FORUMnews

ZEITSCHRIFT FORUM PRAXISPÄDIATRIE FPP HERBST 2011



Jahrestagung 2011:

Das Programm

Neugeborenen-Screening für Cystische Fibrose

Reaktionen auf die neuen Wachstumskurven

BDF Beiersdorf

NIVEA

100 JAHRE
HAUTPFLEGE
FÜRS LEBEN

0% ZUSATZSTOFFE. KEINE SORGEN. 100% PFLEGE UND GLÜCK.

Natürliche Pflege ist für empfindliche Babyhaut die beste Pflege. Deshalb setzen NIVEA Baby Pure & Natural Produkte auf ausgesuchte Inhaltsstoffe natürlichen Ursprungs. Die milde Formulierung mit Bio-Sheabutter und Omega-6 Lipiden schützt empfindliche und trockene Babyhaut vor Irritationen und spendet intensiv Feuchtigkeit. Bio-Kamille beruhigt sanft. Selbstverständlich ganz ohne Parabene, Alkohol und Farbstoffe.*



100% ohne Parabene • ohne Parabene

www.NIVEA.ch/baby
0800 80 61 11 (Mo–Fr, 9–12 Uhr, gratis)

*Alle NIVEA Baby Produkte werden in Kooperation mit Dermatologen und Kinderärzten entwickelt.



VORSTAND/GESCHÄFTSSTELLE
5 Editorial

FPP INTERN
6 Jahrestagung 2011 – Kindergesundheit stärken
12 Jahresbericht 2010/2011 Forum Praxispädiatrie FPP
15 Berichte der Arbeitsgruppen

POLITIK
16 Physiotherapie in vertragslosem Zustand
17 Ständerat für Verbot der Genitalverstümmelung

FORTBILDUNG
19 Neues zur Wirksamkeit der Ergotherapie?
19 Wirksamkeit der ambulanten ergotherapeutischen Intervention bei Kindern im Alter von drei bis zwölf Jahre
23 Kommentar zum Artikel
24 Neugeborenen-Screening auf Cystische Fibrose
29 Kariesprophylaxe mit Fluor
30 Früher Hautkontakt bei Sectio-Geburt

TAGUNGSBERICHTE
35 Mit viel Überblick und Einblick zum Durchblick

KURSE/WORKSHOPS/FORTBILDUNGEN
36 Kurse FPP
39 Externe Kurse

SVUPP
40 Jahresbericht des Präsidenten
42 Quiz – Hüftsonografie mal anders …
42 Hüftsonografie – anderswo
43 Kurse SVUPP
44 Auflösung des Quiz

FÜR SIE GELESEN
45 Jetzt mal angenommen …
46 Negativer Einfluss von Nuggi/Schoppen auf das Stillen?
47 Kommentar

LESERBRIEFE/HINWEISE
49 Replik: Es gibt keine repräsentativen Wachstumskurven für Schweizer Kinder
50 Neue Wachstumskurven
50 Die Kinder- und Jugendärzte und die MFE, eine kritische Betrachtung

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:
© Christian Schwier – 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: Winter 2011
Redaktionsschluss: 11. Oktober 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, BERN

Traditionsgemäss dient die Herbstausgabe der «Forum News» der Einstimmung auf die Jahrestagung. Bereits an dieser Stelle sei der organisierenden Arbeitsgruppe sowie Corinne Morger und Simon Hubacher von der Geschäftsstelle für die Planung und Durchführung dieses Grossanlasses herzlich gedankt. Neben der Beschreibung der Workshops finden sich in dieser Nummer der Jahresbericht der Co-Präsidenten und die von Jahr zu Jahr kürzeren und spärlicheren Berichte der Arbeitsgruppen. Das heisst keineswegs, dass es weniger Diskussionen und Baustellen gäbe, im Gegenteil, aber die Arbeitskräfte gehen aus. Nicht nur uns. Wir aber suchen Nachfolger im Vorstand, Engagement in der Impfgruppe, Interesse für Tarif- oder politische Fragen. Die Jahrestagung ist eine gute Gelegenheit, sich wieder einmal Gedanken darüber zu machen, wer was zu den Aktivitäten unseres Berufsverbandes beisteuern kann.

