



Schreien:

Jetlag nach der Geburt

Der Bericht:

Januartagung 2011

Fortbildung:

Notfälle in der Praxis

0% ZUSATZSTOFFE*, 100% PFLEGE
DIE BESTE PFLEGE IST NATÜRLICH

MÜTTER WISSEN: NATÜRLICHE PFLEGE IST FÜR EMPFINDLICHE BABYHAUT DIE BESTE PFLEGE.

NIVEA Baby Pure & Natural Produkte enthalten sorgfältig ausgesuchte Inhaltsstoffe natürlichen Ursprungs. Die milde Formulierung pflegt empfindliche und trockene Babyhaut auf besonders sanfte Weise. Damit Sie sich ganz über die Pflege freuen können.

- *Ohne Parabene, Alkohol und Farbstoffe.
- Bio-Sheabutter: Spendet intensiv Feuchtigkeit und unterstützt die Hautregeneration. Enthält Omega-6 Lipide, welche die natürliche Schutzschicht der Haut stärken und die Haut beruhigen.
- Bio-Kamille: Beruhigt die Babyhaut und beugt Hautrötungen vor. Unterstützt den natürlichen Regenerationsprozess.
- Hautverträglichkeit klinisch und dermatologisch bestätigt.
- In Zusammenarbeit mit Haut- und Kinderärzten entwickelt.

Alles zur Babypflege und Schwangerschaft unter www.NIVEA.ch/baby oder 0800 80 61 11 (Mo-Fr, 9-12 Uhr, gratis).





IMPRESSUM

REDAKTIONSTEAM:

Dr. Manuela Hany, Winterthur; Dr. Christian Knoll, Biel;
Dr. Cyril Lüdin, Muttenz; Dr. Carsten Peters, Frauenfeld
(Leitung); Dr. Rolf Temperli, Liebefeld; Simon Hubacher,
Geschäftsführer FPP, Zürich

HERAUSGEBERIN:

Verlag Praxispädiatrie GmbH,
Badenerstrasse 21, 8004 Zürich

A B O:

4 Ausgaben/Jahr: Fr. 48.– inkl. Porto

TITELSEITE:

© creative studio – Fotolia.com

KORRESPONDENZ:

Forum Praxispädiatrie FPP
Badenerstrasse 21, 8004 Zürich
Telefon 044 520 27 17, Fax 043 317 93 64
info@praxispaediatriche.ch, www.praxispaediatriche.ch

INSERATE:

Dr. med. Cyril Lüdin, cyril@luedin.eu

GRAFIK, SATZ UND DRUCK:

Vogt-Schild Druck AG
CH-4552 Derendingen
Auflage: 1450 Expl.
Nächste Ausgabe: Sommer 2011
Redaktionsschluss: 10. Mai 2011

VORSTAND/GESCHÄFTSSTELLE

5 Editorial

FPP INTERN

6 Integrierte Versorgung/Managed Care:
Der Standpunkt des Forums
7 Januartagung 2011: Die vernetzte Ärzteswelt
8 Namenswechsel wird vorbereitet
9 Neue Kräfte für Fortbildungskurse gesucht

FORTBILDUNG

11 Jetlag nach der Geburt
16 Ein Modell für die Frühförderung
20 Zirkumzision ade?
21 Brit Mila – die Zirkumzision aus jüdischer Sicht
22 Notfälle in der Praxis

KURSE/WORKSHOPS/FORTBILDUNGEN

25 Kurse FPP
28 Externer Kurs

SVUPP

29 Kurse SVUPP
30 Erkerdefekt in der Hüftsonografie nach Graf
33 Workshop in pädiatrischer Sonografie

TAGUNGSBERICHTE

35 Beginn einer neuen Tradition?
35 Reanimationskurs zum Zweiten

FÜR SIE GELESEN

36 Buchstart ins Leben

LESERBRIEFE/HINWEISE

37 Muskeldystrophie Duchenne: Eine unheilbare Erkrankung
schnell erkennen
38 Die Gesundheit fördern
38 Wir sagen danke!



Haben Sie Anregungen, Kritik oder Lob?
Dann schicken Sie uns eine E-Mail an:
info@praxispaediatriche.ch
Wir freuen uns.



Cervarix® –

die Impfung gegen das Cervixkarzinom und prä-maligne Läsionen bedingt durch HPV 16 und 18¹

Cervarix® ...

- ... zeigt längste Schutzwirkung^{2,3,4}
- ... zeigt höchste Antikörpertiter gegen HPV 16 und 18^{5,6}

Darüber hinaus:

Schutzwirkung vor nicht in der Impfung enthaltenen, verwandten onkogenen HPV-Typen^{1,7}



Referenzen: 1. Fachinformation Cervarix®, Arzneimittelkompendium der Schweiz (www.documed.ch). 2. Olsson SE, Villa LL, Costa RL, et al. Induction of immune memory following administration of a prophylactic quadrivalent human papillomavirus (HPV) types 6/11/16/18 LI virus-like particle (VLP) vaccine. *Vaccine* 2007;25:4931–39. 3. The GlaxoSmithKline Vaccine HPV-007 Study Group. Sustained efficacy and immunogenicity of the human papillomavirus (HPV)-16/18 AS04-adjuvanted vaccine: analysis of a randomized placebo-controlled trial up to 6.4 years. *Lancet* 2009;374:1975–85. 4. De Carvalho N, Teixeira J, Roteli-Martins CM, et al. Sustained efficacy and immunogenicity of the HPV-16/18 AS04-adjuvanted vaccine up to 7.3 years in young adult women. *Vaccine* 2010; 28: 6247–6255. 5. Einstein MH, Baron M, Levin MJ, et al. Comparison of the immunogenicity and safety of Cervarix™ and Gardasil™ human papillomavirus (HPV) cervical cancer vaccines in healthy women aged 18–45 years. *Human Vaccines* 2009;5(10):1–15. 6. Chatterjee A on behalf of the HPV-010 Study Group. Comparative Immunogenicity of two prophylactic Human Papillomavirus vaccines: Results through month 24. 26th International Papillomavirus Conference and Clinical Workshop, Montréal, Canada, July 3–8, 2010 (Abstract available at <http://hpv2010.org/main/>, last accessed: Jan 2011). 7. Paavonen J, Naud P, Salmerón J, et al. Efficacy of human papillomavirus (HPV)-16/18 AS04-adjuvanted vaccine against cervical infection and precancer caused by oncogenic HPV types (PATRICIA): final analysis of a double-blind, randomised, study in young women. *Lancet* 2009;374:301–14.

Cervarix®: HPV-16/-18 Impfstoff. I: Prävention von HPV-16- und HPV-18-bedingten prä-malignen Läsionen und Cervix-Karzinomen. **D:** 3 Dosen zu je 0,5 ml, intramuskuläre Verabreichung, Impfschema 0, 1, 6 Monate. Unter 10 Jahren nicht zur Anwendung empfohlen. **KI:** Überempfindlichkeit gegenüber Inhaltsstoff, akute Erkrankung mit hohem Fieber. **VM:** nicht intravaskulär oder intradermal applizieren, anaphylaktische Reaktionen, Thrombozytopenie, eingeschränkte Immunantwort. **IA:** Gleichzeitige Impfung an unterschiedlicher Injektionsstelle mit dTpa, dTpa-IPV, Hepatitis A/B, orale Kontrazeptiva. **UW:** Schmerz, Rötung und Schwellung an der Injektionsstelle, Myalgie, Kopfschmerzen, Müdigkeit. **Pack:** Fertigspritze mit 0,5 ml Impfsuspension (Nadeln separat): 1 und 10. (Liste B). *Ausführliche Informationen entnehmen Sie bitte der Fachinformation [www.documed.ch].*



GlaxoSmithKline

GlaxoSmithKline AG
Talstrasse 3–5
CH-3053 Münchenbuchsee
Tel. +41 (0)31 862 21 11
Fax +41 (0)31 862 22 00
www.glaxosmithkline.ch

editorial

MV-IV-EKK-DRG-JzH-SRK-FPP-SGP-fPmh-MFE-SFD-SBB



ROLF TEMPERLI

***E**in Abo bei Letzteren ist nützlich, wenn man bei allen Veranstaltungen dabei sein und deren Abkürzungen erklärt haben will.*

Zum heiss diskutierten Thema Managed Care und Integrierte Versorgung finden sich in dieser Nummer zwei Artikel. Eure Kommentare sind willkommen, zum Beispiel auf unserer Homepage. Die Initiative für eine Einheitskrankenkasse findet beim zweiten Anlauf weit über die politische Linke hinaus Befürworter und bringt eine weitere Dimension in die Diskussion um die Macht der Kassen.

Der neue Leitfaden der IV bezüglich POS und dessen Konsequenzen für die Abklärungen in der pädiatrischen Praxis werden im August an einer richtungsweisenden Tagung diskutiert werden.

DRG betrifft uns nicht nur am Rande. Von über DRG abrechnenden Spitälern ist der Druck auf die Praktiker bereits spürbar. So haben die Spitäler ein Interesse daran, möglichst alle Untersuchungen auszulagern, um ihr Budget nicht zu belasten, so zum Beispiel die Chromosomen-Untersuchung und den Herzultraschall bei Trisomie-Kindern. Bitte vermerkt auf euren Abrechnungen die «reason for encounter», um die Kostenverlagerung in die Praxis zu dokumentieren.

Am 31. März sind alle Ärztinnen mit ihren Mitarbeiterinnen aufgerufen, an der Kundgebung auf dem Bundesplatz in Bern teilzunehmen. An einer ersten Ver-

anstaltung für die Parlamentarier zur Initiative «Ja zur Hausarztmedizin» waren Vertreter des FPP und der SGP zugegen, nicht zuletzt, um die Grundversorger der Erwachsenen einmal mehr auf die spezielle Situation der Pädiatrie aufmerksam zu machen.

Das FPP hat an einem Symposium des Roten Kreuzes zum Thema «Am Rande des Nervenzusammenbruchs – Risiken und mögliche Auswege für Eltern unter Druck» vor mehreren Hundert Fachkräften verschiedenster Richtungen den Standpunkt der Pädiatrie vertreten.

Am erstmals stattfindenden Kongress der «Swiss Family Docs» in Basel wird das Forum drei Workshops bzw. Seminare präsentieren. Auch am Jahreskongress SGP/fPmh wird das Forum Praxispädiatrie FPP einen Workshop leiten. Vielleicht zum letzten Mal unter diesem Namen.

Die Vorbereitungen für die Jahrestagung am 8. September 2011 laufen auf Hochtouren. Vorher treffen wir uns am 31. März auf dem Bundesplatz oder an einem der zahlreichen Kurse.





Integrierte Versorgung/Managed Care: Der Standpunkt des Forums

Was bringen integrierte Versorgungsnetzwerke den Kinder- und Jugendärzten? Und was ist von der Managed-Care-Vorlage im Parlament zu halten? Diese Themen standen im Zentrum der Januartagung 2011 des Forum Praxispädiatrie FPP.

ROLF TEMPERLI

Zu der in den eidgenössischen Räten behandelten Gesetzesvorlage hat der Vorstand des Forum Praxispädiatrie bis jetzt keine Stellung bezogen. Dies liegt einerseits daran, dass die Gesetzesvorlagen noch nicht zu Ende beraten sind, andererseits an der Schwierigkeit, die Position der Pädiater als Grundversorger und Spezialist in den auf Erwachsene ausgerichteten Netzwerken zu definieren.

Die vielfältigen Voten an der Januartagung 2011 (siehe Box) lagen zwischen Akzeptanz unter Bedingungen bis kategorische Ablehnung. Die Vorstände von FMH und Haus- und Kinderärzte Schweiz befürworteten die Vorlage unter Vorbehalten und werden von den entsprechenden Delegierten unterstützt. Die Politiker stehen unter erheblichem Druck der Bevölkerung und der Medien, endlich für eine Kostendämpfung im Gesundheitswesen zu sorgen. Die Räte tun sich schwer mit der Verantwortung gegenüber ihren Wählern, der Solidarität mit ihrer Partei und den Verpflichtungen, die andere Mandate mit sich bringen. Zweifellos ist die Managed-Care-Vorlage in erster Linie eine Sparvorlage (Jacqueline Fehr: Aussicht auf Versorgung zu tieferen Kosten und höherer Qualität). Allerdings rücken unterdessen sogar die Krankenkassen von ihrer Meinung ab, dass sich so Geld sparen lasse. Wer würde also welche Vorteile aus dem MC-Gesetz ziehen?

Die verschiedenen Standpunkte sind bekannt, «Primary Care» widmete ihnen eine Sondernummer:

Befürworter:

- Stärkung der Position des Grundversorgers
- Verpflichtung zu Verträgen mit Gestaltungsfreiheit
- 50% der Grundversorger sind in Netzwerken, mit meist guten Erfahrungen
- Verhinderung von schlechteren Lösungen im Falle des Scheiterns der Vorlage

Gegner:

- Einschränkung von Patient und Arzt, Belastung des Arzt-Patienten-Verhältnisses
- Vermehrte Macht der Krankenkassen (und des Bundesrates)
- Aufhebung der freien Arztwahl
- Wettbewerbsverzerrung mittels Subvention politisch genehmer Modell
- Versteckte Rationierung durch Budgetmitverantwortung
- Keine Senkung der Kosten

Diskussion in den Räten:

- Es bestehen erhebliche Differenzen zwischen den Räten.

(Fortsetzung auf Seite 8)

JANUARTAGUNG 2011:

Die vernetzte Ärztwelt

An der Januartagung 2011 informierten zwei ausgewiesene Kenner über integrierte Versorgungsnetze und die Managed-Care-Vorlage, die derzeit im Parlament behandelt wird. Unter den Zuhörern blieben die Meinungen geteilt.

Gegen 30 Kinder- und Jugendärzte aus der ganzen Deutschschweiz fanden den Weg nach Zürich zur diesjährigen Januartagung. In früheren Jahren diskutierte an diesem Anlass jeweils ein erweiterter Kreis um den Vorstand über (standes-)politische oder andere Themen, die das Forum aktuell beschäftigten. Dieses Jahr wurde die Januartagung erstmals in Form einer Informations- und Diskussionsveranstaltung organisiert und für alle Mitglieder geöffnet. Eine Variante, die sich gemäss den Co-Präsidenten Manuela Hany und Rolf Temperli «sehr bewährt hat und die auch in Zukunft so vorstellbar ist».

Im Zentrum der Veranstaltung stand die aktuelle Debatte um die integrierte Versorgung und um die Managed-Care-Vorlage. Zwei mit diesen Themen vertraute Referenten sprachen zu den Anwesenden: Dr. med. Rainer Hurni, Facharzt für Innere Medizin mit Praxis in Zürich, VR-Mitglied des Netzwerkes zmed, das seit 2001 in der Stadt Zürich tätig ist und 230 Mitglieder zählt, Vorstandsmitglied von medwiss.net (Schweiz. Netzwerk-Dachorganisation) und der Ärztesgesellschaft des Kantons Zürich (AGZ), Ressorts Tarife und Managed Care sowie Rosmarie Glauser, politische Sekretärin des Verbandes Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen.

Rainer Hurni zeigte anhand des Beispiels zmed AG und aufgrund seiner langjährigen Erfahrung, was unter den Begriffen integrierte Versorgung und Managed Care zu verstehen ist. Integrierte Versorgung ist demnach die Idee einer neuen «sektorenübergreifenden» Versorgungsform im Gesundheitswesen. Sie fördert eine stärkere Vernetzung der verschiedenen Fachdisziplinen und Sektoren (Hausärzte, Spezialisten, Spitäler), um die Qualität der Patientenversorgung zu verbessern und gleichzeitig die Gesundheitskosten zu senken. Managed Care ist ein Steuerungsmodell innerhalb des Gesundheitswesens. Gemäss Hurni verfügen «ech-

te» Netzwerke über eine eigene Struktur, sind hoch organisiert und formal als Verein, Aktiengesellschaft oder als Mischform konstituiert. Es existieren alle möglichen Formen: reine Grundversorgernetze, Netzwerke mit Grundversorgern und integrierten Spezialisten (wie die zmed) oder Spezialistennetzwerke; solche mit und solche ohne Verträge mit Leistungsträgern; unabhängige oder von Kassen gegründete. Hurni Schlussfolgerung: «Jedes Netzwerk findet seine eigene Form – somit gibt es kein typisches Netzwerk.» Im Bereich Managed Care taxierte Hurni drei Typen als «echte» Managed-Care-Modelle: das klassische, vertragsbasierte Hausarztmodell, jenes der Budgetmitverantwortung und sogenannte Capitation-Modelle (Kopfpauschale).

Gemäss Rosmarie Glauser befürwortet der VSAO prinzipiell die integrierte Versorgung, lehnt aber die in der laufenden KVG-Revision diskutierte Managed-Care-Vorlage ab. Der Verband stellt sich insbesondere gegen die Einführung eines differenzierten Selbstbehaltes (weil er je nach Ausgestaltung bedeute, dass Managed Care de facto für viele Versicherte nicht freiwillig ist) und befürchtet, dass mit der Vorlage die unerwünschte Vertragsfreiheit Einzug hält. Glauser: «Es gibt für die Kassen keine Verpflichtung, mit allen integrierten Versorgungsnetzen einen Vertrag abzuschliessen und keinen Rahmenvertrag, der die notwendige Finanzierung sicherstellt.» Als «absolutes Minimum» fordert der VSAO, dass die Kassen ihren Versicherten sowohl flächendeckend als auch mehrere Netze anbieten müssten.

In der über zweistündigen Diskussion, an der auch die beiden Referenten teilnahmen, manifestierten sich die sehr unterschiedlichen Positionen unter den Tagungsteilnehmenden. Die Skepsis gegenüber der Managed-Care-Vorlage blieb gross, währenddem integrierte Versorgungsnetze an sich von vielen als brauchbares Modell angeschaut wurden. Vor diesem Hintergrund erhielt der Vorstand des Forum Praxispädiatrie FPP den Auftrag, eine differenzierte Stellungnahme auszuarbeiten und die Frage der Unterstützung eines allfälligen Referendums zu klären.

Simon Hubacher



1. Höhe des Selbstbehaltes ausserhalb von Netzwerken: Doppelter Selbstbehalt (10, bzw. 20%) beim Nationalrat, dreifacher (5, bzw. 15%) beim Ständerat.
 2. Verfügbarkeit von Netzwerken: Im Gegensatz zum Nationalrat will der Ständerat die Kassen davon befreien, in allen Regionen der Schweiz mindestens ein Netzwerkangebot bereitzustellen.
 3. Unabhängigkeit: Im Gegensatz zum Nationalrat will der Ständerat darauf verzichten, den Kassen das Betreiben eigener Netzwerke zu untersagen.
- Weitere kritische Punkte sind die Vertragsdauer zwischen Patient und Krankenkasse (neu soll der Patient drei Jahre an seine Kasse und das gewählte Modell gebunden sein) sowie dem Bundesrat zu übertragenden Kompetenzen (soll der Bundesrat die maximale Höhe des Selbstbehaltes festlegen können oder der Gesetzgeber; soll der Bundesrat über Qualitätskriterien und Budgetmitverantwortung entscheiden können?)

Weitere Schritte:

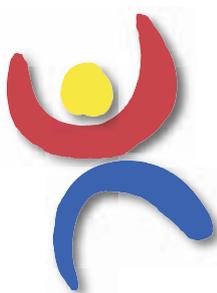
- Sollten sich die Räte nicht einigen können, was durchaus im Bereich des Möglichen liegt, wäre die Vorlage bereits vom Tisch.
- Kommt es zu einer Einigung, ist ein Referendum gegen die Vorlage sehr wahrscheinlich.
- Welche Kreise ein Referendum unterstützen würden (die Linke, die Rechte, Patientenorganisationen, Ärzteschaft) hängt vom Schlusstext der Vorlage ab.

Standpunkt des Vorstandes Forum Praxispädiatrie:

- Integrierte Versorgung ist in unseren Praxen eine Selbstverständlichkeit.
- Wir praktizieren eine freiwillige Budgetmitverantwortung. Einzige Nutzniesser sind bis jetzt die Krankenkassen.
- Chronisch Kranke, deren Behandlungskette optimiert werden könnte, oder Patienten, die zu Überkonsumation medizinischer Leistungen neigen, sind in der Pädiatrie kaum anzutreffen.
- Im Bereich der Pädiatrie werden sich mit MC-Modellen keine Kosten sparen lassen, was die Krankenkassen schon längst gemerkt haben. Ausbleibende Kosteneinsparungen würden wohl der Ärzteschaft zur Last gelegt.
- Qualität ist gerade für unseren Berufsverband ein zentrales Anliegen. Vorschriften des Bundesrates können nicht zu Verbesserungen führen.
- Das Vertrauen in die Behörden ist nach zahlreichen gegen die Grundversorgung gerichteten Entscheidungen stark beeinträchtigt.
- Die diskutierte Gesetzesvorlage bietet Chancen wie Risiken.
- Von der Vorlage am meisten betroffen sind die Patienten.
- Ein Entscheid für oder gegen die Vorlage wird erst getroffen, wenn die Schlussfassung vorliegt.

Wichtigste Forderung aus Sicht der Pädiatrie:

Alle versicherten Kinder und Jugendlichen müssen unabhängig vom Versicherungsmodell Zugang zu den Fachkräften für Kinder- und Jugendmedizin haben. 



SIMON HUBACHER

Namenswechsel wird vorbereitet

An der Mitgliederversammlung 2011 soll der Namenswechsel des Forum Praxispädiatrie FPP zu «Kinderärzte Schweiz» vollzogen werden. Das haben die Teilnehmer der letztjährigen Mitgliederversammlung in einer Konsultativabstimmung beschlossen. Die Vorbereitungsarbeiten sind in vollem Gang.

