Stunden pro Jahr zur Schule.“

Stundenkürzung wäre also eine der Möglichkeiten für einen späteren Start in den Tag. Allerdings müsste dazu wohl der Personalschlüssel rund um die Betreuung der Kinder und Jugendlichen bei uns erhöht werden. Vielleicht gibt die aktuelle PISA-Studie einen Anstoß dazu!

Nachgefasst



Lupo / pixelio.de

In der Dezember-Ausgabe haben wir den Begriff **Cyber-Grooming** kurz erklärt. Ein besonders perfider Fall der sexuellen Anbahnung eines Erwachsenen via Internet wurde noch vor Drucklegung

bekannt: In Bergisch-Gladbach hat die Polizei Anfang Dezember Ermittlungen gegen einem mutmaßlichen Sexualtäter eingeleitet, der über die App „Likee“ fast 600 Kontakte zu Mädchen zwischen 8 und 12 Jahren aufgelistet hatte. Der WDR berichtet: „Über diese App hatte eine Zehnjährige aus dem Rheinisch-Bergischen Kreis offenbar Kontakt zu einem Mann gehabt, der sie monatelang per Chat dazu gezwungen hatte, Nacktfotos und Videos von sich zu schicken. Ihren Eltern würde etwas Schlimmes passieren, wenn sie sich weigere.“

Als das Kind sich an seine Eltern wandte, suchten diese umgehend die Polizei auf. Die setzte den Fall zunächst auf eine War-

teliste, weil sie die Aussichten auf eine Aufklärung als gering ansah. Der Grund: Die Handy-App, die Social Media zugeordnet wird und zur Weitergabe von Videos dient, werde von Singapur aus gesteuert. Durch die Recherchen des WDR erhielt der Fall eine höhere Dringlichkeit, der Pädophile konnte rasch ermittelt werden. Mittlerweile haben sich weitere Eltern gemeldet.

Bergisch-Gladbach steht derzeit ohnehin im Fokus eines Missbrauchsskandals, der den von Lügde vermutlich noch in den Schatten stellt.

Korrespondenzadresse:

Christa Becker

Rund um die Geldanlagen

Tilo Croonenberg verabschiedet sich als Autor

„Wohin mit dem Geld?“ Unter diesem Titel hat Tilo Croonenberg die Leser des Magazins ein Jahr lang durch die Höhen und Tiefen des Vermögensmanagements geführt. Er gewährte Einblicke in die Themen Märkte und Börsen, Gold und Immobilien, Banken und Zahlungsströme.

Geboren in Düsseldorf, ist er beruflich der Stadt treu geblieben; privat zog er bereits als Kind nach Köln. Bei seiner Ausbildung zum Bankkaufmann entdeckte er seine Vorliebe für die persönliche Beratung am Kunden im Bereich der Vermögensanlage. Düsseldorf lockte mit größeren Aufgaben, dort war er, bevor er 2017 zur VM Vermögens-Management GmbH wechselte, u.a. als Niederlassungsleiter einer renommierten hanseatischen Privatbank tätig. Bei der VM Vermögens-Management GmbH, einem bankenunabhängigen Vermögensverwalter, der seit über 30 Jahren am Markt tätig ist, konzentriert er sich ganz auf das, was er als Azubi schon so gemocht hat: Er berät und betreut Kunden individuell und intensiv in Bezug auf die Möglichkeiten ihrer Geldanlagen. „Die individuelle Vermögensverwaltung, ganz nach der Risikobereitschaft des Kunden mit der Investition in Einzelaktien, hat hier oberste Priorität“, erklärt Tilo Croonenberg. „Abfindungswerte: Von der Unterbewertung zur Übernahme und zum Squeeze-Out, das ist eine Spezialität unseres Unterneh-

mens. Das erfordert von unserer Seite eine sehr genaue Marktbeobachtung.“ Die Kunden jedenfalls sind zufrieden; kein Wunder, dass die Mundpropaganda funktioniert und die potenziellen Anleger die VermögensManufaktur auch ohne Werbung finden.

„Wohin mit dem Geld?“ Bei seinem größten Hobby stellte sich diese Frage für Tilo Croonenberg nie. „Oldtimer!“, sagt er mit Stolz. Und meint damit keinesfalls einen Jaguar oder Rolls Royce, sondern den beliebten, charmanten und knuffigen alten Käfer. Das 64er- und das 61er-Cabriolet sind bereits Geschichte, denn meist rüstet er die Wagen auf und verkauft sie wieder. Derzeit hat er sein Herz an einen 59er-Käfer verloren, den er in liebevoller Detailarbeit so auf Vordermann gebracht hat, dass selbst der TÜV begeistert war. Ebenso wie seine Kunden, denn auch die besucht er mit diesem Oldtimer. Oder mit seinem E-Bike, das ihn selbst „bei Wind und Wetter“ von Köln nach Düsseldorf und zurück bringt.



Die Redaktion bedankt sich – auch im Namen der Leser – ganz herzlich bei Tilo Croonenberg für seine kurzweiligen Kolumnen, die er mit viel Wissen und Liebe zum Detail monatlich verfasst hat!

Korrespondenzadresse:
Christa Becker

WAHLAUFRUF

FÜR DEN LANDESVERBAND NIEDERSACHSEN

Termingerecht findet vom **27.04.2020 bis 18.05.2020** die Wahl des Landesverbandsvorsitzenden, seiner Stellvertreter, der Delegierten, der Ersatzdelegierten, der Beisitzer sowie des Schatzmeisters statt.

Die Geschäftsstelle organisiert die Briefwahl, die bis zum **18.05.2020** abgeschlossen sein muss (Eingang in der Geschäftsstelle).

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

Tilman Kaethner, Nordenham
Landesverbandsvorsitzende

WAHLAUFRUF

FÜR DEN LANDESVERBAND BAYERN

Gemäß der Wahlordnung des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e. V. findet vom **09.03. – 30.03.2020** die Wahl des Landesverbandsvorsitzenden, seiner Stellvertreter, der Delegierten, der Ersatzdelegierten, der Beisitzer sowie des Schatzmeisters statt.

