FORUMnews

ZEITSCHRIFT FORUM PRAXISPÄDIATRIE FPP SOMMER 2011

Vision Zero:

Kein Kind soll ertrinken

Empfehlungen zur Nabelpflege

Eisen – for you and me?

Kinderhaut-
Therapiekonzept

für die topische Behandlung

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

Excipial® Crème, Fettcrème, Fettsalbe, Mandelölsalbe **Z:** Crème: Lipidgehalt 35.5%; Fettcrème: Lipidgehalt 54%; Fettsalbe: Lipidgehalt 100%; Mandelölsalbe: Mandelöl 751 mg/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 30 g und 100 g. Fettsalbe: Tuben à 100 g. **Liste D, SL.** Weiterführende Informationen entnehmen Sie dem Arzneimittel-Kompendium der Schweiz. 0710

Imazol® **Z:** Crème: Clotrimazol 10 mg/g, Hexamidindiisoethionat 2.5 mg/g. Crèmepaste: Clotrimazol 10 mg/g. **I:** Crème: Hautinfektionen, insbesondere Interdigitalmykosen, Mykosen der Hautfalten, Pityriasis versicolor, Erythrasma. Crèmepaste: Windeldermatitis und grossflächige nässende Läsionen. **D:** 2 x tgl. auftragen. Äusserlich 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 Polyenantibiotika. **UAW:** Unverträglichkeits- oder Hautreaktionen auf Clotrimazol, Kontaktsensibilisierung auf Hexamidindiisoethionat. **SS/ST:** Schwangerschaft: Nur bei zwingender Indikation. Stillzeit: Keine Daten vorhanden, nicht auf den Brüsten anwenden oder abstillen. **P:** Crème: Tube à 30 g, **Liste B, SL.** Crèmepaste: Tube à 30 g, **Liste C, SL.** Weiterführende Informationen entnehmen Sie dem Arzneimittel-Kompendium der Schweiz. 0710

Premandol® **Z:** Prednisolon acetat 2.5 mg/g, Mandelöl, Zink. **I:** Trockene, schuppende, 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 quarternären Ammoniumbasen. **UAW:** Unverträglichkeits- oder Hautreaktionen, lokale Kortikoidnebenwirkungen, endokrine Störungen nur bei grossflächiger und langandauernder Anwendung möglich. **SS/ST:** Schwangerschaft: Nur bei zwingender Indikation, nicht langzeitig, nicht grossflächig. Stillzeit: Anwendung auf den Brüsten nicht unmittelbar vor dem Stillen. **P:** Salbe: Tube à 20 g, **Liste B, SL.** Tube à 100 g **Liste B, SL (Grand-Frère).** Weiterführende Informationen entnehmen Sie dem Arzneimittel-Kompendium 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

Kinderarzt-Ecke im Kampagnenbus für die Hausarzt-Initiative.

VORSTAND/GESCHÄFTSSTELLE
5 Editorial

FPP INTERN
6 Namenswechsel: Wie es nun konkret weitergeht
7 Geschäftsstelle mit neuer Administrations-Software
9 Kompetenter und innovativer Klimaschutz

POLITIK
10 Demos und andere Interventionen
11 DRG und RFE
12 Im Tagi zitiert

FPP AKTUELL
13 Vision Zero: Kein Kind soll ertrinken
14 Ertrinkungsunfall – ein Fall aus der Praxis, den wir hoffentlich nie mehr erleben

FORTBILDUNG
16 Vitamin-D-Prophylaxe und Therapie bei Kindern und Jugendlichen in der Schweiz 2011
19 Neue Empfehlungen zur Vitamin-D-Prophylaxe
21 Empfehlungen zur Nabelpflege
22 Eisen – for you and me? Unser täglich Eisen gib uns heute

DISKUSSION
24 Die neuen Wachstumskurven sind für die Schweizer Kinder wahrscheinlich nicht repräsentativ

KURSE/WORKSHOPS/FORTBILDUNGEN
30 Kurse FPP
32 Externe Kurse

TAGUNGSBERICHTE
33 Vorsorgekurs 2009 / 2010
39 Workshop-Bericht: «Kinderorthopädie für die Praxis»

SVUPP
34 **Сайн уу Монгол Улс** (Hallo Mongolei)
36 Pädiatrische Sonografie – Workshop
36 Sono-Quiz
37 Kurse SVUPP
38 Auflösung des Sono-Quiz

LESERBRIEFE/HINWEISE
40 Die neue Ausgabe von «Baby&Kleinkind» ist da
40 Stillkongress 2011
41 Kindergeschichten mit ernstem Hintergrund
42 Offener Brief an FMH-Präsident Dr. med. Jacques de Haller

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

ABO:
4 Ausgaben/Jahr: Fr. 48.– inkl. Porto (für Mitglieder inklusive)

TITELSEITE:
© creative studio – Fotolia.com

KORRESPONDENZ:
Forum Praxispädiatrie FPP
Badenerstrasse 21, 8004 Zürich
Telefon 044 520 27 17, Fax 043 317 93 64
info@praxispaediatrie.ch, www.praxispaediatrie.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: Herbst 2011
Redaktionsschluss: 11. Juli 2011

FSC www.fsc.org MIX Papier aus verantwortungsvollen Quellen FSC® C012018

myclimate neutral Drucksache

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

Cervarix® –

die Impfung gegen das Cervixkarzinom und prämaligne Läsionen bedingt durch HPV 16 und 18 [1]

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]

Cervarix®

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 L1 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 prämalignen 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

ROLF TEMPERLI

Das Geschäftsjahr neigt sich dem Ende zu, die Geschäftsstelle wird bald die Jahresabschlüsse vorbereiten müssen, zusammen mit der Arbeitsgruppe Jahrestagung hat sie die Vorarbeiten zur Jahresversammlung abgeschlossen, das Programm wird in diesen Tagen zugestellt, erstmals wird es einen Workshop mit politischem Inhalt geben. Medial beginnt die Saure-Gurken-Zeit und auch die Diskussion um Managed Care ist etwas abgeflacht, weil sich die beiden eidgenössischen Räte nach wie vor blockieren. Der Vorstand hat beschlossen, keine Entscheide für oder wider die MC-Vorlage zu fällen, bis nicht der endgültige Gesetzestext vorliegt. Das Thema des gesundheitspolitischen Workshops wird der Aktualität angepasst werden.

Mit grossem Einsatz versuchen Vorstand, Delegierte und Kommissionsmitglieder von «Haus- und Kinderärzte Schweiz» die Situation der Grundversorger zu verbessern. Die Sicht der Pädiatrie wird wahrgenommen, wenn sie eingebracht wird. Nur sind politisch engagierte Pädiater leider dünn gesät.

Wir haben die neuen Wachstumskurven in Gebrauch genommen, uns gewundert, dass einige Kinder jetzt plötzlich in die Kurven passen, während andere herausgefallen sind, und uns darin bestätigt gefühlt, dass Statistiken nicht mehr als ein interpretationsbedürftiges Hilfsmittel darstellen. Eine endokrinologische Kritik findet ihr in dieser Nummer.

Nun wünschen wir euch allen gute Lektüre und einen wunderschönen Sommer und wir freuen uns darauf, euch am 8. September im Kursaal Bern wieder zu sehen. Hauptdiskussionspunkt der Mitgliederversammlung wird der angestrebte Namenswechsel sein, der an der letztjährigen MV mit sehr grossem Mehr gewünscht wurde: Kinderärzte Schweiz (Berufsverband Kinder- und Jugendärzte in der Praxis).

Namenswechsel: Wie es nun konkret weitergeht

Um den geplanten Namenswechsel zu «Kinderärzte Schweiz» formell vollziehen zu können, legt der Vorstand des Forum Praxispädiatrie FPP der diesjährigen Mitgliederversammlung zwei Anträge vor.

SIMON HUBACHER

Mit der Namensänderung, die vor allem zu einer klareren Positionierung verbandsintern wie auch in der breiten Öffentlichkeit beitragen soll, müssen aus vereinsrechtlichen Gründen verschiedene textliche Anpassungen an den Vereinsstatuten vorgenommen werden. Dabei geht es nur darum, den bisherigen Namen «Forum Praxispädiatrie FPP» durch «Kinderärzte Schweiz» mit dem Zusatz «Berufsverband Kinder- und Jugendärzte in der Praxis» zu ersetzen. Inhaltliche Veränderungen der Statuten sind nicht vorgesehen, zumal diese erst 2008 modernisiert und dannzumal von der Mitgliederversammlung abgesegnet wurden.

Der Vorstand schlägt der Mitgliederversammlung als oberstes Vereinsorgan ein zweistufiges Vorgehen vor. Mit dem ersten Antrag geben die Teilnehmer der Mitgliederversammlung offiziell grünes Licht für den Namenswechsel. Dieser war letztes Jahr in einer Konsultativabstimmung mit grosser Mehrheit unterstützt worden. Im zweiten Antrag muss anschliessend folgerichtig die textliche Statutenanpassung von der Mitgliederversammlung gutgeheissen werden. Im Unterschied zum ersten Antrag braucht es dafür gemäss den geltenden Statuten eine Zweidrittelsmehrheit.

Bei Zustimmung treten die angepassten Statuten sofort in Kraft; die administrative und organisatorische Umstellung auf den neuen Namen erfolgt dann schrittweise, spätestens per 1. Januar 2012. Mit dem neuen Namen erhält das Forum auch 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. Beim Logo hat der Vorstand die Vorgabe gemacht, das farbige «Forumsfigürchen» grafisch zu integrieren, um so eine klare Verbindung zum bisherigen Namen und Erscheinungsbild herzustellen. Das neue Logo wird den Mitgliedern spätestens an der Versammlung in Bern vorgestellt.

Ändern werden auch der Domain-Name der verbandseigenen Website und die Mail-Adressen: Die Internet-Adressen www.kinderaerzteschweiz.ch und www.meinkinderarzt.ch sind reserviert; der Vorstand wird dann die endgültige Auswahl treffen. Um die Kosten möglichst tief zu halten, bleibt die Website bis auf die textlichen Anpassungen an den neuen Namen und das Auswechseln des Logos unverändert; die Drucksachen werden nach und nach jeweils bei Nachbestellungen umgestellt.

Der Vorstand hatte sich an der Mitgliederversammlung 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 worden. 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.

Anträge des Vorstands an die Mitgliederversammlung 2011

Antrag 1 Der Vorstand beantragt der Mitgliederversammlung, den Namen des Vereins zu ändern. Der neue Name lautet: Kinderärzte Schweiz (Berufsverband Kinder- und Jugendärzte in der Praxis). Der neue Namen tritt per sofort in Kraft; die administrative und organisatorische Umstellung erfolgt spätestens per 1. Januar 2012.

Antrag 2 Nach erfolgter Zustimmung zum Namenswechsel beantragt der Vorstand in der Folge der Mitgliederversammlung, die dem neuen Vereinsnamen angepassten Statuten anzunehmen und damit einer Statutenrevision zuzustimmen. Hierfür ist gemäss geltenden Statuten eine Zweidrittelsmehrheit der an der Mitgliederversammlung anwesenden Mitglieder notwendig. Die neuen Statuten treten per sofort in Kraft.

Der textlich an den neuen Namen angepasste Statutenentwurf sowie alle Anträge an die Mitgliederversammlung 2011 finden Sie hier: www.praxispaediatrie.ch

Geschäftsstelle mit neuer Administrations-Software

Die Aufgaben der Geschäftsstelle haben in den vergangenen Jahren laufend zugenommen. Damit diese auch weiterhin bewältigt werden können, wurde eine neue Informatiklösung angeschafft.

SIMON HUBACHER

Die Geschäftsstelle mit Simon Hubacher (Leitung) und Corinne Morger (Sachbearbeiterin) betreut mit zwei Teilzeitpensen das Forum Praxispädiatrie FPP, die SVUPP und die Verlag Praxispädiatrie GmbH, welche in erster Linie die Zeitschrift *ForumNews* herausgibt. Die Mitglieder- und Abonnentenverwaltung sowie die Organisation des Kurswesens erfolgten bisher mit mehreren Programmen und Office-Anwendungen. Negativ wirkte sich dabei im Büroalltag aus, dass die Programme und die entsprechenden Datenbanken nicht aufeinander abgestimmt werden konnten. Die Folge waren erheblicher Mehraufwand (zu Lasten wichtiger inhaltlicher Arbeiten) und unnötige Fehlerquellen, was leider auch das eine oder andere Mitglied zu spüren bekam.

Die drei Kostenträger der Geschäftsstelle unterstützten deshalb den Antrag von Geschäftsführer Simon Hubacher, im Rahmen einer Reorganisation der internen Arbeitsabläufe in eine integrale Verbandsmanagement-Software der Tocco AG aus Zürich zu investieren. Mit der modulartig aufgebauten, webbasierten und vielfach bewährten Anwendung können alle administrativen und organisatorischen Arbeiten zentral gesteuert und umgesetzt werden. Integriert ist auch die Debitorenbuchhaltung mit einer Schnittstelle zur Finanzbuchhaltung, die bisher ausgelagert war, ab Juli neu auf der Geschäftsstelle von einer Teilzeit-Buchhalterin im Auftragsverhältnis betreut wird. Gerade der letzte Punkt hilft, die finanzielle Kontrolle der drei Mandanten markant verbessern und dank kurzen Wegen rascher reagieren zu können. Die beachtlichen Kosteneinsparungen bei der Buchhaltung ermöglichen es zudem, die finanziellen Investitionen in die neue Software von Tocco schneller zu amortisieren.

Die neue Informatiklösung ist ab Ende Juni im Volleinsatz. Bis sich alles eingespielt hat, werden wie bei solchen Projekten üblich einige Wochen vergehen. Die Mitglieder von FPP und SVUPP sollten die Neuerungen aber schon bald positiv zu spüren bekommen. Dies betrifft vor allem die Seiten zum Kurswesen auf www.praxispaediatrie.ch, die grafisch anders daher kommen und benutzerfreundlicher werden. Dank persönlichen Login-Daten (die allen Mitgliedern zugestellt werden) entfällt künftig das Ausfüllen der Adressdaten im Online-Anmeldeformular für Fortbildungskurse. Ob es für einen Kurs noch freie Plätze hat oder eine Warteliste besteht, wird im neuen Kurskalender farblich mit einem Ampelsystem angezeigt. Alle Unterlagen wie Teilnehmerlisten oder Kursbestätigungen können künftig direkt aus dem neuen System zusammengestellt und ausgedruckt werden.

Bitte melden Sie Adressänderungen!

Sind Sie kürzlich umgezogen? Haben Sie eine neue Telefonnummer oder Mail-Adresse? Sie möchten die «ForumNews» nach Hause, die Rechnung für den Mitgliederbeitrag aber in die Praxis zugestellt erhalten? Nehmen Sie bitte mit uns Kontakt auf und teilen Sie uns Ihre Adressmutation oder Zustellwünsche mit. Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe!

Telefon Geschäftsstelle (Mo–Do oder Meldung auf Anrufbeantworter): 044 520 27 17
Fax Geschäftsstelle: 043 317 93 64
info@praxispaediatrie.ch

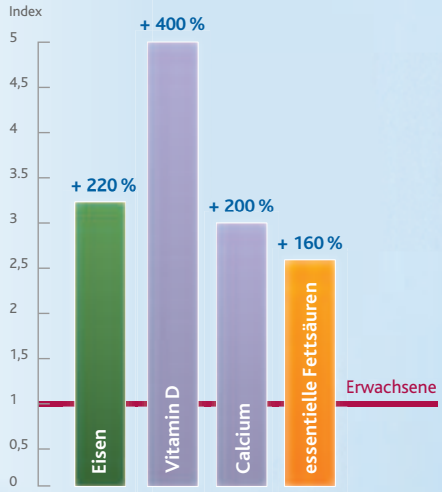
milupa

Aptamil Junior

Von 1 bis 3 Jahren: spezifische Ernährungsbedürfnisse

Physiologische Unreife
Aktivitäten in voller Entwicklung
Starke Wachstumsphase

Höhere Bedürfnisse als diejenigen der Erwachsenen



Quelle: Empfohlene Nährstoffzufuhr pro kg Körpergewicht und pro Tag nach den DACH-Empfehlungen (Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr 2008)

Aptamil Junior unterstützt eine ausgewogene Ernährung:

- **25 x MEHR** EISEN*: einem Eisenmangel vorbeugen
- **60 x MEHR** VITAMIN D*: eine gute Knochenmineralisierung in Kombination mit Calcium unterstützen
- **6 x MEHR** ESSENTIELLE FETTSÄUREN*: die Entwicklung des Gehirns und des Nervensystems unterstützen
- **2,5 x WENIGER** EIWEISS*: die Überlastung der Nieren vorbeugen und zusätzlich vor einem möglichen Risiko von Übergewicht schützen
- DIE EINZIGARTIGE FORMEL VON APTAMIL: die prebiotische Fasern GOS/FOS**, die das Wachstum von Bifidus-Bakterien im Darm fördern

Aptamil, inspiriert vom Modell der Muttermilch – garantiert durch Wissenschaft

*Im Vergleich zu Kuhmilch **GOS/FOS: eine patentierte Mischung aus Galacto-und Fructo-Oligosaccharide

Kompetenter und innovativer Klimaschutz

myclimate neutral Drucksache
No. 01-11-921921 – www.myclimate.org
© myclimate – The Climate Protection Partnership

Die *ForumNews* werden neu klimaneutral gedruckt. Die CO_2-Emissionen des Druckauftrages werden in Klimaschutzprojekten von myclimate kompensiert.

SIMON HUBACHER

Als Schweizer Stiftung leistet myclimate einen relevanten und innovativen Beitrag zum Klimaschutz und zu einer nachhaltigen Entwicklung. myclimate ist international gut vernetzt und ein qualitativ führender Anbieter von Klimabildung und Carbon Management Services sowie ein renommierter Partner für Kompensationslösungen durch hochwertige Klimaschutzprojekte.

myclimate ist aus einem gemeinsamen Projekt von Studenten und Professoren der ETH Zürich im Jahr 2002 entstanden. Heute gehört die gemeinnützige Schweizer Organisation weltweit zu den wichtigsten Anbietern von freiwilligen Kompensationsmassnahmen. Mit den Kompensationsgeldern entwickelt und unterstützt myclimate weltweit Klimaschutzprojekte und ermöglicht dadurch konkreten Klimaschutz. Die Projekte erzielen ihre Wirkung durch den Ersatz von fossilen Brenn- und Treibstoffen durch erneuerbare Energien und Energieeffizienzmassnahmen (Energiesparmassnahmen oder Einsatz effizienter Technologien), in einigen Fällen durch die Reduktion von Methanemissionen.

myclimate Carbon Management Services erstellt CO_2-Bilanzen und CO_2-Berichte sowie umfassendere Ökobilanzen. Ausserdem werden Unternehmen mit verschiedenen Instrumenten bei der Entwicklung von Strategien, der Untersuchung von Produkten und der Optimierung bestehender Prozesse unterstützt.

In zahlreichen Klimabildungsprojekten und konkretem Wissen über den Klimawandel und Tipps für den Alltag zeigt die myclimate-Klimabildung auf, wie CO_2-Emissionen vermieden oder reduziert werden können. myclimate ist dafür auf finanzielle Unterstützung von Privatpersonen, Stiftungen und Unternehmen angewiesen.

Zum Partner- und Kundenkreis der Klimaschutzorganisation zählen grosse, mittlere und kleine Unternehmen aus sämtlichen Branchen sowie Institutionen der öffentlichen Verwaltung, Non-Profit-Organisationen, Event-Organisationen und Privatpersonen. Sie alle gleichen ihre CO_2-Emissionen mit Klimaschutzprojekten von myclimate aus oder bieten dies ihren Kunden an. myclimate ist breit abgestützt und weltweit vernetzt. Strategisches Leitungsorgan ist der zehnköpfige Stiftungsrat. Die operative Führung liegt bei der Geschäftsstelle in Zürich mit einem Team von mittlerweile über dreissig Mitarbeitenden. Ein hochkarätig besetztes Patronatskomitee mit alt Bundesrat Moritz Leuenberger an der Spitze unterstützt myclimate ideell.

Um Klimaschutzmassnahmen so effektiv und effizient wie möglich umsetzen zu können, hat myclimate zudem ein internationales Netzwerk an Projektpartnern und Resellern aufgebaut, die myclimate in ihren Ländern vertreten.

www.myclimate.org

FORUM PRAXISPÄDIATRIE
FORUM PÉDIATRIE AMBULATOIRE
FORUM PEDIATRIA PRATICA

Beitrittserklärung

Ich melde mich an als

☐ ordentliches Mitglied (Pädiatrie FMH mit Praxistätigkeit)

☐ ausserordentliches Mitglied (Fachärzte anderer Gebiete, AssistentInnen, Kliniker)

VORNAME, NAME

TITEL

FACHARZT

ADRESSE

PLZ/ORT

TELEFON PRAXIS TELEFON PRIVAT

FAX E-MAIL

DATUM/UNTERSCHRIFT:

Schwerpunkte in meiner Praxistätigkeit

Vorschläge für Projekte im Rahmen des Forum Praxispädiatrie FPP

Ich bin bereit, gelegentlich an einem Projekt mitzumachen

☐ Ja ☐ Nein

Bitte Talon retournieren an
Forum Praxispädiatrie FPP, Badenerstrasse 21, 8004 Zürich
Telefon 044 520 27 17, Fax 043 317 93 64
info@praxispaediatrie.ch, www.praxispaediatrie.ch

Demos und andere Interventionen

ROLF TEMPERLI

Während am 1. April vor fünf Jahren noch mehr als 10000 Demonstranten den Bundesplatz füllten, zeigte das in Primary Care abgedruckte Foto ein ziemlich tristes Bild von der diesjährigen Veranstaltung vor dem Bundeshaus: ein paar verlorene Gestalten im Dauerregen. Entsprechend gering war das Echo in anderen Medien. Zahlenmässig ebenso bescheiden dafür farbenfroh war die Beteiligung der Pädiater. Dafür gibt es neben dem schlechten Wetter noch andere Gründe, nachvollziehbare und Ausreden. Allerdings gilt es zu bedenken, dass Verbandspolitik im Stillen zwar nützlich sein, ihre volle Wirkung aber nur mit tatkräftiger Unterstützung der sogenannten Basis entfalten kann. Die Pädiater müssen ihre Anliegen formulieren und in den politisch arbeitenden Gremien wie dem Verband der Haus- und Kinderärztinnen Schweiz MFE einbringen.