Der neue Name «Kinderärzte Schweiz» wird mit dem Zusatz «Berufsverband Kinder- und Jugendärzte in der Praxis» ergänzt und soll zu einer klareren Positionierung sowohl verbandsintern als auch in der breiten Öffentlichkeit beitragen. Mit der Namensänderung sind einige organisatorische Massnahmen, vor allem aber verschiedene formelle Anpassungen der Vereinsstatuten, verbunden. Der Vorstand wird die redigierten Statuten den Mitgliedern rechtzeitig vorstellen und diese der MV 2011 vom 8. September

2011 in Bern zur Abstimmung unterbreiten. Nach deren Annahme kann der Namenswechsel offiziell vollzogen werden. In Kraft treten soll er spätestens per 1. Januar 2012.

Mit dem neuen Namen erhält das Forum schrittweise ein aufgefrischtes Erscheinungsbild. Prioritär wird das Logo angepasst und in den Briefschaften, Publikationen und auf der Website geändert – wobei Drucksachen aus Kostengründen nach und nach umgestellt werden. Ändern werden auch der Domainname der

verbandseigenen Website und die Mail-Adressen: Die Internetadressen www.kinderaerzteschweiz.ch und www.meinkinderarzt.ch sind reserviert; der Vorstand wird dann die endgültige Auswahl treffen. Und zu guter Letzt muss die Namensänderung den Mitgliedern sowie anderen Verbänden, Institutionen, Behörden und den Geschäftspartnern bekannt gemacht werden. Auch hierzu werden die notwendigen Schritte von der Geschäftsstelle vorbereitet.

Der Vorstand hatte sich an der MV 2009 zum Ziel gesetzt, die Diskussion um eine Namensänderung voranzutreiben. Der Begriff des «Praxispädiaters» konnte sich nicht breit genug etablieren; der Begriff Forum hat sich zudem in den letzten Jahren etwas abgenutzt und umschreibt die Aufgaben eines Berufsverbandes nur ungenügend. Der Ausdruck «Kinder- und Jugendärzte» ist nach Ansicht des Vorstandes allgemein verständlich und verbindet stärker, gegen aussen und gegen innen. Das Thema war bereits an der Januartagung 2009 und an den Folge meetings vertieft wor-

den. Im Frühjahr 2010 wurde dann auf der Website ein Diskussionsforum eröffnet und das Thema in verschiedenen Rundmails und in den ForumNews weiter thematisiert, bevor es an der MV 2010 zur erwähnten Konsultativabstimmung kam.

Dort stiess der Vorschlag für eine Namensänderung auf grosse Unterstützung. Verschiedene Namensvarianten mit Abkürzungen wurden als modern empfunden, «Kinderärzte Schweiz» überzeugte aber schliesslich mehr. Die Zusätze «Jugend» und «Praxis» müssten nicht zwingend im neuen Namen enthalten sein, aber zumindest in der Unterzeile, meinten mehrere Votanten. Auf die weibliche Form könne verzichtet werden. In der Abstimmung selber stimmten dann 120 Mitglieder für eine Namensänderung, bei 10 Gegenstimmen und 25 Enthaltungen. In einer zweiten Befragung wurde der Variante «Kinderärzte Schweiz» mit dem Zusatz «Berufsverband Kinder- und Jugendärzte in der Praxis» klar der Vorzug gegeben.



Neue Kräfte für Fortbildungskurse gesucht

Das aktuelle Kursangebot wurde in den vergangenen Wochen aufgestockt – langfristig braucht es neue Kursleiter, damit das Fortbildungsprogramm attraktiv bleibt.

SIMON HUBACHER

Für fünf neue Kurse, darunter frische und Wiederholungen besonders beliebter, können sich Kinder- und Jugendärzte mit dem Talon in diesem Heft oder auf der Website www.praxispaediatriche.ch derzeit anmelden. Bei sechs weiteren Kursen bestehen Wartelisten – wobei die Praxis zeigt, dass immer wieder Plätze frei werden, allerdings oft kurzfristig, was für viele mit schwierigen Termin- oder Vertretungsfragen verbunden ist. Das Ziel muss es deshalb sein, genügend Kurse anzubieten und diese frühzeitig auszuschreiben. Dabei darf aber nicht vergessen werden, dass das Kursangebot auf der Selbstinitiative der Mitglieder und mit dem Forum freundschaftlich verbundener Fachspezialisten beruht.

Einige langjährige Kursleiter ziehen sich demnächst zurück oder haben dies bereits getan. Neue Kräfte sind dazugestossen. Doch noch bleibt die personelle Decke jener, die mit viel Eigeninitiative Fortbildungskurse «von Mitgliedern für Mitglieder» auf die Beine stellen, eher dünn. In erster Linie sollen die Impulse für neue Kurse weiterhin von den Mitgliedern selber kommen. Der Vorstand hat seinerseits verschiedene Verbes-

serungen in Angriff genommen. So wurden die Aufgaben und Zuständigkeiten von Kursleitern und Forum neu definiert, mit dem Ziel, die organisatorische Unterstützung der Kursleiter durch die Geschäftsstelle zu verstärken. Sie sollen soweit entlastet werden, dass sie sich auf die inhaltliche Vorbereitung und Durchführung ihrer Kurse konzentrieren können. Auch die Servicequalität gegenüber den Kursteilnehmenden soll deutlich erhöht werden. Auf der Geschäftsstelle in Zürich wird in den kommenden Monaten eine neue Software für Verbandsmanagement und Kurswesen installiert, damit das gesamte Handling der Kurse und deren Abwicklung effizient, einheitlich und professioneller gestaltet werden kann.



Wer sich aktiv im Kurswesen engagieren möchte, setzt sich bitte mit der Geschäftsstelle oder dem Co-Präsidium in Verbindung (Telefon 044 520 27 17, Mo-Do, oder info@praxispaediatriche.ch).

Erweiterter Schutz vor Pneumokokken-Erkrankungen¹



Neu: Prevenar 13[®] deckt 6 weitere Serotypen ab.¹

4
6B
9V
14
18C
19F
23F
+
1
3
5
6A
7F
19A

Prevenar[®] 6 neue Serotypen

Prevenar 13[®]
Die neue Generation der Pneumokokken-Schutzimpfung.

Prevenar 13[®]: [13-valenter Pneumokokken-Konjugatimpfstoff, Pneumokokkenpolysaccharide der Serotypen 1, 3, 4, 5, 6A, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19A, 19F, 23F und CRM₁₉₇-Trägerprotein]. **I:** Aktive Immunisierung zur Prävention von invasiven Erkrankungen, Pneumonie und akuter Otitis media, die durch *Streptococcus pneumoniae* verursacht werden, bei Säuglingen und Kindern im Alter von 6 Wochen bis 5 Jahren. **D:** Säuglinge im Alter von 6 Wochen bis 6 Monaten: 3 Dosen im Abstand von mind. 1 Monat, erste Dosis normalerweise im Alter von 2 Monaten, mit vierter (Booster-)Impfung im Alter von 11–15 Monaten. Ungeimpfte Säuglinge im Alter von 7–11 Monaten: 2 Dosen im Abstand von mind. 1 Monat sowie eine 3. Dosis im zweiten Lebensjahr; ungeimpfte Kinder zwischen 12 und 23 Monaten: 2 Dosen im Abstand von mind. 2 Monaten; ungeimpfte Kinder zwischen 24 Monaten und 5 Jahren: 1 Dosis. **KI:** Überempfindlichkeit gegen einen der Wirkstoffe, einen der sonstigen Bestandteile oder gegen Diphtherie-Toxoid. Schwere akute fiebrige Erkrankungen. **VM:** Nicht intravaskulär verabreichen. Überwachung u. geeignete med. Versorgung für seltenen Fall der anaphylaktischen Reaktionen gewährleisten. Nutzen-Risiko Abwägung bei Thrombozytopenie und Koagulationsstörungen. Prevenar 13[®] schützt ausschliesslich gegen *Streptococcus pneumoniae*-Serotypen, die im Impfstoff enthalten sind. Über die Impfung in Hochrisikogruppen sollte individuell entschieden werden, spezifische Daten für Prevenar 13[®] liegen bislang nicht vor. Prevenar 13[®] ersetzt nicht die Anwendung von 23-valenten Pneumokokken-Polysaccharidimpfstoffen bei Risikokindern ab 2 Jahren (mit z.B. Sichelzellanämie, Asplenie, HIV-Infektion, chronischen Erkrankungen oder Störungen des Immunsystems). Apnoerisiko bei Verabreichung an extrem Frühgeborene (geboren ≤ 28. SSW) gegeben, respiratorische Überwachung erwägen. Antipyretikagabe entsprechend nationalen Behandlungsstandards empfohlen. **IA:** Kann gleichzeitig mit gängigen anderen pädiatrischen Impfstoffen unter Berücksichtigung des Schweizer Impfplans verabreicht werden. **UW:** Verminderter Appetit, Fieber, Reizbarkeit, Erythem, Verhärtung/Schwellung, Schmerz/Berührungsempfindlichkeit an der Injektionsstelle; Schläfrigkeit; mangelhafte Schlafqualität. Selten Krämpfe. **P:** 1 x 0.5 ml und 10 x 0.5 ml Suspension in Fertigspritze. Verkaufskategorie B. **Zulassungsinhaber:** Pfizer AG, Schärenmoosstrasse 99, 8052 Zürich. Ausführliche Informationen siehe Arzneimittel-Kompendium der Schweiz. (FI V001)
Referenzen: 1. Fachinformation, Arzneimittelkompendium der Schweiz 2010.



60040-006-1010



Jetlag nach der Geburt

Der Säugling äussert seine Befindlichkeit und Bedürfnisse mit Schreien. Er schreit, wenn er Hunger oder nasse Windeln hat, weil er nicht alleine sein will oder wenn er von Sinnesreizen überflutet wird. In den ersten Lebenswochen schreien Säuglinge allerdings sehr häufig ohne ersichtlichen Grund. Ein Modell zur Entstehung dieses sogenannten unspezifischen Schreiens wird in diesem Artikel vorgestellt.

OSKAR JENNI,
ABTEILUNG
ENTWICKLUNGS-
PÄDIATRIE,
UNIVERSITÄTS-
KINDERKLINIKEN
ZÜRICH

Schreiararten des Säuglings

Etwa 20 Prozent aller Familien leiden in den ersten Lebensmonaten unter dem Schreiverhalten ihres Säuglings. Es werden dabei 3 Schreiararten unterschieden.

1. Physiologisches Schreien nach der Geburt, bei Hunger, nassen Windeln oder emotionalen Bedürfnissen (z. B. nach Zuwendung einer Bezugsperson).
2. Pathologisches Schreien wegen einer akuten Krankheit mit Schmerzen oder Unwohlsein (z. B. Ösophagitis bei gastroösophagealem Reflux, Gastroenteritis oder Infektion), einer chronischen Erkrankung (z. B. Nahrungsmittelallergie oder hirnorganische Störung) oder einer genetischen Störung (z. B. Katzenschreisyndrom).
3. Unspezifisches Schreien, bei welchem man keine unmittelbare Ursache findet, das aber bei fast allen Säuglingen auftritt.

Unspezifisches und exzessives Schreien

Überschreitet das Ausmass des unspezifischen Schreiens ein für die Eltern tolerierbares Mass, dann wird der Begriff exzessives Schreien verwendet. Für

wissenschaftliche Studien wird gewöhnlich die Dreierregel von Wessel und Mitarbeitern als Definition des exzessiven Schreiens eingesetzt:

Ein gesunder Säugling zeigt Unruhe, Quengeln oder Schreien während mehr als drei Stunden pro Tag, an mehr als drei Tagen pro Woche und seit mehr als drei Wochen.

Der Begriff «exzessiv» orientiert sich dabei an einer messbar erhöhten Schreidauer. Dieses Kriterium ist für eine zuverlässige Vergleichbarkeit von Forschungsergebnissen sinnvoll, es ist aber im klinischen Alltag wenig hilfreich. So gibt es zum Beispiel Eltern, die ihre Kinder während weniger als drei Stunden pro Tag und an weniger als drei Tagen pro Woche als Schreikinder betrachten. Der elterliche Belastungsgrad muss bei der Diagnose des exzessiven Schreiens unbedingt berücksichtigt werden.

12 Es gibt viele Erklärungsversuche zum unspezifischen und exzessiven Schreien. Wessel und Kollegen prägten den Begriff Kolik, weil man davon ausging, dass das Schreien infolge gastrointestinaler Krämpfe entsteht. Studien haben aber gezeigt, dass Verdauungsstörungen nur in wenigen Fällen als Ursache für das Säuglingsschreien verantwortlich sind. Der Begriff Säuglingskolik sollte aus diesem Grund nicht mehr verwendet werden.

Merkmale des unspezifischen Säuglingsschreiens

Viele wissenschaftliche Befunde des Säuglingsschreiens bleiben bis heute widersprüchlich (z. B. Einfluss des Tragens oder Stillens auf die Schreidauer). Die folgenden drei Merkmale wurden aber mehrfach in Studien bestätigt.

1. Entwicklungsverlauf: Das unspezifische Schreien beginnt in der 2. Lebenswoche, nimmt an Intensität zu und erreicht meist im 2. Monat ein Maximum (Schreigipfel mit 6 Wochen). Danach nimmt es wieder ab.
2. Tagesverlauf: Schreiepisoden treten vor allem in den Abendstunden auf (abendlicher Schreigipfel zwischen 16 und 22 Uhr).
3. Interindividuelle Variabilität: Die Unterschiede in der Schreidauer sind von Kind zu Kind sehr verschieden. Im Alter von 6 Wochen schreien die einen Säuglinge knapp eine Stunde, andere über 3 Stunden. Kinder zeigen sehr unterschiedliche Schreikurven, manche erreichen den Schreigipfel bereits in der 3. Lebenswoche, andere erst in der 8. Woche. Barr hat postuliert, dass exzessives Schreien eine extreme Ausprägung der normalen individuellen Variabilität widerspiegelt. Das heisst: Schreikinder schreien nicht anders als gesunde Säuglinge, sie schreien einfach mehr.

Man ist heute weitgehend der Ansicht, dass das unspezifische Schreien (mit Unruhe und Quengeln) ein Ausdruck von frühen physiologischen Anpassungsprozessen des zentralen Nervensystems ist. Dieser Artikel stellt ein Erklärungsmodell dieser neuronalen Entwicklungsprozesse anhand des 2-Prozess-Modells der Schlaf-Wach-Regulation von Borbély vor.

Grundlagen der Schlaf-Wach-Regulation

Das Arbeitsmodell des Zürcher Schlafforschers Alexander Borbély beschreibt zwei biologische Prozesse, welche Schlaf und Wachsein beim Menschen steuern (2-Prozess-Modell der Schlaf-Wach-Regulation).

Der zirkadiane Prozess beschreibt einen regelmässigen und schlafunabhängigen Prozess, der es dem Individuum ermöglicht, nachts zu schlafen und tagsüber wach zu sein. Der zirkadiane Prozess liegt anatomisch in den suprachiasmatischen Kernen des Zwischenhirns lokalisiert

(«innere oder biologische Uhr») und steuert nicht nur Wachheitsgrad und Schlaf, sondern viele physiologische Prozesse wie Körpertemperatur, Atmung, Blutdruck, Herzrhythmus, Harnausscheidung, Hormonproduktion, Aufmerksamkeit, kognitive Leistungsfähigkeit und sogar die Genaktivität. Die innere Uhr wird mit regelmässig wiederkehrenden Umgebungsfaktoren wie dem 24-h-Tag-Nacht-Wechsel synchronisiert. Der wichtigste äussere Zeitgeber ist das Tageslicht. Andere Zeitgeber wie Lärm, soziale Kontakte oder regelmässige Nahrungsaufnahme spielen ebenfalls eine Rolle.

Die Steuerungsprozesse der inneren Uhr sind so eingestellt, dass morgens die Wachheit am geringsten und in den Abendstunden am stärksten ist. Dieser Umstand scheint auf den ersten Blick widersprüchlich zu den eigenen Beobachtungen zu sein. In Bunkerexperimenten ohne Kontakt zur Aussenwelt und Wissen über die Uhrzeit konnte man allerdings zeigen, dass Menschen besonders in den frühen Morgenstunden viel schlafen und in den Abendstunden wach und aktiv sind. Der Wachheitsgrad ist dabei eng an den Verlauf der Körpertemperatur gekoppelt: Je wacher man ist, desto höher ist die Körpertemperatur (Abbildung 1).

Diese Befunde führten zum Begriff der «forbidden zone for sleep» in den frühen Abendstunden. Es scheint, dass wir uns mit hoher Aktivität und zirkadianer Wachheit

Abbildung 1. Schematische Darstellung des 24-h-Rhythmus der Körpertemperatur (obere Grafik) und der Wachheit in Minuten pro Stunde Schlaf (untere Grafik, Balkendiagramm). Die untere Grafik zeigt ausserdem überlagert den Tagesverlauf des Schreiens nach Brazelton (blaue Linie).

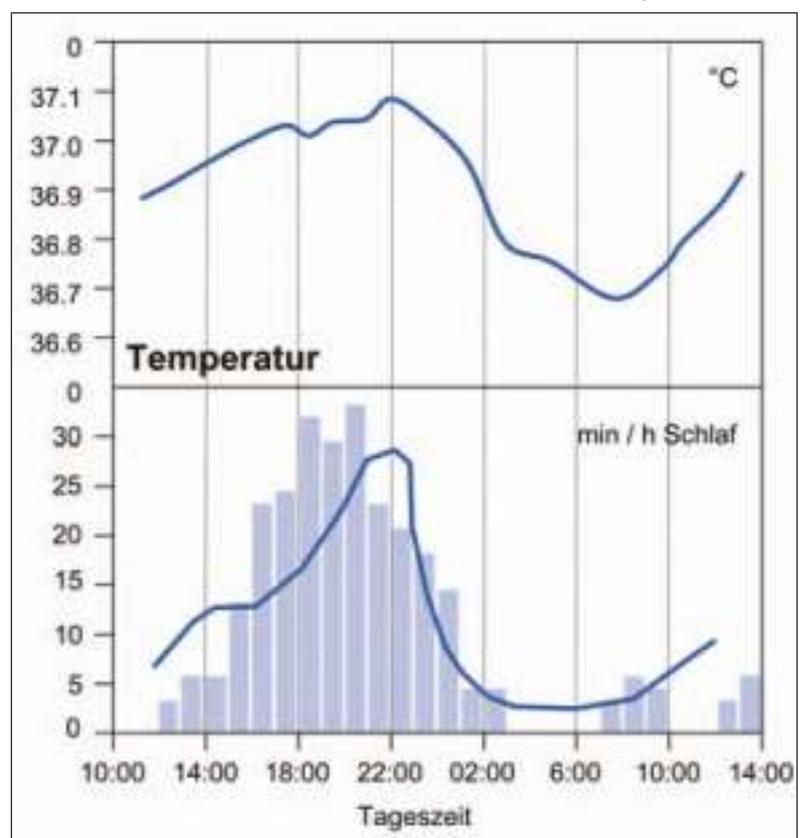
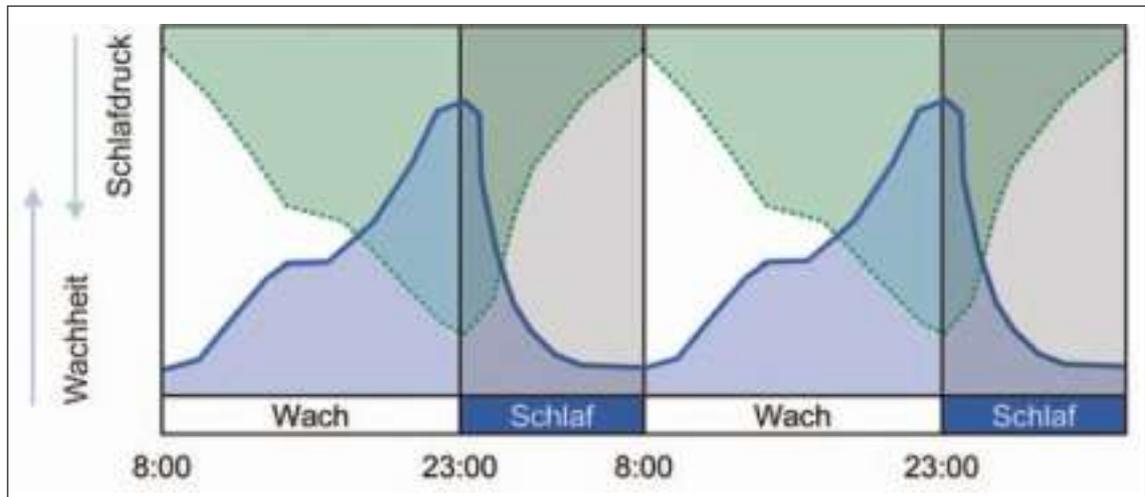


Abbildung 2. Schematische Darstellung der zirkadianen (blau unten) und homöostatischen (grün oben) Schlaf-Wach-Regulation als opponent processes.



am Abend auf die Nacht vorbereiten. Würden wir in den frühen Abendstunden ein Nickerchen machen, dann würde sich der Einschlafzeitpunkt in die Nacht verschieben und brächte den Schlaf-Wach-Rhythmus völlig durcheinander. Wie kommt es nun dazu, dass wir trotz geringer zirkadianer Einschlafbereitschaft in den frühen Abendstunden etwas später doch einschlafen können oder uns trotz hoher zirkadianer Müdigkeit am Morgen nicht gleich wieder ins Bett legen? Dafür ist der homöostatische Prozess verantwortlich und dessen Wechselspiel mit dem zirkadianen System.

Die Schlafhomöostase ist ein schlafabhängiger Prozess. Während des Wachseins häuft sich eine Schlafschuld an, das heisst, die homöostatische Einschlafbereitschaft und der Schlafdruck nehmen im Verlaufe des Tages so weit zu, dass wir schliesslich einschlafen. Der abendliche Schlafdruck wird im Verlauf der Nacht wieder abgebaut. Je länger wir wach sind, desto grösser ist die Schlafschuld und damit die homöostatische Einschlafbereitschaft und desto tiefer und länger schlafen wir. Eine anatomische Lokalisation der Schlafhomöostase wie bei der inneren Uhr wurde bisher nicht gefunden. Es werden verschiedene neuronale Mechanismen beschrieben, welche die Funktion der Schlafhomöostase zu erklären versuchen. So reichert sich möglicherweise ein «Schlafstoff» (z. B. der Neurotransmitter Adenosin) während des Wachseins im Gehirn an, der im Schlaf wieder abgebaut wird. Eine andere Hypothese besagt, dass neuronale Prozesse im Wachzustand zu einer Verstärkung von synaptischen Verbindungen im Gehirn führen und dass der Schlaf diese Verstärkungen wieder auf ein energetisch tragbares Niveau abschwächt, was für Lernen und Gedächtnis notwendig ist (homöostatische Regulation der Synapsenfunktion, synaptic sleep homeostasis).