Die Geschäftsstelle organisiert die Briefwahl, die bis zum **30.03.2020** abgeschlossen sein muss (Eingang in der Geschäftsstelle).

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

Dr. Martin Lang
Landesverbandsvorsitzender

WAHLERGEBNIS

der Wahlen im Landesverband Saarland des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e. V., Wahlperiode 2019-2023

Landesverbandsvorsitzender (1. Delegierte)
stellv. Landesverbandsvorsitzende (1. Ersatzdelegierte)
2. Ersatzdelegierter
3. Ersatzdelegierter
Schatzmeister

Werner Meier, Saarbrücken-Dudweiler
Dr. med. Carmen Wahlen, Homburg
Dr. med. Holger Wahl, Saarbrücken
Karsten Theiß, St. Ingbert
Dr. med. Marc Ehlayil, Bexbach

Fortbildungstermine

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

23.-26. Januar 2020

Päd-Ass 2020 17. Assistentenkongress des BVKJ in Berlin
Leitung: Prof. Dr. Wolfgang Kölfen, Mönchengladbach
Auskunft: ⑤,②

07. März 2020

29. Pädiatrie zum Anfassen in Rostock des BVKJ LV Mecklenburg-Vorpommern
Leitung: Dr. A. Michel, Greifswald / St. Büchner, Güstrow
Auskunft: ①

11. März 2020

#follow BVKJ - im Sheraton Offenbach
Auskunft: ⑤

21. März 2020

Seminar für Medizinische Fachangestellte in Dresden des BVKJ LV Sachsen
Leitung: Dipl.-Med. Stefan Mertens, Radebeul
Auskunft: ①

04. April 2020

33. Pädiatrie zum Anfassen in Worms des BVKJ LV Rheinland-Pfalz und Saarland
Leitung: Dr. Ch. Von Buch, Bad Kreuznach
Auskunft: ①

29. April 2020

#follow BVKJ - im NH Collection Berlin Friedrichstrasse
Auskunft: ⑤

08.-09. Mai 2020

30. Pädiatrie zum Anfassen in Erfurt des BVKJ Landesverbandes Thüringen
Leitung: Dr. Andreas Lemmer, Erfurt
Auskunft: ①

19.-21. Juni 2020

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

20.-21. Juni 2020

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

08. Juli 2020

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

11. Juli 2020

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

02. September 2020

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

02. September 2020

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

11.-13. September 2020

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

12. September 2020

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

26. September 2020

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

08.-10. Oktober 2020

48. Herbst-Seminar-Kongress des BVKJ e.V., (Ort wird noch bekannt gegeben)
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

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

Kinderaerzte im Netz

Danach suchen unsere Patienten im Internet // Die Patientenplattform www.kinderaerzte-im-netz.de wird jeden Monat von mehr als 1,2 Million Patienten bzw. Eltern besucht und ist damit die reichweitenstärkste Internetseite für Kinder- und Jugendmedizin im deutschsprachigen Raum. Doch wonach suchen die Patienten, wenn sie online seriöse Informationen zu bestimmten Krankheiten erhalten möchten? Eine Auswertung der Anfragen für Themen der Pädiatrie in den letzten Monaten zeigt, dass Eltern/Patienten häufig nach folgenden Begriffen suchen: „Fieber Kleinkind“, „Dreitagefieber“, „Pseudokrupp“ und „Vorsorgeuntersuchung Kinder“



Bei Eingabe dieser Suchbegriffe in der weltweit größten Suchmaschine „Google“ erscheint die Patientenseite des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) – www.kinderaerzte-im-netz.de – unter den ersten Suchergebnissen. Die Eltern finden auf dieser Seite eine Übersicht der wichtigsten Krankheitsbilder, die bei Kindern auftreten können, und auch die dazugehörigen Therapien, die den aktuellen Leitlinien entsprechen. Diese werden von einem Redaktionsgremium sorgfältig recherchiert und regelmäßig aktualisiert. Die hohe Qualität der Informationen führt dazu, dass immer mehr Mütter und Väter diese Plattform – mit über 29.000 Unterseiten – als Informationsquelle nutzen. Denn auf seriöse Quellen legen Eltern vermehrt wert.

Eltern suchen vermehrt Kinder- und Jugendarzt-Praxen und -Kliniken online

Und nicht nur die Suchanfragen zu häufigen Erkrankungen im Kindes- und

Jugendalter steigen an – immer mehr Internetnutzer suchen im Netz nach einem Facharzt. Auf der Seite „Kinderärzte-im-Netz“ gibt es mehr als 220.000 Suchanfragen nach einem Kinder- und Jugendarzt – jeden Monat. Die Eltern interessieren sich dabei auch für spezielle Qualifikationen und Schwerpunkte – und dafür, ob telemedizinische Leistungen in der Praxis angeboten werden. Daher ist es wichtig, dass diese Informationen auf der eigenen Praxishomepage oder im Klinikprofil angegeben sind.

Möglichst alle pädiatrischen Praxen sollten hier zu finden sein

Die Verknüpfung von seriösen medizinischen Informationen mit der Möglichkeit, gezielt Fachärzte zu finden, macht die Gesundheitsplattform des BVKJ einzigartig für den Bereich der Kinder- und Jugendmedizin. Umso wichtiger ist es deshalb, dass möglichst alle ambulant oder klinisch tätigen Mitglieder des BVKJ auf dieser Seite aufgeführt sind – unab-

hängig davon, ob ein eigener Praxis- oder Klinikaufttritt bereits besteht oder nicht.

Außerdem bringt die Registrierung bei „Kinderärzte-im-Netz“ noch weitere große Vorteile. So können z.B. die aktuellen Nachrichten auf der Seite für die eigene Praxis- oder Klinikhomepage genutzt werden – damit bleibt auch der eigene Auftritt im Netz immer auf dem neuesten Stand.