Die Initiative «Ja zur Hausarztmedizin» soll auch die Position der Kinder- und Jugendärzte als primäre Ansprechpartner in Gesundheitsfragen stärken. Der vom Bundesrat formulierte Gegenvorschlag geht auf diese Forderungen nicht ein. Ganz im Gegenteil würde der schwammig formulierte Verfassungsartikel in erster Linie die Macht des Bundesrates stärken und einer wie immer gearteten «Barfussmedizin», bei der die ärztlichen Grundversorger nicht mehr im Zentrum stünden, Vorschub leisten. Der Gegenentwurf ist abzulehnen. Eine entsprechende Stellungnahme des Forums Praxispädiatrie wurde dem BAG zugestellt.

Neben dem Vorstandsmitglied Stephan Rupp nehmen sechs Vertreter des Forums Praxispädiatrie und der SGP die Interessen der Pädiatrie im Haus- und Kinderärzteverband wahr. An der Klausurtagung der Delegierten vom 20. und 21. Mai wurde schwerpunktmässig über Qualität (weg von den Kontrollen hin zu einer stetigen Qualitätsentwicklung), Tarife (Schaffung eines eigenen Tarmed-Kapitels für Grundversorger; Anhebung der Labortarife im Praxislabor) und nicht zuletzt Politik (Unterstützung der Initiative «Einheitskasse»; Hausarztinitiative; Managed Care) diskutiert. Die Details sind in Primary Care und auf der Website von MFE nachzulesen. Einmal mehr zeigte sich, dass der Input vonseiten der Pädiatrie nicht nur sehr wichtig, sondern von den anderen Grundversorgern auch gewünscht ist.

Nolens volens werden sich die Pädiater auch wieder dem Dilemma stellen müssen, ob sie nun Generalisten oder Spezialisten seien. Die Spezialisten im engeren Sin-

ne können nicht «Hausärzte» sein und auch nicht von möglichen Privilegien (Tarmed-Kapitel Hausarztmedizin) profitieren, sollte es je solche geben. Diese und andere Hausaufgaben stehen noch an.
Dass uns niemand Geschenke macht, ist keine neue Erkenntnis. Das volle Engagement in der Praxis genügt nicht, um den Kindern und Jugendlichen auch in der Zukunft den Zugang zu einer altersgerechten und kompetenten medizinischen Versorgung zu ermöglichen. Eure politischen Vertreter sind auf eure Unterstützung und eure Rückmeldungen angewiesen.

DRG und RFE

ROLF TEMPERLI

Einzelne Rebellennester halten den Widerstand gegen die Fallkostenpauschalen DRG weiterhin aufrecht, aller Voraussicht nach erfolglos, auch wenn es noch zu parlamentarischen Interventionen gekommen ist. Die Gesundheitskommissionen von Ständerat und Nationalrat haben beschlossen, dass die Umstellung kostenneutral zu erfolgen hat, die kantonalen Gesundheitsdirektoren wehren sich dagegen. Die FMH fordert eine Übergangslösung. Die Spitäler stehen vor enormen Problemen, welche die Praxis nur am Rand zu tangieren scheinen.
Allerdings wird DRG zur Folge haben, dass viele bis anhin von den Spitälern erbrachten Leistungen aus Kostengründen in die Praxen ausgelagert werden. Einerseits führt dies zu vermehrter Leistungsnachfrage in den meist schon überlasteten Praxen, andererseits zu einem markanten Kostenschub in der ambulanten Medizin. Zweifellos werden Politiker, Gesundheitsämter und Krankenkassen die Leistungserbringer für den Kostenschub verantwortlich machen und mit dem Argument der Mengenausweitung Kostenneuträlität und einen tieferen Taxpunktwert fordern.
Wir haben es in der Hand, die vorhersehbare «Mengenausweitung» zu dokumentieren.

RFE: reason for encounter

Fast alle Praxis-Administrationsprogramme ermöglichen es, mit zwei Mausklicken den Grund zur Konsultation zur erfassen. Ein einfaches Tool, das für unser Einkommen von entscheidender Bedeutung sein kann. Bei jeder Konsultation RFE angeben! **http://www.reasonforencounter.ch/**

Im Tagi zitiert

SIMON HUBACHER

Über das Thema kinderärztliche Vorsorgeuntersuchungen berichtete der «Tages-Anzeiger» vom 24. März 2011 – und zitierte dabei auch Co-Präsidentin Manuela Hany. Zwei Tage später setzte sich dann TA-Journalistin Simone Rau positiv mit der Thematik auseinander: «Kinderarzt-Kontrollen: Ein Obligatorium dient der Prävention.» Wir drucken beide Artikel mit freundlicher Genehmigung des «Tages-Anzeigers» ab.

Kinderarzt-Kontrollen
Ein Obligatorium dient der Prävention.
Von Simone Rau

Auf Herz und Nieren prüfen

Natürlich wäre es schön, wenn alle Eltern mit ihren Kindern die empfohlenen 12 Vorsorgeuntersuchungen bis zum 16. Lebensjahr freiwillig wahrnähmen. In Eigenverantwortung. Tun sie aber nicht. Eine Erhebung des Jugendgesundheitsdienstes Basel-Stadt 2007/08 hat gezeigt, dass nur gerade die Hälfte zu der Kontrolle geht, die im Alter von 3 bis 4 Jahren empfohlen wird. Deshalb macht Sinn, was SP-Politiker fordern und die Gesundheitskommission des Nationalrats gestern abgelehnt hat: ein Obligatorium für Kinderarztbesuche im Vorschulalter.

Im Vordergrund stehen dabei nicht die Kindsmisshandlungen, die diese Kontrollen womöglich aufdecken könnten, wie die Initianten betonen (TA vom 24. 3.). Eltern, die ihr Kind misshandeln, werden sich hüten, im Vorfeld eines vereinbarten Arzttermins tätlich zu werden. Und doch: Es wäre ein willkommener Nebeneffekt, wenn der Arzt des Obligatoriums wegen einer Misshandlung auf die Spur käme.

In erster Linie helfen regelmässige Kontrollen, allfällige Fehlentwicklungen früh zu erkennen und damit verbundene Komplikationen zu verhindern. Ein Kind, das nicht gut hört oder sieht? Zu dick ist? An Autismus leidet? Der Kinderarzt wirds merken. Ja, vielleicht hätten es auch die Eltern gemerkt. Vielleicht aber auch nicht. Und es mag nicht einmal an ihrer Unachtsamkeit liegen oder gar an Vernachlässigung: Wem ohne medizinische Kenntnisse würde etwa auffallen, dass ein Kind an einer seltenen Nierenkrankheit leidet? Eben.

Es geht nicht darum, sämtliche Eltern unter Generalverdacht zu stellen oder sie ihrer Freiheit zu berauben, wie die Gegner monieren. Sondern um Prävention. Oft gehen die Vorsorgeuntersuchungen im Trubel des Alltags nämlich schlicht vergessen. Was kann es schaden, die Eltern also dazu aufzufordern?

Vermutlich sind sie froh, wenn die Zahnstellung ihres Kindes zuverlässig begutachtet und versäumte Impfungen nachgeholt werden. Das Obligatorium würde es den Ärzten auch erlauben, das soziale Umfeld der Kinder zu beleuchten. Zeigt sich etwa, dass Eltern mit der Betreuung überfordert sind, kann ihnen Hilfe vermittelt werden. Von sich aus würden sie diese wohl kaum beanspruchen – aus Angst, als Versager dazustehen.

Obligatorische Kontrollen beim Arzt sollen Kinder vor Misshandlungen schützen

Was in diversen deutschen Bundesländern bereits Gesetz ist, soll auch in der Schweiz eingeführt werden. Über den Nutzen sind sich Kinderärzte jedoch uneinig.

Von Simone Rau

2,7 Kilogramm wog die viereinhalb Monate alte Antonia aus Dietikon ZH, als sie im Oktober 2003 starb. Ihr Vater hatte das Mädchen seit der Geburt mit körperlicher Gewalt misshandelt, ihm tagelang das Essen verweigert und es schliesslich durch heftiges Schütteln getötet. Selbst wenn Antonia überlebt hätte, wären irreversible gesundheitliche Schäden die Folge gewesen.

Hätte man die Misshandlungen bemerken können? Und falls ja, wer? Eine Antwort auf diese Fragen hat das Forum Praxispädiatrie (FPP), der Berufsverband der praktizierenden Kinder- und Jugendärzte der Schweiz: «Der Tod des Mädchens hätte fast sicher verhindert werden können, wenn kinderärztliche Vorsorgeuntersuchungen in der Schweiz obligatorisch wären», sagt FPP-Co-Präsidentin Manuela Hany. Dann nämlich, so die Kinderärztin, hätte ein Arzt Antonia im Alter von einem, zwei und vier Monaten untersucht und festgestellt, «dass mit dem Kind etwas nicht stimmt».

Die heutige Empfehlung der Kinderärzte sieht vor, dass Eltern ihre Kinder bis zum 16. Altersjahr zwölfmal routinemässig untersuchen lassen – davon siebenmal in den ersten zwei Jahren. Das System beruht auf Freiwilligkeit: «Wer nicht kommen will, lässt es bleiben», so Hany. «Eltern, die ihre Kinder misshandeln, gehören dazu.»

Obligatorische Untersuchungen beim Kinderarzt wären laut dem FPP aber nicht nur sinnvoll, um Misshandlungen aufzudecken: «Die frühe Erkennung allfälliger Fehlentwicklungen hilft, Komplikationen zu verhindern, und ist damit auch ein aktiver Beitrag zur Kostenreduktion im Gesundheitswesen», sagt Hany. Sie denke dabei etwa an Kinder, die «sich nicht normal entwickeln».

Gleicher Meinung ist die Zürcher SP-Nationalrätin Chantal Galladé. Heute Donnerstag behandelt die Gesundheitskommission des Nationalrats ihre parlamentarische Initiative, die ein Obligatorium der Untersuchungen für alle Kinder im Vorschulalter vorsieht.

Notfalls ein Hausbesuch

Diverse deutsche Bundesländer kennen das Obligatorium. Als erstes Bundesland führte das Verfahren – auch «Baby-TÜV» genannt – das Saarland 2007 ein. Dort müssen Eltern ihre Kinder in den ersten sechs Jahren neunmal untersuchen lassen. Nehmen die Eltern ihre Pflicht nicht wahr, erhalten sie ein Erinnerungsschreiben und – wenn noch immer nichts passiert – ein zweites. Bringt auch dieses keine Veränderung, schaltet die «Screeningstelle» das Gesundheitsamt ein, das einen Hausbesuch ankündigt.

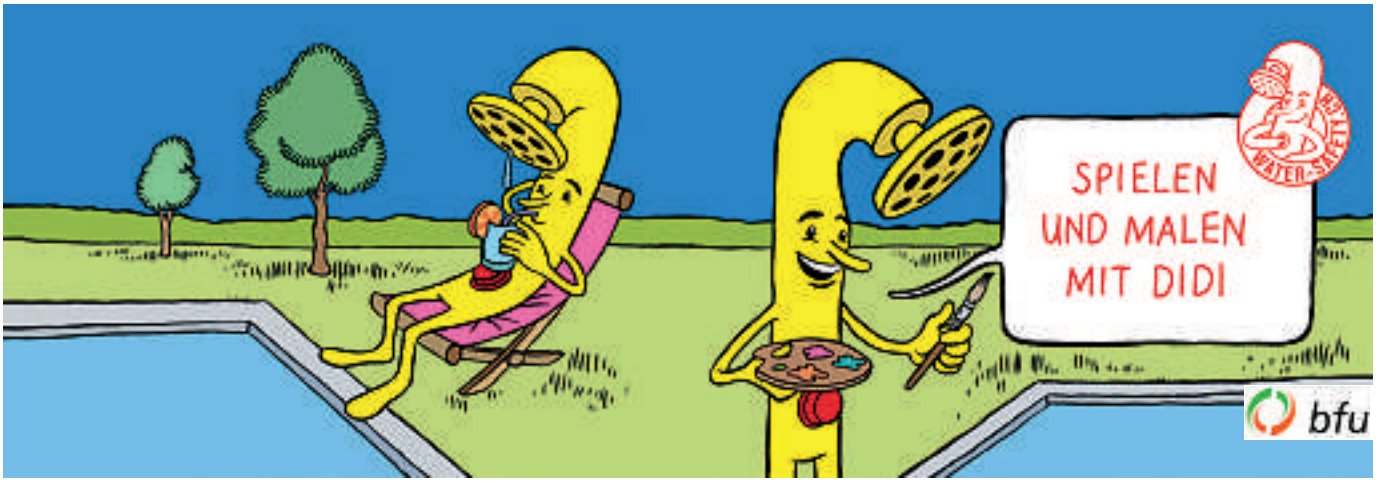
Doch nicht alle sind davon überzeugt, dass sich das deutsche Modell auf die Schweiz übertragen lässt. Der Bundesrat schrieb auf eine entsprechende Motion – ebenfalls eingereicht von SP-Nationalrätin Galladé – im Mai 2008, eine gesetzliche Verankerung eines Obligatoriums komme «einem weitgehenden Eingriff in die persönliche Freiheit des Erziehungsberechtigten bzw. des Kindes gleich». Er sei «nicht verhältnismässig» und lasse sich «sachlich nicht rechtfertigen».

«Feigenblatt-Effekt»

Auch bei den Kinderärzten sind die obligatorischen Arztbesuche umstritten – allerdings aus einem anderen Grund: «Ich bezweifle, dass sie Kinder vor Misshandlungen schützen», sagt Ulrich Lips, Leiter der Kinderschutzgruppe am Kinderspital Zürich. Er spricht von einem «Feigenblatt-Effekt»: Wer sein Kind schlage, werde vermeiden, dass beim Arzttermin blaue Flecken vorhanden seien. Verdacht schöpfe dann niemand.

Im Weiteren müsse man sich fragen, ob die Quote der freiwilligen Untersuchungen nicht «sowieso schon sehr hoch» sei – gerade in den ersten beiden Jahren. Über Zahlen verfügen weder das Bundesamt fur Gesundheit noch die Schweizerische Gesellschaft fur Pädiatrie. Einen Hinweis auf die Quote könnte aber eine Erhebung geben, die der Jugendgesundheitsdienst Basel-Stadt im 2007/08 durchgeführt hat. Demnach geht nur die Hälfte zu der im Alter von 3 bis 4 Jahren empfohlenen Kontrolle.

Vision Zero: Kein Kind soll ertrinken



BERATUNGSSTELLE FÜR UNFALLVERHÜTUNG (BFU)

Wasser ist ein attraktives Element, es macht Spass und lädt zum Spielen ein. Doch kann ein Kind in weniger als 20 Sekunden ertrinken – meist lautlos. Zusammen mit Partnern wie swimsports.ch, SLRG und dem Schweizerischen Badmeister-Verband SBV hat die bfu eine Wasser-Sicherheitskampagne lanciert, welche bis 2013 dauern wird. Das Ziel der Kampagne: Es gibt keine Ertrinkungsunfälle mehr von Kindern.

Badmeister als Botschafter

Die Hauptbotschaft der Kampagne lautet: «Kinder immer im Auge behalten. Kleine in Reichweite.» Sie richtet sich in erster Linie an Eltern und Betreuungspersonen, die im und am Wasser für die Sicherheit der Kinder verantwortlich sind. Didi Dusche – die gelbe Figur und der Sympathieträger der Kampagne – ermahnt Eltern und Betreuende, die ihre Aufsichtspflichten verletzen, und spritzt diese kalt ab.
Obschon nur 7% der Ertrinkungsunfälle in bewachten Gewässern stattfinden, wurden die öffentlichen Badeanstalten als Kommunikationsplattform bestimmt. So kann die Botschaft am besten verbreitet werden.
Über einen Partnershop können Badmeister und Partnerorganisationen kostenlos Kommunikationsmittel und Give-Aways bestellen. So können Badmeister die Betreuungspersonen jederzeit und ohne grossen Aufwand daran erinnern: «Kinder immer im Auge behalten. Kleine in Reichweite.» Denn Badmeister sind keine Babysitter! Zudem soll die Zielgruppe dazu aufgemuntert werden, dass Kinder den Wasser-Sicherheits-Check (WSC) absolvieren. Dieser Kurs zur Förderung der Selbstrettung wird durch swimsports.ch durchgeführt und zertifiziert.

Information:

www.water-safety.ch, partner@water-safety.ch

Bestellungen von Malbuch und Farbstiften direkt im Partnershop unter water-safety.ch/partner oder über E-Mail: partner@water-safety.ch

Das Malbuch zur Water-Safety-Kampagne «Spielen und Malen mit Didi» und Farbstifte. Zum Auflegen in Ihrer Praxis oder als «Trostpflaster» für junge Patienten. Für FPP-Mitglieder ab sofort kostenlos bestellbar im Partnershop auf water-safety.ch/partner oder über E-Mail: partner@water-safety.ch

Ertrinkungsunfall –

ein Fall aus der Praxis, den wir hoffentlich nie mehr erleben

Es geschah am 11. Mai 2005. Es ist ein schöner Frühlingsmorgen nach einem langen Winter. Ich befinde mich mit meiner dreimonatigen Tochter im Mutterschaftsurlaub im Wohnungsteil unseres Hauses, als mich eine aufgeregte Praxisassistentin von der Durchgangstür zur Praxis aus ruft, ich müsse dringend kommen.

DR. MED.
STEFANIE GISSLER,
NEUENDORF

In der Praxis brauche ich einen Moment, um die Situation zu erfassen. Am Empfang stehen eine tropfnasse, mir bekannte Frau aus der Nachbarschaft und ihre älteren beiden Kinder. Durch die offene Sprechzimmertür sehe ich, wie meine Praxisstellvertreterin (Pädiaterin mit Anästhesieerfahrung) und mein Mann (Allgemeinmediziner) begonnen haben, einen Knaben zu reanimieren. Der Fünfjährige spielte, wie ich später erfahre, noch winterlich mit dicker Jacke gekleidet im Garten mit dem Ball. Mutter und Geschwister sind in der Nähe, und doch ist er plötzlich verschwunden. Die Mutter findet ihn bereits am Boden des gefüllten Pools treibend. Sie trägt ihn leblos auf den Armen in die Praxis.

Ich trete dazu und bin froh, dass Maja mit ihrer Anästhesieerfahrung das Kommando übernommen hat und Anweisungen gibt. Mit zittrigen Händen den Beutel an die Sauerstoffflasche anzuschliessen, scheint unendlich schwierig. Die MPA meldet, dass die Sanität vom Kantonsspital Olten mit Arzt unterwegs sei und in 10–15 Minuten eintreffe. Unterdessen verrinnen die Minuten und wir haben noch immer keinen Puls. Die Pupillen sind lichtstarr und die Haut kalt, blau und klamm. Wir schaffen es, einen Venflon zu stecken, und spritzen Adrenalin, zweimal ohne Erfolg. Wir schauen uns an und sagen schliesslich, was wir denken. Der Junge ist tot… Nein, es darf nicht sein, nicht hier, nicht in unserer Praxis, nicht aufhören…

In der Ferne hören wir die Sirenen von Sanität und auch der Polizei, da die REGA aufgeboten wurde. Die Sanitäter übernehmen nach 20 Minuten Reanimation in der Praxis und mehr als eine halbe Stunde nach dem Ertrinken. Der Monitor, den sie anschliessen, zeigt immer noch eine Nulllinie. Intubation, ZVK und weiter Herzmassage… Die Pupillen sind immer noch lichtstarr. Ich fühle mich hilflos und überflüssig. So viele Leute plötzlich. Ich gehe zu der Mutter ins Wartezimmer und versuche ihr (und mir) Mut zu machen. Aaron ist stark. Er ist mit 27 Wochen und 1000 Gramm zur Welt gekommen und hat schon mehrfach gezeigt, dass er kämpfen kann. Das Telefon klingelt am Empfang und gibt keine Ruhe. Ich nehme ab und habe die REGA dran. Ob man noch kommen solle, der Heli sei jetzt über Liestal… Was soll die Frage? Aber sicher! Die Nulllinie erwähne ich nicht.

In diesem Moment hört man aus dem Zimmer ein regelmässiges Piep-Piep und jemand ruft: Sinusrhythmus! Puls! Kurz darauf übernimmt die REGA, die inzwischen auf dem Schulhausplatz vor dem Haus gelandet ist. Man entscheidet, ins Inselspital zu fliegen.