Idealerweise sind der homöostatische und zirkadiane Prozess aufeinander abgestimmt. Edgar und Mitarbeiter haben für das Wechselspiel der beiden Prozes-

se den Begriff opponent processes geprägt (Abbildung 2).

Der geringe Schlafdruck nach dem Aufwachen kompensiert die hohe zirkadiane Müdigkeit in den frühen Morgenstunden und der im Verlauf des Tages zunehmende Schlafdruck gleicht das zirkadiane Aktivitätsmaximum und die Wachheit am Abend aus. Die optimale Abstimmung der beiden Prozesse ist eine Voraussetzung für einen stabilen Wachzustand und für Aufmerksamkeit am Tag und einen ruhigen Schlaf in der Nacht. Eine fehlende oder abnorme Abstimmung der beiden Prozesse führt zu Einschlafschwierigkeiten, Durchschlafproblemen, vermehrter Tagesmüdigkeit oder Störungen in der Verhaltensregulation. Ein bekanntes Beispiel dafür ist der Jetlag, bei welchem nach einem Langstreckenflug über mehrere Zeitzonen die innere Uhr und die Schlafhomöostase nicht mehr aufeinander abgestimmt sind. Mit anderen Worten: die innere Uhr ist nicht mehr mit der äusseren Zeit und dem Schlaf-Wach-Rhythmus synchronisiert. Es entstehen Schlafstörungen, Müdigkeit, Schwindelgefühl und Stimmungsschwankungen.

Entwicklung der Schlaf-Wach-Regulation: Jetlag nach der Geburt

Der zirkadiane und homöostatische Prozess durchlaufen in den ersten Lebensmonaten Reifeveränderungen und stimmen ihre Funktionen aufeinander ab. Man kann davon ausgehen, dass die Entwicklung und das Wechselspiel der inneren Uhr und der Schlafhomöostase ursächlich mit dem Schlaf- und Schreiverhalten der ersten Lebensmonate zusammenhängen. Der Säugling zeigt also eine Art Jetlag, der nicht durch eine Reise über mehrere Zeitzonen entsteht, sondern durch eine Unreife und fehlende Abstimmung der neuroregulatorischen Prozesse bedingt ist.

Das zirkadiane System ist im letzten Trimester der Schwangerschaft bereits funktionstüchtig. Verschiedene Studien bei Primaten und Menschen haben

gezeigt, dass Herzfrequenz, Körpertemperatur und Hormonausscheidung schon intrauterin einen 24-h-Rhythmus zeigen, der durch die mütterlichen Zeitgeber synchronisiert wird. Die Amplitude dieser 24-h-Rhythmen wird im Verlauf der ersten Lebenswochen immer grösser, das heisst, die Stärke des zirkadianen Signals nimmt immer mehr zu. So erreicht zum Beispiel die Amplitude des Temperaturrehythmus im Alter von 6–12 Wochen bereits ein Maximum. Weil die Körpertemperatur mit dem Aktivitätsgrad und der Wachheit eines Individuums eng gekoppelt ist, kann man davon ausgehen, dass mit zunehmender Amplitude des Temperaturrehythmus auch die Aktivität und Wachheit (engl. alertness) im Verlauf der ersten Lebenswochen immer grösser wird (Abbildung 3).

Experimentelle Studien weisen darauf hin, dass die homöostatische Schlaf-Wach-Regulation im Gegensatz zum zirkadianen Prozess erst später auftritt. Mit anderen Worten: Neugeborene und junge Säuglinge bauen noch keine Schlafschuld während des Wachseins auf und kompensieren Wachzeit nicht mit tieferem oder längerem Schlaf. Dieser Befund deckt sich mit der elterlichen Beobachtung, dass Neugeborene nach einer län-

geren Wachphase manchmal nur für kurze Zeit schlafen und nachher wieder wach und aktiv sind. Man kann sie deshalb nicht länger wachhalten in der Hoffnung auf eine längere Schlafphase danach. Das Einsetzen der homöostatischen Regulation von Schlaf- und Wachphasen im 2. Lebensmonat führt dazu, dass Säuglinge längere Phasen von aufmerksamen Wachzuständen tagsüber und ruhigen Schlafphasen in der Nacht aufrechterhalten können. Je weiter die Reifungsprozesse der Schlafhomöostase fortschreiten, desto weniger schlafen die Kinder tagsüber und desto seltener erwachen sie in der Nacht. Die Fähigkeit, längere Phasen eines aufmerksamen Wachzustandes aufrechtzuerhalten, ist ein Zeichen der fortschreitenden Hirnreifung.

Das Schreien des Säuglings bedeutet also ein erhöhter Wachheitsgrad, der von der inneren Uhr gesteuert wird und welchem die Schlafhomöostase wegen noch fehlender oder verzögerter Reifungsentwicklung nicht entgegenwirkt.

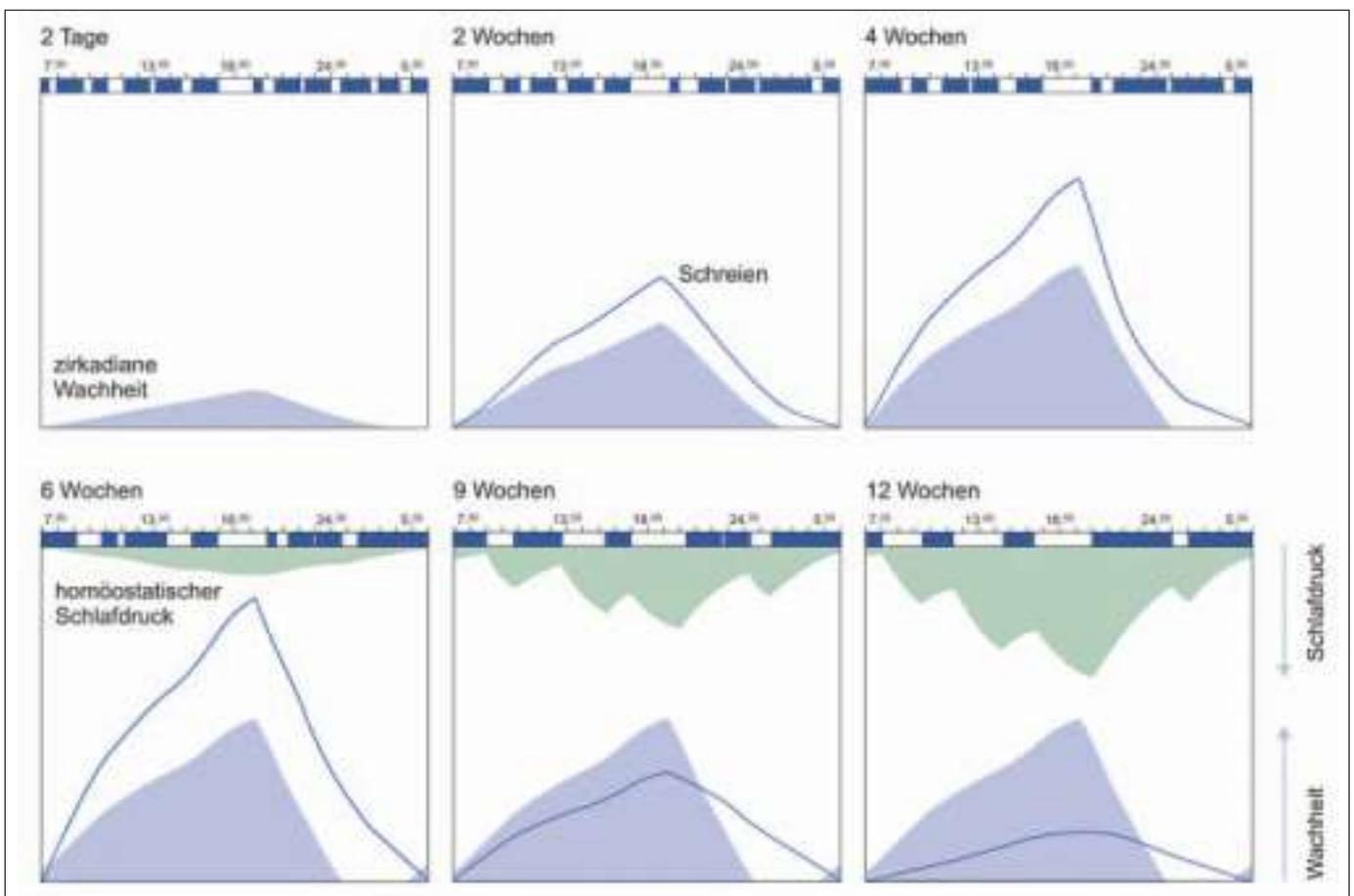


Abbildung 3. Erklärungsmodell der Entwicklung der zirkadianen und homöostatischen Schlaf-Wach-Regulation und des Schreiens in den ersten 12 Lebenswochen (adaptiert nach Jenni, Monatsschrift für Kinderheilkunde, 2009; 157: 551–558).

Warum schreien Kinder besonders in den Abendstunden?

Das abendliche Schreimaximum kann mit der zirkadianen Wachheit erklärt werden, die im Tagesverlauf zunimmt. Wie beim Erwachsenen scheint die zirkadiane Einschlafbereitschaft und Müdigkeit von Säuglingen am Abend gering zu sein (forbidden zone for sleep). Dieser Umstand zeigt sich auch darin, dass Säuglinge in den ersten Lebenswochen besonders am Abend motorisch sehr aktiv sind und die abendliche Herzfrequenz im Gegensatz zum Morgen erhöht ist. Dieser besonders intensive Wachzustand (engl. hyperaltness) führt zu einer Überreizung und vermehrtem Schreien. Die Säuglinge können nicht abschalten, suchen vermehrt nach visuellen und vestibulären Reizen und sind nicht in der Lage, sich selber zu beruhigen. Es überrascht also nicht, dass sich der Höhepunkt des Schreiens am Abend findet, besonders in den ersten Wochen, wenn die Schlafhomöostase als opponent process noch nicht kompensatorisch als dagegen wirkt.

Wenn sich das Säuglingsschreien nicht auswächst

Bei den meisten Kindern ist das Schreien auf die ersten 3 Lebensmonate beschränkt und ohne langfristige negative Folgen. Es gibt allerdings Säuglinge, die über die ersten Monate hinaus unruhig sind, vermehrt schreien und sich ungenügend selber beruhigen können. Das Schreiverhalten ist in diesen Fällen häufig mit Durchschlaf- und Fütterungsproblemen assoziiert und wird als frühkindliche Regulationsstörung bezeichnet. Dieser Terminus ist allerdings erst angemessen, wenn das Kind älter als 3 Monate ist und sich das Schreien nicht als vorübergehendes Phänomen im Sinne eines unspezifischen Schreiens zeigt. Weil Kinder mit einer Regulationsstörung häufig Durchschlafprobleme zeigen, liegt die Vermutung nahe, dass es sich um eine Entwicklungsverzögerung der Schlaf-Wach-Regulation handelt. Verschiedene Autoren äusserten den Verdacht, dass Kinder mit Regulationsstörungen ein erhöhtes Risiko für langfristige Probleme der Verhaltensregulation und für Beeinträchtigungen der kognitiven Leistungsfähigkeit haben. Wenn die kindlichen Auffälligkeiten in der Schlaf-Wach-Regulation von den Eltern nicht mit Verhaltensanpassungen aufgefangen werden und Familien nicht in der Lage sind, erforderliche Hilfen zu geben, dann ist das Risiko für langfristige Störungen und Belastungen tatsächlich hoch. Ein Misfit zwischen elterlichem Verhalten und regulatorischen Fähigkeiten des Säuglings kann dann zu persistierenden Verhaltensauffälligkeiten und dysfunktionalen Interaktionsmustern zwischen Eltern und Kind führen.

Welche Ratschläge soll man geben?

Schreit ein Kind übermässig, dann ist eine pädiatrische Untersuchung indiziert, um eine organische Stö-

rung auszuschliessen. Im Weiteren ist die Entwicklungsberatung neben der Suche nach familiären Ressourcen eine wichtige Aufgabe der betreuenden Kinderärztinnen und Kinderärzte. Es kann Eltern entlasten, wenn sie wissen, dass das Schreiverhalten ihres Säuglings ein Ausdruck der normalen Entwicklung der Schlaf-Wach-Regulation sein kann. Durch das Führen eines 24-h-Schlafprotokolls wird der Schlaf-Wach-Rhythmus und das Schreiverhalten des Kindes veranschaulicht. Zusammen mit den Eltern gilt es, die kindlichen Zeichen von Müdigkeit und Überreiztheit zu erkennen, Umgebungsreize zu reduzieren, die optimalen Wachzeiten für das Kind zu bestimmen und entsprechend die Schlafzeiten regelmässig zu gestalten. Führen die Eltern regelmässige Strukturen und einen Rhythmus (soziale Zeitgeber) ein, so hilft das dem Kind, mit dem Tagesablauf rascher vertraut zu werden, was sich wiederum positiv auf sein Wohlbefinden auswirkt. Regelmässige Abläufe helfen den Eltern, ihr Kind besser zu verstehen und seine Bedürfnisse besser einzuschätzen. Sonnenlicht am Tag und Dunkelheit in der Nacht führen ebenfalls dazu, dass die innere Uhr eingestellt wird (Zeitgeber Licht) und dass Schreien und Quengeln weniger lange auftreten. Das Zimmer sollte darum in der Nacht genügend abgedunkelt und am Tag beleuchtet sein, auch wenn das Kind dabei schläft. Manche Ratgeber empfehlen, das Kind einfach schreien zu lassen. Diese Massnahme ist nicht angemessen, weil der Säugling nach einer Schreiphase nicht einfach einschläft, auch wenn er sehr müde scheint, da die Schlafhomöostase noch ungenügend oder gar nicht entwickelt ist. In den ersten Lebenswochen und -monaten sind die Einführung eines regelmässigen Tagesablaufs und eine genügende Lichtexposition am Tag meist die einzigen Massnahmen, die man bei Schlaf- und Schreistörungen empfehlen kann.



KORRESPONDENZADRESSE/QUELLENLISTE

PD Dr. med. Oskar Jenni
 Leiter der Abteilung Entwicklungspädiatrie
 Universitäts-Kinderkliniken Zürich
 Steinwiesstrasse 75, 8032 Zürich
 Telefon 044 266 77 51, Telefax 044 266 71 64
 Oskar.Jenni@kispi.uzh.ch

Ein Modell für die Frühförderung

Weshalb braucht es Frühförderungs- und Präventionsprogramme und zu welchem Zeitpunkt sollen sie eingesetzt werden? Längst ist bekannt, dass für die gesunde Entwicklung von Kindern die ersten vier Lebensjahre besonders bedeutsam sind. Nebst der motorischen und der Entwicklung des Sozialverhaltens ist die kognitive Entwicklung zentral. Defizite in diesen Bereichen können beispielsweise den Schuleintritt erheblich erschweren. Das Kind hat bereits zu Beginn der Schulzeit einen Rückstand, der nur schwer aufzuholen ist. Diese Umstände gefährden den Einstieg ins Erwerbsleben und damit die spätere verantwortliche Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Die Autorin berichtet über das Konzept «Früherkennung & Frühintervention» der Stadt Frauenfeld.

ROSMARIE
GYSI-KELLER,
MITGLIED PROJEKT-
KOMMISSION
FRÜHERKENNUNG
UND FRÜHINTER-
VENTION DER STADT
FRAUENFELD

Das Wohlergehen von Familien gehört zu den Fundamenten unserer Gesellschaft. Gesunde Familien tragen zum Funktionieren einer auf Solidarität bauenden Staatsform bei. Die Erziehung von Kindern liegt primär in der Verantwortung der Eltern, und staatliches Handeln unterstützt die Eltern dann in ihrer Aufgabe, wenn diese ihrer Verantwortung nicht in der geforderten Weise nachkommen können. Hohe psycho-soziale Belastungen von Familien, ungenügende Bildung oder mangelnde Integration ziehen weitreichende Folgen in der Schule, der Sozialhilfe und im Vormundschaftsbereich nach sich. Die Wichtigkeit bedarfsgerechter Frühförderung als präventives Instrument, welche Familien in ihrer Aufgabe unterstützt, wird zunehmend erkannt.

Grundlagen und Analysen

In Frauenfeld gibt es zahlreiche Familien unterstützende Angebote wie diverse Kindertagesstätten, Spielgruppen und Horte sowie einzelne spezifische Frühförderungsangebote. Weiter gibt es diverse Beratungsangebote für Familien wie beispielsweise die Mütter- und Väterberatung, die nach der Geburt eines Kindes mit allen Eltern Kontakt aufnimmt. Die meisten Angebote sind privatrechtlich organisiert und erhalten teilweise finanzielle Unterstützung durch die öffentliche Hand oder verfügen gar über einen entsprechenden Leistungsauftrag von Kanton oder Stadt. Sämtliche Angebote sind freiwillig, nur ausnahmsweise werden Erziehungsberechtigte durch vormundschaftliche Massnahmen zur Inanspruchnahme eines Angebots verpflichtet.

Diese freiwilligen Angebote werden von sozial benachteiligten und bildungsfernen Familien und von Familien mit Migrationshintergrund wenig oder gar nicht in Anspruch genommen.

Soziale Benachteiligung in Bildung, Ernährung und Gesundheit sowie psychosoziale und materielle Pro-

bleme sind Risikofaktoren, welche eine gesunde Entwicklung behindern oder gefährden können und sich negativ auf die Lebenssituationen von Familien auswirken. Betroffen davon ist stets das Wohlbefinden von Kindern, wie statistische Analysen und Berichte zeigen (Bundesamt für Statistik BFS. Familien in der Schweiz; statistischer Bericht 2008). Auch ist schon länger bekannt, dass Familien nicht nur ein Ort der Geborgenheit sind, sondern auch ein Ort, an dem Gewaltdelikte überdurchschnittlich häufig vorkommen. Die Erfahrung von psychischer, physischer oder sexueller Gewalt in der Familie ist für Kinder sehr belastend und kann die gesunde Entwicklung beeinträchtigen.

Folgen für Frauenfeld

Die Schulen verzeichnen seit Jahren eine starke Zunahme der Aufwendungen für sonderpädagogische Massnahmen trotz sinkender Schülerzahlen. Bei Kindergartenentrtritt zeigt sich leider oft, dass viele Kinder mit Migrationshintergrund nur wenige Alltagsfertigkeiten mitbringen und die Sprachkompetenz in der Muttersprache oft ungenügend ist, was den Zweitspracherwerb deutlich erschwert. Eine leichte Wahrnehmungsschwäche wird in einem ungünstigen erzieherischen Umfeld zu einem gefährlichen Stolperstein in der späteren schulischen Entwicklung des Kindes. In Frauenfeld pendelt der Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund in den letzten fünf Jahren stets zwischen 30 und 32%, wobei die Hälfte der Kinder zusätzliche Unterstützung im Erlernen der deutschen Sprache erhält.

Unabhängig von der Nationalität lässt sich feststellen, dass der Anteil Kinder, Jugendlicher und junger Erwachsener, die Sozialhilfe empfangen, stetig wächst. Die Kinder und Jugendlichen (0–17 Jahre) mit 3,8% und die jungen Erwachsenen (18–25 Jahre) mit 3,4% sind in Frauenfeld die Alterskategorien mit der höch-



Die Wichtigkeit bedarfsgerechter Frühförderung als präventives Instrument, welche Familien in ihrer Aufgabe unterstützt, wird zunehmend erkannt.

ten Sozialhilfequote (Durchschnitt der Frauenfelder Gesamtbevölkerung 2,8%). Dadurch wächst eine Gruppe von Kindern und Jugendlichen heran, die nicht genügend gefördert wird, um als Erwachsene für sich selber sorgen zu können. Kommen Jugendliche zur Sozialhilfe, kann es zu spät sein, positive Veränderungen herbeizuführen. Es droht die chronische Abhängigkeit von der Sozialhilfe oder anderen Hilfesystemen. Angesichts des jugendlichen Alters und der voraussichtlich langen Unterstützungsdauer entstehen dadurch für die Öffentlichkeit hohe Folgekosten.

Das frühzeitige Erkennen von Schwierigkeiten und das rechtzeitige Einleiten von Interventionsmassnahmen, die die vorhandenen Ressourcen ausschöpfen und das Potenzial der Kinder angemessen fördern, können den weiteren Entwicklungsverlauf positiv beeinflussen und so Folgekosten reduzieren.

Hier setzt das Konzept «Frühförderung und Frühintervention» an.

Zielgruppen und Partner: Eltern und deren Kinder im Vorschulalter

Grundsätzlich richtet sich das Konzept an alle Eltern und deren Kinder im Vorschulalter. Sie sollen möglichst früh von Massnahmen der Früherkennung und Frühintervention profitieren können. Diese universelle Zielgruppenorientierung öffnet der breiten Bevölkerung den Zugang, wobei nicht alle in der Lage sind,

diese universellen Angebote zu nutzen. Somit ist der Fokus spezifisch auf Familien mit gewissem Gefährdungspotenzial zu richten. Diese sind aus sozioökonomischen oder anderen Gründen nicht in der Lage, die Regelangebote zu nutzen. Sie benötigen entsprechende Unterstützungs- oder spezifische Fördermassnahmen.