Darüber hinaus kann jede Praxis im Smartphone-Zeitalter eine App für Eltern und ihre jugendlichen Patienten anbieten. Die PraxisApp „Mein Kinder- und Jugendarzt“ erinnert an Untersuchungstermine, Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen und kann dazu verwendet werden, Videosprechstunden durchzuführen. Mit der PraxisApp „Mein Kinder- und Jugendarzt“ kann der Praxisalltag effizienter gestaltet werden, unnötige Termine in der Praxis können vermieden sowie ärgerliche fehlende Terminabsagen minimiert werden.

Um BVKJ-Mitgliedern den Einstieg zu diesen Angeboten zu erleichtern, haben wir mit unserem jahrelangen Internetpartner, Monks – Ärzte im Netz, eine Sonderaktion vereinbart. Für Praxen, die sich bis zum 31.01.2020 anmelden, entfällt die Erstellungsgebühr. Anmeldungen können auf dem Anmeldeformular in dieser Zeitschrift oder auch online erfolgen unter:

https://www.monks-aerzte-im-netz.de/fileadmin/PDF/anmeldeformulare/KIN_Anmeldung.pdf

Korrespondenzanschrift

Dr. Thomas Fischbach, Präsident BVKJ

Red.: WH

Praxis-Homepage & PraxisApp

www.kinderaerzte-im-netz.de

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

Sonderaktion
bis 31.01.2020

Kostenfreie Erstellung
Ihrer Praxis- oder
Klinik-Homepage

Ihre Anmeldung



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

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



PraxisApp
„Mein Kinder- und Jugendarzt“

- PraxisApp*
5,- €/Monat* pro Arzt

für folgende Ärzte

- mit Online-Video-Sprechstunde
zusätzlich 2,50 €/Monat* pro Arzt

für folgende Ärzte

* Alle Preise zzgl. ges. MwSt.
Preis für MVZ oder Klinik auf Anfrage.

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

Ihre Daten

Titel, Name, Vorname

Bei Gemeinschaftspraxen: weitere Ärzte

Gesetzliche Berufsbezeichnung, Zusatzbezeichnung, Staat

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort, Stadtteil

Telefon/Fax

Webseite

Ärztekammer, Kassenärztliche Vereinigung

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

E-Mail zur Veröffentlichung auf Ihrer Arzt-Homepage

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

Weitere Angaben

wie Sprechstundenzeiten, Besonderheiten, Schwerpunkte, Fremdsprachen

Ich/Wir zahle/n per SEPA-Lastschriftmandat

Kontoinhaber

Geldinstitut (Name und BIC)

DE

IBAN

Datum, Ort und Unterschrift

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

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

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

Schicken Sie Ihre Anmeldung an:

Monks Ärzte im Netz GmbH

Tegenseer Landstraße 138

81539 München

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

Fax: 089 / 64 20 95 29

Mehr Informationen unter

www.monks-aerzte-im-netz.de

oder unter 089 / 64 24 82 12

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

Geburtstage im Februar 2020

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

65. Geburtstag

Frau **Joanna Bien-Kowoll**, Gelsenkirchen, am 03.02.1955
 Frau Dr. med. **Dorothea Schubert**, Meiningen, am 03.02.1955
 Herr **Philippe Raymond Bergmann**, Nümbrecht, am 07.02.1955
 Herr Dr. med. **Frank Richter**, Leipzig, am 07.02.1955
 Frau Dr. med. **Ruth Drunkenmölle**, Wardenburg, am 08.02.1955
 Herr Dr. med. **Wolfram Jost**, Homburg, am 08.02.1955
 Herr **Otto Penner**, Bopfingen, am 11.02.1955
 Frau **Christiane Kroggel-Bahlmann**, Langwedel, am 16.02.1955
 Herr Dr. med. **Wolfram Sternfeld**, Edenkoben, am 16.02.1955
 Frau Dr. med. **Corinna Schott**, Hannover, am 17.02.1955
 Frau Dr. med. **Gudrun Günther**, Darmstadt, am 18.02.1955
 Frau **Barbara Kubina**, Krefeld, am 19.02.1955
 Herr Dr. med. **Christoph Leonhardt**, Villingen-Schwenningen, am 19.02.1955
 Frau Dipl.-Med. **Ulrike Damm**, Mittweida, am 20.02.1955
 Frau Dr. med. **Annette Faßhauer**, Essen, am 21.02.1955
 Frau Dr. med. **Elisabeth Dohrmann**, Fürstzell, am 22.02.1955
 Frau Dr. med. **Andrea Auwärter**, Speyer, am 23.02.1955
 Herr **Gerald Witkowski**, Hildesheim, am 24.02.1955

70. Geburtstag

Frau Dipl.-Med. **Evelyn Reichmann**, Frankfurt, am 01.02.1950
 Herr Dr. med. **Hermann Häfele**, Memmingen, am 05.02.1950
 Herr Dr. med. **Eberhard Kuwertz-Bröking**, Münster, am 07.02.1950
 Frau **Petra Müller**, Düsseldorf, am 07.02.1950
 Frau Dr. med. **Ingrid Schlenk**, Nürnberg, am 07.02.1950
 Frau Dr. med. **Heidrun Hudler**, Bad Salzdetfurth, am 10.02.1950
 Frau Dr. med. **Helga Lucke**, Berlin, am 11.02.1950
 Herr **Eberhard Zimmermann**, Bremen, am 12.02.1950
 Herr Dr. med. **Albrecht Jahn**, Dannenberg, am 19.02.1950
 Frau Dr. med. **Marie-Luise Herschbach-Düring**, Meschede, am 20.02.1950
 Frau **Marion Schubert**, Warendorf, am 22.02.1950
 Herr Dr. med. **Stephan Hohenschield**, Hamburg, am 23.02.1950
 Frau **Ursula Brandenburg**, Laufenburg, am 26.02.1950
 Herr Dr. med. **Jochen Hanke**, Hamburg, am 27.02.1950