Als alle gegangen sind, bleibt nur ein mit medizinischem Abfall übersäter Boden übrig. Wir fühlen uns leer. Es ist Mittagszeit, aber niemand hat Hunger. Haben wir das Richtige getan? Als uns die ersten Meldungen aus dem Inselspital erreichen, sind wir nicht besser dran. ARDS, Koma, Pupillen reagieren wenig. Hirnströme pathologisch. Überleben nicht sicher.

Der weitere Verlauf scheint dann aber an ein Wunder zu grenzen.

Am Tag darauf reagiert Aaron auf Schmerzreize, die Beatmung ist aber weiterhin schwierig wegen massiven Lungenödems, aber die Prognose bezüglich Überleben hat sich deutlich verbessert.

In den folgenden Tagen treffen laufend neue positive Meldungen ein. Der Kreislauf wird stabil, die neurologischen Fortschritte gehen rasch. Erst nur Hirnstammreflexe, ein paar Tage später willkürliche Bewegungen aller Extremitäten. Das anfangs schwer pathologische EEG normalisiert sich im Verlauf innert zweier Wochen. Die Hypothermie (27 Grad) hat ihm das Leben gerettet.

Der weitere Verlauf scheint dann aber an ein Wunder zu grenzen.

Sechs Tage nach dem Unfall kann Aaron extubiert und auf die Normalabteilung verlegt werden. Er beginnt zu sprechen und zu essen. Die Eltern werden aber darauf vorbereitet, dass Aaron nie mehr sehen kann. Die Augen fixieren nicht. Es besteht eine corticale Blindheit. Das MRI zeigt aber einen Normalbefund.

Zwölf Tage nach dem Unfall feiert Aaron seinen fünften Geburtstag im Spital. Er krabbelt und packt Geschenke aus und beginnt langsam wieder zu sehen. Die Fortschritte gehen weiter so schnell, dass die geplante Verlegung in die Reha-Klinik Affoltern abgesagt wird.

Am 10. Juni verlässt Aaron zu Fuss das Spital und fährt nach Hause. Die neuropsychologische Untersuchung vor Austritt ergibt einen knapp normalen IQ mit Defiziten in visuo-räumlichen Fähigkeiten und in der Handlungsplanung, was jedoch aus Voruntersuchungen aufgrund der Frühgeburtlichkeit schon bekannt war. Nur die bereits begonnene Ergotherapie wird wieder aufgenommen.

Wir haben danach unseren Notfallkoffer aufgerüstet.

Und wie geht es Aaron heute?

Er hat nach dem Unfall ein Asthma entwickelt, das jedoch mittlerweile ohne regelmässige Therapie unter Kontrolle ist. Im folgenden Jahr hat er schwimmen gelernt.

Er besucht die 3. Klasse der Dorfschule und unterscheidet sich im Alltag in keiner Weise von seinen Klassenkameraden. Wegen seiner Lernbehinderung erhält er einige Stunden integrativen heilpädagogischen Zusatzunterricht. In seiner Freizeit spielt er Faustball und Schlagzeug.

Wir haben danach unseren Notfallkoffer aufgerüstet und auch nochmals einen Reanimationskurs besucht, denn auf so viel Glück können wir nicht noch einmal hoffen.

Aaron heute.

Vitamin-D-Prophylaxe und Therapie
bei Kindern und Jugendlichen in der Schweiz 2011

DAGMAR L'ALLEMAND,
OSTSCHWEIZER KINDERSPITAL
9006 ST. GALLEN

MARCO JANNER,
UNIVERSITÄTS-KINDERSPITAL,
INSELSPITAL BERN

THOMAS NEUHAUS,
KINDERSPITAL LUZERN

JOSEF LAIMBACHER

1. Zusammenfassung

In der Schweiz werden erniedrigte Vitamin-D-Spiegel bei 20 bis 60% der Kinder und Jugendlichen gefunden. Obwohl die Rachitis selten geworden ist, kann ein Vitamin-D-Mangel Knochendichte und Muskelfunktion auch während der Kindheit und Adoleszenz verschlechtern und hat negative Wirkungen auf das Immunsystem, die Diabetes-Prävalenz und die kardio-metabolischen Funktionen. Die aktuell empfohlene Prophylaxe mit 400 IU Vitamin D bis zum Ende des ersten Jahres des Lebens wird nur bei 64% aller Kinder durchgeführt. Das Einhalten der geltenden Empfehlungen muss dringend verbessert werden. Ausserdem müssen Kinder mit erhöhtem Risiko für einen Vitamin-D-Mangel (dunkles Hautkolorit, geringe Freiluftaktivität oder chronische Erkrankungen) regelmässig darauf hin untersucht und bei gegebener Indikation behandelt werden.
Es wird gegenwärtig in der Schweiz beraten, welche Massnahmen die vorgeschlagene Zufuhr von Vitamin D (400 bis 600 E täglich) auch nach dem ersten Lebensjahr sicherstellen können. Die Umsetzung des Vitamin-D-Berichts der Schweizerischen Ernährungskommission zu Mangel, Evidenz und Empfehlungen für die Schweizer Bevölkerung durch die Gesundheitsbehörden steht noch aus.

2. Definition des Vitamin-D-Mangels

Das Vitamin D_3 wird aus 7-Dehydrocholesteron in der Haut durch UVB-Licht gebildet und in der Leber zu 25-Hydroxy-Vitamin D_3 zu einem Hormon umgewandelt. Die Aktivierung erfolgt in der Niere durch Hydroxylierung an Position 1. Aufgrund der komplexen Metabolisierung stehen Serumspiegel nicht linear mit der Wirkung im Zusammenhang. Was genau ein angemessener 25-Hydroxy-Vitamin D (25[OH]D) Serumspiegel bei Kindern und Jugendlichen ist, muss noch belegt werden. Sicher ist, dass bei Serumwerten unter 25 nmol/l gehäuft Rachitis und Ostomalazie auftreten *(Tabelle 1)*. Untersuchungen an jungen Erwachsenen zeigten, dass ein Spiegel zwischen 75 und 110 nmol/L für eine optimale Knochengesundheit nötig ist und für die Prävention extra-skelettaler Erkrankungen von Vorteil zu sein scheint. Bei Kindern konnte keine Korrelation zwischen Vitamin-D-Spiegel und klinischen Osteoporose-Zeichen wie erhöhter Frakturrate oder Wachstumsstörung nachgewiesen werden. Während des Pubertätswachstumsschubes erschweren die physiologisch hohen Spiegel von Parathormon und alkalischer Phosphatase die Beurteilung der Knochengesundheit. Bisher galten bei Kindern Serumwerte unter 37,5 nmol/l als Mangel und unter 50 nmol/l als Insuffizienz [1]. Derzeit wird in der Schweiz die in *Tabelle 1* stehende Definition vorgeschlagen. Die Variabilität zwischen den verschiedenen Testmethoden liegt bei 30%. Die Bestimmung soll mit einem Test durchgeführt werden, der mit der Goldstandard-Methode (Flüssigkeitschromatographie-Tandem-Massenspektrometrie) und dem internationalen Standard (NIST) verglichen wurde.

Tabelle 1: Vitamin-D-Mangel – Definition [2]

25(OH) Vitamin D Serumspiegel	Definition
<25 nmol/l (<10 ng/ml)	(schwerer) Mangel
25–49 nmol/l (10–19 ng/ml)	Insuffizienz bzw. leichter Mangel
50–74 nmol/l (20–29 ng/ml)	genügender Spiegel (vom US Institute of Medicine empfohlene Normgrenze)
75–110 nmol/l (30–44 ng/ml)	angemessener Spiegel (von der Internationalen Osteoporose Foundation und US Endocrine Society empfohlene Normgrenze)

3. Symptomatischer Vitamin-D-Mangel: Rachitis und chronische Müdigkeit

Die Rachitis und andere muskuloskelettale Manifestationen des Vitamin-D-Mangels sind bei Kindern in der Schweiz und Mitteleuropa selten geworden. Eine erhöhte Rachitis-Prävalenz zeigt sich bei Kindern unter Therapie mit klassischen Antiepileptika (Phenytoin, Carbamazepin), mit einer schweren Behinderung, die dunkelhäutig sind oder aus verschleierten Familien stammen.
Eine Vitamin-D-Therapie bzw. Osteoporoseprophylaxe gehört bei Kindern mit chronischen Darm-, Leber- oder Nierenerkrankungen oder Gucocorticoidtherapie zur Routine.
Die Risikogruppen für einen Vitamin D-Mangel sind in *Tabelle 2* dargestellt.
Es mehren sich Fallberichte, in welchen eine Assoziation von chronischer Müdigkeit und Muskelbeschwerden mit deutlich erniedrigten Vitamin-D-Spiegeln beschrieben wird, teilweise auch ohne Erhöhung der alkalischen Phosphatase *(s. Tabelle 2)*. Die Symptome bessern sich unter Vitamin-D-Substitution.
Darüber hinaus werden dem Vitamin D Wirkungen auf Muskelkraft, Infektabwehr und Prophylaxe von Autoimmunerkrankungen zugeschrieben.

Tabelle 2: Risiken für Vitamin-D-Mangel bei Kindern und Jugendlichen

- Brustmilchernährung ohne Vitamin-D-Prophylaxe oder von stillenden Müttern mit Vitamin-D-Mangel
- Dunkle Hautfarbe (Kinder aus Afrika, Nahem und Mittlerem Osten, Indien, Pakistan, Sri Lanka usw.).
- Mangelnde Sonnenlichtexposition (Verschleierung, Indoor-Sport, TV & Medienabusus, …)
- Immobilisation (Zerebralparese, ...)
- Adipositas
- Chronische Erkrankungen wie
  - Malabsorptionssyndrome (Zöliakie, Mucoviszidose, Morbus Crohn)
  - Leber- und Gallenwegserkrankungen
  - Chronische Niereninsuffizienz
  - Diabetes mellitus
- Anti-epileptische oder Glukokortikoid-Medikation
- Konstante Anwendung von Sonnenschutzmitteln mit Lichtschutzfaktor
- Symptome wie Wachstumsstörung, Entwicklungsverzögerung insbesondere der Grobmotorik, Müdigkeit, Schmerzen oder Krämpfe der Beine
- (Phases of accelerated growth during infancy or puberty)

Vitamin D ist ein Marker für gesunde Lebensweise mit ausgewogener Ernährung und regelmässigen Freiluft-Aktivitäten. Ob die in Querschnittsstudien gezeigten günstigen Effekte auf Carcinomentwicklung oder gar auf die Mortalität einen kausalen Zusammenhang haben, ist für das Kindesalter mehr als fraglich und wird hier nicht weiter berücksichtigt.

Für die Diagnostik, Behandlung und Nachsorge des symptomatischen Vitamin-D-Mangels gibt es internationale Empfehlungen, die in *Tabelle 3* beschrieben sind. Die im Folgenden angeführten Erkenntnisse berücksichtigen so weit wie möglich Schweizer und europäische Resultate und nehmen Bezug auf den in Bearbeitung befindlichen Vitamin-D-Report der Schweizerischen Ernährungskommission [2].

4. Bisherige Empfehlungen zum Vitamin-D-Bedarf und ihre aktuelle Umsetzung

Die Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie empfiehlt die Gabe von 400 E Vitamin D bis zum Ende des 1. Lebensjahres, *Tabelle 4,* aber nur 64% der Säuglinge erhalten diese auch. Das Risiko für eine ungenügende Vitamin-D-Prophylaxe ist signifikant erhöht bei aus dem Balkan oder arabischen Ländern stammenden Müttern sowie Müttern unter 25 Jahren, mit mehreren Kindern und bei ehemaligen Frühgeborenen. In England wird daher sogar eine Vitamin-D-Supplementation bis zum 3. Lebensjahr empfohlen, aber auch dort sind 73% der Mädchen Vitamin-D-defizient.

Tabelle 3: Vitamin D-Mangel-Rachitis und symptomatischer Vitamin-D-Mangel [1, 3]

Leitsymptome

Skelett: Achsenabweichungen (Knie), Verbiegungen (Diaphyse), Auftreibung bzw. Becherung der metaphysären Wachstumsfugen, Glockenthorax, rachitischer Rosenkranz, Kyphose und Skoliose, Craniotabes. Wachstumsstörung.

Neurologie: Säuglinge: muskuläre Hypotonie, allgemeine motorische Entwicklungsverzögerung,
Jedes Alter: Tetanie (Chvostek'sches Zeichen), hypocalcämische Krampfanfälle.
Jugendliche: Müdigkeit; Wadenkrämpfe; Muskelschmerzen (Beine), Muskelschwäche (beim Treppensteigen u. a.)

Sonstiges: Erhöhte Infektanfälligkeit, Herzrhythmusstörung bei Hypocalcämie, Gingivahyperplasie, Kardiomyopathie. Hypocalcämie.

Diagnostik

1. Stufe: alkalische Phosphatase im Serum (AP), Serum-Calcium (Ca), S-Phosphat (P), S-Kreatinin (Krea), Urin-Ca, U-P, U-Krea, Berechnung von Calcium/Krea, prozentualer Phosphatrückresorption (TRP), Phosphattransportmaximum (TmP/GFR)
2. Stufe: intaktes Parathormon PTH, 25-OH Vitamin D_3
   Röntgenaufnahme Hund links (Alter > 12 Monate), ggf. eines Kniegelenkes a.p. (Alter < 12 Monate).
3. Stufe: 1,25 $(OH)_2D_3$

Therapie

- Alter ≤4 Wochen: 1000 IU Vitamin D_3 + Calcium (80 mg/kg*d für 2 Wochen – 30 mg/kg*d bis 12 Wochen, anschliessend allein 500 IU Vitamin-D_3-Prophylaxe bis Ende 1. Lebensjahr (oder länger)
- Alter 4 Wochen bis 1 Jahr: 3000 IU Vitamin D_3 + Calcium (80 mg/kg*d für 2 Wochen – 30 mg/kg*d bis 12 Wochen, anschliessend allein 500 IU Vitamin D_3 bis Ende 1. Lebensjahr (oder länger)
- Alter > 1 Jahr: 5000 IU Vitamin D_3 + Calcium (80 mg/kg*d für 2 Wochen – 30 mg/kg*d bis 12 Wochen, anschliessend Prophylaxe 400–600 E/d oder ausreichende Sonnenexposition und orale Calcium-Zufuhr (z. B. Milch)

Stosstherapie bei Non-Compliance:

- 100 000–600 000 IE Vitamin D über 1–5 Tage, Calcium 40–80mg/kg für 12 Wochen
- 1 Ampulle Vitamin D_3 Streuli = 300 000 IE

Therapiekontrolle

- Nach (2-) 6–12 Wochen: Ca, P, AP, iPTH (nur nach 2–6 Wochen), Urin-Ca/Krea (Nierensono falls 3 Monate lang > 0,6 mmol/mmol)
- Nach 6 und 12 Monaten Hand-/ bzw. Knieröntgen[1], evtl. Ca, P, AP[2]
- Normalisierung Ca, P und iPTH nach 2–3 Wochen
- Evtl. 25-OHD_3 nach 12 Monaten

[1] Nach 6 Monaten Abheilung ossärer Läsionen
[2] AP kann mehrere Monate erhöht bleiben

In der Schweiz wurde bei 17% der Mädchen und 15% der Jungen im Alter von 11–16 Jahren ein Vitamin-D-Mangel (Serum 25OHD <30 nmol/l) gefunden, mit der höchsten Prävalenz im Pubertätsstadium 4–5 (29%) bei Jungen und im Stadium 3 (24%) bei Mädchen, ohne dass eine signifikante Assoziation zwischen 25OHD und Knochenumsatz-Markern beobachtet werden konnte. In einer noch nicht abgeschlossenen Zürcher Studie wiesen 60% von 100 gesunden Kindern mit und ohne Wachstumsschmerzen einen 25(OH)Vitamin-D-Spiegel unter 50 nmol/l auf (Bischoff-Ferrari, persönliche Mitteilung). Bei Schweizer Kindern

Tabelle 4: Vitamin-D-Präparate

Oral, Schweizer Produkte

- ViDe 3 Wild Tropfen: Cholecalciferol und Äthanol, 4 Tropfen täglich = 400 IE
- Vitamin D_3 Streuli Tropfen: Cholecalciferol und Äthanol, 4 Tropfen täglich = 400 IE
- Vitamin D_3 Wild oil: Cholecalciferol & Triglyceride, *1 Tropfen* täglich = *667 IE*
- In Deutschland: Vigantol® Oel: Cholecalciferol & Triglyceride, 1 Tropfen täglich = 500 IE
- In Österreich: Oleovit D_3: Cholecalciferol & Erdnussöl, 1 Tropfen täglich = 400 IE

  CAVE: Allergien

Parenteral, Oral: Vitamin D_3 Streuli i.m., p.o., 1 Ampulle 300 000 IIU

Calcium / Vitamin-D-Präparate

- Calcium Sandoz D_3 f (500/440), ff (1000/880), Instant-Pulver
- Calcium Sandoz D_3 (600/400), forte (1200/800), Brausetabletten
- Calcimagon D_3 (500/400), forte (1000/800)
- Calperos D_3 (500/400)
- Calcium D_3 Mepha (600/400), forte (1200/800)
- Decalcit-Pulver (600/750) in 1 Teelöffel = 1g (geschmacksneutral)

mit Typ-1-Diabetes im Alter von 3 bis 18,6 Jahren fand sich in 57% ein Vitamin-D-Mangel <50 nmol/L.
Ebenso zeigte der deutsche Kinder- und Jugendgesundheitssurvey bei über 50% der Kinder und Jugendlichen eine Vitamin-D-Insuffizienz, die in der Pubertät und bei Migranten noch häufiger gefunden wurde, wobei kein Unterschied zwischen Mädchen und Jungen bestand. Nur im Säuglingsalter zeigt sich, dass dank der Prophylaxe von 500 E täglich der Vitamin-D-Mangel seltener ist. Siebzig Prozent der Jungen einer französischen Jockeyschule wiesen im Winter einen Vitamin-D-Mangel auf. In noch weiter nördlichen europäischen Ländern wie Finnland, Dänemark, Irland, und Polen entspricht der Vitamin-D-Status von weiblichen Jugendlichen im Winter bei über einem Drittel einem Mangel (<25 nmol/l), bei fast allen einer Insuffizienz mit <50 nmol/l und siebenundvierzig Prozent hatten erhöhte Parathormon-Spiegel.
Als Ursache ist in den deutschen DONALD- und KIGGS-Studien eine zu geringe Zufuhr nachgewiesen worden und bei englischen Mädchen eine zu geringe Sonnenexposition, vor allem bei jugendlichen Migrantinnen.

5. Vitamin D und muskulo-skelettales System bei Kindern und Jugendlichen

Für die Knochenfestigkeit ist Vitamin D neben der körperlichen Aktivität und adäquaten Calcium- und Protein-reichen Ernährung nur einer von vielen Faktoren, wie kürzlich in einem Übersichtsartikel erläutert wurde. Hinzu kommen genetische Faktoren wie Polymorphismen des Vitamin-D-Rezeptors. Um die Rolle des Vitamin D für die Knochenstärke im Kindes- und Jugendalter tatsächlich beurteilen zu können, sind Interventionsstudien erforderlich. Im Säuglingsalter selbst ist nach 6-monatiger Vitamin-D-Supplementation mit 400 E/d kein Unterschied der Knochendichte im Vergleich zu unbehandelten Kontrollen zu finden. Hingegen ist die Vitamin-D-Prophylaxe im Säuglingsalter mit einer besseren BMD bei präpuberalen Mädchen assoziiert.
Die Studien im Kindesalter zeigen komplexe Resultate. Mädchen im Alter von 12–14 Jahren profitierten von einer Vitamin-D-Supplementierung (4×150 000 E/12 Monate) und Normalisierung der Serum-Vitamin-D-Spiegel nur hinsichtlich der Verbesserung der Sprunggeschwindigkeit, aber nicht in Bezug auf Knochendichte, Knochengeometrie, Muskelkraft u. a. In einer aktuellen Metaanalyse von 6 kontrollierten Interventionsstudien im Kindes- und Jugendalter [4] zeigte die Vitamin-D-Supplementierung überwiegend dann Wirkungen auf den Knochenaufbau, wenn sie bei vorbestehendem Mangel oder Mädchen vor dem Pubertätswachstumsschub, Migrantinnen, ausreichender Calcium-Zufuhr, guter Compliance und bestimmtem Vitamin-D-Rezeptortyp erfolgen. Die erforderlichen Dosen lagen dabei zwischen 400 E Vitamin D_3 pro Tag und 14 000 E pro Woche bzw. müssen Serum 25(OH)D Konzentrationen über 50 nmol/L erreicht werden. Ob Gesunde unter 18 Jahren mit normalen Vitamin-D-Spiegeln von einer Supplementierung profitieren, ist fraglich. Jedenfalls blieb unter einer 1-jährigen Vitamin-D-Behandlung die Knochendichte finnischer Kinder beiden Geschlechts im Alter von 8–10 Jahren und bei libanesischen Jungen im Alter von 10–17 Jahren unverändert.
Die Calciumaufnahme soll 800–1000 mg täglich betragen, aber die Supplementation allein kann nach gegenwärtiger Erkenntnis bei Kindern nicht dauerhaft die Knochendichte steigern – ausser an den oberen Extremitäten – und die Frakturrate senken.