Wer fleissig das Klavierspiel übt, wird ein besserer Klavierspieler, vielleicht sogar ein besserer Flötenspieler. Wer öfters ins Fussballtraining geht, wird ein besserer Fussballspieler und wahrscheinlich überhaupt ein besserer Athlet. Soweit alles klar. Aber werden wir auch sozial kompetenter, ausgeglichener, bessere Schüler und Berufsleute? Immerhin denkbar. Mit ähnlichen Fragestellungen setzt sich eine Dissertation auseinander, die den Nutzen der Ergotherapie zum Inhalt hat. Antworten sind nicht einfach zu finden.

Wachstumskurven sind nicht gleich Wachstumskurven. Die Diskussion geht weiter. Auch die Zähne werden diesseits und jenseits der Saane nicht nach den gleichen Empfehlungen geputzt. Spielt es schlussendlich eine Rolle? Das neue CF-Screening ist noch in der Probephase, aber in der ganzen Schweiz implementiert. Eine erste Beurteilung liegt vor.

Kontroversen sind nicht unerwünscht. Beiträge der Leserschaft sind immer willkommen.



Jahrestagung, 8. September 2011, Hotel Allegro, Bern

Kindergesundheit stärken

Die Rolle des Praxispädiaters heute und morgen

Hauptreferentin: Prof. Dr. Elsbeth Stern

Die Arbeitsgruppe der Jahrestagung:
Manuela Hany, Cyril Lüdin, Herbert Suter,
Johannes Ledergerber, Raffael Guggenheim,
Corinne Véya, Simon Hubacher

Alle Fotos in dieser Broschüre stammen von der Jahrestagung 2010.

Kontakt
Forum Praxispädiatrie FPP
Badenerstrasse 21, 8004 Zürich
Telefon 044 520 27 17 (Mo–Do)
Fax 043 317 93 64
info@praxispaediatrie.ch

www.praxispaediatrie.ch
www.jahrestagung.ch

Welche Rolle spielen wir jetzt und in Zukunft noch als Kinder- und Jugendärzte, nachdem wir integriert sind in die Grundversorger, der Nachwuchs stagniert und viele Entwicklungsprobleme von andern Institutionen, Spezialitäten und alternativen «Fachkräften» betreut werden? Wir sind aber die Einzigen, welche die Kinder oft vom Neugeborenenalter bis in die Adoleszenz sehen und begleiten. Die Jahrestagung soll Gelegenheit bieten, unsere spezifischen Kompetenzen in einzelnen Bereichen der Kindergesundheit zu diskutieren.

Online-Anmeldung: www.jahrestagung.ch



FORUM PRAXISPÄDIATRIE
FORUM PÉDIATRIE AMBULATOIRE
FORUM PEDIATRIA PRATICA

HAUPTREFERAT

Früh übt sich…

Kindgerechte Lernumgebungen aus wissenschaftlicher Sicht

Prof. Dr. Elsbeth Stern
Professorin am Institut für Verhaltenswissenschaften der ETH Zürich
mit Spezialgebiet empirische Lehr- und Lernforschung;
zuvor Gastprofessorin für Entwicklungspsychologie an der Uni Bern