75. Geburtstag

Frau **Irene Willig**, Berlin, am 02.02.1945
 Frau Dr. med. **Ute Hellwig**, Niederaula, am 03.02.1945
 Herr Dr. med. **Erwin Schlaudt**, Koblenz, am 04.02.1945
 Frau Dr. med. **Bärbel Weineck**, Lahr, am 04.02.1945
 Frau Dr. med. **Isa Wenkebach**, Mainhausen, am 04.02.1945
 Herr Dr. med. **Bernhard Staudt**, Winhöring, am 10.02.1945
 Frau Dr. med. **Renate Bülow**, Bodenrode-Westhausen, am 13.02.1945
 Frau Dr. med. **Theresia Roth**, Meiningen, am 17.02.1945
 Herr Dr. med. **Walter Junghanns**, Liederbach, am 22.02.1945
 Herr Dr. med. **Roland Klingspor**, Nieder-Olm, am 25.02.1945

Herr Dr. med. **Rudolf Havla**, Hof, am 27.02.1945
 Frau **Elke Reißig**, Schwedt, am 27.02.1945

80. Geburtstag und älter

Herr Dr. med. **Anton Mössmer**, Landshut, am 03.02.1925
 Frau Dr. med. **Marieta Constandache**, Aachen, am 02.02.1926
 Frau Dr. med. **Erika Schröder-Habeth**, München, am 18.02.1926
 Frau Dr. med. **Elisabeth-Charlotte Garmann**, Sonthofen, am 20.02.1927
 Frau Dr. med. **Helene Ilona Metzger**, Erkrath, am 28.02.1928
 Herr Dr. med. **Eberhard König**, Wedel, am 20.02.1930
 Herr Dr. med. **Dietrich Mueller**, Hagen, am 07.02.1931
 Frau Dr. med. **Jutta Spieß**, Braunschweig, am 15.02.1931
 Frau Dr. med. **Marianne Haas**, Mannheim, am 07.02.1932
 Herr MU Dr. **Nikolaus Kleinau**, Rostock, am 17.02.1932
 Herr Dr. med. **Friedrich Voß**, Berlin, am 20.02.1932
 Frau Dr. med. **Hildegard Boland**, Essen, am 26.02.1932
 Herr Dr. med. **Helmut Volkers**, Bremen, am 05.02.1933
 Herr MU Dr. **Peter Hein**, Potsdam, am 09.02.1933
 Herr Prof. Dr. med. **Hans Jacobi**, Freiburg, am 19.02.1934
 Herr Dr. med. **Klaus Passian**, Gronau, am 19.02.1934
 Frau Dr. med. **Maria Grips**, Willich, am 26.02.1934
 Herr Dr. med. **Adolf Wagener**, Coesfeld, am 08.02.1935
 Frau Dr. med. **Brigitte Frieling**, Arnsberg, am 17.02.1935
 Herr **Heinrich Hundt**, Berlin, am 19.02.1935
 Frau Dr. med. **Luise Bangert**, Esens, am 24.02.1935
 Herr Dr. med. **Claus Prüfer**, Mainz, am 24.02.1935
 Frau Dr. med. **Pari Seyyedi**, Schlangenbad, am 05.02.1936
 Herr Dr. med. **Zuhair Allouni**, Bremen, am 19.02.1936
 Frau Dr. med. **Rosemarie Bucke**, Hamburg, am 23.02.1936
 Herr Dr. med. **Detlev Eggert**, Odenthal, am 27.02.1936
 Herr Dr. med. **Hans-Werner Waldmann**, Höxter, am 14.02.1937
 Herr Dr. med. **Heinrich Beckmann**, Hildesheim, am 17.02.1937
 Herr Dr. med. **Harald Stefan**, Neckargemünd, am 17.02.1937
 Herr Dr. med. **Peter Pott**, Leverkusen, am 02.02.1938
 Frau SR **Irmgard Matthes**, Berlin, am 04.02.1938
 Frau Dr. med. **Gisela Grön**, Berlin, am 19.02.1938
 Frau Dr. med. **Gertraud Hahn**, Kulmbach, am 20.02.1938
 Frau Dr. med. **Roswitha Mensing**, Köln, am 20.02.1938
 Herr Dr. med. **Reinhart Nollert**, Bremerhaven, am 27.02.1938
 Herr Dr. med. **Reiner Hösemann**, Münster, am 01.02.1939
 Herr Dr. med. **Werner G. Henschel**, Hamburg, am 02.02.1939
 Herr Dr. med. **Wolfgang Link**, Hildesheim, am 02.02.1939
 Frau MR **Margarete Dummer**, Potsdam, am 17.02.1939
 Frau SR Dipl.-Med. **Gerhild Bley**, Quedlinburg, am 21.02.1939
 Frau Dr. med. **Ilse Lore Gierthmühlen**, Hamburg, am 23.02.1939
 Herr MU Dr. **Bernd Rusetzky**, Schmalkalden, am 25.02.1939
 Frau Dr. med. **Ursula Renner**, Waldbronn, am 28.02.1939
 Frau Dr. med. **Hildegard Werner**, Frankfurt, am 28.02.1939
 Frau Dr. med. **Hildegund Tautenhahn**, Dresden, am 01.02.1940
 Frau Dr. med. **Jutta Abendroth**, Königswinter, am 02.02.1940

Herr **Hans Grote**, Hannover, am 02.02.1940
 Frau **Barbara Müller**, Burg, am 03.02.1940
 Frau Dr. med. **Käte Aldag**, Bremen, am 06.02.1940
 Frau Dr. med. **Ursula Langenkamp**, Krefeld, am 07.02.1940
 Frau Dr. med. **Edeltraud Haus**, Dieburg, am 10.02.1940
 Herr Dr. med. **Hartmut Kühn**, Überlingen, am 10.02.1940
 Herr Dr. med. **Kamal Jawad**, Waltrop, am 14.02.1940
 Herr Dr. med. **Klaus Loh**, Karlsruhe, am 14.02.1940
 Frau Dr. med. **Rosemarie Mierzwa**, Pößneck, am 22.02.1940
 Herr Dr. med. **Johann Brinkmann**, Leer, am 23.02.1940
 Frau Dr. med. **Maria Reiter**, Aschau, am 24.02.1940
 Frau Dr. med. **Ingrid Aboulkhair-Kaiser**, Mertesdorf,
 am 28.02.1940