6. Extraskelettale Vitamin-D-Wirkungen

Der Vitamin-D-Rezeptor findet sich in nahezu allen Zellen. Aus dem Vergleich mit Knock-out-Mäusen lassen sich zahlreiche Wirkungen von Vitamin D auch beim Menschen antizipieren, auch wenn die Funktionen des Rezeptors und seines aktivierten Liganden, dem 1,25-Dihydroxy-Vitamin D, sich nicht völlig überlappen. Dies trifft beispielweise für den Haarzyklus zu, der allein vom Rezeptor abhängt, was klinisch an der fehlenden Kopfbehaarung bei Typ-I-Vitamin-D-abhängiger Rachitis in Erscheinung tritt. Für die intakte Hautbarrierefunktion wird hingegen aktiviertes 1,25-Dihydroxy-Vitamin D benötigt, in diesem Zusammenhang wird die Wirksamkeit von Vitamin D bei Psoriasis genutzt.

a. Vitamin D und Immunsystem

Der Vitamin-D-Rezeptor wird von allen Zellen des Immunsystems exprimiert, auch von den Antigen-präsentierenden Zellen wie Makrophagen. Ebenso wie die Aktivität der 1alpha-Hydroxylase wird der Rezeptor differenziert reguliert und die antimikrobielle endogene Immunantwort verstärkt. In Makrophagen erfolgt die Regulation über Interferon-Gamma und Toll-like-Rezeptoren, was auch die erhöhte Vitamin-D-Aktivität bei granulomatösen Erkrankungen und Tuberkulose erklärt. Durch diese Mechanismen lässt sich auch die Wirksamkeit von Klima- und Licht-Kuren auf die Tuberkulose begründen. Die Abschwächung der Autoimmunantwort wie beim Typ-1-Diabetes läuft über eine Aktivierung von Suppressorzellen, Umwandlung von Effektorzellen und Modulation des Zytokin-Profils.
Zahlreiche epidemiologische und Fall-Kontroll-Studien belegen, dass die Prävalenz von Infekten und obstruktive Bronchitiden bei Neugeborenen und Kleinkindern mit Vitamin-D-Mangel vor oder nach der Geburt erhöht ist (Karatekin et al 2009; McNally et al 2009; Muhe et al 1997). Randomisierte kontrollierte Interventionsstudien zeigten, dass japanische 8–10-jährige Schulkinder unter Substitution mit 1200 E Vitamin D im Winter signifikant weniger Influenza-Infektion und Asthma-Exazerbationen hatten und dass bei Kindern mit Pneumonie durch einmalige Gabe von 100 000 E Vitamin D das Risiko eines Pneumonie-Rezidivs im Vergleich zu Kontrollen verringert werden konnte.

b. Vitamin-D-Assoziation mit Adipositas und Typ 2-Diabetes

Übergewichtige weisen niedrigere Vitamin-D-Spiegel auf, wohl weil eine Sequestrierung von Vitamin D ins Fettgewebe erfolgt zu deren Normalisierung eine höhere Dosis benötigt wird (2000 E). Bei Gewichtsreduktion steigen die Spiegel wieder an, ohne dass Änderungen im Calcium-Phosphat-Stoffwechsel erfolgen. Aus Tierexperimenten und Assoziationsstudien wird ein Zusammenhang zwischen Insulin-Sekretion bzw. -Sensitivität und Vitamin D abgeleitet. In diesem Sinn wurde bei afro-amerikanischen Jugendlichen eine Assoziation zwischen kardiometabolischen Risikofaktoren und Vitamin-D-Status gefunden wurde; in einer randomisierten kontrollierten Studie kam es unter tägliche Vitamin-D-Supplementation zu einer Verbesserung der Gefässelastizität, im Gegensatz zu den unbehandelten Kontrollen.

7. Empfehlungen zur täglichen Vitamin-D-Aufnahme

Ohne Evidenz von Interventionsstudien für alle Altersgruppen lassen sich aktuell keine Empfehlungen für eine höhere tägliche Vitamin-D-Aufnahme ableiten, wohingegen für einen Ausgleich eines Mangels die

Neue Empfehlungen zur Vitamin-D-Prophylaxe

Die Eidgenössische Ernährungskommission entwickelt derzeit zuhanden des BAG neue Empfehlungen zur Vitamin-D-Prophylaxe für alle Altersstufen.

Die aktuellen «obesogenen» Lebensbedingungen verschlechtern neben Vitamin-D-Haushalt[1] und Knochenaufbau auch Infektneigung und wahrscheinlich kardiovaskuläre Morbidität ab dem Kindesalter. Insbesondere Migranten (dunkles Hautkolorit und Verschleierung) sowie Adipöse sind betroffen. Voraussichtlich wird – neben vielfältigen anderen Massnahmen zur Verbesserung des Lebensstils – die Empfehlung zur Vitamin-D-Prophylaxe ausgeweitet:
Säuglinge und Kleinkinder bis zum 3. Geburtstag/Laufalter sollten 400 IE/d erhalten, Kinder und Jugendliche insbesondere o. g. Risikogruppen und Pubertäre 400– 1000 IE/d sowie in Schwangerschaft und Stillperiode (!!!) 1000 IE/d.
Die gegenwärtige Empfehlung der Gabe von 400 E Vitamin D täglich p. o. bis zum Ende des 1. Lebensjahres (Baehler et al. 2008) wird nur bei 64 Prozent der Säuglinge auch umgesetzt, hier ist eine Verbesserung noch vordringlich (Dratva et al. 2006).

[1] In unseren Breitengraden leiden 17% der Mädchen und 15% der Jungen im Alter von 11–16 Jahren an Vitamin-D-Mangel (Serum 25OHD <30 nmol/l), mit der höchsten Prävalenz im Pubertätsstadium 4–5 (29%) bei Jungen und im Stadium 3 (24%) bei Mädchen (Ginty et al. 2004). Bei Migranten, Dunkelhäutigen: Vitamin-D-Mangel bei >80%!

günstigen Wirkungen potenzielle Nachteile sicher überwiegen. Bei dunkelhäutigen oder verschleierten Individuen ohne genügende Sonnenexposition oder institutionalisierten Patienten kann eine Vitamin-D-Substitution gemäss *Tabelle 5* ohne vorgängige Spiegelbestimmung erfolgen. Bei Adipösen muss wahrscheinlich die altersentsprechende Dosis verdoppelt werden.

In der Schweiz, am 47. nördlichen Breitengrad, genügt nur von Mai bis August eine Sonnenbestrahlung auf Gesicht und unbedeckte Unterarme von 10–30 Minuten mittags, je nach Hauttyp, Höhenlage, Bewölkung usw., um ca. 1000 E Vitamin D zu bilden, im Dezember wären dies 6 bis 20 Stunden. Korrekt aufgetragene Sonnenschutzfaktoren blockieren die Vitamin-D-Bildung, z. B. SF15 zu ca. 99%. Allerdings ist eine «sichere» Sonnenexposition nicht definierbar, da gleichzeitig zur Vitamin-D-Produktion die DNA-Schädigung beginnt und demzufolge die Karzinogenese und das Melanomrisiko einsetzen, zwar bei Kleinkindern bereits vor der Hautrötung.

Die Vitamin-D-Aufnahme mit der natürlichen Ernährung kann im Allgemeinen den o. g. Bedarf nicht decken, s. *Tabelle 5*. In der Schweiz ist eine sehr kleine Auswahl an Vitamin D angereicherten Nahrungsmitteln verfügbar.

Für alle Schweizer Kinder vom 1. Lebensmonat bis zum Ende des 1. Lebensjahres wird die tägliche Zufuhr von mit 400 E Vitamin D als generalisierte Vitamin-D-Prophylaxe empfohlen. Darüber hinaus sollte die Vitamin-D-Zufuhr bei Risikogruppen gemäss *Tabelle 2* mittels medikamentöser Gabe gewährleistet werden *(Tabelle 4, 6)*. Die tägliche Calcium-Zufuhr von 800–1000 mg Calcium ist durch die Ernährung oder Mineralwasser und entsprechend den DACH-Empfehlungen sicherzustellen.

Tabelle 5: Empfehlungen (Evidenz-basiert) bzw. Vorschläge für die tägliche Vitamin D-Zufuhr

Alter / Populationsgruppe	IE / Tag
Säuglinge (<1 Jahr)	400 IE / Tag (Empfehlung)
Kinder und Jugendliche 2–19 Jahre	400–600 IE/Tag (Vorschlag; nicht definitiv, noch an europäische Empfehlungen anzupassen)
Schwangere und stillende Frauen	(800–) 1000 IE/Tag (Vorschlag)
Erwachsene 20–64 Jahre	800–1000 IE/Tag (Vorschlag)
Senioren ≥65 Jahre	800–1000 IE/Tag (Empfehlung)

Tabelle 6: Natürliche Nahrungsquellen von Vitamin D

Natürliche Nahrungsquellen *	E Vitamin D
Wild-Lachs	600–1000 IE pro 100 Gramm
Zucht-Lachs	100–250 IE pro 100 Gramm
Sardinen, Dose	300–600 IE pro 100 Gramm
Makrele, Dose	250 IE pro 100 Gramm
Thunfisch (Thon), Dose	236 IE pro 100 Gramm
Lebertran	400–1000 IE pro Esslöffel
Shiitake-Pilze, frisch	100 IE pro 100 Gramm
Shiitake-Pilze, sonnengetrocknet	1600 IE pro 100 Gramm
Eigelb	20 IE/Dotter
Champignons frisch (Schweiz)	76 IE pro 100 Gramm
Butter (Schweiz)	52 IE pro 100 Gramm
Adaptierte Säuglingsmilch (Hipp, Adapta)	ca. 40–44 IE pro 100 ml

* https://www.swissfir.ethz.ch [2]

8. Schlussfolgerung:

Primär muss das Einhalten der geltenden Empfehlungen zur Vitamin-D-Prophylaxe verbessert werden. Da die Prävalenz des Vitamin-D-Mangels 20–60% der unter 18-Jährigen in der Schweiz betrifft und überwiegend mit ungünstigen muskulo-skelettaren, immunologischen und cardivaskulären Risiken verbunden ist, müssen Kinder mit Risiko für einen Vitamin-D-Mangel, nämlich diejenigen mit dunklem Hautkolorit, geringer Freiluftaktivität oder chronischen Erkrankungen, regelmässig darauf hin untersucht und adäquat behandelt werden. Ob gesunde Kinder und Jugendlichen von einer Vitamin-D-Prophylaxe profitieren, ist ungewiss, was Probleme der Ethik und Compliance einer regelmässigen Prophylaxe aufwirft. Da unter 1000 E keine Nebenwirkungen bekannt sind. scheint es ratsam, zumindest während der Phasen raschen Wachstums, nämlich im Kleinkindesalter vor dem 3. Geburtstag und in der frühen Pubertät vom 10. bis 16. Geburtstag, nicht nur bei Riskogruppen, sondern bei allen Kindern und Jugendlichen auf eine suffiziente Vitamin-D-Versorgung zu achten. Es wird gegenwärtig in der Schweiz beraten, welche Massnahmen sicherstellen können, dass die vorgeschlagene Vitamin-D-Aufnahme von 400 bis 600 E täglich auch nach dem ersten Lebensjahr erfolgt, z. B. über Vitamin D angereicherte Milchprodukte.

REFERENCE LIST

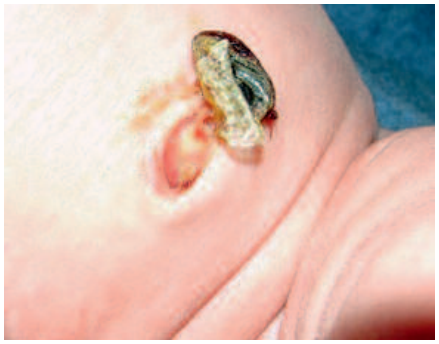
[1] Misra M, Pacaud D, Petryk A, Collett-Solberg PF, Kappy M. Vitamin D deficiency in children and its management: review of current knowledge and recommendations. Pediatrics 2008; 122(2):398–417.

[2] Bischoff-Ferrari HA, Rizzoli R, Burckhardt P et al. VITAMIN D: REPORT ON DEFICIENCY, EVIDENCE, SAFETY AND RECOMMENDATIONS FOR THE SWISS POPULATION. Schweizerische Ernährungskommission BfG, editor. 1–30. 2-4-2011. Bern.

[3] Schnabel D, Schönau E. Vitamin-D-Mangel-Rachitis. In: Wirth S, et al., editors. Leitlinien Kinderheilkunde. Munich: Urban & Fischer, 2010.

[4] Winzenberg T, Powell S, Shaw KA, Jones G. Effects of vitamin D supplementation on bone density in healthy children: systematic review and meta-analysis. BMJ 2011; 342:c7254.

Die vollständige Referenzliste ist erhältlich bei dlalle@active.ch



Empfehlungen zur Nabelpflege

Hand aufs Herz, liebe Kolleginnen und Kollegen: Was wisst Ihr über die Nabelpflege? Wisst Ihr, wie in den Spitälern Eurer Region die Nabelpflege durchgeführt wird? Wisst Ihr, was die Hebammen und Mütterberaterinnen den Müttern bezüglich Nabelpflege raten? Wenn Ihr wegen dieser Fragen beleidigt seid, weil Ihr schon alles wisst, dann müsst Ihr nicht weiterlesen.

DR. MED.
PETER BAECKERT,
ZÜRICH

Letztes Jahr wurden in der Schweiz 80 000 Kinder geboren, jedes Kind mit einem Nabel. Die Nabelpflege ist also etwas Alltägliches. Nach meinem Eindruck wird diese aber gerne delegiert an die Pflegenden auf Wochenbettstationen und Hebammen oder Mütterberaterinnen nach der Spitalentlassung. Wir Kinderärztinnen und -ärzte sehen die Nabel nur bei Problemen (Rötungen, Granulome). Es ist daher auch nicht erstaunlich, dass die Nabelpflege in der ärztlichen Literatur eher spärlich vertreten ist. In den meisten Lehrbüchern wird das Thema nur sehr kurz oder gar nicht erwähnt. Die beste deutschsprachige Übersicht, die ich gefunden habe, kommt daher auch von nicht ärztlicher Seite (Richtlinien des Schweizerischen Hebammenverbands von 2006).

Die Nabelpflege hat zwei Ziele: Verhinderung von Infektionen und möglichst rasches Austrocknen und Abfallen des Nabels.

Die bakterielle Besiedelung des Kindes nach der Geburt beginnt am Nabel und breitet sich von dort über den Körper aus. Durch Nabeldesinfektion nach der Geburt und bis zum Abfallen des Nabels kann die Kolonisation reduziert werden. Ob das Ausmass der Kolonisation aber eine Rolle in der Entstehung von Nabelinfektionen spielt, ist umstritten. Überhaupt sind Nabelinfektionen in entwickelten Ländern selten. Die Art des Desinfektionsmittels scheint keine Rolle zu spielen. In Studien erwähnt werden als Desinfektionsmittel unter anderen Alkohol 70 Prozent, triple dye, und Chlorhexidin, gelegentlich auch topische Antibiotika. Trockene Nabelpflege, also ohne Desinfektion, zeigte ebenfalls gute Resultate.

Einig sind sich alle, dass das Durchschneiden der Nabelschnur nach der Geburt steril erfolgen soll.

Das andere Ziel der Nabelpflege ist das möglichst rasche Austrocknen und Abfallen des Nabels. Untersucht wurden trockene Pflege, tägliche Desinfektion und Puder (zum Beispiel Milchzucker). Auch hier sind die Studienresultate nicht schlüssig. Regelmässige Desinfektion scheint die Zeitdauer bis zum Abfallen eher zu verlängern. Die Datenlage erlaubt es also nicht, fundierte Empfehlungen abzugeben. Die Nabelpflege kann guten Gewissens auf verschiedene Arten durchgeführt werden. Dies zeigt auch eine nicht repräsentative Umfrage, die ich bei einigen Kliniken in der Region Zürich und bei Hebammen, die Wöchnerinnen und deren Kinder nach der Geburt betreuen, durchgeführt habe. Gemeinsam ist nur, dass die Abnabelung nach der Geburt steril erfolgt. Während der Wochenbettzeit sind alle Varianten vertreten: Waschen des Nabelstumpfes mit Wasser und Seife bei Verschmutzung und sonst trockene Behandlung oder tägliche Desinfektion mit oder ohne Milchzucker, wobei auch das verwendete Desinfektionsmittel nicht einheitlich ist.

Bei der Abgabe von Empfehlungen ist noch zu berücksichtigen, dass die Nabelpflege möglichst einfach sein sollte. Heute sind sehr häufig die Mütter in diese Pflege involviert, und die meisten Mütter haben Hemmungen, am Nabel etwas zu manipulieren. Einer meiner Chefs hat einmal gesagt, dass die Mütter mit dem Nabel nichts zu tun haben sollten, da sie es sowieso schlecht machen. Damals dauerte das Wochenbett aber auch noch mindestens eine Woche und die Nabelreste waren abgefallen bis zur Spitalentlassung.

Aufgrund dieser Datenlage fällt es schwer, konkrete Ratschläge abzugeben. Die folgenden Empfehlungen sind deshalb zwar nicht gerade willkürlich gewählt, aber doch natürlich subjektiv:

- Desinfektion der Nabelschnur nach der Geburt, Anbringen der Nabelklemme, sterile Durchtrennung und Desinfektion der Schnittstelle
- Die Wahl des Desinfektionsmittels scheint keine Rolle zu spielen
- Entfernung der Nabelklemme nach 36 bis 48 Stunden
- Während der Hospitalisation tägliche Kontrolle des Nabels durch eine Fachperson
- Reinigung des Nabels mit Wasser bei Verunreinigung, sonst trockene Behandlung
- Zuzug einer Fachperson bei Rötung des Nabels

ÜBERSICHTSARBEITEN:

- Blöchlinger P., Gleicher C., Junker-Meyer R., Rütschi Dysli S.: Evidenz-basierte Nabelpflege (Richtlinien des Schweizerischen Hebammenverbands). Hebamme 2006 (2); 10–13.
- Anderson JM., Philip AGS.: Management of the Umbilical Cord. NeoReviews (2004) 5, 155–163.
- Zupan J., Garner P., Omari AAA.: Topical umbilical cord care at birth. Cochrane Data-base of Systematic Reviews 2004, Issue 3.

Eisen – for you and me? Unser täglich Eisen gib uns heute

«Mein Kind/Junge/Mädchen/Schüler/-in/Patient/-in ist immer so müde/unkonzentriert/schlapp (Zutreffendes bitte unterstreichen), können Sie nicht mal das Eisen kontrollieren?» Wie oft hört Ihr diese Bitte pro Tag/Woche/Monat von Eltern/Lehrern/Abklärungsstellen/Trainern? Eine Streitschrift.

DR. MED. CHRISTIAN KNOLL, BIEL

Ich für meinen Teil höre sie zu oft, bekomme langsam eine Allergie auf Ferritin/Eisen, reagiere mit Schweissausbrüchen, Blutdruckanstieg (paradoxe Reaktion?) und Bibbeli.

Eisenzentren spriessen aus dem Boden, alle Müden dieser Schweiz werden mit Eisenpräparaten behandelt – oral, oder wenn das Cheibe-Ferritin auf Teufel komm raus nicht ansteigen will, auch parenteral. Wir Pädiater machen mit – müssen mitmachen? Machen wir evidenzbasierte Nützt-nix-so-schadets-nicht-Medizin oder folgen wir einem Modetrend? Wir übernehmen ohne nachzudenken (?) sogenannte Normwerte, die (von wem definiert? Doch nicht etwa von «Experten», die wie zufällig auf der Lohnliste eines Pharmaunternehmens stehen, welche ebenso zufällig Eisenpräparate herstellen…?) für erwachsene Frauen postuliert wurden. Da gibt es auch wunderschöne Studien, die zeigen, dass es erwachsenen Frauen besser geht, wenn ihr Ferritin über 50 g/l liegt und dass dieses Ziel oft nur durch regelmässige Eiseninfusionen zu erreichen ist (die neuen «mothers-little-helpers»…). Aber da wir ja als Praxispädiater selten erwachsene Frauen behandeln, müssen wir uns schon fragen lassen dürfen, ob es auch Kindern und Jugendlichen nur besser gehen kann, wenn ihr Ferritin grösser als 50 g/l ist.