In der gegenwärtig in vielen Ländern intensiv geführten Diskussion um eine angemessene Frühförderung werden dem kindlichen Gehirn teilweise geradezu mystische Kräfte zugesprochen. Von sensiblen Phasen der Gehirnentwicklung ist die Rede, die nicht verpasst werden dürften. In meinem Vortrag werde ich mich kritisch mit einer derartigen Frühförderungseuphorie auseinandersetzen. So ist beispielsweise die Annahme von sensiblen Phasen nur für bestimmte Kompetenzbereiche – z. B. den Spracherwerb – sinnvoll. Von einer generell besseren Lernfähigkeit im Kindesalter kann keine Rede sein. Dessen ungeachtet lassen sich aus neueren Theorien und Befunden zum Lernen und zur geistigen Entwicklung im Kindesalter gute Gründe für eine Frühförderung ableiten. Der Erwerb anspruchsvoller geistiger Kompetenzen braucht Zeit, und deshalb sollte man früh damit beginnen, Grundlagen für bestimmte Kompetenzbereiche aufzubauen, ohne jedoch schulisches Lernen vorwegzunehmen.

Programmübersicht

Vormittag

ab 8.00 Uhr	Einschreibung und Anmeldung
08.30–09.30	Mitgliederversammlung SVUPP
09.30–09.45	Eröffnung der Jahrestagung
09.45–10.30	Hauptvortrag von Prof. Dr. Elsbeth Stern
10.30–10.45	Fragen zum Hauptvortrag
10.45–11.30	Pause, Besuch der Industrieausstellung
11.30–12.15	Mitgliederversammlung Forum Praxispädiatrie FPP
12.15–13.30	Flying Lunch, Besuch der Industrieausstellung

Nachmittag

13.30–15.00	1. Workshop-Session
15.00–15.30	Pause, Besuch der Industrieausstellung
15.30–17.00	2. Workshop-Session anschliessend Apéro



Kurzbiografie

Prof. Dr. Elsbeth Stern

- Geboren 1957 in Marburg
- Studierte Psychologie in Marburg und Hamburg
- 1986 Promotion in Psychologie an der Universität Hamburg
- 1987–1993 Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Max-Planck-Institut für psychologische Forschung in München
- 1994 Habilitation in Psychologie an der Ludwig-Maximilians-Universität in München
- 1994–1997 Professorin für Pädagogische Psychologie an der Universität Leipzig
- 1997–2006 Forschungsgruppenleiterin am Max-Planck-Institut für Bildungsforschung in Berlin
- Seit 2006 Professorin für Lehr- und Lernforschung am Institut für Verhaltenswissenschaften der ETH Zürich
- Schwerpunkte: Kognitionswissenschaft, Pädagogische Psychologie





Workshops der Jahrestagung 2011

WORKSHOP 1

Welche Hinweise auf Entwicklungsstörungen gibt uns die frühe motorische Entwicklung?

Inwiefern können motorische Auffälligkeiten im ersten Lebensjahr Hinweise geben für spätere Fehlentwicklungen? Woran sollten wir denken? Was sind die (therapeutischen) Konsequenzen, die wir daraus ziehen? Dokumentation und evtl. Übungen anhand von Videobeispielen.

- Dr. med. Felicitas Steiner
- Dr. med. Dimitra Frank

WORKSHOP 2

Praxispädiater als «Ernährungsberater». Was können wir bewirken? Was macht Sinn?

Die neuen Richtlinien der Säuglingsernährung, die von der eidgenössischen Ernährungskommission veröffentlicht worden sind, haben beim praktizierenden Pädiater und bei den Mütter- und Väterberatungen zu Verwirrungen geführt. Im Workshop sollen diese Richtlinien besprochen werden. Wichtig ist, nicht nur auf die Erläuterungen, sondern auch auf die Praktikabilität der Durchführung einzugehen. Mit anderen Worten: Wie müssen wir die Eltern unserer Patientinnen und Patienten in Zukunft beraten? Was macht Sinn und was ist die Evidenz? Auch frühkindliche Ess- und Fütterstörungen werden thematisiert.