Wir trauern um:

Herrn **Norbert Beleke**, Essen
 Frau Dr. **Hella Frede**, Ingolstadt
 Herrn Dr. med. **Hartmut Schirm**, Müllheim
 Herrn **Bernd Schmitz-Förster**, Moers
 Frau Dr. med. **Marina Schwamb**, Uelversheim
 Frau Dr. med. **Gisela Viersbach**, Köln
 Herrn Dr. med. **Heinrich Wiggermann Sen.**, Dortmund

Im November durften wir 67 neue Mitglieder im Verband begrüßen.

Frau Dr. Gabriele Trost-Brinkhues zum 65. Geburtstag

Am 20. Januar 2020 feiert Dr. Gabriele Trost-Brinkhues ihren 65. Geburtstag. Das ist Anlass, auch seitens des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ e.V.) sehr herzlich zu gratulieren und vor allem aber auch Dank für ihr herausragendes Engagement für unseren Verband und die Kinder, Jugendlichen und Familien in Deutschland auszusprechen.

Nach dem Abitur 1973 in Aachen begann Frau Dr. Trost-Brinkhues zunächst ein Lehramtsstudium, beendete dies nach der Zwischenprüfung, um ein Studium der Humanmedizin zu beginnen, das sie 1981 mit der Approbation und Promotion abschloss.

Ihr Interesse galt der Neuropädiatrie und Humangenetik.

Nach der Weiterbildung zur Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin an der RWTH Aachen erwarb sie zudem die Zusatzbezeichnung „Medizinische Genetik“.

1988 wechselte Frau Dr. Trost-Brinkhues in den Öffentlichen Gesundheitsdienst und übernahm die Leitung der

Abteilung Kinder- und Jugendgesundheit des Gesundheitsamtes der Stadt Aachen, die sie bis 2018 innehatte.

Bereits früh engagierte sich Frau Dr. Trost-Brinkhues im BVKJ sowie im Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitswesens (BVÖGD). Ihr war die Kooperation zwischen Niedergelassenen und dem ÖGD stets sehr wichtig.

Darüber hinaus lagen ihr die chronisch kranken und/oder behinderten Kinder und Jugendlichen sehr am Herzen. Sie arbeitete an der Entwicklung von Screening-Untersuchungen zur Überprüfung des Förderbedarfs mit und vertritt auch heute noch in der Politik an der Seite des BVKJ die Belange der benachteiligten Kinder und Jugendlichen.

Im BVKJ war sie viele Jahre Obfrau für die Region Aachen und im Landesvorstand für den Bereich „Kind, Schule



und ÖGD“ zuständig. Auf der Bundesebene gehört Frau Dr. Trost-Brinkhues seit 2011 als kooptiertes Mitglied dem Bundesvorstand an, ist Sprecherin des Ausschusses „Kind, Schule und ÖGD“ sowie Mitglied des Ausschusses Jugendmedizin. In letzter Funktion war sie seit vielen Jahren Mitorganisatorin des Jugendmedizinkongresses unseres Verbandes.

Wir gratulieren heute einer mutigen Frau, die auch unbequeme Wahrheiten vertritt und als Mahnerin ihre Stimme für diejenigen Kinder und Jugendlichen sowie deren Familien erhebt, die in unserem Land auch heute noch benachteiligt werden.

Korrespondenzadresse:

Dr. Thomas Fischbach,
Präsident

Red.: WH

Obstipation kindgerecht behandeln

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

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

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

Laxbene junior 4 g Pulver zur Herstellung einer Lösung zum Einnehmen von Recordati Pharma GmbH vereint all diese positiven Produkteigenschaften. Es ist das einzige elektrolytfreie Macrogol-Arzneimittel mit der Zulassung von 6 Monaten bis 8 Jahren. Das Arzneimittel Laxbene junior 4 g Pulver zur Herstellung einer Lö-



© 2019. Recordati Pharma GmbH, Ulm

sung zum Einnehmen enthält den Wirkstoff Macrogol 4000 und hat somit den Vorteil einer geringen Trinkmenge von ca. 50 ml. Es ist elektrolytfrei und damit natriumarm. Es überzeugt zudem durch seinen fruchtigen Erdbeergeschmack. Für Kinder ab 8 Jahren gibt es das elektrolytfreie Laxbene 10 g Pulver zur Herstellung einer Lösung zum Einnehmen. Weitere Informationen finden Sie auf www.laxbene.de.

Quellen

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

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



© 2019. Recordati Pharma GmbH, Ulm

Neu: NYDA® Läuse spray Verordnungsfähig mit nur 10 Minuten Einwirkzeit

Kopfläuse sind ein ganzjährig auftretendes Problem und für viele Eltern ein emotionales Stressthema. NYDA®, die Nr. 1* gegen Läuse und Nissen, hat daher ein neues und zugleich verordnungsfähiges Läuse spray auf den Markt gebracht, das mit einer kurzen Einwirkzeit von nur 10 Minuten punktet. NYDA® Läuse spray beseitigt die unerwünschten Parasiten nebst Nissen und Larven zuverlässig und schnell. Das Pedikulozid wird bei einer Verordnung von den Krankenkassen für Kinder bis 12 Jahre und für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis 18 Jahre erstattet. Eine zweite Anwendung nach acht bis zehn Tagen wird vom Robert Koch-Institut empfohlen.