Wohlbemerkt Kindern und Jugendlichen, deren Hämoglobin und Indicees normal sind (wie viele Anämien jenseits des 2. Lebensjahres seht Ihr pro Jahr in Eurer Praxis?). Die wunderschönen Studien? Sie existieren nicht! Es gibt erstens keine einzige Studie bei Kindern und Jugendlichen, die zeigt, welcher Ferritinwert effektiv als normal anzusehen ist (über 30 g/l oder sogar drunter?) und v. a. keine Doppelblindstudie, die beweist, dass es Kindern und Jugendlichen dadurch besser geht/sie sich besser konzentrieren können/sie weniger müde sind, wenn sie Eisen nehmen und das Ferritin ansteigt. Ich habe versucht, in der Schweiz und Deutschland einen Experten zu finden, der zu diesem Thema kritisch Stellung bezieht: Niente! Zero! Da will sich wohl niemand die Finger verbrennen…

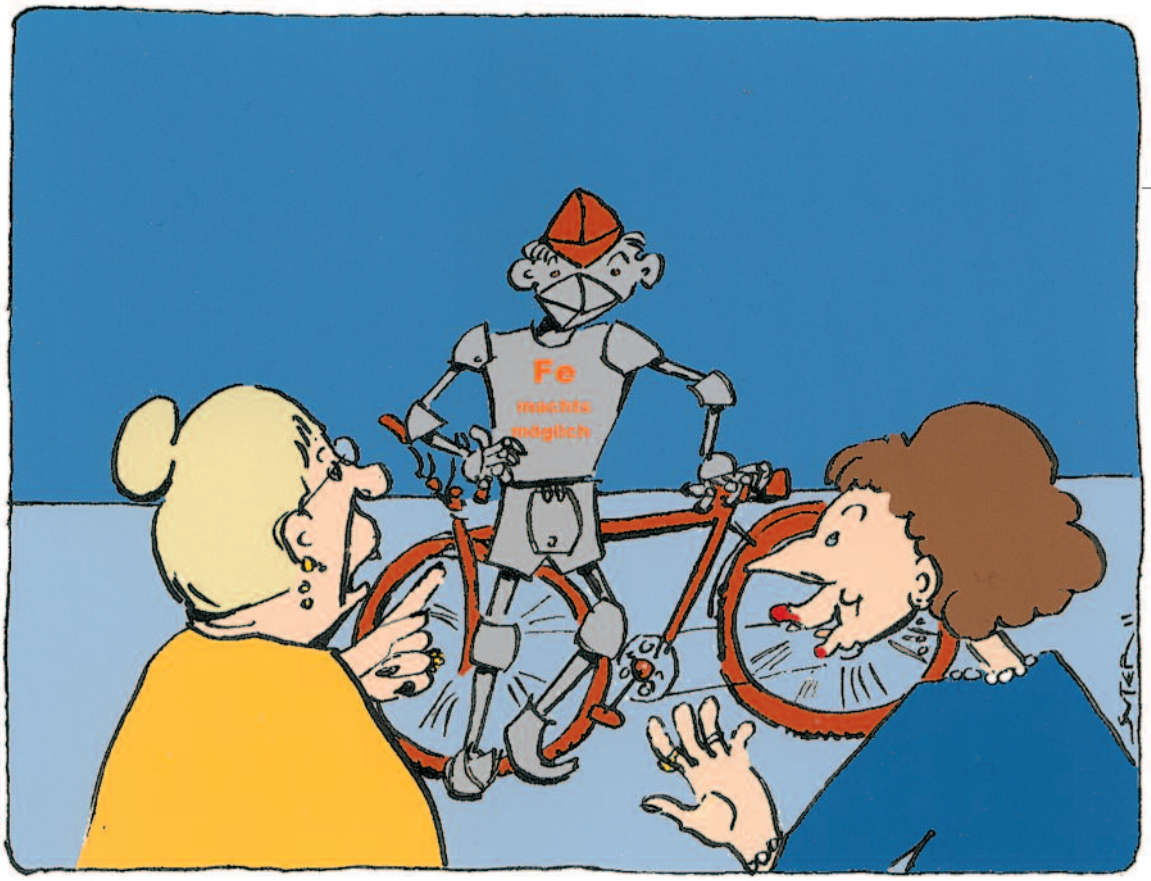
Ein spezielles Problem stellen jugendliche Spitzensportler dar. Sie scheinen bei 5–6 Trainings pro Woche plus Wettkämpfen effektiv mehr Eisen zu (ver)brauchen. Ob die von betreuenden Sportmedizinern und Trainern geforderten Eisenmedikationen aber medizinisch notwendig sind, das Wohlbefinden steigern oder (nur) die Leistungsfähigkeit um ein Quentchen verbessern sollen, sei dahingestellt.

Es ist ja verführerisch, für ein hochkomplexes Problem («Das müde Kind») eine einfache Antwort aus dem Medi-Schrank zu ziehen: Eisen! Tages/Wochen/Jahresrhythmus, Schlafhomöosthase, Hormone, TV/Compi/Bildschirm-Verweilzeit, Melantonin, individuelle Belastung, unser Schulsystem (welches es supernormal findet, den Biorhythmus von Jugendlichen komplett zu ignorieren und sie halblebig um 7 Uhr 30 zum Unterricht kommen lässt…), Schlafqualität, psychosoziale Probleme, Jahreszeit (die Ursache für die sogenannte Frühjahrmüdigkeit ist noch nicht gefunden, aber scheinbar kommt sie v. a. in den Breitengraden vor, wo die klimatischen Wechsel heftiger sind und den Körper wohl recht fordern…), Bewegungsausgleich (oder Spitzensport) – hab ich was vergessen? – lassen sich schwerer evaluieren und miteinander in Beziehung setzen als **der** Messwert: Ferritin grösser/kleiner als, normal oder Eisen für das Kind.

Und – verdammt noch mal – darf ein Kind/ein Jugendlicher nicht auch mal müde sein? Früh ins Bett gehen oder einen Mittagsschlaf machen, mal durchhängen (ist ja sowieso viel cooler und in, als fit wie Pommesfrites zu sein) und nicht aktiv sein? Scheinbar wirkt das für ein immer-aktives Umfeld bedrohlich und beängstigend. Aber statt unsere Lebensweise zu hinterfragen, messen wir lieber einen Laborwert und geben Eisen!

Genug der Polemik. Fakten zum Benefit der Eisengaben bei Heranwachsenden ohne Anämie gibt es ja nicht (s.o.), aber wir können andersrum fragen: Wie schädlich ist Eisen? Welche Vorteile haben tiefe Eisen und Ferritinwerte?

Elementares Eisen ist schädlich resp. giftig, es tritt in der Nahrung als zwei- oder dreiwertige Form auf und wird im Darm nur zu einem geringen Prozentsatz resorbiert. Im Körper liegt es nur an Protein gebunden und nur in kleinster Menge (0,1%) an Transferrin gebunden im



"Ihr Sohn ist robuster geworden...?!" – "...nur dank konsequenter Eisentherapie!"

Blutkreislauf vor. Die Eisenaufnahme im Darm steigt bei Eisenmangel an und sinkt bei hoher Eisenaufnahme ab. Diese Regulation schützt den Körper bei sehr hoher Eisenaufnahme jedoch nicht vor einer Eisenüberladung. Überschüssiges Eisen kann nicht ausgeschieden werden. So führte die chronische Aufnahme von 50–100 mg Eisen pro Tag mit selbst gebrautem, stark eisenhaltigem Sauerbier bei den südafrikanischen Bantus über mehrere Jahre zu Leberzirrhose und Diabetes. Zu diesen bekannten Schädigungen einer zu hohen Eisenzufuhr kommen mögliche Schädigungen durch Bildung von Radikalverbindungen in einer durch Eisen vermittelten Reaktion. Durch diese Radikalverbindungen können die Lipidmembranen der Zellen, Proteine und die DNA geschädigt werden.

So wurde aus neueren, gut kontrollierten epidemiologischen Studien und Beobachtungen an Personen, die an der erblichen Hämochromatose (Eisenspeicherkrankheit) leiden, der Verdacht abgeleitet, dass das Risiko für Arteriosklerose und Herzinfarkt mit der Höhe des Eisenspeichers verknüpft ist. Ausserdem ist Eisen auch für das Wachstum von Tumorzellen notwendig und erhöht den oxidativen Stress im Körper. Bei Infekten wird das verfügbare Eisen in Depots (Leber, Milz, Knochenmark) eingelagert und steht z. B. Bakterien, die es ebenfalls zum Wachstum benötigen, nicht zur Verfügung (bekannte Tumor- und Infektanämie). Bei akzidenteller Einnahme von hohen Eisendosen kommt es zum Überschreiten der Transportkapazitäten für Eisen und zu schwerwiegenden (toxischen) Symptomen (Verätzung/Blutungen MD-Trakt, Kreislaufkollaps, Gerinnungsstörungen, Lungeninfiltrate, Lebernekrosen). Bei der parenteralen Eisengabe hat es früher nicht selten einen allergischen Schock gegeben, auch eine meiner Patientinnen ist nach parenteraler Eisentherapie (zum Glück im Spital verabreicht) auf der Intensivstation gelandet und nur knapp davongekommen. Mit den heutigen Präparaten soll es wohl nicht mehr vorkommen …

Sicher sind das wie so oft Extrembeispiele. Ebenso sicher ist, dass Eisen für das normale Funktionieren vom Körper gebraucht wird, aber auch, dass ein Zuviel an Eisen schädlich für die Gesundheit sein kann (Herz/Kreislaufsystem, Infekt/Tumorabwehr). Wie viel zu viel ist, lässt sich, wie so häufig, nicht genau sagen.

Ich muss ja zähneknirschend zugeben, dass ich mich dem Trend nicht entziehen kann, d.h. auch viele Blutentnahmen zur Ferritinbestimmung mache und dann bei Werten unter 30 g/l eine Eisenmedikation vorschlage (die auch immer dankbar angenommen wird...). Was mich jedoch stutzig macht, ist, dass ich **den** durchschlagenden Effekt bisher nicht beobachten konnte. Klar müssen sich alle etwas besser fühlen, wenn sie ein derartig grusiges Zeug einnehmen müssen, dass durchs Eisen allein jedoch Schulleistungen besser werden, keine Müdigkeit mehr vorhanden ist oder neue Rekorde aufgestellt werden, konnte ich nicht feststellen. Aber was reg ich mich auf? Es gibt Anzeichen, dass meine Ferritinallergie demnächst abklingen wird. In Silberstreifen taucht am Horizont auf: Vitamin-D-Spiegel-Bestimmung ist voll am Kommen …

Die neuen Wachstumskurven sind für die Schweizer Kinder wahrscheinlich nicht repräsentativ

Vor Kurzem haben das Zürcher Kinderspital und die Schweizer Gesellschaft für Pädiatrie neue Zürcher Wachstumskurven publiziert und diese für die Schweiz als verbindlich erklärt. Die bisherigen Wachstumskurven stammten von Zürcher Kindern, währenddem die neuen Wachstumskurven aus einer Collage verschiedenster inländischer und ausländischer, v. a. amerikanischer Daten bestehen. Für die leichte Verbesserung dieser neuen Kurven für das erste Lebensjahr wird eine gravierende Verschlechterung im späteren Kindes- und Pubertätsalter in Kauf genommen. Die zugrunde liegenden amerikanischen Kinder sind infolge von ethnischen Unterschieden kleiner und der Pubertätswachstumsspurt findet mehr als 2 Jahre früher als bei den Schweizer Kindern statt. Das Ziel dieses Beitrages ist, eine möglichst breite Diskussion auszulösen und aufzuzeigen, dass die bisherigen Wachstumskurven, die über unsere Homepage www.pezz.ch zu beziehen sind, auch weiterhin benutzt werden können.

PROF. DR. MED. URS EIHOLZER UND DR. MED. UDO MEINHARDT, ZÜRICH

Wachstumskurven sind eine grafische Darstellung von Normwerten. Solche Normwerte müssen für die gemessene Bevölkerung repräsentativ sein. Der Kurvenverlauf und der obere und untere Grenzwert (97. und 3. Perzentile) sind dabei von besonderer Wichtigkeit, weil in der gängigen Praxis Kinder erst dann abgeklärt werden, wenn deren Entwicklung nicht in diese Normen passt. Das Zürcher Kinderspital hat im Einverständnis mit dem Vorstand der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie die bisherigen Schweizer Wachstumskurven durch neue ersetzt. Über die Gründe möchten wir hier nicht spekulieren, eine objektivierbare wissenschaftliche Basis gibt es jedenfalls nicht. Dieser Wechsel geschah ohne Einbezug der breiten kinderärztlichen Basis und wurde auch von der Mehrzahl der pädiatrischen Endokrinologen der Schweiz nicht gutgeheissen. Wir legen im Folgenden dar, dass die neuen Wachstumskurven die Normalität des heutigen Schweizer Kindes deutlich schlechter abbilden als die bisherigen Wachstumskurven.

Die für die bisherigen Kurven verwendeten Daten

0–18 Jahre Grösse Gewicht, BMI, Kopfumfang, Sitzhöhe (Körperproportionen), Wachstumsgeschwindigkeit, Hautfaltendicken etc.: Daten der 1. Zürcher Longitudinalstudie, 1. ZLS (1955–1975)

Die für die neuen Kurven verwendeten Daten

1. 0–5 Jahre Grösse, Gewicht, BMI: WHO-Daten aus Brasilien, Ghana, Indien, Norwegen, Oman und den USA
2. 5–10 Jahre Grösse, Gewicht, BMI: Unbearbeitete amerikanische Daten von 1977 (Weisse, Schwarze, Hispanos, Asiaten)
3. 11–18 Jahre Grösse, Gewicht, BMI: Bearbeitete amerikanische Daten von 1977 (Weisse, Schwarze, Hispanos, Asiaten)
4. 0–18 Jahre Kopfumfang: Neu berechnete Daten aus der 2. Zürcher Longitudinalstudie, 2. ZLS (1975–1995)
5. 1–18 Wachstumsgeschwindigkeit: Unbearbeitete Kurven der 1. Zürcher Longitudinalstudie, 1. ZLS (1955–1975)
6. 1–18 Jahre Körperproportionen: Unbearbeitet Daten der 1. Zürcher Longitudinalstudie, 1. ZLS (1955–1975)

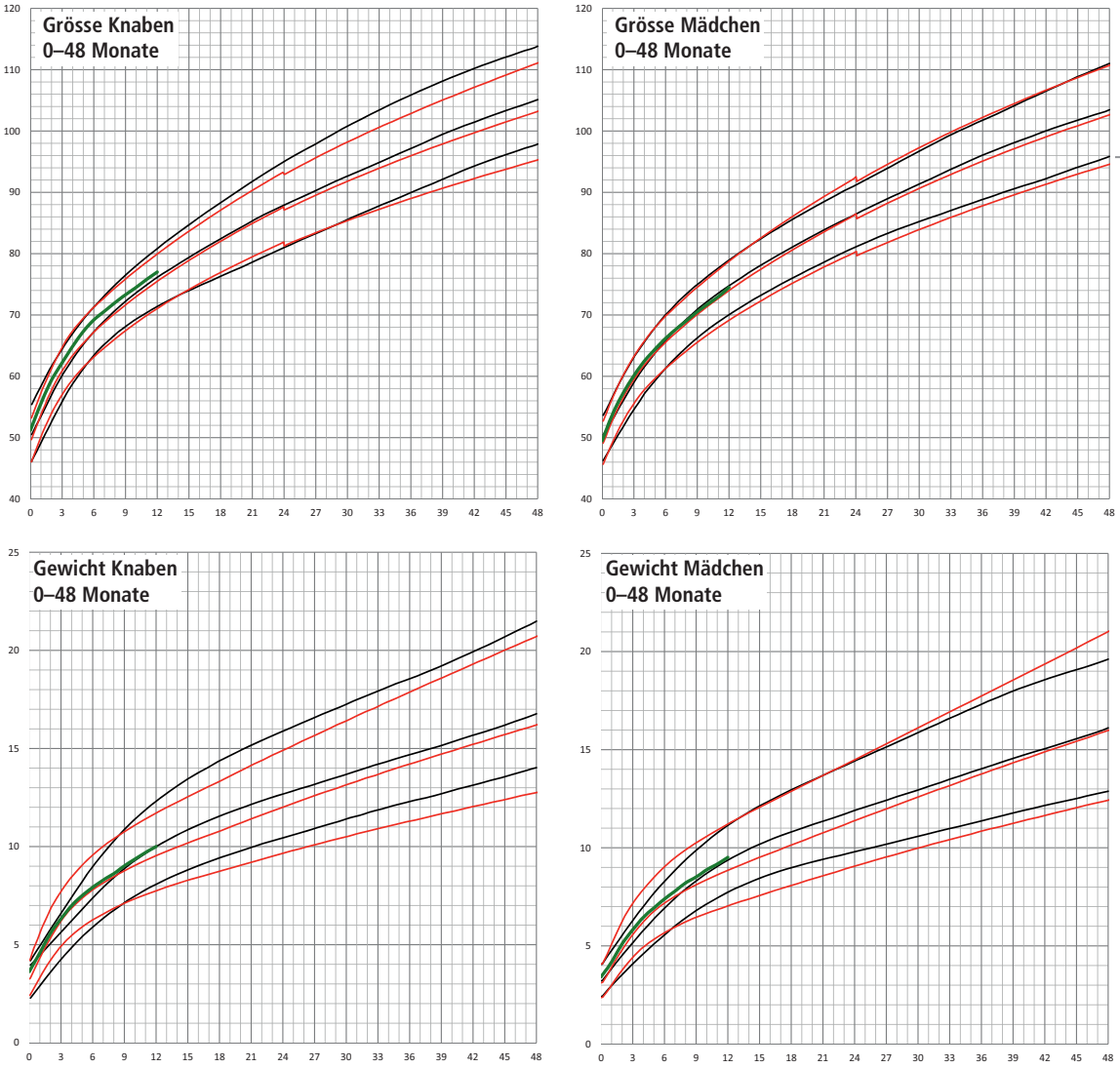
Weshalb die bisherigen Kurven für Schweizer Kinder auch heute noch besser sind: Kommentierter Vergleich der neuen und bisherigen Wachstumskurven

1. Säuglingskurven (erstes Lebensjahr)

Die neuen roten Säuglingskurven, welche als Hauptgrund (mehr gestillte Kinder) für die Erarbeitung von neuen Wachstumskurven angegeben werden, sind denen der bisherigen schwarzen Kurven ähnlich. Die maximale Differenz der 50. Längenperzentile beträgt im Alter von 3 Monaten knapp 1 cm. Beim Gewicht zeigt sich bei den neuen Daten, bedingt durch das andere Ernährungsverhalten, ein rascherer Gewichtsanstieg in den ersten Lebensmonaten. Dies bestätigen auch die Resultate der ZAPP-Studie [1] (grün). Diese neusten Schweizer Daten lassen aber auch vermuten, dass die WHO-Studie auf anderen Ethnien beruht: Gestillte Kinder der WHO-Daten sind mit 1 Jahr kleiner und leichter als gestillte Kinder in der Schweiz, wie die ZAPP-Studie eindeutig zeigt.

2. Grösse 1–18 Jahre

Die Unterschiede zwischen den neuen und den bisherigen Wachstumskurven beginnen im Alter von 1–2 Jah-



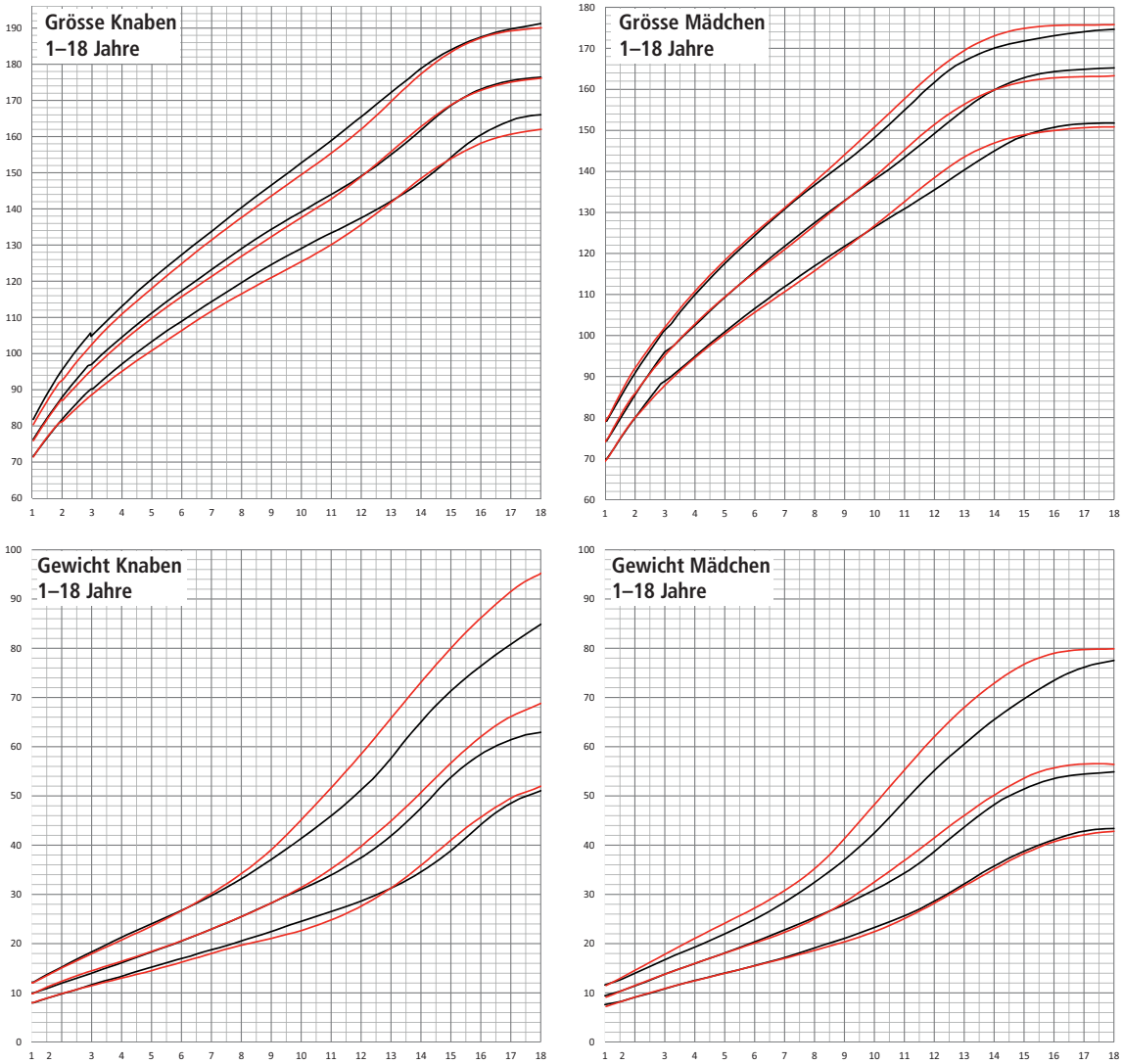
Kurvenvergleich

Schwarz: alte Wachstumskurven. Rot: neue Wachstumskurven; jeweils 3., 50. und 97. Perzentile. Grün auf Säuglingskurve: ZAPP-Kurve, 50. Perzentile (Zürcher Arbeitsgemeinschaft praktizierender Pädiater) [1].

ren und bleiben bis zum Pubertätswachstumsspurt bestehen. Sie sind nicht mehr die Folge des Stillens, sondern Folge von genetischen und sozialen Unterschieden. Die Mädchen und Frauen sind auf den neuen Wachstumskurven 2 cm kleiner als diejenigen der bisherigen Wachstumskurven (z. B. 3. Perzentile mit 7 Jahren und 50. Perzentile mit 18 Jahren). Dieser Unterschied verschwindet wegen der deutlich früheren Pubertätswachstumsbeschleunigung der Amerikanerinnen vorübergehend (10–14 Jahre). Die Knaben der neuen Kurven sind sogar 4 cm kleiner als diejenigen der alten Zürcher Kurven (z. B. 3. Perzentile mit 5–11 Jahre). Dieser Unterschied verschwindet im Alter von 10 Jahren wiederum wegen der viel früheren Pubertätsentwicklung der Amerikaner. Alle diese Differenzen, insbesondere die Unterschiede der Grösse und des Timings der Pubertätsentwicklung dürften die Folge von ethnischen Unterschieden sein.