Eine Herausforderung ist das Erreichen dieser Zielgruppen. Die Eltern sollen die Vorteile der Frühförderung ihrer Kinder erkennen. Deshalb wird viel Wert darauf gelegt, dass die Angebote niederschwellig und leicht zugänglich sind. Die Inanspruchnahme beruht aber auf Freiwilligkeit. Um die Betroffenen von der Wichtigkeit der Massnahmen zu überzeugen und Misstrauen abzubauen, soll betont werden, dass die elterliche Verantwortung gestärkt und nicht untergraben wird.

Massnahmen

Die vorgeschlagenen sechs Massnahmen bauen zur Hauptsache auf bereits bestehenden Angeboten auf. Die Umsetzung erfolgt in enger Zusammenarbeit mit etablierten Organisationen. Um die Angebote der verschiedenen Akteure optimal zu koordinieren, wurde eine Projektstelle Frühförderung geschaffen (siehe Massnahme 6).

Massnahme 1: Ausbau der Sprachspielgruppe

Die seit sechs Jahren bestehende Sprachspielgruppe für Kinder ab vier Jahren wird auf vier Wochenlektionen ausgebaut: Diese Massnahme kann ab Beginn des Schuljahres 2010/11 bereits umgesetzt werden. Das Ziel ist, das Sprachverständnis in der deutschen Sprache so zu fördern, dass der Anteil der Kinder, die nach Eintritt in den Kindergarten Förderung in Deutsch als Zweitsprache benötigen, messbar zu reduzieren.

AKTUELL



Pflanzenkraft

Bei akuter Bronchitis

Kaloba®

- Verstärkt die Virenabwehr¹
- Hemmt die Bakterienvermehrung²
- Sekretomotorisch³

Kaloba® – der Spezialextrakt *Pelargonium sidoides* (EPs® 7630), zur effizienten Behandlung einer akuten Bronchitis. Für Erwachsene und **Kinder ab 2 Jahren**.



Mit der Natur.
Für die Menschen.

Kaloba® Z: *Pelargonium sidoides*-Wurzel-Flüssigextrakt, 1 g (= 9,75 ml) Flüssigkeit enthalten: 800 mg Flüssigextrakt aus *Pelargonium sidoides*-Wurzeln (1:8-10); Auszugsmittel: Ethanol 11% (m/m), Hilfsstoff: Glycerol 85% **I:** Akute Bronchitis **D:** Erw. und Jugendl. über 12 Jahre: 3-mal tägl. 30 Tropfen, Kinder von 6–12 J.: 3-mal tägl. 20 Tropfen, Kleinkinder von 2–5 J.: 3-mal tägl. 10 Tropfen **K:** Bei Überempfindlichkeit gegenüber einem der Bestandteile des Arzneimittels, bei erhöhter Blutungsneigung und Anwendung gerinnungshemmender Medikamente und bei Leber- und Nierenerkrankungen. **I:** Bisher nicht bekannt. Eine verstärkte Wirkung gerinnungshemmender Medikamente wie Phenprocoumon und Warfarin bei gleichzeitiger Einnahme von Kaloba® ist nicht auszuschließen. **S/S:** keine Daten **UW:** gelegentlich gastrointestinale Beschwerden, seltenes leichtes Zahnfleisch- oder Nasenbluten. In seltenen Fällen Überempfindlichkeitsreaktionen vom Soforttyp, derartige Reaktionen können schon bei der ersten Einnahme des Medikamentes eintreten. In sehr seltenen Fällen können schwere Überempfindlichkeitsreaktionen mit Gesichtsschwellung, Dyspnoe und Blutdruckabfall auftreten. **P:** 20 ml, 50 ml **V:** D. Weitere Informationen entnehmen Sie dem Arzneimittelkompendium der Schweiz. Schwabe Pharma AG, 6403 Küssnacht a.R.

1: Kolodziej H et al. In vitro evaluation of antibacterial and immunomodulatory activities of *Pelargonium reniforme*, *Pelargonium sidoides* and the related herbal drug preparation EPs® 7630. *Phytomedicine* 14 (2007); Suppl. VI: 18-26.

2: Conrad A et al. Extract of *Pelargonium sidoides* (EPs® 7630) inhibits the interactions of group A-streptococci and host epithelia in vitro. *Phytomedicine* 14 (2007); Suppl. VI: 52-59.

3: Neugebauer P et al. A new approach to pharmacological effects on ciliary beat frequency in cell cultures – exemplary measurements under *Pelargonium sidoides* extract (EPs 7630). *Phytomedicine* 12 (2005); 46-51.

für alle Krankenkassen zugelassen

Kaloba®
Phytomedizin
Bei akuter Bronchitis



Massnahme 2: Aufbau einer Eltern-Kind-Gruppe

Frühkindliche Förderung für fremdsprachige Kinder und Kinder aus bildungsfernem Elternhaus unter Einbezug der Eltern.

Das Kind hat einen inneren Drang zu wachsen und sich Fähigkeiten und Kenntnisse anzueignen. Das erfordert jedoch ein aufmerksames Umfeld, das die Interessen und Potenziale des Kindes wahrnimmt und ihm förderliche Erfahrungen ermöglicht.

Mit unterstützenden Fördermassnahmen werden die Eltern befähigt, ihren Kindern Hilfestellungen zu bieten, damit diese beim Schuleintritt über soziale, emotionale, kognitive, motorische und sprachliche Fähigkeiten verfügen, die ihrem Alter und ihrem Potenzial entsprechen.

Massnahme 3: Schaffung von Quartiertreffpunkten

Mit einem Treffpunkt, vor allem in Quartieren mit hohem Anteil an bildungsfernen und fremdsprachigen Familien, sollen insbesondere diejenigen Eltern erreicht werden, die sonst keinen Zugang zu Informationen und Angeboten erhalten. Der Treffpunkt ist Begegnungs- und Kommunikationsschnittstelle. Er bietet im Sinne von Frühförderung Spielstunden für Kinder im Vorschulalter und deren Eltern an.

Massnahme 4: Unterstützung von Erziehungsberechtigten mit aufsuchender Elternarbeit

Familien mit hohen Belastungen in strukturell zentralen Lebensbereichen (Arbeit, Bildung, soziale und/oder sprachliche Integration, Gesundheit) verfügen oft nicht über die Ressourcen, sich über bestehende Angebote zu informieren respektive diese wahrzunehmen. Diese Familien brauchen alltagspraktische und konkrete Anleitung sowie Begleitung, damit ihre Kinder sich in förderlicher Interaktion mit den Eltern entwickeln können. Um Kleinkindern aus diesen Familien gleichberechtigte Chancen für den späteren Bildungs-

weg zu ermöglichen, ist es notwendig, niederschwellige Programme anzubieten. Aufsuchende Programme richten sich an diejenigen Familien, die durch bestehende Angebote nicht erreicht werden können.

Es wird ein Konzept erarbeitet für ein aufsuchendes Programm (vgl. opstapje, schritt:weise, parents as teachers), das den Frauenfelder Gegebenheiten entspricht.

Diese Präventivmassnahme für Familien mit hohem Belastungsrisiko soll zur Erhöhung der Chancengleichheit und zur Verhinderung späterer zivilrechtlicher Kinderschutzmassnahmen beitragen.

Die Massnahme wird in enger Zusammenarbeit mit der Mütter- und Väterberatung umgesetzt, da Mütterberaterinnen häufig als erste die Belastung und Überforderung der Eltern erkennen.

Massnahme 5: Stärkung der elterlichen Erziehungskompetenz im Rahmen des Moduls «Frühkindliche Entwicklung und Förderung» für FemmesTische

FemmesTische bringen Mütter im privaten Rahmen zusammen, um über Fragen zu Erziehung, Gesundheit und Rollenverhalten zu diskutieren. Dadurch wird die Vernetzung von Eltern gefördert. Die Qualität des Anlasses wird durch eine geschulte Moderatorin gewährleistet. Bei FemmesTischen mit Migrantinnen kommen die Moderatorinnen aus verschiedenen Kulturen. Diese interkulturellen FemmesTische ermöglichen die Diskussion kulturübergreifend in Deutsch. Die Teilnehmerinnen dieser FemmesTische werden über die Angebote im Bereich Frühförderung, das Beratungs- und Kursangebot sowie das Bildungssystem informiert.

Massnahme 6: Schaffung einer Projektstelle Frühförderung

Als Drehscheibe für die Umsetzung der Massnahmen, zur Unterstützung der verstärkten Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure und Koordination der Angebote wurde eine Projektstelle «Frühförderung» geschaffen. Diese ist seit Frühling 2010 besetzt.

Die Projektleiterin erarbeitet mit den verschiedenen Anbietern einen Leitfaden für ein koordiniertes Vorgehen und begleitet die Umsetzung des «Konzepts Früherkennung & Frühintervention: Fördermassnahmen für Familien mit Kindern im Vorschulalter».

Die Angebote im Frühbereich auf städtischem Gebiet werden auf ihre Wirksamkeit in Bezug auf die Handlungsfelder Förderung von Kindern im Vorschulalter, Elternbildung und Vernetzung evaluiert. Die Resultate der Evaluation und des Controllings dienen der weiteren Massnahmenplanung sowie als Grundlage für die Zusammenarbeit mit den Akteuren im Frühbereich.



Zirkumzision ade?

Einleitung von Manuela Hany, Co-Präsidentin Forum Praxispädiatrie FPP: Für die Jahrestagung suchen wir immer wieder Workshops zu verschiedenen Pädiatrie-bezogenen Themen. So fand im 2010 der Workshop «Zirkumzision ade» statt. Referent war Dr. med. Andreas Dietl, Leitender Arzt für Kinderchirurgie am Kantonsspital Winterthur. Leider war der 9. September ein Feiertag des jüdischen und islamischen Glaubens, darum konnten die meisten Mitglieder aus diesen Glaubenskreisen nicht am Workshop teilnehmen. Das Thema ist sehr kontrovers und Dr. Dietl gibt hier seine fundierte Haltung wieder. Wir publizieren gleichzeitig die Meinung eines jüdischen Forummitgliedes, die uns den Hintergrund der jüdischen Beschneidung näherbringt. Es wäre wohl auch spannend, die muslimische Sicht zu kennen, vielleicht als Leserbrief in den nächsten News? Gerne möchten wir auch weitere Kommentare hören, sei es zur Ethik oder zum Medizinischen!

AUTOR:
DR. MED. ANDREAS
DIETL, DIETIKON

Auslöser für diese wichtige Diskussion ist die Tatsache, dass generell viel zu viele Beschneidungen durchgeführt werden. Die überwiegende Zahl der Zirkumzision aus medizinischen Gründen ist evidenzbasiert nicht indiziert. Bei den religiös motivierten Zirkumzisionen wird der Eingriff meist ohne Einverständnis bzw. Verständnis des Patienten durchgeführt. Kinder unter 16 Jahren gelten vor internationalem Recht als zu jung, um selbst entscheiden zu können bzw. zu dürfen. Besonders störend bei dieser Patientengruppe ist, dass diese unnötigen und medizinisch nicht indizierten Operationen meist über die Krankenkasse verrechnet werden, obschon in 98% der Fälle keine medizinische Indikation besteht. Eine strikt evidenzbasierte Indikation würde zu einer drastischen Abnahme der Operationszahlen führen und dies wiederum würde die Krankenkassen deutlich entlasten, kostet doch der Eingriff in Institutionen wie dem Kinderspital Zürich und Kantonsspital Winterthur ca. 1200 Franken!

Zu Vor- und Nachteilen einer Beschneidung gibt es Wagenladungen voll Publikationen, die sich regelmässig widersprechen. Viele Gerüchte haben Einzug gehalten. Hierzu gibt es eine interessante Webseite, die sich mit ebendiesen pseudowissenschaftlichen Begründungen für oder gegen die Zirkumzision befasst. http://www.icgi.org/medicalization/#page_1

Bei genauer Analyse sämtlicher Publikationen bleibt nur noch eine eindeutige Indikation zur Beschneidung: die Balanitis xerotica obliterans und der Narbenring nach Manipulation bzw. schwerer eitriger Balanoposthitis. Es gibt auf Wikipedia eine exzellente Übersicht zu allen Aspekten pro und kontra Beschneidung. http://en.wikipedia.org/wiki/Medical_analysis_of_circumcision

In Afrika wird sie zusätzlich zur Verminderung der HIV-Übertragung empfohlen. Dieser Effekt ist klar bewiesen und wird nicht miteinbezogen, da wir Zugang zu deutlich wirksameren Schutzmassnahmen haben.

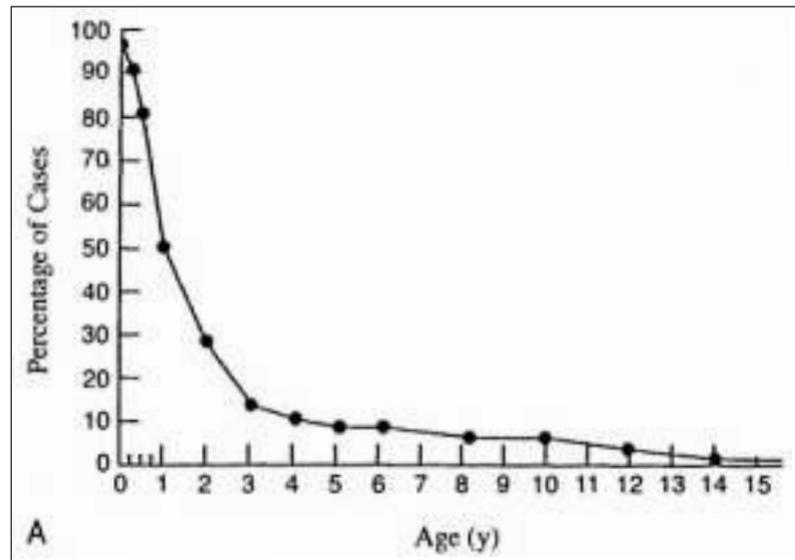
Die bis anhin akzeptierten Symptome, die für eine Zirkumzision qualifizierten, wie Ballonierung bei der Miktion und rezidivierende Balanoposthitiden, sind laut vielen Studien selbstlimitierend und brauchen keine operative Korrektur. Häufig treten diese Symptome auch nur phasenweise auf und brauchen etwas Geduld von den Eltern und behandelnden Ärzten.

Auch die Mär, dass die Vorhaut bis zum Kindergartenalter vollständig zurückziehbar sein sollte, ist überholt. Die statistische Verteilung der Retraktibilität zeigt, dass man der Vorhaut problemlos Zeit bis in die Pubertät geben darf, um sich zu weiten. Es sollen keinerlei Manipulationen in diese Richtung stattfinden. Aus demselben Grund besteht auch keine Indikation zur Salbenbehandlung bei Schnürringbildung bei Kindern vor der Pubertät. Im klinischen Alltag jedoch Zirkumzisionen nur bei eindeutig medizinischer Indikation durchzuführen, ist nicht praktikabel und wäre über das Ziel hinausgeschossen. Bei schweren rezidivierenden Balanoposthitiden (gelegentlich mit drohendem Harnverhalt) ist eine Beschneidung hilfreich, auch kann nach chronischer Manipulation bereits schon früh ein Narbenring entstanden sein, der sich auch im Alter nicht öffnen wird. Auch hier ist eine zeitige Zirkumzision indiziert. Eine Paraphimose hingegen qualifiziert nicht zur Beschneidung, sie kann aber sehr wohl aus psychologischen Gründen (massive Schmerzen bei der Reposition) oder wegen Rezidivgefahr angebracht sein. Die Indikation zur Zirkumzision soll aus diesem Grund nicht nur aus rein medizinischen Gründen gestellt werden, sondern muss auch im Zwiegespräch mit der Familie diskutiert werden. Meine persönliche Erfahrung mit der Beratung, die meist zeitraubend ist, ist die, dass die meisten Eltern danach gerne auf eine Operation verzichten und nicht operative Massnahmen – auch wenn sie zeitraubend und mühsam sind – sehr wohl durchziehen, auch wenn sie dies mehrmals tun müssen, wie dies bei rezidivierenden Balanoposthitiden der Fall ist.

Deutlich schwieriger ist der Umgang mit Eltern, die aus religiösen oder traditionellen Gründen eine Beschneidung auf Kosten der Krankenkassen machen lassen wollen. Die für eine eventuell medizinisch begründete Zirkumzision nötigen Symptome sind ihnen bekannt. Diese werden häufig übertrieben oder gar erfunden. Bei einem operativen Eingriff, der medizinisch eigentlich unnötig ist, kommt noch die Rechtsunsicherheit für den Operateur je länger je mehr ins Spiel. Eigentlich müssen Kinder mündig sein, um ihr Einverständnis für einen unnötigen Eingriff zu geben. Hierfür erachtet man erst Jugendliche ab 16 Jahren als entscheidungsfähig. Bei der Beschneidung macht man aber Ausnahmen für die Juden und die Moslems. Die Juden dürfen ihre Söhne am 8. Tag beschneiden und die Moslems müssen bis ca. zum 9. Lebensjahr warten, um den jungen Patienten selbst Fragen zu können. (dtsch arztebl 2008; 105 (34–35): a 1778–80. Schreiber M. et al. Zirkumzision – Ritus und Recht. Klin.padiatr 2009; 221: 409–414).

Ich bin der Überzeugung, dass man ein Kind erst dann beschneiden darf, wenn es versteht, weshalb seine Eltern dies wollen und selbst auch einverstanden ist mit dieser nicht medizinisch indizierten Massnahme. Es gibt keinen operationstechnischen Grund, diesen Eingriff möglichst früh zu machen, auch wenn die Schmerzen bei grösseren Kindern eher grösser zu sein scheinen. Glücklicherweise sind die Komplikationen sehr selten und meist unbedeutend, aber es gibt sie halt doch. Dies ist ein weiterer Grund, diesen Eingriff nur mit Zustimmung des betroffenen Kindes zu machen, denn die Komplikationen muss es ja selbst ausbaden. Unabhängig von der Diskussion, ob nun die Zirkumzision Vor- oder Nachteile hat, sollte man sich die angefügte Kurve, die den spontanen Verlauf der angeborenen

physiologischen Phimose aufzeigt, vor Augen führen. Es zeigt sich, dass nur etwa 2 Prozent der Männer in ihrem Leben eine Zirkumzision aus medizinischen Gründen brauchen. Ich zeige sie den fragenden Eltern immer, um sie zur Geduld zu motivieren.



Gairdner D: The fate of the foreskin. BMJ 2:200–203, 1949.

Doch auch hier, trotz der Kurve: wenn der in der Pubertät stehende Jugendliche in die Sprechstunde kommt, weil er Schmerzen wegen einer nicht vollständig retrahierbaren Vorhaut bei der Erektion hat, scheint eine Zirkumzision aus psychologischen Gründen sinnvoll! Zu guter Letzt noch das Thema Synechien: Jegliche Manipulation, um sie zu lösen, ist unnötig. Spätestens mit der Aufnahme der Masturbation werden sich diese von alleine lösen.

Brit Mila – die Zirkumzision aus jüdischer Sicht

Gerade heute habe ich wieder eine Brit Mila miterleben dürfen. Ein kleines, noch unmündiges Kind wird am 8. Lebenstag – bzw. ein Frühgeborenes oder krankes Kind, sobald es gesund ist – im Rahmen von Familie und Freunden als Teil der jüdischen Gemeinschaft aufgenommen. Mit dem vom Mohel – einer erfahrenen jüdischen Fachperson (nicht auf Kosten der Krankenkasse) durchgeführten «Bund Abrahams» wird das bisher noch namenlose Kind Teil des jüdischen Volkes. Seine Eltern, die Freunde und die ganze Gemeinde übernehmen mit diesem Akt auch eine Verantwortung für die traditionelle Erziehung dieses Kindes. Wieso ist für eine solche Verbindung bei Knaben eine Beschneidung notwendig? Ich weiss es nicht! Es ist ein biblisches Gebot, historisch gesehen, verbunden mit der Geschichte der Erzväter, insbesondere mit Abraham und

seinen Söhnen Isaac und Ismael. Für einen traditionell lebenden, jüdischen Menschen ist dies eigentlich bereits genügend, um dieses Gebot auch in der heutigen Zeit umzusetzen. Natürlich gibt es dazu viele Erklärungen. Der Text der Bibel selbst schreibt in der Einleitung zum Gebot der Brit Mila: «Wandle vor MIR und sei vollkommen!» (Gen. 17,1) – was soviel bedeutet, als dass die Beschneidung ein Weg zur Vervollkommnung sei. Die Vorhaut wird als körperlicher Teil angesehen, welcher für das Überleben des Menschen nicht essenziell ist und daher im Rahmen einer persönlichen Tat der Vervollkommnung entfernt werden soll. Dies ganz im Sinne der jüdischen Tradition, welche den Menschen als aktiven Mitgestalter auf Erden sieht. Vielleicht ist es auch nicht vergebens, gerade das männliche Sexualorgan, welches «beschnitten» wird – um dem

starken männlichen Trieb einen gewissen Einhalt zu gebieten. Auch dies im Sinne der jüdischen Lebensgestaltung – welche den massvollen Genuss irdischer Freuden durchaus bejaht. Jedenfalls ist die Brit Mila mehr als nur ein chirurgischer Eingriff oder eine altertümlich-medizinische Präventionsmassnahme. Es handelt sich um ein Ritual, mit welchem die jüdische Gemeinschaft ihre Werte weitertradiert will. Dies geschieht mit der Brit Mila nicht «nur» als religiöse Erziehung, sondern als «religiöse» Handlung. Dass im Übrigen die Brit Mila eine weltbewegende kalendarische Bedeutung hat, ist nur noch wenigen bekannt – schliesslich beginnt das moderne Jahr nicht bei der Geburt Christi (am 25. Dez.), sondern am 8. Tag danach – dem «dies circumcisii domini» – bekannt als Neujahr.

Dr. med. Refoel Guggenheim, Zürich

Notfälle in der Praxis

Ernsthafte Notfälle sind in der Praxis glücklicherweise eher selten. Gerade deshalb bedeuten sie eine grosse Herausforderung für das Praxisteam, das meist ohne Vorbereitungszeit und mit wenigen Ressourcen eine Erstversorgung gewährleistet und den Transport ins Spital organisieren muss. Um in solchen Situationen den Überblick zu behalten, lohnt es sich, systematisch vorzugehen.