Das neue NYDA® Läuse spray ist eine wirksame und gut verträgliche Therapie bei Kopflausbefall. Es enthält das bewährte, rein physikalisch wirkende 2-Stufen-Dimeticon, das wegen seiner besonders niedrigen Oberflächenspannung hervorragende Kriech- und Spreiteigenschaften besitzt und in die winzigen Atemöffnungen der Läuse und aller Entwicklungsstadien eindringt. Die Parasiten ersticken – und das nach einer kurzen Einwirkzeit von 10 Minuten, wie eine gerade veröffentlichte klinische Studie belegt.¹ „Die Studie hat gezeigt, dass bereits nach einer einmaligen Anwendung und einer Einwirkzeit von nur zehn Minuten eine sehr hohe Wirksamkeit von 98 Prozent erzielt wird. Nach der zweiten Behandlung sind es dann 100 Prozent“, sagt der Epidemiologe Prof. Dr. Jörg Heukelbach.



Überzeugende Wirkung bei sehr guter Verträglichkeit

Aufgrund ihrer physikalischen Wirkweise und Zusammensetzung sind alle NYDA®-Produkte sehr gut verträglich. NYDA® Läuse spray belastet weder den menschlichen Organismus noch birgt es ein erhöhtes Risiko für allergische Nebenwirkungen. Es ist deshalb auch für die Anwendung bei Säuglingen, Schwangeren und Stillenden zugelassen. Zur Behandlung mehrerer Familienmitglieder oder bei besonders langem Haar empfiehlt sich die Verordnung des neuen NYDA® Läuse sprays als Doppelpackung. NYDA® Läuse spray liegt außerdem ein Läuse kamm

Das neue NYDA® Läuse spray gibt es als Einzel- oder Doppelpackung mit Läuse kamm

bei, der das Auskämmen der abgetöteten Parasiten erleichtert. Mit einer zweiten Behandlung nach acht bis zehn Tagen sind Anwender zu 100 Prozent auf der sicheren Seite und ersticken auch eine mögliche Wiederansteckung direkt im Keim.

Fazit: Das neue verordnungsfähige NYDA® Läuse spray ist eine wirksame, gut verträgliche und schnelle Therapie bei Kopflausbefall. Die kurze Einwirkzeit sorgt für weniger Stress in den betroffenen Familien, die Erstattungs-fähigkeit entlastet sie finanziell.

Quellen

¹ Heukelbach J. et al. (2019): High efficacy of a dimeticone-based pediculicide following a brief application: in vitro assays and randomized controlled investigator-blinded clinical trial. BMC Dermatology. (2019) 19:14. <https://doi.org/10.1186/s12895-019-0094-4>

* Quelle: Pharmatrend national MAT 08/2019, IQVIA

Nach Informationen von
G. Pohl-Boskamp GmbH & Co. KG,
Hohenlockstedt

Impfkalender für Kinder und Jugendliche: Masern und Meningokokken ansprechen

Bei der Tagung der Kinder- und Jugendärzte wurden Masern-Impflücken und aktuelle Fälle von Infektionen mit Meningokokken diskutiert. Der aktualisierte STIKO-Impfkalender schafft mit zusätzlichen Impfschemen etwa für die Meningokokken-Vakzine Bexsero (4CMenB) mehr Flexibilität.

Während Kinder- und Jugendärzte im Säuglingsalter meist hohe Impfquoten erreichen, zeigen Schulkinder Impflücken auf. Die aktuellsten Zahlen des Robert Koch-Instituts zu Schuleingangsuntersuchungen zeigen, dass der Masernschutz bei Schulkindern stagniert. Während im Bundesdurchschnitt 97,1% der Kinder die erste Masern-Impfung erhalten, sind laut RKI-Bericht nur 92,8% der untersuchten Kinder zweifach gegen Masern geimpft. Als nötige Schwelle für einen Herdenschutz ein Grenzwert von 95% angesehen. Zahlen zum Impfen der ersten und zweiten Masernimpfung zeigen: Die Masernimpfung erfolgt zu spät.

Eltern auch über Meningokokken aufklären

Das RKI verzeichnete 295 Fälle mit invasiven Meningokokken Erkrankungen im Jahr 2018. Unter allen meldepflichtigen Erkrankungen wurde 2017 mit 8 Prozent Letalität der zweithöchste Anteil Verstorbener bei den invasiven Meningokokken-Erkrankungen dokumentiert. Die im letzten Sommer im Landkreis Ebersberg aufgetretenen Fälle von Meningitis C bieten einen guten Aufhänger, die Impfung gegen die von den Fallzahlen häufigere Meningitis B auch anzusprechen, erläuterte der Münchner Kinderarzt Philipp Schoof. Er berichtete eindrucksvoll, wie er als junger Arzt erlebt hatte, wie eine ganze Familie mit Meningokokken der Serogruppe B (MenB) erkrankte und der Vater mit bleibenden Defekten überlebte.

Inzwischen ist mit Bexsero ein Impfstoff gegen Meningitis B verfügbar, den er

breit einsetzt. Die Impfung lässt sich laut Schoof gut in den bestehenden Impfkalender einbauen und kann zusammen mit anderen Impfstoffen verabreicht werden. Mit dem alternativen 2+1 Impfschema für Säuglinge im Alter von 3-5 Monaten reduzieren sich die erforderlichen Dosen von vier auf drei. Mit Blick auf die Erfahrungen in seinem nahen Umfeld appellierte er, die Impfung auch Jugendlichen anzubieten. Eine Impfkampagne in Kanada zeigte seit 2014 inzwischen auch epidemiologische Effekte: Dort ging bei einer Impfquote von 83% die Inzidenz in der Zielpopulation um 96% zurück.

CRM empfiehlt Meningokokken-B-Impfung bei Individualreisen

Nach dem Säuglingsalter beobachtet man einen zweiten Inzidenzspitzen im Jugendalter: Seit 2015 besteht von der STIKO daher neben einer Indikationsempfehlung eine Reiseimpfempfehlung für SchülerInnen und Studierende vor Langzeitaufenthalten – entsprechend den Empfehlungen der Zielländer. Das Centrum für Reisemedizin (CRM) empfiehlt die Impfung gegen Meningokokken B zudem für Personen unter 25 Jahren für viele Nachbarländer Deutschlands bei Camping- oder Individualreisen als Reiseimpfung, unter anderem für Österreich, Schweiz, Italien, Niederlande, Frankreich, Belgien, Portugal, Spanien, Polen und die Tschechische Republik. Welche Krankenkassen die Impfung gegen Meningokokken B entsprechend als Reiseimpfung erstatten, kann auf den Seiten des CRM nachgelesen werden: www.crm.de/krankenkassen/.