1. Gerade wegen des Timings des Pubertätswachstumsspurtes gehen Wachstumsspezialisten davon aus, dass zur Wachstumsbeurteilung bevölkerungsspezifische Daten verwendet werden sollen.
2. Man weiss heute, dass das Grössenwachstum mit zunehmendem Wohlstand bis zu einem genetisch vorgegebenen Maximum optimiert wird (sog. sekulärer Trend). Sozial schlechter gestellte Menschen erreichen ihr genetisches Wachstumspotenzial weniger häufig. Sie sind deshalb im Durchschnitt oft kleiner. Die Tatsache also, dass die Daten der 1. Zürcher Longitudinalstudie (1955–1975) aus einer Mittelschicht stammen, macht es sogar wahrscheinlich, dass sie heute repräsentativer für die ganze Schweizerbevölkerung sind, weil sich in der Zwischenzeit der Wohlstand in der Schweiz auf breite Kreise verteilt hat. Gerade deswegen haben die Autoren der 3. Edition der Tanner-Whitehouse-Wachstumsprognosen (erschienen 2001) [2] die in der 1. und 2. Edition verwendeten Londoner Daten durch diese «alten» Daten der ersten Zürcher Longitudinalstudie ersetzt. Gerade weil eine soziale Problematik das Wachstumsmuster beeinflusst, wurden für die WHO-Studie (Wachstumskurven 0–5 Jahre, siehe unten) vorwiegend sozial besser gestellte Familien ausgewählt.

Aufgrund der neuen Wachstumskurven wären die heutigen Schweizer Knaben und Mädchen sowie die erwachsenen Frauen kleiner als vor 40 bis 60 Jahren, die erwachsenen Männer wären etwa gleich gross. Die Logik des sekulären Trends spricht aber für eine Zunahme der Grösse, was auch der Fall



26 Kurvenvergleich

Schwarz: alte Wachstumskurven. Rot: neue Wachstumskurven; jeweils 3., 50. und 97. Perzentile.

ist: So sind die Schweizer Männer zurzeit im Durchschnitt 177,5 cm gross (Aushebung 2004), also grösser als sie nach den bisherigen und den neuen Wachstumskurven (50. Perzentile 176 cm) sind.

3. Ein weiteres Argument dafür, dass die bisherigen schwarzen Kurven für Schweizer Kinder repräsentativer sind, ist der Kopfumfang. Weil der Kopfumfang der Schweizer Kinder eindeutig grösser ist als derjenige der amerikanischen Kinder, wurden für die neuen Kurven die Daten der 2. Zürcher Longitudinalstudie (1975–1995) verwendet. Eine gerade publizierte Arbeit zeigt denn auch, dass der Kopfumfang sehr gut mit der Körpergrösse korreliert – also grösserer Kopf gleich grössere Körpergrösse. Dies passt zu den oben besprochenen Differenzen der Erwachsenengrösse.

3. Gewicht 1–18 Jahre

Die neuen Gewichtskurven könnten für Schweizer Kinder repräsentativ sein, gerade weil auch diese amerikanischen Kurven relativ alt sind. Heute sind die amerikanischen Kinder dicker als die europäischen. Dass die Übereinstimmung bei 3. Perzentile gut ist, macht biologisch Sinn: Wenn man schlank ist, so ist das ein optimaler Zustand, den man nicht unterschreiten kann. Aber im Mittel und in den Extremen, da bewegt sich enorm viel. Eine Anhebung der Kurven im mittleren und oberen Bereich hat einen permissiven Effekt. Man kann sich fragen, ob es nicht sinnvoller wäre, die Gewichtskurven aus den Jahren 1955–1975 zu behalten. Es gibt viele Anhaltspunkte, die dafür sprechen, dass wir nicht nur punkto CO_2 auf den Stand der 50er-Jahre zurück sollten, sondern auch, was körperliche Aktivität, Muskelarbeit, Energieaufnahme und Fettmasse betrifft.

Kommentierte Zusammenfassung der von den Verfassern der neuen Kurven angeführten Argumente

1. Die bisherigen Wachstumskurven seien alt

Die bisherigen Wachstumskurven stammten aus den 50er-Jahren und seien nicht mehr aktuell [3–6].

Kommentar: Die bisherigen Wachstumskurven der 1. Zürcher Longitudinalstudie (1.ZLS) [7] stammen von Kindern der Jahrgänge 1954 bis 1956, welche um 1975 erwachsen waren [8]. Bisher hat niemand gezeigt, dass die alten Wachstumskurven schlechter sind als die neuen.

2. Verändertes Stillverhalten führe zu anderem Wachstum

Vor allem im Säuglingsbereich seien die bisherigen Kurven nicht mehr zeitgemäss gewesen, weil die Säuglinge dank des vermehrten und längeren Stillens eine andere Wachstums- und Gewichtsentwicklung zeigen: In den ersten Monaten seien sie grösser und schwerer und ab etwa 6–8 Monate kleiner und leichter [3–6,9]. Heute würden 50% gestillt, 1978 seien es nur 18% gewesen [5].

Kommentar: Es ist sicher richtig, die Wachstumskurven im ersten Lebensjahr anzupassen, auf diese Tatsache wurde aber bereits 1998 durch Eiholzer et al. im Rahmen der ZAPP-Studie [1] aufmerksam gemacht. Dabei wurden rund 100 Säuglinge des Jahrgangs 1994 von praktizierenden Schweizer Pädiatern monatlich gemessen und gewogen. Wie heute [5] stillten in der ZAPP-Studie rund 50% der Mütter. Wir schrieben bereits 1998: «The data indicated that current standards for the first year of life might no longer be appropriate and need to be updated» [1].

3. Ein sozialer Bias würde die Zürcher Studien weniger repräsentativ machen

Die Daten seien ganz allgemein nicht repräsentativ, weil die meisten Kinder aus der Mittel- und Oberschicht des Zürichberges gekommen seien [3,4,6,9].

Kommentar: Die Stichprobe der 1. ZLS (die Basis der bisherigen Kurven) hat einen etwas höheren sozialen Score als der Durchschnitt und ist somit für die Mittelschicht repräsentativ. Übrigens hat auch die WHO (vgl. Punkt 4) für die Kurven bis zum Alter von 5 Jahren gezielt die bestbetreuten und gesundesten Kinder ausgewählt. Man möchte mit den Normen eher mit einer idealen Entwicklung als einer strikt durchschnittlichen vergleichen (siehe auch Gewicht 1–18 Jahre). Die Tatsache, dass die Zürcher Daten aus einer Mittelschicht stammen, ist somit eher von Vorteil (vergleiche Grösse 1–18, Punkt 2).

4. Die Daten der WHO (1997–2003) und die US-Daten von 1977 seien besser

Weil neue WHO-Kurven nur bis ins Alter von 5 Jahren verfügbar seien, habe man nach dem Vorbild der WHO die amerikanischen Daten der National Center for Health Statistics (NHCS) aus dem Jahre 1977 für die Alter von 5–18 Jahren verwendet, wobei die Kurven zum Teil neu berechnet worden seien.

Kommentar: Womit wurden nun die bisherigen Schweizer Wachstumskurven ersetzt:

Altersgruppe der 1–5-Jährigen: Diese WHO-Daten stammen aus Brasilien, Ghana, Indien, Norwegen, Oman und den USA und nachweislich aus den jeweilig besten sozialen Schichten.

Altersgruppe der 5–18-Jährigen: Amerikanische Daten (Weisse, Schwarze, Asiaten, Hispanos) aus dem Jahre 1977, wobei die Kurven zum Teil (ab dem Alter von 10 Jahren) neu berechnet worden seien [9]. Für Grösse und Gewicht werden also in den neuen Kurven weitgehend Messungen von nicht europäischen Kindern verwendet.

5. Die statistische Methoden der früheren Kurven seien veraltet

Die alten Wachstumskurven/Zürcher Kurven seien mit veralteten statistischen Methoden berechnet worden (Glätten von empirischen Daten mit einer Spline-Funktion) [3,6,9].

Kommentar: Die bei den neuen Kurven verwendete LMS-Methode ist eine gute statistische Methode, aber nicht entscheidend besser als eine adäquate Glättungsmethode. Entsprechend sind bei gleicher Datenbasis die Unterschiede relativ gering, oft in der Grössenordnung der Strichdicke.

6. Die Kopfumfänge der WHO-Daten würden aber nicht passen

Weil die Kurven der Kopfumfänge weltweit unterschiedlich seien und die WHO-Kurven nur bis zum Alter von 5 Jahren gehen würden, habe man sich entschlossen, die Schweizer Daten der Zürcher Longitudinalstudie weiter zu verwenden. Man habe dazu die Daten der 2. Zürcher Longitudinalstudie und der Generationenstudie verwendet.

Kommentar: Die Verwendung eines ganz neuen Datensatzes für den Kopfumfang macht die Normen sehr heterogen. Erst beim Stichwort «Kopfumfang» erfährt der Leser mit einigem Erstaunen, wie viele longitudinale Studien seit der ersten am Kinderspital durchgeführt wurden: Die Zweite Zürcher Longitudinalstudie umfasst 110 Kinder mit Geburtsjahrgängen um 1975, ausgewachsen um ca. 1995 [8]. In der Generationenstudie wurden 320 Kinder der Probanden der ersten Studie aufgenommen. Es erscheint bedauerlich, dass man mit diesen ziemlich aktuellen Daten nicht neue und bessere Normen für alle Parameter geschaffen hat. Immerhin hat der Steuerzahler über den Schweizerischen Nationalfonds der Abt. Wachstum und Entwicklung des Kinderspitals zwischen 1980 und 2008 insgesamt 3,9 Millionen Franken für die Durchführung und Auswertung der Longitudinalstudien zur Verfügung gestellt [10]. Und dies wären Daten von Schweizer Kindern und Jugendlichen, also repräsentativer als die neue Collage einer Vielzahl von Datensätzen unterschiedlichster Ethnien.

7. Für die Wachstumsgeschwindigkeit und die Körperproportionen müsse man weiterhin die «alten» Wachstumskurven benutzen

a.) Für die Wachstumsgeschwindigkeit und für die Berechnung der Körperproportionen (Sitzhöhe/Stehhöhe) würde man weiterhin die alten Kurven

Die gute Wahl bei der Therapie der Otitis externa

3 Tropfen!

2x täglich!

7 Tage!

- **Hohe antibakterielle Wirksamkeit von Ciprofloxacin in Verbindung mit der bewährten, antiinflammatorischen Wirkung von Hydrocortison.**
- **Aminoglycosidfrei - keine Ototoxizität beobachtet.[1]**
- **Für Kinder ab 2 Jahren empfohlen.**

1 Bagger-Sjöbäck, D.: Does ciprofloxacin affect the inner ear? A preliminary report. Scand. J. Infect. Dis. 60, Suppl. 28, 1989

Ciproxin HC Antibakterielle Ohrensuspension mit Kortikosteroid. Zusammensetzung; 1 ml enthält: Ciprofloxacinum ut Ciprofloxacini HCl 2,33 mg, Hydrocortisonum 10 mg Hilfsstoffe: Conserv.: Benzylalkohol Indikationen: Behandlung von akuten bakteriellen Entzündungen des äusseren Ohrs, die durch für Ciprofloxacin empfindliche Mikroorganismen verursacht werden. Dosierung: Bei Kindern (ab dem Alter von zwei Jahren) und Erwachsenen werden während sieben Tagen zweimal täglich drei Tropfen der Suspension in das betreffende Ohr eingeträufelt. Kontraindikationen: Personen mit einer bekannten Überempfindlichkeit gegen Hydrocortison, Ciprofloxacin oder ein Antibiotikum der Chinolongruppe oder gegen einen der Hilfsstoffe. Patienten mit einer bekannten oder vermuteten Trommelfellperforation. Vorsichtsmassnahmen: Bei Anzeichen eines Hautausschlags oder anderen Symptomen einer Überempfindlichkeit ist das Medikament sofort abzusetzen Unerwünschte Wirkungen: Es wurde nur über folgende lokale Nebenwirkungen mit einer Häufigkeit von 0,8 - 2 % berichtet: Hypaesthesie, Paraesthesie, Pruritus, Ausschlag, Urticaria. Interaktionen: Für diese Verabreichungsart ist bisher keine bekannt. Überdosierung: Selbst bei Behandlung mit einer Dosis, die mindestens dem Zwanzigfachen der entsprechenden Humandosis entsprach, traten keine ototoxischen Auswirkungen auf. Packungen: Flasche zu 10 ml Verkaufskategorie: B* kassenzulässig. Ausführliche Informationen finden Sie im Arzneimittel-Kompendium der Schweiz.

CIPROXIN® HC OTIC ciprofloxacin HCl and hydrocortisone otic suspension

Starke Tropfen für zarte Ohren.

Alcon®

ALCON SWITZERLAND SA
Bösch 69
CH-6331 Hünenberg

Pharma Phone 0844 82 82 85
Pharma Fax 0844 82 82 90
info.ch@alconlabs.com

(1. ZLS) benutzen, weil die WHO-Daten in dieser Hinsicht irreführend seien resp. nicht existieren würden.

b.) *Aber die Wachstumsgeschwindigkeit sei sowieso nur für die Endokrinologen von Interesse. Weder Praktiker noch Spezialisten der Gastroenterologie, Adoleszentenmedizin oder Entwicklungspädiatrie die Wachstumsgeschwindigkeit oder auch Proportionen routinemässig benötigen [3].*

Kommentar:

a.) Selbstverständlich müssen die Wachstumsgeschwindigkeitskurven zu den Wachstumskurven passen. Es kann doch nicht sein, dass beispielsweise ein normal wachsender Knabe im Alter zwischen 12 und 13 Jahren auf der Wachstumskurve um 6 cm grösser wird, gemäss Wachstumsgeschwindigkeitskurve das normale Wachstum aber nur 5 cm pro Jahr beträgt.

b.) Wie beurteilt denn ein Gastroenterologe das Aufholwachstum bei einem Kind mit Zöliakie nach Beginn einer gliadinfreien Ernährung und wie weiss ein Adoleszentenmediziner, ob der Pubertätswachstumsspurt eingesetzt hat, wenn nicht mit der Wachstumsgeschwindigkeit, und welche Anhaltspunkte helfen bei der Diagnose Klinefelter und Turner-Syndrom, wenn nicht die Körperproportionen?

Zusammenfassung

Wir haben es bei den neuen Zürcher Kurven mit einer Collage von verschiedensten ausländischen und inländischen Daten zu tun, deren Repräsentativität für Schweizer Kinder alles andere als gesichert ist. Im Gegenteil, die Tatsache, dass bei unseren Kindern die Pubertätsentwicklung deutlich später eintritt als bei den amerikanischen Kindern, welche die Basis der neuen Kurven bilden, zeigt bereits klar, dass die neuen Kurven für Schweizer Kinder nicht repräsentativ sein können. Viele Anhaltspunkte sprechen dafür, dass die bisherigen Kurven für Schweizer Kinder repräsentativer sind als die neuen Kurven.

Die Zürcher Longitudinalstudie wurde vom weltberühmten Schweizer Wissenschaftler und Kinderarzt Andrea Prader gleichzeitig mit anderen europäischen Wachstumsstudien begonnen. Sie gilt bis heute als beispielhaft. Die daraus konstruierten Wachstumskurven gelten als Schweizer Präzisionsprodukt wie beispielsweise die Schweizer Uhr und die Schweizer Eisenbahn. Sie werden weltweit für wissenschaftliche Zwecke verwendet und sind in Deutschland und andernorts weiterhin in Gebrauch.

Es wäre durchaus möglich, die bisherigen Wachstumskurven mit punktuellen Kontrollen zu überprüfen und anzupassen. In diesem Sinne haben wir 1998 das erste Lebensjahr im Rahmen der ZAPP-Studie [1] überprüft und neue Zahlen publiziert. Ähnliches wäre in anderen Altersgruppen möglich. Man könnte für die Überprüfung auch Daten verwenden, welche von verschiedenen Schulärzten gesammelt wurden. Im Weitern gibt es ja auch die neuen Zürcher Daten der 2. Zürcher Longitudinalstudie (1975–1995) und der Generationenstudie, für deren Auswertung der Nationalfonds beträchtliche Mittel zur Verfügung gestellt hat und welche 2005 noch gelobt wurden [8]. Diese Daten könnten mit einfachen Mitteln zur statistischen Prüfung der neuen und der bisherigen Wachstumskurven benutzt werden, in dem man für spezifische Altersgruppen zählt wie viele Fälle sich innerhalb beziehungsweise ausserhalb eines bestimmten Perzentilenbereiches befinden – zum Beispiel müssten theoretisch 3 Prozent der Stichproben auf oder über der 97. Perzentile liegen. Wir wären gerne bereit, bei dieser Prüfung der Kurven mitzuhelfen.

Zusammenfassend sind wir der Meinung, dass die bisherigen Wachstumskurven für Schweizer Kinder auch heute noch repräsentativer sind als die neuen Kurven. Wir schlagen deshalb vor, vorerst die bisherigen Kurven weiterhin zu verwenden.

LITERATUR

[1] Eiholzer U, Bodmer P, Bühler M, Döhmann U, Meyer G, Reinhard P, Schimert G, Varga G, Wälli R, Largo R, Molinari L. Longitudinal monthly body measurements from 1 to 12 months of age. A study by practitioners for practitioners. Eur J Pediatr 1998; 157: 547–552.

[2] Tanner JM, Healy M, Goldstein H, Cameron N: Assessment of Skeletal Maturity and Prediction of Adult Height (TW3 Method), ed 3. London, Saunders/Harcourt, 2001.

[3] Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft Wachstumskurven Kinderspital Zürich vom 15.6.2010.

[4] Tagesanzeiger vom 27.1.2011.

[5] Tagesschau sfdrs vom 6.2.2011.

[6] Schweiz. Ärztezeitung Nr. 7 2011.

[7] Prader A, Largo RH, Molinari L, Issler C (1989): Physical growth of Swiss children from birth to 20 years of age. Helvetica Paediatr Acta [Suppl]:52.

[8] 50 Jahre Forschung in den Zürcher Longitudinalstudien: Was haben wir daraus gelernt? Largo, R. und Jenni O. (wahrscheinlich 2004), Aufsatz auf der Website des Zürcher Kinderspitals?

[9] Pädiatrica Nr. 1 2011.

[10] Website des schweizerischen Nationalfonds.

KORRESPONDENZ

Prof. Dr. Urs Eiholzer
PEZZ Pädiatrisch-Endokrinologisches Zentrum Zürich
Möhrlistrasse 69, 8006 Zürich, www.pezz.ch
mail@pezz.ch

DISKUSSION

Auf der Website www.praxispaediatrie.ch finden Sie ein Forum, das zu einer Diskussion über die Frage bisheriger oder neuer Wachstumskurven einlädt.

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
- 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 5. November 2011, ganzer Tag

Ort Hotel Zentral Zürich

Leitung/ Referentin 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 und Getränke

Information / Moderation Frau Dr. med. Mercedes Ogal, Pädiatrie FMH, Brunnen
kinderarztpraxis@ogal.ch

Workshop Neonatologie für Praxispädiater und Praxispädiaterinnen

Thema Betreuung, Stabilisation und Reanimation des Neugeborenen im Gebärsaal (normale und gestörte Adaptation), Wochenbettbetreuung, Hypoglykämie, Hyperbilirubinämie, Pulsoxymetrie, Infektionen (Strepto B, Hepatitis B und C u. a. m.). Praktische Übungen im Gebärsaal.