DR. MED.
IRIS I. BACHMANN
HOLZINGER,
KINDERSPITAL LUZERN,
DR. MED.
GEORG STAUBLI,
UNIVERSITÄTS-
KINDERSPITAL ZÜRICH

Ein ganz normaler Arbeitstag in der Praxis hat begonnen. Momentan läuft alles nach Plan, plötzlich ein Tumult, aufgeregte Stimmen, darunter das Schreien einer Mutter: «Sie atmet nicht, sie atmet nicht, so helf mir doch, sie stirbt»!!! Zwei Erwachsene stürmen in die Praxis, ein ca. 6 Jahre altes, Ihnen unbekanntes Kind liegt in den Armen der Mutter und zeigt eine deutliche periorale Zyanose, man hört ein röchelndes Atemgeräusch. «Ruft sofort die Ambulanz – REA in meiner Praxis!», hören Sie sich rufen und wissen in diesem Moment, dass Sie lange 10 Minuten vor sich haben...

ABCDE – eine Systematik, an die man sich im Notfall halten kann

Gerade bei schwer kranken oder schwer verletzten Kindern ist das systematische Evaluieren und Behandeln der Vitalfunktionen wichtig, um eine weitere Verschlechterung und Progression zum Kreislaufstillstand zu verhindern. Es gibt verschiedene Methoden in der Kinderreanimation, eine davon ist PALS (pediatric advanced life support), welche diesem Artikel als Grundlage dient.

Jedes schwer kranke oder schwer verletzte Kind wird initial nach dem ABCDE beurteilt (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1

A Airway	offen behindert
B Breathing	Atemfrequenz Atemmuster (Einziehungen, Benutzung der Atemhilfsmuskulatur) Atemzugvolumen Auskultation Pulsoxymetrie
C Circulation	Herzfrequenz Rhythmus Puls (peripher/zentral) Blutdruck Rekapillarierungszeit (peripher und zentral) Hautcolorit und -temperatur Endorganfunktion (GCS, Urinausscheidung, Hautdurchblutung)
D Disability	GCS Pupillen
E Exposure	Patient ausziehen Trauma? Äussere Blutung? Ausschlag? Körpertemperatur Bei Traumpatienten: Untersuchung von Kopf bis Fuss inkl. Log Roll (Wirbelsäule/Rücken)

Ernsthafte Probleme werden behandelt, sobald sie erkannt werden. Der Patient wird nach jeder Intervention reevaluiert.

A wie Airway (Atemwege + Sauerstoff)

Ein Kind, das normal spricht bzw. weint und geräuschlos atmen kann, hat unbehinderte obere Atemwege. Zeigt das Kind ungewöhnliche Atemgeräusche wie inspiratorischer Stridor, Stöhnen oder fehlende Atemgeräusche trotz Atemanstrengungen, sind die Atemwege behindert. Verschiedene Massnahmen können ergriffen werden:

- Atemwege manuell öffnen
 - Schnüffelposition (Bild 1)
 - Head tilt chin lift (nicht bei möglicher Verletzung der HWS/bei Traumpatienten) (Bild 2)
 - Esmarch Handgriff (Bild 3)



Bild 1



Bild 2



Bild 3

- Absaugen
 - unter Sicht mit 80–120 mmHg Sog
 - CAVE: Vagusstimulation mit Bradycardie, Auslösen des Würgreflexes mit Erbrechen, Verletzungen der Schleimhaut, Agitation und damit respiratorische Verschlechterung
- Einfache Hilfsmittel
 - NPA: Nasopharyngeal Airway (Wendel) (Bild 4)
 - Bei allen Patienten anwendbar; zum Erhalt der Atemwege
 - Grösse abmessen: Distanz Nasenspitze – Tragus
 - Komplikationen: Schleimhautverletzung/-schwellung, Blutung (Adenoide)



Bild 4



Bild 5

- OPA: Oropharyngeal Airway (Guedel) (Bild 5)
Nur bei bewusstlosen Patienten anwendbar, zum Erhalt der Atemwege
Grösse abmessen: Distanz Mundwinkel–Kieferwinkel
Komplikationen: zu langer/kurzer OPA → Atemwegsobstruktion
- Halskragen: bei allen Traumapatienten sollte ein Halskragen angepasst und die HWS somit geschützt werden.

Sauerstoff

Bei schwer kranken oder schwer verletzten Kindern ist die Sauerstoffversorgung der Peripherie oft eingeschränkt/vermindert, während der Sauerstoffbedarf gesteigert sein kann. Deshalb sollte bei allen schwer kranken oder schwer verletzten Kindern oder bei ernsthaften primären respiratorischen Problemen unabhängig von der transcutanen O₂-Sättigung zusätzlich Sauerstoff zugeführt werden.

Idealerweise geschieht das mit einem High-Flow-System.

Low-Flow-Systeme:

- Nasenvelo (Flow von maximal 4 l/min, sonst Schleimhautirritationen/-verletzungen)
- Einfache O₂-Maske ohne Reservoir (O₂-Zufuhr von mind. 6 l/min um CO₂-Rückatmung zu minimieren/verhindern)

100% O₂ mischt sich mit der Umgebungsluft, die zugeführte O₂-Konzentration variiert (von 23–60%) je nach O₂-Flow, Alter des Kindes und Atemfrequenz/-arbeit!

High-Flow-Systeme:

- O₂-Maske mit Reservoir (partielle Rückatmung der Ausatemungsluft)

- O₂-Maske mit Reservoir und Ventil, das die Mischung der Ausatemungsluft mit dem Sauerstoff im Reservoir verhindert (keine Rückatmung der Ausatemungsluft)

Beide High-Flow-Systeme benötigen einen O₂-Flow von mindestens 10–15 l/min, damit werden Sauerstoffkonzentrationen von 50–60% (partielle Rückatmung) bzw. beinahe 100% (keine Rückatmung) zugeführt.

B wie Breathing (Atmung)

Grundsätzlich ist zu unterscheiden, ob eine Atemnot (respiratory distress) oder eine Ateminsuffizienz bzw. ein Atemversagen (respiratory failure) vorliegt.

Respiratory Distress (Atemnot)

- Tachypnoe
- Tachycardie
- Nasenflügeln, Stöhnen, Einziehungen
- Abnorme Atemgeräusche (Stridor, Giemen)
- Blasses Hautcolorit, kühle Peripherie
- evtl. Unruhe

Respiratory Failure (Ateminsuffizienz, Atemversagen)

- Tachypnoe (früh), Bradypnoe bis Apnoe (spät)
- Tachycardie (früh), Bradycardie bis Aystolie (spät)
- Erhöhte Atemarbeit (früh), verminderte bis fehlende Atemarbeit (spät)
- Zyanose
- Wenig bis fehlende Atembewegungen
- Stupor, Coma (Endorganperfusion stark vermindert)
- Sättigung < 90% trotz Sauerstoffgabe

Atmet der Patient insuffizient oder nicht, muss die Atmung unterstützt oder der Patient beatmet werden mit einer Frequenz von 15–30/min. Je nach Ursache der Atemnot oder Ateminsuffizienz sind spezifische Medikamente indiziert. Entscheidend ist eine schnelle Behandlung dieser Atemprobleme, um eine weitere Verschlechterung bis zum Herz-Kreislauf-Stillstand zu verhindern.

C wie Circulation (Kreislauf)

Der im Vergleich zum Bedarf inadäquate Transport von Sauerstoff in die Peripherie sowie der inadäquate Abtransport der metabolischen Produkte aus der Peripherie bezeichnet man als Schock.

Beim kompensierten Schock ist der systolische Blutdruck normal dank Kompensationsmechanismen wie Tachycardie und Erhöhung des peripheren Gefässwiderstandes. In dieser Phase muss schnell behandelt werden, um eine weitere Verschlechterung zu verhindern. Sind die Kompensationsmöglichkeiten ausgeschöpft, fällt der systolische Blutdruck und es liegt ein hypotensiver Schock vor. In diesem Fall drohen innerhalb kürzester Zeit irreversible Organschädigungen und der Herz-Kreislauf-Stillstand.

Man unterscheidet vier Arten von Schock

	Herzfrequenz	Blutdruckamplitude (syst.-diast. BD)	Bemerkungen
Hypovolämer Schock – Diarrhoe/Erbrechen – Blutung – Trinkschwäche/-verweigerung – Osmotische Diurese (Diabetes mellitus) – Verbrennungen/Verbrühungen – Flüssigkeitsverlust ins Gewebe	erhöht	klein (= diastolischer BD erhöht wegen Vasokonstriktion)	Tachypnoe (oft zur Kompensation der metabolischen Azidose)
Distributiver Schock – Sepsis – Toxic shock syndrome – Anaphylaxie – Neurogener Schock	erhöht	gross (= diast. BD < 1/2 syst. BD)	
	normal oder erniedrigt	gross	Hypotonie
Cardiogener Schock – Myocarditis – Myocardschädigung (Trauma) – Cardiomyopathie – Rhythmusstörungen	erhöht	klein, evtl. arterielle Hypotonie	Herzinsuffizienzzeichen (Einflussstauung, Lungenödem, Hepatosplenomegalie, Tachypnoe)
Obstruktiver Schock – Pericardtamponade – Spannungspneumothorax – Lungenembolie – Ductus-abhängige congenitale Herzvitien	erhöht	klein	Low cardiac output mit Einflussstauung, Progression in pulslose elektrische Aktivität (PEA) möglich

Die initiale Behandlung besteht aus

- Optimierung des Sauerstoffgehaltes des Blutes: zusätzliche Sauerstoffgabe (auch bei guter peripherer Sättigung)
- Venöser Zugang und Volumenbolus i.v.: beim hypovolämen und distributiven Schock sind repetitive intravenöse Volumenboli indiziert. Dabei dürfen nur isotone Lösungen als Bolus verabreicht werden (idealerweise NaCl 0,9%). Beim cardiogenen und obstruktiven Schock eher Zurückhaltung bei Volumengabe!
- Sauerstoffbedarf vermindern: Fieber senken
- Einsatz von Vasoaktiva und Bluttransfusionen (normalerweise erst im Spital)

D wie Disability (neurologische Defizite)

Um die zwei wichtigsten ZNS-Funktionen zu evaluieren (Hirnstamm und Cortex), werden die Pupillen auf ihre Lichtreaktion geprüft sowie ein GCS erhoben. Anstelle des GCS kann das Kind auch nach dem AVPU-Schema beurteilt werden.

A = Alert (das Kind ist wach, aktiv und reagiert adäquat)

V = Voice (das Kind reagiert nur auf Ansprechen)

P = Pain (das Kind reagiert nur auf Schmerzreize)

U = Unresponsive (das Kind reagiert auf keinen Stimulus wie Ansprechen/Schmerzreize)

E wie Exposure (Exploration von Kopf bis Fuss)

Der entkleidete Patient wird auf Verletzungen oder Hautveränderungen untersucht. Bei allen Traumapatienten sollte die Inspektion des Rückens und der Wirbelsäule mit einem Log roll (Bild 6) stattfinden.

Die Körpertemperatur sollte spätestens zu diesem Zeitpunkt gemessen werden.

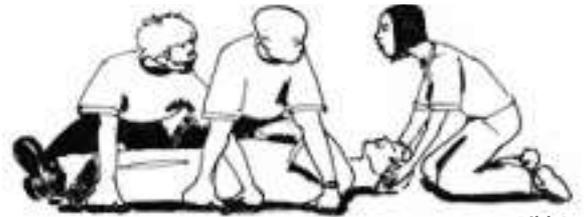


Bild 6

PALS-Kurse

In den Kursen von PALS (wie auch in anderen Kinderreanimationskursen) kann die systematische Beurteilung und Behandlung von schwer kranken oder schwer verletzten Kindern praktisch geübt werden. In der Schweiz werden sie vom Kantonsspital St. Gallen (http://www.k10.ch/ahakurse/pals_.html) oder vom Schweizer Institut für Rettungsmedizin Sirmed (<http://www.sirmed.ch>) angeboten.

Im Januar 2011 fand in Zürich zum ersten Mal ein eintägiger Reanimationskurs für Praxispädiater statt (Veranstalter Forum für Praxispädiatrie).

Wie es weiterging mit der 6-jährigen Patientin

Nach anfänglicher Aufregung legen Sie die Patientin im Sprechzimmer auf eine Untersuchungsliege. Sie öffnen die Atemwege mit dem Esmarch-Handgriff, die Praxisassistentin hat bereits eine Sauerstoffmaske mit Reservoir vorbereitet und legt diese der Patientin an, um zusätzlich O₂ zu verabreichen. Die Patientin atmet karchelnd und zeigt dabei eine symmetrische Thoraxexkursion. Sie hören fortgeleitete RG's über beiden Thoraxseiten. Die Patientin hat einen kräftigen peripheren Puls mit einer Frequenz um die 100/min. Sie bemerken, dass die Patientin ein rhythmisches Zucken der Finger und Hände aufweist sowie schmatzt. Die Pupillen sind beide weit und reagieren wenig auf Licht. Den GCS bestimmen Sie gar nicht erst, weil die Mutter in der Zwischenzeit der Praxisassistentin etwas von Epilepsie erzählt und dass ihre Tochter noch nie einen so langen Anfall hatte. Sie verabreichen Diazepam 10 mg rectal und als die Ambulanz eintrifft, ist das Mädchen bereits postiktal und atmet ruhig. Der Transport ins Kinderspital gestaltet sich problemlos. «So lange waren diese 10 Minuten gar nicht», denken Sie und widmen sich wieder dem Praxisalltag...

QUELLE

PALS (pediatric advanced life support) Guidelines 2010.

Kinderaudiologie

Thema	Es werden theoretische und praktische Aspekte aktueller kinderaudiologischer Methoden vermittelt. Im Vordergrund steht vor allem das Management von Mittelohr-Belüftungsstörungen. Parallel zu Kleingruppenübungen (Tympanometrie, Verhaltens- und Sprachaudiometrie, evtl. Neugeborenen-Hörscreening) bieten wir erstmals einen Workshop «Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen» an.
Datum	Samstag, 21. Mai 2011
Ort	Kantonsspital Luzern
Leitung/ Referenten	Dr. med. Peter Oppermann
Teilnehmende	25 Personen
Kosten	CHF 400.– bzw. CHF 300.– für FPP-Mitglieder, exkl. Mittagessen/Getränke
Information und Moderation	Dr. med. Manuela Hany Marktgasse 45, 8400 Winterthur Telefon 052 213 15 15

Manualthérapeutische Untersuchung der Wirbelsäule

Thema	Untersuchungstechniken der Wirbelsäule nach manualthérapeutischen Kriterien beim Schulkind. Schwerpunkt Hands-on. Üben der Untersuchungsschritte in Kleingruppen am Patienten.
Datum	Donnerstag, 19. Mai 2011
Ort	Klinik Balgrist, Zürich
Leitung/ Referenten	Dr. med. Peter Kränzlin
Teilnehmende	16 Personen
Kosten	CHF 400.– bzw. CHF 300.– für FPP-Mitglieder, exkl. Mittagessen/Getränke
Information und Moderation	Dr. med. Charlotte Mühlemann, Pädiatrie FMH, St.Gallen, Tel. +41 (0)71 278 13 28, Fax +41 (0)71 278 29 85

Körper, Liebe, Doktorspiele – die Sexualentwicklung im Kindesalter

Thema	Im Diskurs über kindliche Sexualität stehen in der heutigen Zeit Sorgen über Exzesse, Pathologien und Übergriffe im Vordergrund. Wie aber verläuft eigentlich die «normale, gesunde» kindliche Sexualentwicklung? Wie und wann entwickelt sich die Sexualität im Kindesalter – wie weit geht uns dies in der pädiatrischen Praxis überhaupt etwas an, wie können wir dafür einen Rahmen schaffen, in dem uns wohl ist, und welche Unterstützung können wir den Kindern und den Erziehern anbieten?
Inhalte	<ul style="list-style-type: none"> – Theoretisches Wissen über menschliche Sexualität, insbesondere die frühkindliche Sexualentwicklung: Wo stehen wir heute? – Sprache: Erweiterung des Vokabulars zur Sexualität – Auseinandersetzung mit gesellschaftlichen und eigenen Wert- und Normvorstellungen – Fallbesprechungen – Praktische Gesprächsführung
Struktur	Der Workshop ist interaktiv gestaltet. Neben der theoretischen Wissensvermittlung erfolgen Falldarstellungen (z.T. mit Video), wobei eigene Fälle eingebracht werden können und willkommen sind. Wir erarbeiten Möglichkeiten zum gelassenen Umgang mit dem Tabuthema kindliche Sexualität. Anhand praxisrelevanter Beispiele können Fertigkeiten in der Gesprächsführung und spezifischen Beratung bei sexologischen Fragestellungen eingeübt werden.
Datum	4. Juni 2011, ganzer Tag
Ort	Hotel Crowne Plaza, Zürich
Leitung/ Referenten	Frau Dr. med. Karoline Bischof, Sexualtherapeutin und Frauenärztin, Mitglied des Zürcher Institutes für klinische Sexologie und Sexualtherapie (www.ziss.ch), langjährige Kursleiterin der Seminarreihe Sexualberatung in der ärztlichen Praxis.
Teilnehmende	max. 30 Personen
Kosten	CHF 400.– bzw. CHF 300.– für FPP-Mitglieder, exkl. Mittagessen/Getränke
Information und Moderation	Frau Dr. med. Mercedes Ogal, Pädiatrie FMH, Brunnen kinderarztpraxis@ogal.ch

Nahe am Allergen.
Weit weg von der Allergie.

Starke Wirkung.¹



Opatanol®
(olopatadine hydrochloride
eye drops solution) 0,1%

OPATANOL® ist den meisten herkömmlichen okulären Antiallergika überlegen.²

OPATANOL® verbessert die okulären Allergiesymptome signifikant und erhöht die Lebensqualität.³

OPATANOL® ist die Nr. 1 unter den okulären Antiallergika weltweit.⁴

Kassenzulässig Opatanol® 1mg/ml Augentropfen

Zusammensetzung: Olopatadinum 1mg/ml, Conserv.: Benzalkoniumchloridum. Indikationen: Zur Behandlung von okulären Symptomen der saisonalen allergischen Konjunktivitis bei Erwachsenen und Kindern ab 3 Jahren. Dosierung/Anwendung: Einen Tropfen Opatanol® zweimal täglich in den Bindehautsack des (der) betroffene(n) Auge(n) eintropfen (im Abstand von 8 Stunden). Die Behandlung kann falls notwendig bis zu 4 Monate fortgesetzt werden. Kontraindikationen: Überempfindlichkeit gegenüber Olopatadin oder einem der Hilfsstoffe. Vorsichtsmassnahmen: Opatanol® wird, obwohl topisch angewendet, auch systemisch resorbiert. Bei Anzeichen schwerwiegender Symptome oder bei Überempfindlichkeitsreaktionen ist die Behandlung mit diesem Präparat abzubrechen. Interaktionen: Es wurden am Menschen keine klinischen Studien mit Opatanol® zu Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln durchgeführt. Schwangerschaft/Stillzeit: Es gibt keine kontrollierten klinischen Studien der Anwendung von Opatanol® an schwangeren Frauen. Opatanol® wird bei stillenden Müttern nicht empfohlen. Unerwünschte Wirkungen: Während der klinischen Prüfungen mit Opatanol® traten keine schwerwiegenden ophthalmologischen oder systemischen Nebenwirkungen auf. Als häufigste behandlungsbedingte Nebenwirkung wurde okuläre Missempfindung mit einer Häufigkeit von 0,9% angegeben. Okuläre Effekte: Gelegentlich Missempfindung, Pruritus, Hyperämie, Sekret, Keratitis, Lidödem, Trockenes Auge, Fremdkörpergefühl, Lichtscheu. Systemische Effekte: Häufig Kopfschmerzen, gelegentlich Asthenie, Schwindelgefühl, Geschmacksstörungen, trockene Nase. Liste: B. Packungen: Tropfflasche aus Kunststoff zu 5 ml. Zulassungsinhaber: ALCON SWITZERLAND SA, 6331 Hünenberg. Stand der Informationen: Februar 2009. Weitere Angaben entnehmen Sie bitte dem Arzneimittel-Kompendium der Schweiz 2010.

Referenzen:

1. Abelson MB et al. Combined Analysis of Two Studies Using the Conjunctival Allergen Challenge Model to Evaluate Olopatadine Hydrochloride, a new Ophthalmic Antiallergic Agent With Dual Activity. Am J Ophthalmol. 1998;125:797-804. 2. Rosenwasser LJ et al. Mast cell stabilization and anti-histamine effects of olopatadine ophthalmic solution: a review of pre-clinical and clinical research. Curr Med Res Opin. 2005;21:1377-1388. 3. Berger W et al. Effects of adjuvant therapy with 0.1% olopatadine hydrochloride ophthalmic solution on quality of life in patients with allergic rhinitis using systemic or nasal therapy. Ann Allergy Asthma Immunol. 2005; 95:361-371. 4. IMS Health Midas Data Sept 2010

Alcon®

ALCON SWITZERLAND SA Pharma Phone 0844 82 82 85
Bösch 69 Pharma Fax 0844 82 82 90
CH-6331 Hünenberg info.ch@alconlabs.com

ADS in der pädiatrischen Praxis

«Brainstorming» für Erfarene

Das «schwierige Kind» ist ein häufiges Thema in der Praxis, und die Eltern kehren auch nach Abklärungen und Beratungen in Fachinstitutionen meist wieder zu uns zurück. Bei den jungen Pädiatern besteht deshalb ein grosses Bedürfnis nach einem neuen praxisbezogenen ADS-Kurs. Bevor wir diesen anbieten können, müssen wir uns klar werden, welche Rolle wir als Betreuer «schwieriger Kinder» jetzt und zukünftig spielen, wie das zunehmend polymorphe Störungsbild abzugrenzen ist (POS, Autismus, Depression, psychosoziale Aetiologie) und wo unsere Grenzen liegen. Wir laden deshalb alle engagierten «ADS-Aktivisten» zu dieser strukturierten Tagung ein.