Entwickler der Vakzine erhält Robert-Koch-Preis

Im November erhielt der GSK-Forscher Prof. Rino Rappuoli aus Siena, Italien, für seine grundlegenden Arbeiten zur Entwicklung neuartiger Impfstoffe den renommierten Robert-Koch-Preis 2019. In der Entwicklung von Impfstoffen stellte die von ihm begründete „reverse Vakzinologie“ oder „umgekehrte Impfstoffentwicklung“, bei der man vom Genom eines Krankheitserregers ausgeht, einen Paradigmenwechsel dar. Dies war die Voraussetzung, um Bexsero entwickeln zu können, den ersten Impfstoff gegen Meningokokken der Serogruppe B. Nach der Sequenzierung des Genoms von *Neisseria meningitidis* B durch Craig Venter, konnte Rappuoli 91 Oberflächenproteine als potenzielle Impfstoff-Kandidaten eruieren. Gut zwei Dutzend kamen nach Tests im Labor in die engere Auswahl, drei davon gingen schließlich in den Impfstoff Bexsero ein. Die Vakzine 4CMenB wurde 2013 in Europa, Kanada und Australien sowie 2015 in den USA zugelassen. Seit Dezember 2013 ist der Impfstoff auch in Deutschland verfügbar.

Quelle

Symposium „Pädiatrische Impfungen in der Anwendung“, Deutscher Kongress für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ), 14. 9.2019 in München, Veranstalter GSK

Autorin

Martina Freyer

Nach Informationen von
GlaxoSmithKline GmbH, München

ADHS Grenzenlos – 1. Internationaler deutschsprachiger ADHS-Kongress war ein großer Erfolg

In diesem Jahr fand zum ersten Mal der „Internationale deutschsprachige ADHS-Kongress“ statt.* Kinder- und Jugendärzte, Kinder- und Jugendpsychiater, Psychiater, Kinder- und Jugendpsychologen und Neuropsychologen sowie Therapeuten verschiedener Fachbereiche hatten die Gelegenheit, sich über aktuelle Themen rund um ADHS im Rahmen von wissenschaftlichen Vorträgen und in Seminaren weiterzubilden und auszutauschen.

Die Pharmakotherapie der ADHS erfordert eine differenzierte, individuell auf den jeweiligen Patienten abgestimmte Medikation“, erklärte Dr. Klaus Skrodzki, niedergelassener Kinder- und Jugendarzt aus Forchheim.

Der Experte stellte die Vorgehensweise bei der Wahl des Medikaments sowie bei der Titration am Beispiel der deutschen S3-Leitlinie dar. Zwar sei dies nicht unbedingt verpflichtend, aber man sollte gute Gründe haben, wenn man davon abweicht und dies auch dokumentieren.

Richtig und wichtig sei es jedoch – unabhängig von den Leitlinienempfehlungen – den Zulassungsstatus des jeweiligen Präparates gemäß Fachinformation stets zu beachten, hob Skrodzki hervor.

Die Leitlinie empfiehlt, Patienten ohne relevante Komorbiditäten und ohne Kontraindikationen mit Stimulanzien zu behandeln. Skrodzki betonte, dass bis heute das Mittel der ersten Wahl gemäß Zulassung Methylphenidat (MPH) sei. „Hat initial kein Behandlungsversuch mit MPH stattgefunden, ist der Start der medikamentösen Therapie mit Amfetaminpräparaten außerhalb der Zulassung.“

Üblicherweise wird mit einem schnell wirksamen MPH-Präparat (z.B. Medikinet®) aufdosiert und es erfolgt eine wöchentliche Steigerung bis zur maximal verträglichen Dosis. Meist erfolgt nach Beendigung der Titrationsphase in Abhängigkeit von der gewünschten Wirksamkeitsdauer eine Umstellung auf ein langwirksames retardiertes Präparat (z.B. Medikinet® retard oder Kinecteen®).



Aspekte der Wirtschaftlichkeit

ADHS-Patienten gelten als besonders betreuungsintensiv und dies nicht zuletzt aufgrund der Symptomatik und der Tatsache, dass in vielen Fällen nicht nur das Kind oder der Jugendliche selbst betroffen ist. Oft ist auch mindestens ein Elternteil betroffen und benötigt eine entsprechende Behandlung. Auch die Diagnosestellung gilt als zeitaufwendig und nicht kostendeckend honoriert.

Eckhard Ziegler-Kirbach, niedergelassener Kinder- und Jugendarzt in Bremerhaven beleuchtete praktische Aspekte bei der Diagnosestellung und zeigte Möglichkeiten zur effizienten Abrechnung des Aufwandes auf. „Ist die Diagnose gestellt und die individuelle Therapie eingeleitet,

hat man oft rasch Erfolgserlebnisse. Viele Patienten lassen sich gut führen und sind in der Regel auch sehr dankbar für unsere therapeutische Unterstützung.“

Bei besonders komplexen Problemstellungen oder schwierigen Verläufen überweist Ziegler-Kirbach den Patienten zur intensiveren und umfassenderen Therapie in die Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Im Großen und Ganzen, so Ziegler-Kirbach, kann der Kinder- und Jugendarzt trotz der umfangreichen Diagnostik kostendeckend arbeiten, wenn die Behandlung über einen längeren Zeitraum erfolgt. Denn der hohe Zeitaufwand zu Beginn amortisiert sich bei stabilen Verläufen über die Zeit. Insgesamt habe sich die Honorarsituation aber etwas verbessert mit der Abrechnung von Gesprächen, sozialpädiatrischer Beratung und psychosomatischer Grundversorgung. Ziegler-Kirbach appellierte an die jungen Kollegen, sich der Indikation ADHS zuzuwenden und das eigene therapeutische Spektrum zu erweitern. „Es macht Freude und ist überaus erfolgreich, ADHS-Patienten zu behandeln und langfristig zu begleiten.“