Datum 10. November 2011

Ort UniversitätsSpital Zürich, Bibliothek Departement Frauenheilkunde, Frauenklinikstrasse 10, 8091 Zürich

Leitung/ Referenten Prof. Dr. Hans Ulrich Bucher, PD Dr. med. Jean-Claude Fauchère und Mitarbeiter

Teilnehmende 10 Personen.
Voraussetzung ist die Betreuung von Neugeborenen.
Oberärztinnen der Klinik für Neonatologie, UniversitätsSpital Zürich.

Kosten CHF 350.– bzw CHF 250.– für FPP-Mitglieder, inkl. ausführlichen Skriptums, ohne Mittagessen

Information / Moderation Geschäftsstelle

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

Thema / Ziele:
- 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 Beratungs-Kompetenz.
- Sie kennen die Möglichkeiten von interdisziplinärer Zusammenarbeit und Psychotherapie.

Inhalte
- 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/ Referentinnen 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 und Getränke

Information / Moderation Geschäftsstelle FPP

Kinderorthopädie für die Praxis

Thema In loser Folge werden wichtige orthopädische Probleme und Fragestellungen aus der pädiatrischen Praxis behandelt.
Jeder Kurstag ist jeweils einer Körperregion gewidmet.
Theorie und praktische Anwendung sollen sich ergänzen (Videos, Rx-Bilder, Untersuchungstechnik direkt am Kind, interaktiv eigene Fälle).
Ein erster Teil zum Thema «Kinderfuss und Beinachsen» hat im Januar 2010 und ein zweiter Teil «Orthopädische Probleme der Kinderhüfte» im Januar 2011 stattgefunden.

3. Teil Kinderorthopädische Probleme der Wirbelsäule
Altersspezifische Differenzialdiagnosen und typische orthopädische Krankheitsbilder der Wirbelsäule werden vorgestellt und eine kurze Übersicht über Bildgebung und Therapie gezeigt.
Ein wichtiger Teil des Kurses ist wie bisher der Untersuchungsblock, bei dem direkt am Kind die gelernten Untersuchungstechniken geübt werden können.
Die Diskussion mitgebrachter eigener Fälle und Fragen aus der Praxis ist jeweils besonders spannend und stellt den engen Bezug zum Pädiateralltag her.
Darum: Jetzt schon eigene Fälle sammeln!

Datum Donnerstag, 2. Februar 2012, 9–17 Uhr

Ort Auditorium der Schulthess Klinik, Zürich

Leitung/ Referenten Kinderorthopädie-Team der Schulthess Klinik:
Dr. med. R. Velasco, Dr. med. H. Manner,
Dr. med. S. Dähn.
Dr. med. E. Lamprecht, Kinderorthopädin, Winterthur

Teilnehmende 50 Personen

Kosten CHF 400.– bzw. CHF 300.– für FPP-Mitglieder; inkl. Verpflegung

Information / Moderation Dr. med. Nadia Sauter Oes, Winterthur, nadia.sauter@oes.ch

Jahrestagung 2011

Datum 8. September 2011

Ort Hotel Allegro, Bern

www.jahrestagung.ch

Online-Anmeldung: www.praxispaediatrie.ch

ANMELDETALON

Diese Anmeldung ist verbindlich.
Annullation 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.

☐ **Körper, Liebe, Doktorspiele – die Sexualentwicklung im Kindesalter, 5. November 2011, Hotel Zentral, Zürich**

☐ **Workshop Neonatologie für Praxispädiater und Praxispädiaterinnen, 10. November 2011, UniversitätsSpital, Zürich**

☐ **Eltern zwischen Freude und Erschöpfung – zur postpartalen Erschöpfung und postpartalen Depression, 11. November 2011, Spital Affoltern, Affoltern am Albis**

☐ **Kinderorthopädie für die Praxis – 3. Teil: Kinderorthopädische Probleme der Wirbelsäule, Donnerstag, 2. Februar 2012, Schulthess Klinik, Zürich**

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@praxispaediatrie.ch oder www.praxispaediatrie.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@praxispaediatrie.ch

EXTERNE KURSE

Jetzt anmelden! Teilnehmerzahl begrenzt.

Kursausschreibungen für angehende und praktizierende Pädiaterinnen & Pädiater

Refresherkurs in Kinder- & Jugendgynäkologie

Datum Donnerstag, 14. Juli 2011

Ort ZKSK (CP-Zentrum) Solothurn.
Weiterführung der Fortbildungsreihe in moderner Adoleszentenmedizin/Kinder- & Jugendgynäkologie.

Lernziele
- Vertiefen der Kenntnisse in Kinder- & Jugendgynäkologie
- Essstörungen
- Pap-Test, PCOS, Antikonzeption
- Psychosomatik
- Workshops zu den Themen

Kursleitung Prof. Dr. med. Franziska Baltzer, Director Division of Adolescent Medicine, Department of Pediatrics, McGill University, Montreal, Quebec, Canada;
Dr. med. Marianne Caflisch, Consultation pour Adolescents, Département de Pédiatrie, Hôpitaux Universitaires de Genève;
Dr. med. Vera Schlumbom, Oberärztin Klinik für Kinder und Jugendliche, Stadtspital Triemli, Zürich

Zertifizierung Der Kurs ist von der SGP anerkannt. 6.5 Credits!

Systemische Entwicklungspädiatrie 8

Datum Donnerstag, 22. September 2011–5. Juli 2012 (12 Kurstage). Achtung nur noch wenige Plätze frei!

Ort ZKSK (CP-Zentrum) Solothurn

Lernziele
- Theoretische Kenntnisse der normalen motorischen, kognitiven, psycho-emotionalen und sozialen Entwicklung und Normvarianten von Kindern und Jugendlichen
- Erlernen und praktischer Einsatz von alters- und praxisgerechten diagnostischen Untersuchungsmethoden zur sicheren Erkennung von Entwicklungsstörungen
- Überblick und Indikation diverser Therapiemethoden
- Der Kurs ist integraler Bestandteil der Weiterbildung zum Facharzt FMH für Kinder- und Jugendmedizin.

Kursleitung Dr. med. Thomas Baumann, Kinderarzt & Entwicklungspädiater FMH, Solothurn,
Dr. med. Romedius Alber, Kinderarzt FMH und Kinderpsychiater, Baar
Div. externe Referenten (Gundelfinger, Jenni, Janner, Staub, Zollinger, Zuppinger u. v. a.)

Anmeldefrist 1. Juli 2011, Teilnehmerzahl beschränkt!

Zertifizierung Der Kurs ist von der SGP anerkannt. 100 Credits!

Information/ Anmeldung Dr. med. Thomas Baumann, ZKSK (Zentrum für Körper- und Sinnesbehinderte Kinder), Werkhofstrasse 17, 4500 Solothurn, Tel. 032 622 86 03, Fax 032 621 75 68, www.zksk-so.ch, E-Mail: info2@zksk-so.ch

Seminar Praxisassistenz

Datum 23./24. September 2011

Ort Sempachersee (Nottwil)

Präliminäres Programm, Stand April 2011
Eingeladen sind: potenzielle und bestandene Praxisassistent/-innen, potenzielle und bestandene LehrpraktikerInnen, Spitalvertreter/-innen, Standespolitiker/-innen und andere Interessenten

Freitag 23. September 2011

9.30	Begrüssung, who is who
10.00	Dr. med. M. Inauen, ehemaliger Praxisassistent, Kinderarztpraxis in Tann, Kanton Zürich «Rückblick auf die Praxisassistenz: Was mache ich heute in der Praxis gleich, was mache ich anders. Inputs für zukünftige Lehrpraktiker.»
11.15	Frau Dr. med. Barbara Brändle, erfahrene Lehrpraktikerin, Kinderarztpraxis in Oberengstringen: «Warum es sich mir lohnt, einen Praxisassistenten auszubilden, wo aber auch die Schwierigkeiten liegen…»
13.45	Arena: Moderation KD Dr. med. Sepp Holtz, Lehrpraktiker, Zürich Pro und contra Praxisassistenz «Warum ist es so schwierig, Lehrpraktiker und Praxisassistenten zu rekrutieren?»
14.45	Gruppenarbeit: «Mein idealer Lehrpraktiker, mein idealer PA»
16.00	Auswertung und Vertiefung
18.30	Abendprogramm mit gemeinsamem Essen und dem eidgenössischen Improvisationstheater zum Thema «Praxisassistenz»

Samstag 24. September 2011

8.30	Prof. Dr. med. Th. Neuhaus, Chefarzt Kinderspital Luzern: «Warum ich als Chefarzt einer A-Klinik die Praxisassistenz ins Curriculum aufgenommen habe. Wie sieht die Unterstützung für Lehrpraktiker und PA aus?»
9.30	Standespolitiker: Quo vadis Praxisassistenz
11.00	Welche Modelle werden praktiziert, auch Teilzeit-Modelle für z. B. Mütter
13.45	Finanzierung der Praxisassistenzen, verschiedene Projekte… WHM
14.45	Gruppenarbeit der verschiedenen Interessengruppen getrennt: Was waren schwierige Erfahrungen, wie sind wir damit umgegangen.
16.00	Integration der Gruppenarbeit und Zusammenfassung.

Kosten Für PraxisassistentInnen (und AssistentInnen der Pädiatrie): Fr. 200.– inkl. Übernachtung, für alle anderen Fr. 400.– inkl. Mahlzeiten und Übernachtung.

Verantwortlich für das Seminar
KD Dr. med. Sepp Holtz, Lehrpraktiker, im Auftrag und in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgruppe Praxisassistenz der SGP: Drs. med. Jessica Templeton, Philipp Trefny, Oliver Adam.

Anmeldung
bis spätestens 31. Juli 2011 an:
Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie
Sekretariat
Rue de l'Hôpital 15, Postfach 1380, 1701 Freiburg
Fax 026 350 33 03
oder secretariat@swiss-paediatrics.org (mit Vermerk PA-Seminar)

Vorsorgekurs 2009/2010

URS WÄSPI,
WINTERTHUR

Die Vorsorgeuntersuchungen sind ein Kerngeschäft der Praxispädiatrie – wir sind hier die Spezialisten. In der pädiatrischen Grundausbildung fehlt allerdings die Gelegenheit zur praktischen Durchführung der Vorsorgeuntersuchung weitgehend, sodass wir uns erst mit dem Einstieg in die Praxispädiatrie die Fähigkeiten durch «learning by doing» aneignen. Schon deshalb war bei mir nach einigen Jahren Praxispädiatrie das Bedürfnis gross, den Vorsorgekurs zu besuchen. Der Kurs wurde von Kinderärzten für Kinderärzte organisiert und moderiert, und das hat sich auch in wirklich praxisnahen und alltagstauglichen Beiträgen gezeigt! Alles in allem habe ich noch kaum eine Fortbildung besucht, von der ich derart viele Ideen direkt für meinen beruflichen Alltag umsetzen konnte.

Es ist nicht ganz einfach, meine persönlichen «take home messages» aufzulisten, denn es gab so manche. Ich möchte nur einige kurz nennen:

Der Kurs hat zur vermehrten Selbstreflexion in meiner alltäglichen Routine geführt und hat die Hemmschwelle, das Video einzusetzen, gesenkt. In Bezug auf die Gesprächstechnik habe ich einige wertvolle Impulse erhalten. Aktives Zuhören ist ein wichtiger Teil der ärztlichen Tätigkeit – es besteht in: Spiegeln, Zusammenfassen und Pausen einsetzen. Offene Fragen sollen im Gespräch gezielt eingesetzt werden, dabei muss aber auch die zur Verfügung stehende Zeit berücksichtigt werden. Bei der Besprechung eines Problems ist es oft hilfreich, auch nach der Haltung von abwesenden Personen (z. B. des Vaters) zu fragen.

In die Vorsorgeuntersuchung sollte immer auch die antizipierende Beratung integriert werden, damit kann die Sicherheit und Kompetenz der Eltern erhöht werden. Auch die Anleitung zur lösungsorientierten Gesprächsführung fand ich hilfreich und praxisnah. Sehr lehrreich, interessant und humorvoll waren die Referate von M. T. Diez zu Erziehungsfragen im Kindergartenalter und im Beziehungsaufbau und Gesprächsführung mit Jugendlichen.

Der Kurs wurde durch eine Vielzahl von Referentinnen und Referenten mitgestaltet. Es waren dies spezialisierte Fachärzte, Mütter- und Ernährungsberaterinnen und Psychologen. Es gab viele wertvolle Gelegenheiten für den interdisziplinären fachlichen Austausch – gerade die Pflege dieser Schnittstellen erscheint mir für die kinderärztliche Tätigkeit entscheidend wichtig zu sein.

Weitere Highlights waren sicher jeweils die Abendprogramme. Sei es beim Tischfussballturnier, beim Golfkurs, bei der nächtlichen Stadtführung oder am Theaterspektakel – wir haben uns immer bestens amüsiert. Beim gemeinsamen Essen und Trinken gab es anschliessend genügend Zeit für den persönlichen und fachlichen Austausch.

Der Kurs hat während zweier Jahre insgesamt achtmal an jeweils zwei Tagen stattgefunden. Ich habe alle Kurse als sehr lehrreich und bereichernd empfunden und ich empfehle allen, die noch nicht dabei waren, die Teilnahme. Der Vorsorgekurs hat mich in meinem Praxisalltag für vieles neu sensibilisiert und hat auch immer wieder die Begeisterung für unseren Beruf geweckt – was könnte man sich Besseres wünschen?

Als Kursbegleiter hat sich Jean Klingler engagiert. Mit seiner grossen Berufserfahrung hat er einen roten Faden durch den Kurs gezogen. Herzlichen Dank an die Kursleiterinnen (Renée Walther-Beltinger, Claudia Wandt-Baumann), an Jean Klingler (Kursbegleitung), an die einzelnen Kursmoderatoren und an die Referentinnen und Referenten. Vielen Dank auch an die Geschäftsstelle (Corinne Morger, Simon Hubacher) und die Sponsoren.

Zur besseren Lesbarkeit wurde i.d.R. auf die Erwähnung beider Geschlechtsformen verzichtet.

Сайн уу Монгол Улс (Hallo Mongolei)

Die mongolische Sprache zeigt sich leider weiter resistent gegenüber unseren Kommunikationsversuchen – fast alle anderen Probleme sind lösbar!

DR. MED. RAOUL SCHMID, BAAR

Vom 18. bis 29. März 2011 war das SVUPP-DDH-Team erneut in Ulan-Bator. Leider musste unsere Kollegin Corina Wilhelm kurzfristig krankheitshalber absagen und hat unsere Anstrengungen aus der Schweiz unterstützt.
Auf Einladung einer mongolischen Ärztin (Dr. Namjilmaa Sandaar) weilte hingegen Prof. Reinhard Graf, der Entwickler der Methode aus Österreich, gleichzeitig in der Mongolei. Dank langfristiger Vorbereitung wurden seine Anstrengungen mit uns perfekt koordiniert und wir traten ganz im Sinne des Projektes als Einheit auf. Es wurden viele wegweisende Kontakte geknüpft und wichtige Schritte gemacht.

Ti Ching

Natürlich hat sich an unserem Projekt inhaltlich nichts geändert. Den bereits aktiven Hüftschallerinnen boten wir einen Refresherkurs. Dieser hat sich sehr positiv auf die Untersuchungsqualität in der Studie bemerkbar gemacht, wie wir denken.
Ca. 40 motivierte Ärztinnen und Ärzte besuchten einen Grundkurs. Je die Hälfte davon an der (einzigen) Orthopädie-Klinik der Mongolei und an «unserem» mother and child hospital (MCHRC). Es war selbstverständlich, dass die Ausbildung im Rahmen einer schweizerisch-österreichischen Koooperation von Prof. Graf und uns gemeinsam durchgeführt wurde. Dem grossen Entwickler der Methode und unermüdlichen Kämpfer für gesunde Kinderhüften sei an dieser Stelle ein grosser Kranz gewunden! Gänzlich unprätentiös und ohne professorale Allüren hat er sich voll in den Dienst der Sache gestellt (vgl. dazu den Blog auf unserer Homepage!). Prof. Graf kommt der Verdienst zu, eine wichtige und tragfähige Brücke zwischen Pädiatern und Orthopäden gebaut zu haben. Wir dürfen nicht vergessen, dass in der Mongolei bislang eine kranke Kinderhüfte per definitionem den Orthopäden gehörte. Wir werden noch energisch daran arbeiten müssen, den Paradigmenwechsel voranzutreiben, in der Überzeugung, das Hüftgelenk gehöre primär dem Kind. In der Schweiz sind wir diesbezüglich doch schon viel weiter – oder nicht?
Es existiert bereits ein Lehrbuch für Hüftsonografie in mongolischer Sprache, ermöglicht und finanziert durch das DDH-Projekt! Erste Vorlesungen in mongolischer Sprache wurden von unseren Experten vorbereitet und gehalten. Damit ist das Projekt sozusagen «aus den Windeln» und wird bald in die Pubertät eintreten. Wussten Sie übrigens schon, dass es auf den klangvollen Namen smopp hört und eine eigene Homepage (www.smopp.net) hat?

Skri Ning

Der pubertäre Wachstumsschub des DDH-Projektes steht unmittelbar bevor. Nachdem am MCHRC bereits seit Sommer 2010 ein Screening mit begleitender Studie etabliert ist, hoffen wir bald ein Screening-Programm in der gesamten Hauptstadt lancieren zu können. Dazu fehlen noch technische Voraussetzungen. Diese sollen baldmöglichst geliefert werden, damit schon bald die Hälfte aller in der Mongolei Geborener im Wochenbett untersucht werden können. Über die Hälfte der rund 60 000 Neugeborenen in der Mongolei erblinzeln in einer der 4 Kliniken der Hauptstadt das Licht der Welt.
Auch politisch ist ein grosser Wurf gelungen: Wir haben die Unterstützung des mongolischen Gesundheitsministeriums zugesagt bekommen.

Ma Schin

Alle bereits im Einsatz stehenden Ultraschallgeräte wurden durch uns kontrolliert und die Einstellungen optimiert, zwei weitere treffen im Mai in Ulan-Bator ein. Einzelne Kliniken verfügen bereits über Hüftsonotaugliche Maschinen. Wir hoffen, diese dank zusätzlichen Linearsonden bald verwenden zu können. Auch Lagerungsschalen mit Schallkopfführungen können wir bald schon liefern. Fünf Stück wurden uns von einer pädiatrischen Gruppenpraxis aus Solothurn gestiftet – grossartig!

Wir dürfen erleben, dass das von der SVUPP lancierte Projekt grossen Zuspruch erhält und sich rasend schnell weiterentwickelt. Das ist nur möglich dank dem immensen Einsatz der involvierten Kinderärztinnen vor Ort und dank der finanziellen Unterstützung durch die SVUPP, durch Sponsoren und Spender. An dieser Stelle sei allen aufrichtig gedankt! Natürlich – das wird die FN-Leser nicht überraschen – kommt jetzt ein Aufruf...

Für die anstehende Pubertät von smopp benötigen wir weiterhin

- funktionstüchtige Tübinger-Schienen – bitte an die SVUPP-Geschäftsstelle schicken
- Geld und Sponsoren: Wer kennt Stiftungen oder potenzielle Quellen? Wir liefern gerne die erforderlichen Unterlagen!

Баярлалаа! (Danke!)

Pädiatrische Sonografie Workshop

Donnerstag 15.09.2011, 14.00 bis 17.00 Uhr

Ausgebucht, neuer Workshop für 2012 in Planung

Nach einem kurzen Theorieteil haben Sie die Möglichkeit, Ultraschalldiagnostik bei Kindern zu üben; dies unter Anleitung von kompetenten SGUM-Tutoren. Am Ende des Nachmittags werden die Untersuchungen bestätigt und sind als supervisierte Untersuchungen anerkannt. Bei regelmässigem Besuch dieser Workshops ergibt sich somit die Möglichkeit zum Erwerb des Fähigkeitsausweises Modul Pädiatrie der SGUM.

Teilnehmer:	Interessierte in pädiatrischer Sonografie, keine formellen Voraussetzungen
Kursleitung:	Johannes Greisser, Stefanie Armbruster und andere SVUPP-Tutoren
Kursort:	Kinderklinik Wildermeth, Spitalzentrum Biel, Vogelsang 84, 2502 Biel/Bienne
Anmeldung:	info@praxisarche.ch
Kosten:	CHF 200.-; Assistenzärzte CHF 100.-
Anmeldeschluss:	31.07.2011

Sono-Quiz

DR. MED. RAOUL SCHMID, BAAR

Fallbeschreibung

5 Wochen altes Mädchen. Mutter mit anamnestischer Hüftdysplasie, St.n.-Abspreiztherapie im Säuglingsalter. Untersuchung bei sehr unruhigem, schreiendem Kind. Verwendung der Lagerungsschale mit Schallkopfführung.

Bitte Beurteilung von Bildqualität, Messung und Typeneinteilung nach Prof. Graf.

Auflösung auf Seite 38

Abbildung 1.