Datum	24./25. August 2011 (Mittwoch ab 17 Uhr, ganzer Donnerstag)
Ort	Solothurn (Jugendherberge)
Leitung/ Organisation	Sandra Baumgartner, Hannes Geiges, Roland Kägi, Herbert Suter
Programm	Standortbestimmung und Festlegen der Themen am Mittwoch gemeinsames Nachtessen mit Diskussion. Erarbeiten der Themen am Donnerstag
Kosten	ca. CHF 50.– (Selbstkosten Raummiete, Mittag- essen, Pausenverpflegung). Alles zum Selbst- kostenpreis, spezifisches Firmensponsoring möchten wir nicht in Anspruch nehmen. Unterkunft in Eigenregie.

Reanimationskurs für Praxispädiater

Thema	Welcher Praxispädiater fürchtet sich insgeheim nicht vor einer akuten, lebensbedrohlichen Situation eines Kindes in seiner Praxis? In Zusammenarbeit mit dem Kinderspital Zürich frischen wir unsere Fertigkeiten und unser Wissen bezüglich praxisrelevanter, lebensbedrohlicher Situationen von Kindern und Jugendlichen auf (entsprechend den aktuellen PAL-Richtlinien). In kleinen Gruppen üben wir unter fachkundiger Leitung konkrete Situationen am Phantom. Gängige und neue Hilfsmaterialien werden vorgestellt und angewandt, Medikationsdosierungen und Leitlinien auch schriftlich abgegeben.
Datum	Donnerstag, 22. September 2011, 9–18 Uhr
Ort	Zürich
Leitung/ Referenten	Dr. G. Staubli, Leiter Notfallstation Kinderspital Zürich und Mitarbeiter
Teilnehmende	25 Personen
Kosten	CHF 400.– bzw. CHF 300.– für FPP-Mitglieder, exkl. Mittagessen/Getränke
Information	Geschäftsstelle FPP

Eltern zwischen Freude und Erschöpfung – zur postpartalen Erschöpfung und postpartalen Depression

Ziele	<ul style="list-style-type: none"> – Die TN kennen die Krankheitsbilder postpartale Erschöpfung und postpartale Depression – Sie sind dafür sensibilisiert und fähig zur Früherkennung in der pädiatrischen Praxis – Die TN vertiefen ihre Beratungskompetenz – Sie kennen die Möglichkeiten von interdisziplinärer Zusammenarbeit und Psychotherapie
Inhalte	<ul style="list-style-type: none"> – Krankheitsbild der postpartalen Krisenzustände – Früherkennung – Auswirkungen auf die Mutter-Kind-Bindung und den Säugling – Massnahmen zur Entlastung und Erholungsmöglichkeiten – Vorstellung der Mutter-Kind-Abteilung – Interdisziplinäre Zusammenarbeit – Psychotherapie – Erfahrungsaustausch
Datum	11. November 2011, 9–17 Uhr
Ort	Spital Affoltern, Sonnenbergstrasse 27, 8910 Affoltern am Albis
Leitung/Referenten	Annina Hess-Cabalzar, Leitung Psychotherapie und Mutter-Kind-Abteilung Gunda Wolter, Psychotherapie, stellvertretende Leitung Mutter-Kind-Abteilung
Teilnehmende	25–30 Personen
Kosten	CHF 400.– bzw. CHF 300.– für FPP-Mitglieder, exkl. Mittagessen/Getränke
Information	Geschäftsstelle FPP

Wartelisten

Kinderophthalmologie
Psychische, psychosomatische und psychiatrische Probleme in der pädiatrischen Praxis
Endokrinologie für Praxispädiater (Kurs läuft)
Sportmedizin bei Kindern und Jugendlichen (Kurs läuft)
Fit und MisFit (Kurs läuft)
Gastroenterologie

Vorankündigungen

Praxiseröffnungsseminar
 22./23. Juni 2012 in Zürich

Hypnose in der pädiatrischen Praxis mit Dr. Leora Kuttner
 Juni 2012 (Kurse für Anfänger und Fortgeschrittene geplant)

Online-Anmeldung:
www.praxispaediatriche.ch

ANMELDEKALENDER



Diese Anmeldung ist verbindlich.

Annulation bis 30 Tage vor Kursbeginn ohne Kostenfolge.
 Bei Abmeldung weniger als 30 Tage vor Kursbeginn oder bei Nichterscheinen wird der volle Kursbetrag in Rechnung gestellt.

- Kinderaudiologie, Samstag, 21. Mai 2011, Kantonsspital Luzern**
- Manualtherapeutische Untersuchung der Wirbelsäule, Donnerstag, 19. Mai 2011, Klinik Balgrist, Zürich**
- Körper, Liebe, Doktorspiele – die Sexualentwicklung im Kindesalter, 4. Juni 2011, ganzer Tag, Hotel Crowne Plaza, Zürich**
- ADS in der pädiatrischen Praxis, 24./25. August 2011, Solothurn**
- Reanimationskurs für Praxispädiater, Donnerstag, 22. September 2011, 9–18 Uhr, Zürich**
- Eltern zwischen Freude und Erschöpfung – zur postpartalen Erschöpfung und postpartalen Depression 11. November 2011, 9–17 Uhr, Spital Affoltern a.A.**

Anmeldung für Kurse Forum Praxispädiatrie FPP

- Ich bestätige, dass ich obige Anmeldebedingungen zur Kenntnis genommen habe.

VORNAME, NAME: _____

ADRESSE: _____

PLZ/ORT: _____

E-MAIL: _____

DATUM/UNTERSCHRIFT: _____

Forum Praxispädiatrie FPP, Badenerstrasse 21, 8004 Zürich, Fax 043 317 93 64, info@praxispaediatriche.ch oder www.praxispaediatriche.ch

Verlag Praxispädiatrie GmbH

Die Bestellung ist verbindlich.

- Testmaterial: **Neuromotorik-Testkoffer** zu CHF 480.– plus NK

NAME: _____

VORNAME: _____

ADRESSE: _____

PLZ/ORT: _____

E-MAIL: _____

DATUM/UNTERSCHRIFT: _____

Verlag Praxispädiatrie GmbH, Badenerstrasse 21, 8004 Zürich, Fax 043 317 93 64, info@praxispaediatriche.ch



Proche de l'allergène.
Eloigne l'allergie.

Fort e efficacité.¹



Opatanol®
(olopatadine hydrochloride eye drops solution) 0,1%

OPATANOL® est supérieur à la plupart des anti-allergiques oculaires traditionnels.²

OPATANOL® diminue les symptômes d'allergies oculaires de manière significative et améliore la qualité de vie.³

OPATANOL® est le numéro 1 mondial des collyres anti-allergiques.⁴

Admis aux caisses-maladie Opatanol® 1mg/ml Gouttes ophtalmiques

Composition: Olopatadinum 1mg/ml, Conserv.: Benzalkonii chloridum. Indications: L'Opatanol® est indiqué pour le traitement des symptômes oculaires de la conjonctivite allergique saisonnière chez les adultes et chez les enfants à partir de 3 ans. Posologie/ Mode d'emploi : Appliquer une goutte d'Opatanol® 2 fois par jour dans le cul-de-sac conjonctival de l'œil (ou des yeux) atteint(s) (dans un intervalle de 8 heures). Le traitement peut au besoin être poursuivi jusqu'à 4 mois. Contre-indications: Hypersensibilité à l'olopatadine ou à l'un des excipients. Précautions: L'Opatanol® est, bien qu'appliqué topiquement, également résorbé de façon systémique. En cas d'apparition de symptômes graves ou de réactions d'hypersensibilité, le traitement avec ce médicament doit être interrompu. Interactions: Il n'existe pas d'études cliniques chez l'homme sur les interactions entre l'Opatanol® et d'autres médicaments. Grossesse/Allaitement: Il n'existe pas d'études cliniques contrôlées concernant l'utilisation d'Opatanol® chez la femme enceinte. L'Opatanol® n'est pas recommandé aux femmes qui allaitent. Effets indésirables: Aucun effet secondaire ophtalmologique ou systémique grave n'est survenu pendant l'étude clinique avec l'Opatanol®. L'effet indésirable lié au traitement le plus fréquent était la douleur oculaire, rapportée à une incidence globale de 0.7%. Effets oculaires : Fréquents: irritation oculaire, sécheresse oculaire, sensation anormale dans les yeux. Effets systémiques : Fréquents: maux de tête. Catégorie: B. Présentations : Flacons compte-gouttes à 5 ml en matière synthétique. Titulaire de l'autorisation: ALCON SWITZERLAND SA, 6331 Hünenberg. Mise à jour de l'information : Février 2009. Pour des informations détaillées, veuillez consulter le Compendium Suisse des Médicaments.

Références:

1. Abelson MB et al. Combined Analysis of Two Studies Using the Conjunctival Allergen Challenge Model to Evaluate Olopatadine Hydrochloride, a new Ophthalmic Antiallergic Agent With Dual Activity. Am J Ophthalmol. 1998;125:797-804. 2. Rosenwasser LJ et al. Mast cell stabilization and anti-histamine effects of olopatadine ophthalmic solution: a review of pre-clinical and clinical research. Curr Med Res Opin. 2005;21:1377-1388. 3. Berger W et al. Effects of adjuvant therapy with 0.1% olopatadine hydrochloride ophthalmic solution on quality of life in patients with allergic rhinitis using systemic or nasal therapy. Ann Allergy Asthma Immunol. 2005; 95:361-371. 4. IMS Health Midas Data Sept 2010

Alcon®

ALCON SWITZERLAND SA Pharma Phone 0844 82 82 85
Bösch 69 Pharma Fax 0844 82 82 90
CH-6331 Hünenberg info.ch@alconlabs.com

EXTERNER KURS

Kreative Kindertherapie

- Organisation** creathera Bern in Kooperation mit dem Nord-deutschen Institut für Kurzzeittherapie
- Fachliche Leitung** Dr. Manfred Vogt, NIK Bremen, und Dres Ursula Bühlmann, Sabine Zehnder, creathera Bern in Zusammenarbeit mit zahlreichen ausgewiesenen Fachkräften das detaillierte Team finden Sie auf www.creathera.ch
- Kursort** Bern
- Aufbau** Der Weiterbildungskurs umfasst 24 Weiterbildungstage (inkl. Supervision), die sich auf 12 zweitägige Seminare verteilen, und dauert 22 Monate. Zwischen den Seminaren treffen sich die Teilnehmer/-innen in selbstorganisierten Interventionsgruppen für insgesamt 32 Std. (z. B. 8 Treffen à 4 Std.) während der gesamten Weiterbildung.
- Zielpublikum** Die Weiterbildung richtet sich an Ärzte/-innen, Psychotherapeute/-innen, Pädagogen/-innen, (Schul)sozialarbeiter/-innen und andere Berufe aus dem Bereich der klinischen und psychosozialen Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und ihren Systemen.
- Zielsetzung** Ziel ist die Vermittlung und Kreation vieler praktischer Ideen und Konzepte für unterschiedliche Fragestellungen aus dem Praxisalltag der Teilnehmer/-innen sowie das Optimieren der Zusammenarbeit aller Professionellen in der Betreuung des Kindes und des Jugendlichen. Kreative Kindertherapie ist ein synergetischer Ansatz in der psychosozialen Beratung, Pädagogik und Psychotherapie, der auf der Auswahl und dem Zusammenwirken von effizienten Verfahren der systemisch-lösungsorientierten Kurztherapie, der Erickson'schen und klinischen Hypnotherapie sowie der Gestalt- und Verhaltenstherapie basiert. Die Teilnehmer/-innen lernen die grundlegenden Prämissen und die spezifischen Handlungsweisen dieser Ansätze in der Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und ihrem Umfeld in Theorie und Praxis kennen.
- Teilnehmer** maximal 20
- Preis** CHF 6600.– (zahlbar in 2 Raten)
- Kursdaten** November 2011 bis August 2013
- Anmeldung** Dr. Ursula Bühlmann, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie FMH, Marktgasse 22, 3011 Bern. Tel. 031 311 03 40. dr.u.buehlmann@bluewin.ch oder unter www.creathera.ch

ULTRASCHALLKURSE

**Grund- und Aufbaukurs Hüftsonografie
(Teil 1–2) – Warteliste**

Datum	5.–7. Mai 2011
Ort	Stadtspital Triemli, Zürich
Teilnehmende	20 Personen
Kosten	CHF 1600.– bzw. CHF 1500.– für SVUPP-Mitglieder
Anmeldung	Mit dem Anmeldetalon auf dieser Seite oder www.svupp.ch

**Abschlusskurs Hüftsonografie (Teil 3) –
Warteliste**

Datum	26. August 2011
Ort	Noch offen
Teilnehmende	20 Personen
Kosten	CHF 1000.– bzw. CHF 900.– für SVUPP-Mitglieder
Anmeldung	Mit dem Anmeldetalon auf dieser Seite oder www.svupp.ch

Neu: Refresherkurs Hüftsonografie (Teil 4)

Datum	26. November 2011
Ort	Solothurn
Teilnehmende	20 Personen
Kosten	CHF 500.– bzw. CHF 400.– für SVUPP-Mitglieder
Anmeldung	Mit dem Anmeldetalon auf dieser Seite oder www.svupp.ch

Pädiatrische Sonografie (Aufbaukurs)

Datum	4.–5. November 2011
Ort	Aarberg
Teilnehmende	20 Personen
Kosten	CHF 1100.– bzw. CHF 900.– für SVUPP-Mitglieder
Anmeldung	Mit dem Anmeldetalon auf dieser Seite oder www.svupp.ch

Pädiatrische Sonografie (Abschlusskurs)

Datum	13.–14. Mai 2011
Ort	Münsterlingen
Teilnehmende	20 Personen
Kosten	CHF 1000.– bzw. CHF 900.– für SVUPP-Mitglieder
Anmeldung	Mit dem Anmeldetalon auf dieser Seite oder www.svupp.ch

ANMELDETALON

Ihre Anmeldung ist verbindlich.

Die Annullation bis 30 Tage vor Kursbeginn ist kostenfrei.

Bei Abmeldungen von weniger als 30 Tagen vor dem Kurs oder bei Nichterscheinen muss der volle Kursbetrag verrechnet werden.

Ultraschallkurse

- Grund- und Aufbaukurs Hüftsonografie (Teil 1–2), 5.–7. Mai 2011**
- Abschlusskurs Hüftsonografie (Teil 3), 26. August 2011**
- Neu: Refresherkurs Hüftsonografie (Teil 4), 26. November 2011**
- Pädiatrische Sonografie (Aufbaukurs), 4.–5. November 2011**
- Pädiatrische Sonografie (Abschlusskurs), 13.–14. Mai 2011**
- SVUPP-o-Meter** (CHF 20.– plus Porto und Verpackung)

Anmeldung für SVUPP-Kurse

- Ich bestätige, dass ich die Anmeldebedingungen zur Kenntnis genommen habe.

Grundkurs besucht am: _____ (Datum)

Anbieter: _____ (SVUPP oder andere Vereinigung)

Aufbaukurs besucht am: _____ (Datum)

Anbieter: _____ (SVUPP oder andere Vereinigung)

Abschlusskurs besucht am: _____ (Datum)

Anbieter: _____ (SVUPP oder andere Vereinigung)

NAME: (STEMPEL) _____

VORNAME: _____

ADRESSE: _____

PLZ/ORT: _____

E-MAIL: _____

DATUM/UNTERSCHRIFT: _____

SVUPP

Badenerstrasse 21, 8004 Zürich, Tel. 044 520 27 17, Fax 043 317 93 64
info@svupp.ch oder www.svupp.ch



Erkerdefekt in der Hüftsonografie nach Graf



Dr. Gregor Kohler

In den Forum News Winter/2010 wurde der Fall der Kollegin Sabine Heiniger präsentiert. Die Diagnose lautete auf Hüftdysplasie Typ 2 a minus mit Erkerdefekt. Folgerichtig wurde die Therapie mit einer Spreizschiene eingeleitet. Wie angekündigt, folgt hier der Verlauf und im Rahmen des Interviews mit Dr. Gregor Kohler wird die Problematik der Erkerdefekte diskutiert und ausgeleuchtet.

AUTOR:
RAOUL SCHMID, BAAR

Wir kennen die Hüftsonografie nach Professor Graf als exakte und reproduzierbare Untersuchungstechnik mit klar definierten Implikationen bezüglich Therapie und Verlauf. Richtig angewendet, erweist sie sich als «wasserdicht». Nicht selten treten allerdings Fragen im Zusammenhang mit den sogenannten Erkerdefekten auf. Diese werden zwar in der Referenzliteratur (Lehrbuch, Manual oder Atlas der Hüftsonografie) erwähnt aber in ihrer Bedeutung kaum gewertet. Auch eine ausgeweitete Literatursuche hilft nicht wirklich weiter. Dr. Gregor Kohler, Leitender Arzt für Kinderorthopädie am Kantonsspital Frauenfeld, Mitglied der Kommission Hüftsonografie und ausgewiesener Fachmann in Bezug auf Diagnose und Therapie der Hüftdysplasie, hat sich freundlicherweise zu einem Interview bereit erklärt.

Forum News: Wir haben gerade in den Hüftsonografiekursen in Solothurn erlebt, dass die in der Sonografie manchmal gesehenen Erkerdefekte uns Sonografen verunsichern, wie sieht dies bei dir aus?

Dr. Gregor Kohler: Auch ich sehe die Erkerdefekte hier und da und erhalte regelmässig Anfragen. Leider kann auch ich nur Aussagen aus meiner persönlichen Erfahrung dazu machen. Weil diese Erfahrungswerte nicht mit Studienergebnissen aus der Literatur untermauert sind, bleibt dabei stets ein etwas ungutes Gefühl zurück. Ich habe mir aber in den letzten Jahren versucht, ein Vorgehen anzueignen, das dieses Gefühl möglichst klein hält.

Wie häufig sind Erkerdefekte?

Da ich keine primären Untersuchungen durchführe und fast ausschliesslich Kinder mit Pathologien an mich gewiesen werden, sehe ich die Erkerdefekte wohl häufiger als sie insgesamt vorkommen. Ich schätze die Häufigkeit auf 0,5–1% der Neugeborenenhüften.

Sonografisch stellen wir einen Erkerdefekt in einer Schnittebene zweidimensional dar. Was ist das pathologisch-anatomische Substrat aus Sicht des Chirurgen?

Obwohl ich orthopädischer Chirurg bin, versuche ich, unsere Kinder möglichst mit einfachen nicht operativen Mitteln zu behandeln und konnte in den letzten 8 Jahren bei über 170 Kindern mit einer einzigen Ausnahme alle Hüftdysplasien oder -luxationen ohne Operation behandeln. Wichtig ist dabei die sehr frühe und adäquate Therapie.

Da wir immer früher diagnostizieren und behandeln, finden wir vermehrt weitere Auffälligkeiten, wie Erkerdefekte. Es handelt sich für mich dabei um eine Verzögerung oder Störung der Umwandlung eines Sektors des knorpelig präformierten Pfannendaches in den knöchernen Pfannenerkern. Die Umwandlung von Knorpel zu Knochen ist ein physiologischer Prozess der z. B. bei den Wachstumsfugen oder als pathologische Form bei den aseptischen Hüftkopfnekrosen abläuft. Dieser Vorgang ist durch eine Verminderung der Knorpelernährung gekennzeichnet. Man könnte somit sagen, dass in diesem Knorpelbereich eine noch zu gute Ernährung besteht.

Ist ein Erkerdefekt therapierbar?

Da beim Erkerdefekt die Pfannenform ansonsten normal und kongruent zum Hüftkopf ist, kann eine operative Intervention (z. B. Beckenosteotomie) nur sehr bedingt indiziert oder durchgeführt werden. So lange wir die pathologische Bedeutung des Erkerdefektes nicht kennen, halte ich Operationen oder andere invasive Massnahmen wie einen Becken-Bein-Gips, nicht für gerechtfertigt.

Ich halte mich deshalb bei meinen Behandlungen jeweils an dieses Raster: Geht ein Erkerdefekt in der Sonografie mit einem pathologischen Alphawinkel nach Graf einher, so behandle ich das Kind mit einer Tübingerschienen und veranlasse Sonografiekontrollen alle 4 Wochen. Normalisiert sich der Alphawert, so lasse ich die Schiene frühestens nach 2 Monaten weg und führe später Verlaufsrontgenkontrollen nach Behandlung durch (18 Monate, 3–5, 7–9 Jahre sowie 16-jährig).

Heilt der Defekt unter Abspreiztherapie nicht aus, so höre ich nach 3 bis spätestens 4 Monaten mit der Schienenbehandlung auf. Da sich in meinem Kinderkollektiv selbst luxierte und dysplastische Hüften in dieser Zeit erfolgreich austherapieren lassen, muss ich dann davon ausgehen, dass ich diese «leichtere» Pathologie mit diesen Mitteln nicht adäquat behandeln kann.

Haben Erkerdefekte biodynamische Relevanz? Wann?

Der Sonografieschnitt nach Graf wird korrekterweise in der Hauptbelastungsebene des Hüftgelenkes für den aufrechten Gang angefertigt. Wie wir von den Beurteilungen des konventionellen Röntgenbildes her wissen, müssen wir aber die Auswirkung auf die gesamte belastete Hüftpfannenfläche kennen. Prof. Fritz Hefti hat für die Beckenröntgen ap eine Schablone entwickelt, die diese Fläche berechnen lässt. Dabei wird der Erkerdefekt nicht berücksichtigt, da das Beckenröntgen ja einem Summationsbild entspricht und der Defekt von den ventralen und dorsalen Anteilen im Röntgen überlagert ist.

Bei unserer zweidimensionalen Sonografie können wir die belastete Fläche nicht bestimmen, auch nicht mit einer Schablone. Mit einer dreidimensionalen Abbildung wäre dies möglich. Analog zur Flächenbestim-

mung auf dem Röntgenbild könnte dann eine minimale Gelenkskontaktfläche bestimmt werden, ab der Hüftprobleme zu erwarten sind. Da wir diese Angaben nicht haben und auch den Spontanverlauf nicht kennen, bedarf es hier weiterer Untersuchungen. Solche finden auch tatsächlich statt, Resultate sind mir aber noch keine bekannt.