*ADHS Grenzenlos – 1. Internationaler deutschsprachiger ADHS-Kongress der Arbeitsgemeinschaft Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (AG ADHS), 13. – 15. September 2019, Lörrach

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

Okrido® bei Pseudokrupp: Kindgerechtes systemisches Glucocorticoid für den Notfall

Pseudokruppanfälle treten insbesondere im Spätherbst und Winter auf und können mit akuter Atemnot einhergehen.^{1,2} Mit der oralen Gabe einer Prednisolon-Lösung (Okrido®) wird im Vergleich zu Suppositorien ein schnellerer Wirkeintritt und eine höhere Bioverfügbarkeit erreicht.^{3,4} Darüber hinaus sind Handling und Applikation der Lösung unkomplizierter als die von Zäpfchen.

Pseudokrupp betrifft überwiegend Kinder im Alter von 6 bis 36 Monaten.^{1,2} Die akute, entzündliche Erkrankung führt durch die Schleimhautschwellung, vornehmlich im Bereich des Kehlkopfes unterhalb der Stimmbänder, zu einer deutlichen Einengung der subglottischen Region. „Bei Kindern sind diese Atemwege noch sehr klein und werden durch die Schwellung viel stärker beeinträchtigt als bei Jugendlichen oder Erwachsenen“, erklärt Privatdozent Dr. med. Arnd Jacobi, Hamburg, zum gehäuftem Auftreten von Pseudokruff-Anfällen im Kindesalter.

Hinter den Anfällen stecken in der Regel virale Infekte – meist Parainfluenzaviren und Influenzaviren A, gelegentlich auch Adenoviren, Rhinoviren oder RSV (Respiratorische Synzytial-Virus). Selten werden die Anfälle durch sekundäre bakterielle Infektionen oder allergische Reaktionen ausgelöst. Jacobi betont: „Faktoren, welche die Beschwerden verstärken können, sind eine starke Luftverschmutzung und passives Rauchen.“ Die Betroffenen leiden unter Heiserkeit, bellendem Husten, inspiratorischem Stridor und Atemnot. Die Anfälle setzen abrupt, meist in den frühen Nachtstunden, ein und häufen sich in der kalten Jahreszeit von Oktober bis März.^{1,2}

Glucocorticoide: Akutmedikation der ersten Wahl

Erste Wahl zur Akutmedikation bei allen Schweregraden eines Pseudokruff-anfalls ist die einmalige Gabe eines Glu-

cocorticoids wie Prednisolon, Prednison oder Dexamethason. Damit wird die Entzündung gehemmt und die Schleimhäute schwellen ab. In den Leitlinien der Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie e.V. (GPP) wird Prednisolon empfohlen¹, ein Wirkstoff, mit dem langjährige Erfahrungen vorliegen.

Systemische Glucocorticoide, die als pädiatrisches Notfallmedikament eingesetzt werden, sollten Jacobi zufolge unkompliziert zu dosieren und leicht zu applizieren sein, darüber hinaus einen kindgerechten Geschmack aufweisen: „Ein Saft oder eine Lösung zum Einnehmen sind vorteilhafter als ein Zäpfchen, dessen Applikation sowohl für das Kind als auch für die Eltern einen zusätzlichen Stressfaktor bedeutet.“

Einfache Einnahme, hohe Bioverfügbarkeit, rasche Wirkung

Diese Forderungen erfüllt die Prednisolon-Lösung zum Einnehmen Okrido®: Die praktische beiliegende Dosierhilfe ermöglicht die individuelle Dosierbarkeit. Auch die Verabreichung ist mit Hilfe der Dosierhilfe denkbar einfach: Die farblose, sirupartige Lösung wird in die Backentasche appliziert, wodurch ein Schluckreflex ausgelöst wird.⁵ Der angenehme Kirschgeschmack erleichtert Kindern zusätzlich die Einnahme.

Die orale Gabe von Prednisolon hat deutliche Vorteile gegenüber der rektalen Applikation. So ist die Bioverfügbarkeit von Prednisolon nach oraler Anwendung

mit 100 Prozent fast doppelt so hoch wie nach rektaler Applikation (48 Prozent).^{3,4} Nach oraler Gabe von Prednisolon wird die maximale Plasmakonzentration bereits nach 1,5 Stunden erreicht. Das ist deutlich schneller als nach rektaler Applikation (2,5 Stunden).³

„Das Medikament wird sowohl von den Eltern als auch den Kindern gut akzeptiert“, so Jacobi. Neben der medikamentösen Versorgung können den Eltern auch Verhaltenstipps für einen Pseudokruffanfall an die Hand gegeben werden. „Wichtig ist natürlich, dass das Kind beruhigt wird, damit es nicht schreit und in der Folge noch weniger Luft bekommt“, erläutert der Experte. Eine aufrechte Körperhaltung erleichtert die Atmung. Hilfreich seien außerdem die Zufuhr von kühler und feuchter Frischluft und ausreichendes Trinken.

Quellen

1. Leitlinien der Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie, Stenosierende Laryngotracheitis (Krupp) und Epiglottitis. AWMF-Registernummer 026/006
2. Berner et al. Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie e.V., DGPI-Handbuch, Infektionen bei Kindern und Jugendlichen, 6. Auflage 2013
3. Beubler E, Dittrich P, Pharmacology 2015, 95:300–302
4. Stahn C, Buttgerit F, Nat Clin Pract Rheumatol 2008, 4:525–533
5. Fachinformation Okrido®, Stand August 2017

**Nach Informationen von
Pharmapol Arzneimittelvertreib-GmbH,
Dägeling**

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