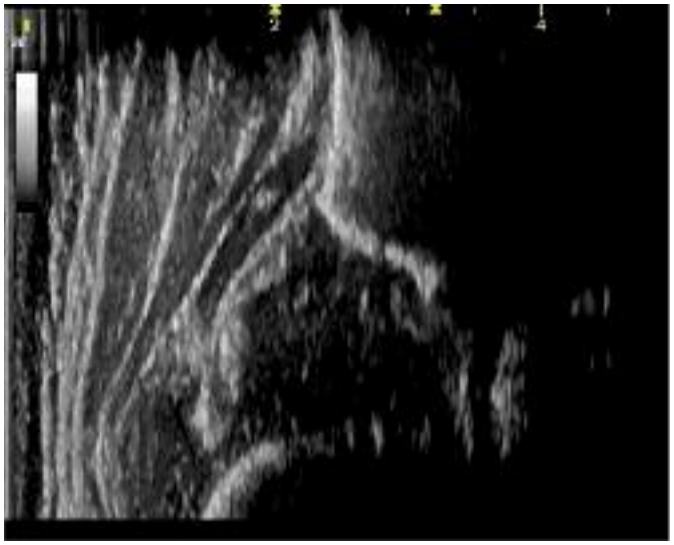


Abbildung 2.

ULTRASCHALLKURSE

Refresherkurs Hüftsonografie (Teil 4)

Datum 26. November 2011

Ort Solothurn

Leitung/ Referent Dr. med. Thomas Baumann

Teilnehmende 40 Personen

Kosten CHF 500.– bzw. CHF 400.– für SVUPP-Mitglieder

Anmeldung Mit dem Anmeldetalon auf dieser Seite oder www.svupp.ch

Pädiatrische Sonografie – Aufbau- und Abschlusskurs (Kombikurs)

Datum 4./5. November 2011

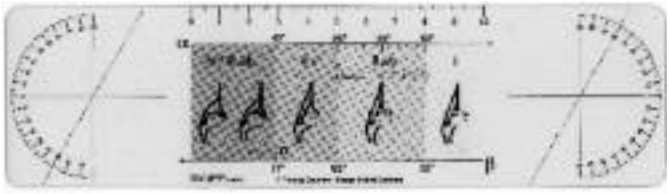
Ort Aarberg

Teilnehmende Je 20 Personen

Kosten Aufbaukurs: CHF 1000.– bzw. CHF 900.– für SVUPP-Mitglieder
Abschlusskurs: CHF 1000.– bzw. CHF 900.– für SVUPP-Mitglieder

Anmeldung Mit dem Anmeldetalon auf dieser Seite oder www.svupp.ch

SVUPP-o-Meter



Preis CHF 20.– plus Porto und Verpackung

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

☐ **Refresherkurs Hüftsonografie (Teil 4) 26. November 2011, Solothurn**

☐ **Pädiatrische Sonografie – Aufbau- und Abschlusskurs (Kombikurs) 4./5. November 2011, Aarberg**

☐ **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

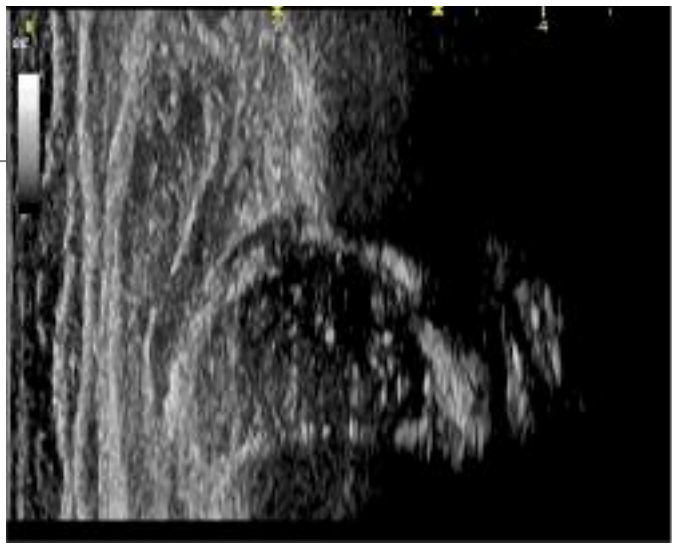


Abbildung 1.

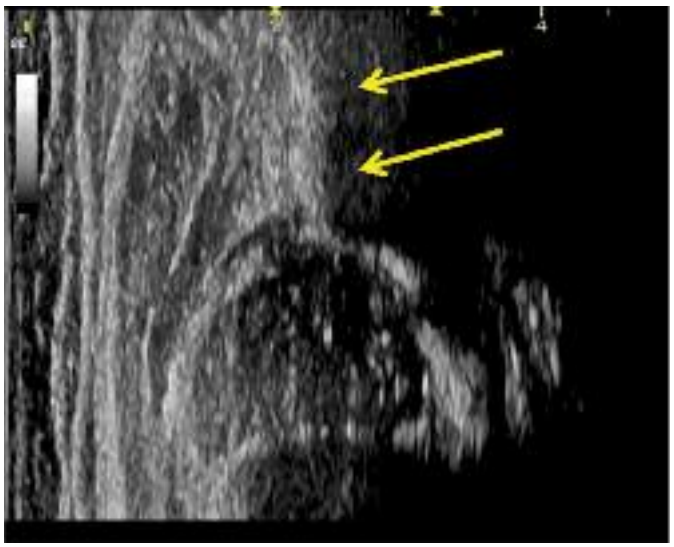


Abbildung 1a.

Auflösung des Sono-Quiz

Die gezeigten Bilder sind ganz typisch für Kippfehler, wie sie bei unruhigen Kindern in der Lagerungsschale auftreten. Abbildung 1 zeigt einen ventrodorsalen Kippfehler. Dieser ist charakterisiert durch eine Verbreiterung und dadurch schlechtere Abgrenzbarkeit des Vorderrandes des Os ileum (Pfeil in Abb. 1a). Die Knochen-Knorpel-Grenze am Femurhals wird ebenfalls unscharf und verändert ihre Form. Der Untersucher hat den Kippfehler erkannt, das Baby umgelagert und überkorrigiert. Es entsteht ein dorsoventraler Kippfehler (Abb. 2a). Hier zeigt sich eine scheinbar dorsale Schnittebene mit Konkavität des Vorderrandes (Pfeil). Diese Form lässt sich allerdings durch Korrektur mittels Rotation des Schallkopfes in eine ventralere Ebene nicht verbessern.

Abbildung 3 zeigt zum Vergleich die korrekte Schnittebene ohne Kippfehler.

Abbildung 2a.

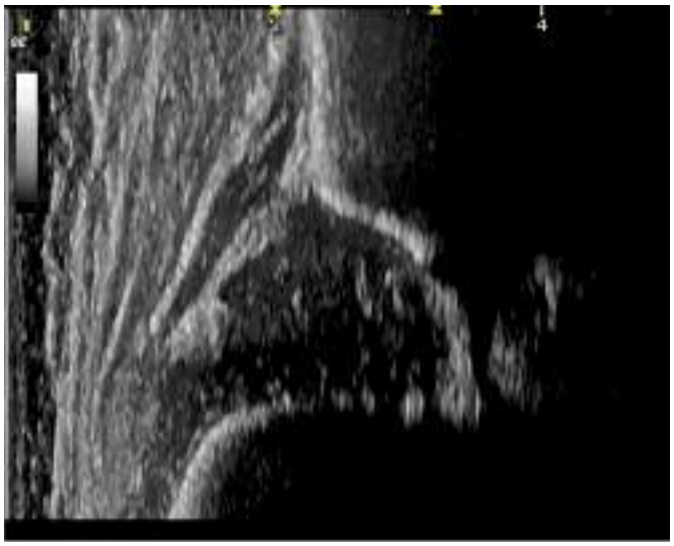


Abbildung 3.

Key Messages

- Bei Verwendung der Schallkopfführung entstehen Kippfehler, wenn das Baby nicht optimal gelagert ist. Sie können nur durch Verbesserung der Position des Kindes korrigiert werden.
- Optimale Untersuchungsqualität verlangt Kenntnis der typischen Hinweise auf Kippfehler im Sonogramm.

WORKSHOP-BERICHT

«Kinderorthopädie für die Praxis»

vom 27. Januar 2011

ELSBETH BURCH,
PRAXISPÄDIATERIN
LUZERN

REFERENTEN:
DR. RAFAEL VELASCO,
DR. ERICA LAMPRECHT,
DR. SYLVIA DÄHN,
DR. HANNES MANNER,
DR. MICHALE LEUNIG

MODERATORIN:
DR. NADIA SAUTER,
WINTERTHUR

50 Teilnehmer wollten den 2. Teil in der Schulthess-Klinik nicht verpassen, dieses Mal ging es um die Hüften. Vor und zwischen den interessanten Referaten verwöhnte uns das Küchenteam mit feinem Essen und Trinken.

Durch den Tag führte als Moderatorin Frau Dr. Sauter. In ihrem Eingangswort fasste sie treffend zusammen, was uns dann präsentiert wurde: die ganze Bandbreite der Hüftleiden von den Klassikern bis zu den unklaren Hüftschmerzen, die differenzialdiagnostisch Kopfzerbrechen bereiten. Vor dem Mittagessen als kleiner Apéro stellte sie uns dann noch einen eigenen Fall vor: ein sehr laut knackendes Hüftgelenk bei einem Säugling, beunruhigend nicht nur für die Mutter. Es war eine harmlose Coxa saltans.

Herr Dr. Velasco referierte über die Hüftdysplasie. Er führte uns durch das weite Feld der komplexen Therapiemöglichkeiten, insbesondere bei ausgeprägteren und spät erkannten Hüftdysplasien. Bei der Schilderung der Operationstechniken staunte ich wie schon oft über das dreidimensionale Vorstellungsvermögen, über welches ein orthopädisch tätiger Arzt verfügen muss.

Über die Coxitis fugax berichtete uns Frau Dr. Lamprecht in ihrer packenden, praxisorientierten Weise. Ein Kind hat zu 3% die Chance, diesen «Hüftschnupfen» zu erleben. Unsere Aufgabe ist die Differenzierung von anderen Hüftaffektionen. Am wichtigsten ist der Ausschluss einer septischen Coxitis, meist vor dem Alter von 5 Jahren. Die mit einer septischen Coxitis verbundenen Schmerzen sind massiv, das Kind kann das Bein nicht bewegen. An eine rheumatoide Coxitis muss man denken, wenn ein Kind länger als 6 Wochen hinkt.

Ein anderes bekanntes Krankheitsbild, die juvenile Hüftkopfnekrose Morbus Perthes wurde uns von Frau Dr. Dähn vorgestellt: ein schwieriges und langwierig zu behandelndes Hüftleiden, eine «elende» Krankheit, deren Verlauf zwar durch eine adäquate Behandlung beeinflusst werden kann, aber doch in einem recht beschränkten Ausmass, was das Endergebnis betrifft.

Warum gibt es so viele Sportverletzungen bei Kindern? Herr Dr. Manner berichtete über den «Overuse». Die Sehnen strahlen in die Apophysen ein, und da diese im Wachstum sind, sind sie Schwachstellen.

Das Abrutschen des Hüftkopfes, die Epiphysiolysis capitis femoris, sollte nicht verpasst werden und muss bei akutem Abgleiten notfallmässig zugewiesen werden. Ein typisches Zeichen bei der Untersuchung ist die schmerz- und pathologiebedingte Aussenrotation bei der assistiert-unterstützenden Hüftflexion, das Drehmann-Zeichen.

Wenn die Pfanne zu gross oder der Femurhals einen «Knubel» hat, dann resultiert daraus ein Impingement. Beim Cam Impingement finden sich die Veränderungen in erster Linie am Schenkelhals. Es bildet sich eine Verdickung auf dem Schenkelhals aus, welche zum Einklemmen gegen die Gelenkpfanne führt. Beim Pincer Impingement sind die Veränderungen an der Gelenkpfanne – diese springt vor und klemmt den Schenkelhals ein. Herr Dr. Leunig hat uns diese Pathologie anschaulich demonstriert.

Das Highlight war der Untersuchungsblock mit 4 Kindern zwischen 5 und 12 Jahren, die sehr professionell mitmachten. Selber Geübtes bleibt halt immer viel besser haften als nur zuschauen.

Freuen wir uns auf den nächsten Orthopädiekurs mit dem Thema Wirbelsäule im Januar 2012.

GRATIS FÜR IHR WARTEZIMMER:

Die neue Ausgabe von «Baby&Kleinkind» ist da

Die neue Ausgabe des kostenlosen Ratgebers «Baby&Kleinkind» enthält Informationen und praktische Tipps von Expertinnen und Experten rund die Gesundheit, Ernährung, Entwicklung und Erziehung, die für Eltern von Kindern bis fünf Jahre von Interesse sind.

So informiert der Ratgeber zum Beispiel, was bei Fieber hilft, warum Zähneputzen bereits ab dem ersten Zahn wichtig ist, wie man Kopfläusen den Garaus macht, weshalb Eltern im Schwimmbad immer in Reichweite ihres Babys oder Kleinkindes bleiben müssen und weshalb sich Fernsehen negativ auf die Entwicklung von Kindern auswirken kann.
«Baby&Kleinkind» steht unter dem Patronat des Forums Praxispädiatrie sowie weiterer Fachorganisationen. Bestellen Sie den 68-seitigen Ratgeber jetzt kostenlos auf Deutsch, Französisch oder Italienisch unter www.baby-und-kleinkind.ch zur Abgabe an Eltern. Gerne können Sie sich vor der Bestellung unter www.baby-und-kleinkind.ch/d.pdf ein Bild der neuen Ausgabe machen. Die Mindestbestellmenge beträgt 50 Exemplare. Der Ratgeber erscheint einmal pro Jahr.

Stillkongress 2011

23./24. September 2011, Hotel Arte Olten

In den letzten Jahren wurde immer wieder darauf hingewiesen, dass zu einer professionellen Betreuung der Mütter auch die Zusammenarbeit mit Kolleginnen und Kollegen aus verwandten Berufsfeldern gehört. Mit dem Stillkongress 2011 wird ein erster Schritt in diese Richtung gemacht. Der BSS Berufsverband der Schweizerischen Stillberaterinnen IBCLC und die La Leche League Schweiz organisieren diesen Kongress gemeinsam.
Unter dem Motto «Stillen und Laktation im Wandel der Zeit» werden namhafte Referentinnen und Referenten aus dem In- und Ausland eine hochwertige und interessante Weiterbildung anbieten.

Themen- und Referentenvorschau:
- Stillen und Rauchen – wie verträgt sich das?, Frau Neeta Bühler
- Adipositasprävention beim Stillkind, Rosa Plattner
- Craniosacraltherapie für Stillkinder?, Matthias Mösle
- Die ältere Primipara – ein Risiko für das Stillen, Dr. Francesco Salsano
- Stillen in der Kinderkrippe, Severine Emery Martin

Alle Referate werden auf Deutsch bzw. Französisch simultan übersetzt.
Wir freuen uns, am Stillkongress 2011 in Olten viele Kinderärzte, Mütter- und Väterberaterinnen, Hebammen, Stillberaterinnen sowie weitere Kolleginnen und Kollegen aus verwandten Berufsfeldern zu begrüssen.
Programm, Anmeldung und Infos: www.stillkongress2011.ch

Kindergeschichten mit ernstem Hintergrund

Die Pro Juventute beider Basel veröffentlicht illustrierte Kindergeschichten zur Erklärung von Erkrankungen Erwachsener.

SIMON HUBACHER

Die Büchlein richten sich an Kinder, die in ihrem Umfeld mit schweren Krankheiten wie Alkoholismus, Krebs, Demenz oder Essstörungen konfrontiert sind und deshalb Erklärungsbedarf haben. «Kinder spüren unmittelbar, wenn sich Eltern oder andere ihnen nahestehende Menschen aufgrund von Krankheiten verändern», sagt Autorin Anja Jeger. Sie stellen Fragen oder entwickeln eigene Krankheitsmodelle, in denen häufig Angst und Schuldgefühle eine Rolle spielen. Daher ist es wichtig, die Kinder in die Situation einzubeziehen.

Die von Bettina Pellanda illustrierten Erzählungen stellen eine Einladung zu klärenden und unterstützenden Gesprächen dar. Durch Bilder und Vergleiche wird den Kindern ein Erklärungsmodell für die Krankheit angeboten, das ihrem Entwicklungsstand entspricht. Die Merkmale der Krankheiten sind nur grob umrissen und der Ausgang der Geschichten offen gestaltet, sodass Variationen des jeweils individuellen Krankheitsverlaufs eingeflochten werden können.

Durch die finanzielle Unterstützung von Spendern und mithilfe von Pro Juventute beider Basel werden die Büchlein an ausgewählte Institutionen wie Kinderspitäler, Kinder- und Jugendpsychiatrien, Kinderärzte, Hausärzte und weitere soziale Einrichtungen versandt.

Gratis-Bestellungen (solange Vorrat):

Pro Juventute beider Basel
Schlüsselberg 15
4001 Basel
www.projuventute-bb.ch

Offener Brief an FMH-Präsident Dr. med. Jacques de Haller

Lieber Jacques
Ein kleiner Artikel in der «SonntagsZeitung» hat mich aufgeschreckt. Offenbar haben das Bundesamt für Gesundheit und die Krankenversicherer einen Deal beschlossen, bei dem die Krankenkassen nur noch Medikamente genau nach Indikation entschädigen müssen.
Parallel dazu werden immer mehr Medikamente, die man bis jetzt bei Säuglingen und Kleinkindern einsetzen durfte, in der Indikation auf ein höheres Anfangsalter eingestuft (z. B. Phol-Tussil-Saft, bis vor 3 Monaten ab 6 Monaten zugelassen, jetzt neu ab 2 Jahren, ohne Mitteilung von irgendwelcher Seite). Dasselbe gilt für viele andere Medikamente. Dazu wurden sehr viele Medikamente für Kinder abgeschafft, sodass wir häufig bei Kleinkindern off Label behandeln müssen.
Wenn diese Tendenz weiter anhält und wenn diese Abmachung wirklich Gültigkeit haben soll, haben wir Kinderärzte kaum mehr Medikamente in vielen alltäglichen Fällen, die wir noch einsetzen können. Zum Beispiel gibt es kein Antiemetikum für Kleinkinder, das kassenzulässig ist, obwohl Gastroenteritiden in diesem Alter speziell auch mit Erbrechen eine häufige Krankheit sind und Antiemetika hier strikt indiziert sind.
Es mutet seltsam an, dass solche Abmachungen zwischen Bundesamt und Krankenversicherungen einfach in Kraft gesetzt werden, ohne uns Ärzte zu orientieren. Bis jetzt habe ich auch keinen Hinweis in der Schweizerischen Ärztegesellschaft gefunden.
Müsste hier die FMH nicht energischer darauf pochen, zunächst in den Verhandlungen mit einbezogen zu werden und dann auch über die Inkraftsetzung solcher Erlasse orientiert zu werden. Vielen Dank für Deine Kenntnisnahme.

Mit freundlichen Grüssen
Dr. med. Rainer Sulser

Neuromotorik-Testkoffer für Kinder

Neuromotorik-Testkoffer

Für die neuromotorische und neuropsychologische Untersuchung von Kindern im **Alter von 5–11 Jahren** nach Dr. L. Ruf-Bächtiger.

Testmaterialien für die
- neuromotorische und taktilkinästhetische Wahrnehmung
- visuelle Wahrnehmung
- Raumerfassung, auditive Wahrnehmung und Sprache
- Kanalkapazitäten
- Multimodale und intermodale Leistung

Preis CHF 510.– exkl. MwSt., Verpackungs- und Versandkostenanteil

Bestellung online unter www.praxispaediatrie.ch

Verlag Praxispädiatrie GmbH,
Badenerstrasse 21,
8004 Zürich,
Telefon 044 520 27 17,
Fax 043 317 93 64,
info@praxispaediatrie.ch

Nestlé

BEBA®

Einzigartige 3-fach-Wirkung für eine deutliche Symptomlinderung

BEBA Sensitive* mit **L reuteri** ist hypoallergen, laktosereduziert und leicht verdaulich, geeignet zur Reduktion von Verdauungsproblemen wie **Koliken, Blähungen, Bauchkrämpfen und Verstopfung.**

*Diätetisches Lebensmittel für besondere medizinische Zwecke

Wichtiger Hinweis: Stillen ist ideal für Ihr Kind. Die WHO empfiehlt ausschliessliches Stillen während 6 Monaten. Informieren Sie sich beim Fachpersonal des Gesundheitswesens, falls Ihr Kind eine Zusatznahrung benötigt, oder wenn Sie nicht stillen. Darf nur unter ärztlicher Aufsicht verwendet werden.

www.nestlebaby.ch

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

EINMAL TÄGLICH SINGULAIR®
(Montelukast, MSD)
Take Control.

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

Abgekürzte Fachinformation *SINGULAIR®*: Indikation: Chronisches Bronchialasthma bei Erwachsenen und Kindern ab 6 Jahren. Bei Kindern von 2 bis 5 Jahren mit gesicherter Asthmadiagnose: 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 Asthmadiagnose: 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 10 mg Tablette pro Tag. 6–14 jährige Kinder eine 5 mg Kautablette pro Tag. 2–5 jährige Kinder eine 4 mg Kautablette oder ein Sachet 4 mg pro Tag. 6 monatige–2 jährige Kinder ein Sachet 4 mg 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. **Vorsichtsmassnahmen:** *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 Plazebo 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: Prednisolon, orale Antikonzeptiva, Terfenadin, Digoxin und Warfarin. In *in vitro* Studien ist Montelukast ein Inhibitor von CYP2C8, es wurden jedoch keine *in vivo* Studien durchgeführt. **Packungen:** *SINGULAIR®* (Montelukast): Filmtabletten zu 10 mg: 28 und 98, Kautabletten zu 5 mg: 28 und 98, Kautabletten zu 4 mg: 28 und 98, Sachets zu 4 mg 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

MSD
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