Ist ein Erkerdefekt eine Zwischenstufe in einem Nachreifungsprozess oder ein persistierendes Phänomen?

Als Zwischenstufe im Reifungsprozess würde ich es nicht bezeichnen, sonst sollten wir sie bei allen Kindern vorfinden, wenn auch zeitlich verschoben. Im Verlauf der Therapie von dysplastischen Hüftgelenken werden Erkerdefekte aber tatsächlich recht häufig vorgefunden, meist transient.

Entsprechend sind Erkerdefekte für mich auch nicht «persistierend», wir alle kennen Verläufe, bei denen der Defekt verschwindet, was sich sonografisch oder dann später im konventionellen Röntgenbild dokumentieren lässt.

Ich sah bisher erst ein 16-jähriges Mädchen mit Hüftschmerzen bei konventionell radiologisch und im CT bestehenden Erkerdefekt. (Siehe Abbildungen auf folgenden Seiten).

Liegen Erkerdefekte immer in der Standardebene?

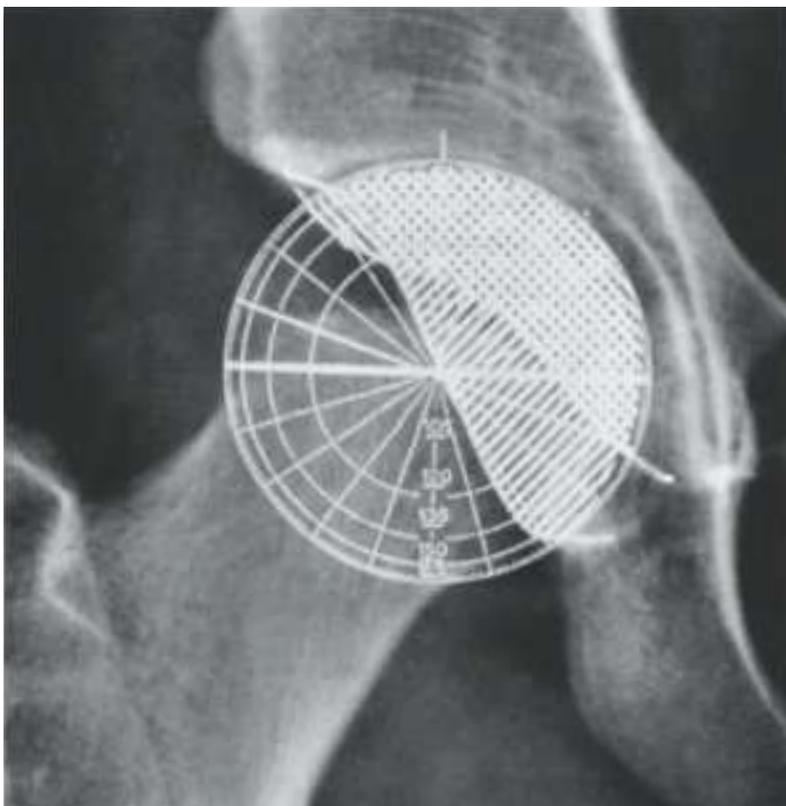
Sicher nicht, wenn die Defekte aber nicht in der später belasteten Pfannenfläche liegen, verlieren sie an ihrer pathologischen Bedeutung.

In der Literatur wird zum Teil empfohlen, Erkerdefekte lediglich zu kontrollieren.

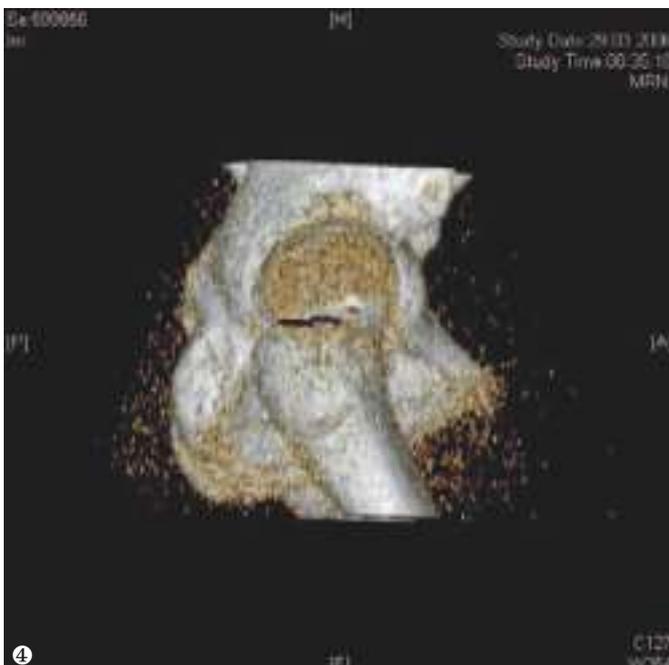
Führt diese Vorgehensweise zu einem Ziel?

Wie ich versuchte darzulegen, wissen wir noch zu wenig über diese Pathologie. Ein erster Schritt ist immer die genaue Dokumentation, um einem Problem auf den Grund gehen zu können. Wir wissen, dass dysplastische Hüftgelenke, je nach Ausprägungsstärke der Dysplasie, in 20–40 Jahren Probleme bereiten können. Da ein Erkerdefekt eher einer kleineren Pathologie entspricht, wird das Intervall länger sein, bis Beschwerden auftreten. Dies führt dann aber leider dazu, dass wir als behandelnde Ärzte nie selber erfahren, ob unsere Patienten zu Lebzeiten Beschwerden entwickeln werden. Es würde ein grosses zentrales Register benötigen, um ein Zusammenführen der später auftretenden Probleme mit den ursprünglichen Befunden gewährleisten zu können. Obwohl Dr. Beat Dubs, der Präsident der Hüftsonografiekommission, unentgeltlich ein Register anlegte, wurden in der Schweiz bisher nur sehr wenige Daten erfasst.

Wie üblich scheint der Satz zu gelten: Je mehr ich weiss, umso mehr sehe ich, dass ich nichts weiss. 



Beispiel der Berechnung der Kontaktfläche mithilfe der auf ein a.-p.-Röntgenbild des Hüftgelenks gelegten Schablone. Die vom vorderen und hinteren Pfannenrand begrenzten Abschnitte der Kugel werden durch Zusammenzählen der Segmente in Prozent der Kugelgesamtoberfläche berechnet (nach Prof. F. Hefti).



- 1 16 jährige Adoleszente mit Hüftschmerzen beidseits beim Sport. Bei der Ultraschalluntersuchung im Babyalter wurden Erkerdefekte beschrieben. Auf dem Beckenübersichtsröntgen sind Erkerdefekte zu erahnen.
- 2 Übersichts-CT-Rekonstruktion: die Erkerdefekte werden besser erkennbar.
- 3 CT-Schnittbilder: In unterschiedlichen Schnitten stellen sich die Defekte je Seite unterschiedlich dar, weil sie nicht immer in der Schnittebene liegen.
- 4 3D-Rekonstruktion, Ansicht von der Seite: Hier kommen die Defekte in ihrer gesamten Ausdehnung schön zur Darstellung.

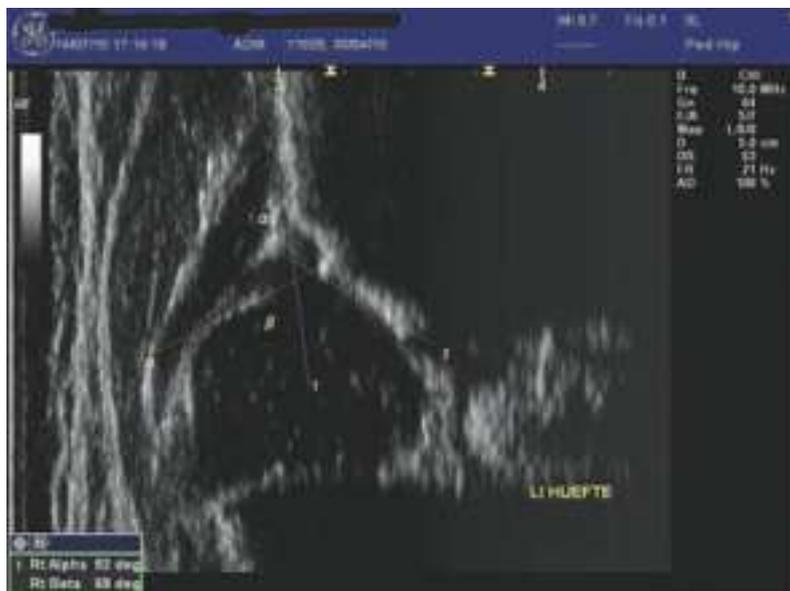


Workshop in pädiatrischer Sonografie

Viele niedergelassene Kolleginnen und Kollegen kennen das Dilemma: Auf der einen Seite ist die Sonografie eine ungefährliche und schnell verfügbare Untersuchungsmethode. Auf der anderen Seite bestand im Rahmen der Weiterbildung nicht die Möglichkeit, diese Untersuchungsmethode zu erlernen, und jetzt ist ein Hospitieren zur Erlangung der nötigen Fallzahlen bei laufendem Praxisbetrieb nicht mehr denkbar.

JOHANNES GREISSER UND STEFFI ARMBRUSTER

Wir von der SVUPP haben die Lösung gefunden! Im Rahmen von Workshops in pädiatrischer Sonografie besteht für interessierte Kolleginnen und Kollegen die Möglichkeit, sich niederschwellig und unverbindlich mit der Sonografie zu befassen. Nach einem kurzen Theorie-Teil ist Üben angesagt. Angeleitet werden die Teilnehmer von dafür ausgebildeten SGUM-Tutoren, und die an diesem Nachmittag durchgeführten Untersuchungen werden als supervisierte Untersuchungen anerkannt! Das Ziel ist, dass ein solcher Workshop in regelmässigen Abständen stattfindet (z. B. 4× jährlich). Wer nun regelmässig einen solchen Workshop besucht, hat innerhalb von 1–2 Jahren die notwendigen Fallzahlen beisammen und kann nach Absolvieren der entsprechenden SVUPP-Kurse den Fähigkeitsausweis Modul Pädiatrie beantragen. Danach werden Sie diese Bereicherung für Ihren Praxisalltag nicht mehr missen wollen! Der 1. Workshop in Pädiatrischer Sonografie findet am Donnerstag, 9. Juni 2011, von 14 bis 17 Uhr in der Kinderklinik des Spitalzentrums Biel statt. Bitte halten Sie sich bei Interesse dieses Datum frei, genauere Informationen zur Anmeldung werden folgen. Falls Sie Fragen haben, zögern Sie nicht, mit uns Kontakt aufzunehmen (info@praxisarche.ch).



9 Wochen altes männliches Baby, klinisch unauffällig. Diagnose Typ 2a mit Erkerdefekt. Beginn Abspreizbehandlung mit Spreizschiene.



3½ Monate alt, das Hüftgelenk erfüllt jetzt die morphologischen und morphometrischen Kriterien des Typ 2b nach Graf. Weiterführung der Therapie.



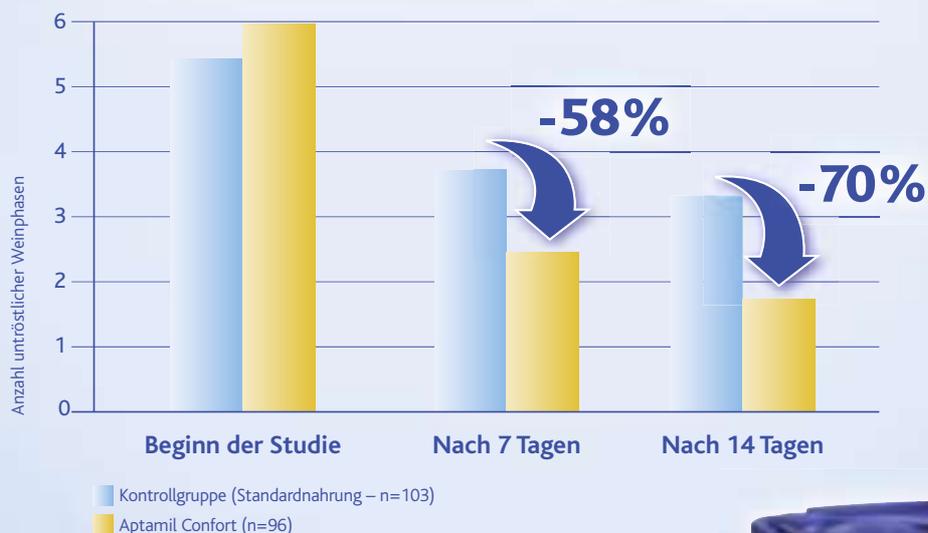
Kontrolle mit 4½ Monaten: Kommentar von Sabine Heiniger: Jetzt sieht die Hüfte reif aus. Ich bin erstaunt, dass der letztmals so deutlich nachweisbare Erkerdefekt heute fast nicht mehr sichtbar ist. Ich habe die Behandlung gestoppt und werde ein Röntgenbild der Hüftgelenke nach Gehbeginn vorsehen.



Aptamil Confort

Die Lösung bei Verdauungsproblemen, erstes Problem bei nicht gestillten Säuglingen¹

Mit Aptamil Confort bis zu 70% weniger
Symptome von Koliken²



Aptamil

Inspiziert vom Modell der Muttermilch – garantiert durch Wissenschaft.

Wissenschaftliche Information.

Wichtiger Hinweis: Stillen ist ideal für Ihr Kind. Die WHO empfiehlt ausschliessliches Stillen während 6 Monaten.

1. U&A Studie 2010 – ISOPUBLIC; 2. Savino et al. Reduction of crying episodes owing to infantile colic: a randomised controlled study on the efficacy of a new formula. European J Clin Nut 2006; 1-7; 3. HCP tracker Switzerland 2009 – ACNielsen: erste von Fachleuten empfohlene Milch bei Verdauungsproblemen

Beginn einer neuen Tradition?

PATRICK ORBAN

Am 13. Januar 2011 konnten wir, 27 Kinderärzte/-innen aus der Praxis, an einem für uns speziell zugeschnittenen Kurs in Sachen Kinderreanimation teilnehmen. Georg Staubli, Leiter der Notfallstation des Zürcher Kinderspitals, hat uns zusammen mit «seinem» Team aus 3 hochmotivierten Notfallmediziner/-innen (Eva Berger Olah, Iris Bachmann und Daniel Garcia) wenig Theoretisches und viel Praktisches beigebracht. Dabei haben sie keinen Aufwand gescheut: Über 10 Kinderpuppen unterschiedlichen Alters, genügend Notfallsets mit Beutel, Absaugvorrichtung usw., Knochen zum Legen ossärer Nadeln und und und... Für mich war entscheidend, dass sie uns in 4 Kleingruppen durch X konkrete, für unseren Alltag relevante Situationen kämpfen liessen (den 6-jährigen Knaben – dem ich mal locker das Erdnüsschen aus der Nase ziehen wollte und den wir zuletzt via Tracheotomie bebeutel haben – werde ich so leicht nicht mehr vergessen – genauso wenig wie das in der Badi nach dem Sprung

vom Fünfmeterbrett plötzlich kollabierte Mädchen). Viele von uns haben sich gefragt, warum so ein Kurs eigentlich nicht obligatorisch in die Weiterbildung gehört? Für uns 27 ist dies eigentlich egal: Wir konnten unglaublich viel mitnehmen. Ein jährlich stattfindender Kurs wäre sicher sinnvoll, zu etablieren; ich denke, dass die meisten von uns motiviert wären, in 1–2 Jahren einen erneuten Auffrischkurs zu besuchen (und wer weiss, vielleicht auch zu organisieren?).

Vielen, vielen Dank Daniel, Eva, George, Ingrid und Kathrin!



Reanimationskurs zum Zweiten

NADIA SAUTER OES

Eine Mutter bringt ihr zwölf Monate altes Mädchen notfallmässig in die Praxis. Seit drei Tagen hat es rezidivierend erbrochen und starken Durchfall gehabt. Nun ist es zunehmend schlapp. Ganz klar ein Fall aus unserem Praxisalltag! Dass und warum aber auch hier rasch eine Reanimationssituation entstehen kann, war eines der vielen anschaulichen Beispiele in diesem Kurs für pädiatrische Reanimation des Forum. Georg Staubli, Leiter der Notfallstation des Kinderspitals Zürich, zeigte in einer kurzen Einführung die Grundlagen des PALS (pediatric advanced life support) auf. Es wurde vor allem Wert auf das Erkennen von Schock und Ateminsuffizienz gelegt. In der darauffolgenden Rotation durch vier skill stations (BLS und AED, Legen intraossärer Leitungen, Vorgehen bei Traumapatienten, sowie Atemwege und Beatmung) wurden wir in Kleingruppen in verschiedene unangenehme pädiatrische Notfallsituationen versetzt. Das kompetente Instruktorenteam (I. Bachmann, E. Berger-Olah, D. Garcia) brachte uns dabei das systematische Denken und Handeln im ABC(DE)-Algorithmus des life supports nach PALS nahe. Zudem konnten wir schrittweise die Angst vor der intraossären Nadel abbauen und die Zurückhaltung in der Applikation von Adrenalin i.m. ablegen. Einmal eines dieser neuen AED-Geräte (Defi-

brillator) aus der Nähe betrachten und anwenden zu können, hat mindestens mir selber viel gebracht.

Nach der Mittagspause folgten weitere Fälle zum Trainieren in der Kleingruppe. Auch diese Beispiele stammten durchwegs aus dem Praxisalltag (Komplikationen nach Desensibilisierung, Fremdkörperspiration nach versuchter Extraktion aus der Nase, Intoxikation mit Methadon). Interessant war hier nicht nur das eigentliche REA-Training, sondern vielmehr noch der Erfahrungsaustausch zwischen uns Praxispädiatern und dem Spitalteam – und das für beide Seiten!

Ich werde mich beim nächsten dehydrierten Kind wohl an so einiges aus diesem Kurs erinnern – und hoffen, dass ich nichts davon je wirklich brauchen werde.

Vielen Dank allen Mitwirkenden und speziell Katharina Wyss für die Initiative zu diesem Kurs. Es ist zu hoffen, dass unsere Rückmeldungen die Crew zu einer erneuten Auflage animieren werden.

(Anmerkung der Redaktion: Im Herbst 2011 findet bereits der zweite Reanimationskurs für Praxispädiater statt).





Buchstart ins Leben

«Was Hänschen nicht lernt, lernt Hans nimmermehr!» Die Forschung zur frühkindlichen Sprachförderung ist sich einig, dass die ersten Jahre im Leben eines Kindes für dessen Sprachaufbau entscheidend sind. Die Einbeziehung der Eltern spielt dabei eine entscheidende Rolle.



Seit gut zwei Jahren informiert Buchstart Schweiz, ein Projekt der Stiftung Bibliomedia Schweiz und des Schweizerischen Instituts für Kinder und Jugendmedien, Eltern mittels Abgabe des Buchstart-Pakets über das Potenzial, das in der frühen Sprachförderung steckt. Inhalt des Pakets bilden drei Bücher: zwei Bilderbücher und ein Elternbuch, welches eigens für die Eltern konzipiert wurde und Anregungen zur Eltern-Kind-Kommunikation liefert. Bis heute sind von der Buchstart-Zentrale etwa 53 000 Pakete in die Deutschschweiz verschickt worden! Durch den Erfolg bestärkt, arbeitet die Projektleitung derzeit an einer inhaltlichen Neugestaltung des Pakets. So werden im Laufe dieses Jahres die beiden Bilderbücher ersetzt und das Elternbuch mit einem erklärenden Text ergänzt.

Pädiater als Vermittler

Garant für den Erfolg von Buchstart Schweiz sind die vielen Partner vor Ort – derweil ca. 220 Ärzte, 100 Mütter- und Väterberatungen sowie knapp 400 Bibliotheken (Deutschschweiz) – die Pakete abgeben und die Idee des Projekts verbreiten. Gerade bei Eltern aus bildungsfernen Schichten können Pädiater wichtige Impulse in punkto einer frühen Sprachförderung

geben, indem sie anlässlich einer Konsultation Eltern auf Buchstart hinweisen und sie dazu anregen, vermehrt mit ihren Kindern Bücher anzuschauen und vorzulesen.

Von der Praxis in die Bibliothek

Wohl einmalig und für das Projektteam überaus positiv sind die in den Gemeinden entstandenen Kooperationen zwischen Pädiater, Bibliotheken sowie Mütter- und Väterberatungen: Wo Kinderärzte oder Mütter- und Väterberatungen das Paket nicht selber abgeben, erhalten Eltern einen Gutschein, den sie in der «Partner»-Bibliothek einlösen können. So führt das Arztgespräch, welches Eltern über das Potenzial der frühen Sprachförderung aufklärt, via Gutschein zum Besuch der lokalen Bibliothek. Hier wird im Rahmen von Veranstaltungen ganz konkret gezeigt, wie Eltern ihre Kinder mit Versen und Geschichtenerzählen fördern können. Jährlich werden dem Buchstart-Team Solothurn ca. 500 «Buchstart-Treffs» gemeldet, die auf grosses Interesse bei Gross und Klein stossen.

Buchstart Schweiz freut sich auch in diesem Jahr auf die Zusammenarbeit mit den Pädiatern! Sie bilden einen wichtigen Pfeiler innerhalb des Projekts und tragen massgebend zu dessen Erfolg bei.

Kontakt

Haben Sie Fragen zum Projekt oder benötigen Sie Buchstart-Materialien?

Sabine Hofmann nimmt Ihre Bestellung gerne entgegen oder gibt Ihnen Auskunft.

E-Mail: sabine.hofmann@bibliomedia.ch

Telefon 032 624 90 27

Postadresse:

Buchstart c/o Bibliomedia Schweiz

Rosenweg 2, 4500 Solothurn

Auf www.buchstart.ch finden Sie Informationen und Unterlagen rund um Buchstart Schweiz.



Muskeldystrophie Duchenne:

Eine unheilbare Erkrankung schnell erkennen

Muskeldystrophie Typ Duchenne ist eine von über 600 Verlaufsformen des Muskelschwundes und die häufigste muskuläre Erbkrankheit von Knaben im Kindesalter. Jeder 3000. bis 5000. Knabe wird damit geboren. Das Kind steht später auf, beginnt später zu laufen, hat Schwierigkeiten beim Rennen, Velofahren oder Ähnlichem. Die für das Krankheitsbild typischen Gnomwaden sind ausgebildet. Ist es wirklich Muskeldystrophie Duchenne oder nur eine Bewegungsstörung?

ANNELI CATTELAN,
MÜNCHENSTEIN BL

Mit dieser Frage werden die Kinderärzte immer wieder konfrontiert. In unserer schnelllebigen Zeit wird sehr darauf geachtet, was kann das Kind in welchem Alter? Da werden die Standarduntersuchungen gemacht, evtl. das Vademecum für die Entwicklung des Säuglings und des Kleinkindes zu Hilfe gezogen und auf die Erfahrungen des Kinderarztes vertraut. Da es sicher soviel verschiedene Eltern gibt, wie es verschieden entwickelte Kinder gibt, ist es als Kinderarzt sicher nicht immer einfach, die richtige Vorgehensweise herauszufinden. Wir sind Eltern, die seit der Geburt unseres Sohnes mit verschiedensten Diagnosen konfrontiert wurden. Sei es der Verdacht auf Hirschsprung, Wasserkopf oder Herzprobleme. Nachdem alles negativ beschieden wurde, wollten wir unseren Sohn Mattia sich erst mal entwickeln lassen, auch wenn alles etwas langsamer ging als bei anderen Kindern. Schliesslich lag das irgendwie in unserer Familie. Wir bemerkten, dass Mattia die für Duchenne typischen Gnomwaden hatte, für uns waren es süsse «bayrische Wadln» (nachdem die Mama aus Bayern stammt); dem Kinderarzt fiel auf, dass er ein anderes Gangbild hatte und wir starteten mit Physiotherapie, also eher der Verdacht auf eine Bewegungsstörung. Hinzu kam eine Sprachverzögerung, wodurch Mattia in einen Sprachheilkindergarten ging. Erst als es an die Einschulung ging und Mattia vor allem im motorischen Bereich Defizite aufwies, wurde uns von der Schulleitung empfohlen, eine genauere neurologische Untersuchung durchzuführen. Der Verdacht war innerhalb von einer Stunde erhärtet. Es wurde eine Muskelerkrankung vermutet, die sich dann mittels einer Muskelbiopsie als Duchenne bestätigte.

Das liegt nun sieben Jahre zurück und wir leben mit dieser Krankheit, ohne dass die Erkrankung unsere Familie und unseren Alltag komplett einnimmt.

Wir haben im April 2004 die Kontaktgruppe Nordwestschweiz der Gesellschaft für Muskelkranke (SGMK) gegründet und sind seitdem in regelmässigem Kontakt mit anderen betroffenen Eltern.

Hier können wir uns austauschen und können Kraft tanken für die Bewältigung der Aufgabe, einen sich zum schwerstbehinderten zurückentwickelnden jungen Menschen zu pflegen.

Wir haben in der Kontaktgruppe festgestellt, dass die meisten die Diagnose von Duchenne nicht aufgrund eines Verdachtes des Kinderarztes bekamen, sondern aufgrund von eigenen Nachforschungen oder Verdachtsmomenten auf eine Untersuchung des Blutes bestanden.

Mit der Bestimmung des CK-Wertes kann sich schon ein erster Verdachtsmoment für eine Muskelerkrankung resp. Duchenne ergeben. Auch habe ich einen Leitfaden von betroffenen Duchenne-Eltern für betroffene Duchenne-Eltern geschrieben. Dieser nicht abschliessende Leitfaden, der fortlaufend aktualisiert wird, enthält medizinische und therapeutische Informationen, Informationen über die Sozialversicherung, Hilfsmittel und Mobilität sowie externe Unterstützung und Medienkontakte. Er soll betroffenen Eltern die Suche im Internet etwas erleichtern, indem in diesem Dokument erste Informationen enthalten sind und eine weitere Suche etwas weniger zeitaufwendig wird. Der Leitfaden wurde von Ärzten des Muskelzentrums Basel vor Veröffentlichung zur Korrektur gegeben und die Sozialberatungsstelle des UkBB hat uns ebenfalls tatkräftig unterstützt.

Auch wenn Duchenne eine nicht allzu häufige Muskelerkrankung ist, so ist es doch das häufigste muskuläre Geburtsgebrechen bei neugeborenen Buben. Vielleicht wird irgendwann einmal in die Routineuntersuchungen aufgenommen, bei Buben einen Bluttest zu machen um den CK-Wert zu bestimmen. So können Verdachtsmomente ausgeschaltet werden oder mit den Eltern ein Behandlungsansatz besprochen werden.

Der Leitfaden ist bei www.muskelkrank.ch unter den Publikationen von Muskeldystrophien als kostenloser Download erhältlich oder kann als gedruckte Version gegen einen kleinen Unkostenbeitrag unter leitfaden@ebmnet.ch angefordert werden. Betroffene Eltern erhalten den Leitfaden gratis.

Sind Eltern an einer Kontaktgruppe der Gesellschaft für Muskelkranke interessiert, können sie über die Homepage von www.muskelkrank.ch eine Kontaktgruppe in ihrer Region suchen.

Für die Nordwestschweiz können Sie sich direkt an cattelan@ebmnet.ch wenden.



Die Gesundheit fördern

Kommentar zum Forderungskatalog von Christian Knoll, ForumNews Winter/2010

GIAN BISCHOFF

Christian Knoll fasst in seinem Beitrag die Forderungen aus dem Workshop «Integration von Migrantenkindern» vom Integrationsbeauftragten Thomas Kessler anlässlich der Jahrestagung 2010 zusammen. Im Zentrum steht dabei die – nicht nur hier gehörte – Forderung, die Migranten müssten mehr zu ihrer Integration beitragen und auch darauf verpflichtet werden. Dies könnte mittels Integrationsvereinbarungen geschehen, welche eine staatliche Stelle mit den Migranten abschliessen würde und bei Nichteinhalten auch sanktionieren könnte.

Diese Forderung entspringt unserem täglichen Frust im Umgang mit (bestimmten) Migranten, einen Frust, den wir wohl mit allen sozialen Berufen teilen und der gerne von Politikern bis weit ins linke Lager aufgegriffen und publikumswirksam in politische Forderungen umgemünzt wird. Obwohl auch ich die Frustration und Ohnmacht täglich in der Praxis erlebe, wenn ich Kinder sehe, welche sich unter schlechten Voraussetzungen

entwickeln und meine Vorschläge immer wieder ignoriert werden, ohne dass sich irgendetwas bessert, lösen solche Forderungen in mir Unbehagen aus. Die Ausführungen von Andrea Lanfranchi an der Jahrestagung haben mir geholfen, dieses Unbehagen besser zu greifen. Er hat von der Gefahr gesprochen, soziale Probleme zu «kulturalisieren». Damit ist gemeint, dass wir eine Problematik, welche eigentlich eine soziale ist, eben als eine kulturelle wahrnehmen. Daraus ergibt sich dann eine Schlussfolgerung, welche sich an die Kultur richtet und dabei das eigentliche Problem aber verfehlt. Konkret: Die oben beschriebene Problematik hat in erster Linie damit zu tun, dass wir viele schlecht ausgebildete («bildungsferne») Migranten (mit meist eher tiefem IQ) in unser Land kommen lassen (holen...?), welche für uns meist schlecht bezahlte Arbeit leisten und entsprechend auf einem tiefen, teilweise sehr tiefen sozialen Niveau leben. Wie sollen diese Menschen – teilweise mit zwei Jobs täglich 12–16 Std. arbeitend – genügend Zeit und Ressourcen haben, sich zu integrieren, eine fremde Sprache zu lernen und zudem noch zu ihren Kindern zu schauen? Ich betreue auch – deutlich weniger zugegeben – Schweizer Familien mit genau den gleichen (schlechten) Voraussetzungen. Auch um diese Schweizer Kinder mache ich mir manchmal genauso grosse Sorgen, auch bei diesen Familien erlebe ich dieselbe Frustration. Damit will ich sagen: Es geht hier in erster Linie nicht um ein migrationspezifisches Problem (auch wenn es bei Migranten sehr gehäuft auftritt!), sondern um ein Problem einer sozialen Schicht. Natürlich kommt bei Migranten dann noch die ganze Problematik der Integration erschwerend dazu.

Entsprechend müssten Forderungen eben nicht an Migranten gestellt werden, sondern an Angehörige einer sozialen Schicht. Dies scheint aber politisch weniger erfolgversprechend und menschlich irgendwie doch ein bisschen absurd zu sein, sodass solche Forderungen kaum erhoben werden. Kulturelle Unterschiede sind als Ursache von Probleme da viel attraktiver... Aber eben: Fordern müssten wir eigentlich (so abgedroschen und altlinks es klingen mag!) einen besseren sozialen Ausgleich (z. B. in Form Mindestlohnforderungen, Unterstützung von kinderreichen Familien, verbilligtem Zugang zu Kinderkrippen). Ich glaube nicht, dass die meisten unserer Risikofamilien etwas dagegen hätten, wenn sie finanziell entlastet würden und ihre Kinder in ein gut geführtes Betreuungsangebot abgeben dürften. Hier bin ich sehr einverstanden mit der Forderung nach Investition in den Frühbereich. Aber weniger als Zwangsmassnahme und zusätzliche Anforderung (neben allem anderen Druck, den diese Menschen jeden Tag aushalten müssen...), sondern vielleicht eher auch ein bisschen als Anerkennung dessen, was sie letztendlich auch für unser Wohlbehagen beitragen (und dies bitte ohne jede Sozialromantik).

Wir sagen danke!

Zwei Tage vor Weihnachten letzten Jahres erhielt das Forum wunderschöne Post. Obwohl – eigentlich kündigte die Trimbacher Kinderärztin Maria Kacina in dem Mail an die Geschäftsstelle ihre langjährige Mitgliedschaft im Forum Praxispädiatrie FPP. Doch sie tat es aus guten Gründen und mit anerkennenden und anspornenden Worten zugleich. Mit dem Einverständnis der Autorin zeigen wir Ihnen den Brief im Wortlaut.

«Sehr geehrte Damen und Herren

Hiermit möchte ich Ihnen mitteilen, dass ich meine Mitgliedschaft beim FPP per sofort auflösen möchte.

Wie Sie sicher bereits wissen, bin ich von Anfang an «dabei» und habe diese Zeit als Mitglied des FPP sehr genossen. Auch habe ich fast alle von Ihnen angebotenen Kurse und Fortbildungen absolviert und das gewonnene Wissen erfolgreich in meinem Praxisalltag umgesetzt. Nun ist aber die Zeit gekommen, meine Mitgliedschaft aus Altersgründen zu beenden.

Ich bedaure sehr, dass diese für mich sehr wichtige und sehr interessante Zeit nun zu Ende geht.

Ich werde lange und voller Dankbarkeit an den Verdienst der FPP-Leitung und die zahlreichen Kollegen, die ich dabei kennengelernt habe, zurückdenken.

Hiermit bitte ich Sie um Kenntnisnahme und verbleibe mit nochmaligem Dank und den besten Wünschen zur kommenden Adventszeit.

Dr. med. Maria Kacina»



Kinderhaut- Therapiekonzept

für die topische Behandlung



Balmadol® Z: 300mg Mandelöl, 693mg dünnflüssiges Paraffin pro 1g Badeöl. I: Begleitbehandlung von Hauterkrankungen, die durch fettarme, trockene, schuppige oder rissige Haut gekennzeichnet sind (z.B. Neurodermitis, Seborrhoe, Juckreiz, Psoriasis, Ichthyosis, empfindliche trockene Säuglings- und Kinderhaut, Altershaut). D: 15–30ml/Vollbad; Säuglinge: 5–10ml/ Vollbad. Auch als Hautöl direkt auf die Haut. KI: Keine bekannt. VM: Keine bekannt. UAW: Keine bekannt. SS/ST: Keine Einschränkungen. P: Flasche à 225ml Badeöl. Liste D, SL. Weiterführende Informationen entnehmen Sie dem Arzneimittel-Kompodium der Schweiz. 0710

Excipial® Crème, Fettcrème, Fettsalbe, Mandelölsalbe Z: Crème: Lipidgehalt 35.5%; Fettcrème: Lipidgehalt 54%; Fettsalbe: Lipidgehalt 100%; Mandelölsalbe: Mandelöl 751mg/g, Zinkoxid 40 mg/g, Lipidgehalt 96%. I: Hautpflege, Intervallbehandlung mit Kortikoidpräparaten, Grundlagen für magistrale Rezepturen. D: 2–3 x tgl. auftragen. KI: Überempfindlichkeit auf einen Inhaltsstoff. UAW: Unverträglichkeitsreaktionen sind nicht auszuschliessen. SS/ST: Keine Einschränkungen. P: Crème, Fettcrème, Mandelölsalbe: Tuben à 30g und 100g. Fettsalbe: Tuben à 100g. Liste D, SL. Weiterführende Informationen entnehmen Sie dem Arzneimittel-Kompodium der Schweiz. 0710

Imazol® Z: Crème: Clotrimazol 10mg/g, Hexamidindioethionat 2.5mg/g. Crémepaste: Clotrimazol 10mg/g. I: Crème: Hautinfektionen, insbesondere Interdigitalmykosen, Mykosen der Hautfalten, Pityriasis versicolor, Erythrasma. Crémepaste: Windeldermatitis und grossflächige nässende Läsionen. D: 2 x tgl. auftragen. Ausserlich auf saubere, trockene Haut. Therapiedauer Candidainfektionen 2 Wo., Dermatophyteninfektionen bis zu 6 Wo. KI: Überempfindlichkeit gegen einen der Inhaltsstoffe. VM: Augenkontakt vermeiden. Crème: nicht auf Glans penis und unter Okklusivverbänden anwenden. IA: Amphotericin und anderen Polyantibiotika. UAW: Unverträglichkeits- oder Hautreaktionen auf Clotrimazol, Kontaktsensibilisierung auf Hexamidindioethionat. SS/ST: Schwangerschaft: Nur bei zwingender Indikation. Stillzeit: Keine Daten vorhanden, nicht auf den Brüsten anwenden oder abstillen. P: Crème: Tube à 30g, Liste B, SL. Crémepaste: Tube à 30g, Liste C, SL. Weiterführende Informationen entnehmen Sie dem Arzneimittel-Kompodium der Schweiz. 0710

Premadol® Z: Prednisolon acetat 2.5mg/g, Mandelöl, Zink. I: Trockene, schuppige, nicht infektiöse Hautläsionen auch empfindlicher Hautpartien. Subakute und chronische nicht infizierte Ekzeme verschiedener Genese wie z.B. Neurodermitis. Auch als Stufen- und Intervalltherapie. D: Erw. und Kinder >6 J.: lokal 1–2 x/Tag, später 1 x/Tag. Kinder <6 J.: nicht grossflächig, max. 3 Wo. KI: Virale und bakterielle Hautinfektionen, Impfreaktionen, Hautulcera, Akne, Rosacea, periorale Dermatitis, Überempfindlichkeit auf einen Inhaltsstoff. VM: Vorsicht im Bereich der Schleimhäute wegen erhöhter Resorption, Vorsicht im Gesicht, im Intertrigobereich und in der Pädiatrie. Nicht länger als 2–3 W. anwenden. IA: Topische Steroidantibiotika (Fusidinsäure), Chemotherapeutika vom Typ der quaternären Ammoniumbasen. UAW: Unverträglichkeits- oder Hautreaktionen, lokale Kortikoidnebenwirkungen, endokrine Störungen nur bei grossflächiger und langandauernder Anwendung möglich. SS/ST: Schwangerschaft: Nur bei zwingender Indikation, nicht langfristig, nicht grossflächig. Stillzeit: Anwendung auf den Brüsten nicht unmittelbar vor dem Stillen. P: Salbe: Tube à 20g, Liste B, SL. Tube à 100g Liste B, SL (Grand-Frère). Weiterführende Informationen entnehmen Sie dem Arzneimittel-Kompodium der Schweiz. 0710/150710

Spirig Pharma AG, Froschackerstrasse 6, CH-4622 Egerkingen, Telefon 062 387 87 87, Fax 062 387 87 99, www.spirig.ch

spirig

Kinder sollen Kinder bleiben

- ▶ **Wirksame Asthmakontrolle**
- ▶ **Einfache Dosierung einmal täglich ohne komplizierte Geräte**
- ▶ **Gut verträglich**
- ▶ **Nicht-steroidal**



SINGULAIR® – eine wirksame Alternative für Kinder verschiedenen Alters

SINGULAIR®
(Montelukast, MSD)
Take Control.

Konsultieren Sie bitte vor der Verschreibung von SINGULAIR® die komplette Fachinformation im Arzneimittel-Kompodium der Schweiz.

Abgekürzte Fachinformation SINGULAIR®: **Indikation:** Chronisches Bronchialasthma bei Erwachsenen und Kindern ab 6 Jahren. Bei Kindern von 2 bis 5 Jahren mit gesicherter Asthmadignose: a) als Monotherapie bei leichten, nicht steroidpflichtigen Formen; b) als Zusatztherapie zu Kortikoiden bei schwereren Formen. Bei Kindern von 6 Monaten bis 2 Jahren mit gesicherter Asthmadignose: a) als Monotherapie bei leichten, nicht steroidpflichtigen Formen, vor allem wenn eine Inhalationstherapie schwierig durchführbar ist; b) als Zusatztherapie zu Kortikoiden bei schweren Formen. Linderung von Symptomen der saisonalen und perennialen allergischen Rhinitis bei Erwachsenen und Kindern ab 2 Jahren. **Dosierung/Anwendung:** Erwachsene eine 10mg Tablette pro Tag. 6–14 jährige Kinder eine 5mg Kautablette pro Tag. 2–5 jährige Kinder eine 4mg Kautablette oder ein Sachet 4mg pro Tag. 6 monatige–2 jährige Kinder ein Sachet 4mg pro Tag. Für die Behandlung von Asthma sollte die Dosis am Abend vor der Bettruhe, für die Behandlung der allergischen Rhinitis sollte sie entweder morgens oder abends eingenommen werden. SINGULAIR® kann mit oder ohne gleichzeitige Nahrung eingenommen werden. SINGULAIR® orales Granulat kann entweder direkt auf die Zunge oder in den Mund gegeben werden oder vermischt auf einem Löffel mit weicher Nahrung oder eingerührt in einem Teelöffel Babynahrung oder Muttermilch (jedoch nicht in andere Flüssigkeiten) und sollte innerhalb 15 Minuten nach Öffnen des Sachets verabreicht werden. SINGULAIR® kann zu einer bestehenden Asthmatherapie mit inhalativen Kortikoiden oder β_2 -Agonisten nach Bedarf hinzugefügt werden. SINGULAIR® bringt zusätzlichen klinischen Nutzen für Patienten unter inhalativen Kortikoiden. **Kontraindikationen:** Überempfindlichkeit gegenüber einem der Bestandteile dieses Produkts. **Vorsichtmassnahmen:** SINGULAIR® sollte nicht zur Behandlung von akuten Asthmaanfällen eingesetzt werden. Obwohl die Dosis von gleichzeitigen inhalativen Kortikoiden unter ärztlicher Aufsicht stufenweise reduziert werden kann, sollte SINGULAIR® nicht als plötzlicher Ersatz für inhalative oder orale Kortikoide eingenommen werden. Die Reduktion der systemischen Kortikosteroid-Dosis führte bei Patienten unter Leukotrien-Rezeptor-Antagonisten in seltenen Fällen zu einer systemischen eosinophilen Vaskulitis. **Unerwünschte Wirkungen:** Gesamtinzidenz von unter SINGULAIR® aufgetretenen Nebenwirkungen war mit Placebo vergleichbar. **Erwachsene:** Dyspepsie, Bauchschmerzen, Zahnschmerzen und Kopfschmerzen mit höherer Inzidenz als unter Placebo. Inzidenzrate dieser Erscheinungen in beiden Gruppen ist nicht signifikant unterschiedlich. **Kinder:** Kopfschmerzen (Kinder 6–14 J.) und Durst (Kinder 2–5 J.) mit einer höheren Inzidenz als unter Placebo. Durchfall, Hyperkinesie, Asthma, ekzematöse Dermatitis und Hautausschlag (Kinder 6 Mt.–2 J.) mit tendentiell höherer Inzidenz als unter Placebo. Inzidenzrate dieser Erscheinungen in beiden Gruppen nicht signifikant unterschiedlich. **Interaktionen:** SINGULAIR® kann gleichzeitig mit anderen Substanzen, die routinemässig zur chronischen Asthmabehandlung und Behandlung der allergischen Rhinitis verwendet werden, verabreicht werden. Keine wesentliche Wirkung auf die Pharmakokinetik von: Prednison, orale Antikonzeptiva, Terfenadin, Digoxin und Warfain. In *in vitro* Studien ist Montelukast ein Inhibitor von CYP2C8, es wurden jedoch keine *in vivo* Studien durchgeführt. **Packungen:** SINGULAIR® (Montelukast): Filmtabletten zu 10mg; 28 und 98, Kautabletten zu 5mg; 28 und 98, Kautabletten zu 4mg; 28 und 98, Sachets zu 4mg oralem Granulat; 28, Verkaufskategorie B. Stand der Information: Februar 2009. **Kassenpflichtig.**

© Eingetragenes Markenzeichen von Merck Sharp & Dohme Corp., eine Tochtergesellschaft von Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, NJ, U.S.A.

02-2011-SGA-2010-CH-1746 J



MERCK SHARP & DOHME-CHIBRET AG
Schaffhauserstrasse 136, CH-8152 Opfikon-Glattbrugg
Tel. +41 44 828 71 11, Fax +41 44 828 72 10, www.msd.ch

univadis.ch
medical and more