- Dr. med. Georg Marx
- Dr. med. Michael Bischofberger

WORKSHOP 3

Bindung und Affektregulation – Begegnung mit dem «unspezifischen Schrei-Baby»

Sichere Bindung ist von grosser Bedeutung für die Entwicklung des Gehirns. Wir diskutieren darüber, wie unsere Neuronen und Synapsen uns zu dem machen, was wir sind. Über die frühe pränatale Entwicklung unseres Gehirns erhalten wir klarere Bilder, wie diese Erfahrungen unsere Bindungen sowie unser emotionales, soziales und moralisches Funktionieren beeinflussen. Die präventive Arbeit in unserem Alltag bedeutet, dass wir den Eltern eine alternative Strategie und Sichtweise eröffnen können. Ziel ist es, praktische Instrumente für die Prävention und das Handling von Regulationsstörungen zu erlernen. Dies vor allem auch für Praxispädiater, die noch in einer Geburtsklinik tätig sind.

- Dr. med. Cyril Lüdin
- Dr. med. Marleen Grosheintz

WORKSHOP 4

Metabolische Komplikationen von Übergewicht im Kindes- und Jugendalter: Prävention, Diagnostik und Therapie

Viel wird über die metabolischen Komplikationen von Übergewicht geschrieben, aber auch spezifische Literatur dazu für das Kindes- und Jugendalter lässt praktizierende PädiaterInnen oft im Unklaren über geeignete Massnahmen zur Prävention und Therapie von metabolischen Komplikationen. Dieser Workshop beleuchtet das metabolische Syndrom aus klinisch relevanter Sicht des Pädiaters und soll aufzeigen, welche Empfehlungen für Prävention und Therapie metabolischer Komplikationen von Übergewicht Erfolg versprechend umgesetzt werden können und welche Probleme vorderhand ungelöst sind.

- Dr. med. Christoph Rutishauser
- Dr. med. Ingrid Hämmerli

WORKSHOP 5

Adoleszente mit psychosozialen Schwierigkeiten

Handelt es sich nicht um rein somatische Beschwerden oder bestehende Hinweise für Risikoverhalten, depressive Verstimmung, psychosoziale Probleme (Schule/Eltern/peers), ist unser Verhalten als Arzt ausschlaggebend für eine optimale Unterstützung und Prävention. Nur: Wie stellen wir «richtige» Fragen? Anhand von Fallbeispielen diskutieren wir Unsicherheiten von uns und Adoleszenten um praktische Lösungsansätze zu erarbeiten sowie Tipps für die Betreuung von «schwierigen» Jugendlichen.

- Dr. med. Marianne Caflisch
- Dr. med. Corinne Véya



WORKSHOP 6

Kinderpsychiatrische Rauchzeichen

Schlafstörungen, Bauchweh, Kopfweh, Enkopresis, Ängste, Aggressionen, Kontaktschwierigkeiten, unklare Müdigkeit, Essstörungen etc. sind alltägliche Symptome und Sorgen in der Praxis. Was wird aus diesen Kindern? Welche Kinder und Konstellationen brauchen besondere Beachtung und länger dauernde Begleitung? Können drohende «Abstürze» in psychiatrische oder Suchtleiden schon beim Pädiater erkannt werden?

- Dr. med. Christian Wüthrich
- Dr. med. Ruedi Grüring

WORKSHOP 7

Antibiotika sparsam?

Ist es möglich, Antibiotika in der pädiatrischen Praxis nach wissenschaftlichen Richtlinien resistenzen-vermeidend gezielt und sparsam einzusetzen? Im Rahmen einer Interventionsstudie wurden entsprechende Empfehlungen ausgearbeitet. Wie sehen diese aus? Können sie eingehalten werden und welches sind die hauptsächlichsten Hinderungsgründe in der alltäglichen Praxis?

- Prof. Dr. med. Christoph Berger
- Dr. med. Herbert Suter

WORKSHOP 8

Wenn Rheuma im Kindesalter beginnt

Übersicht der rheumatologischen Krankheiten im Kindesalter. Ausführliche Präsentation der juvenilen idiopathischen Arthritiden und der Differenzialdiagnosen. Wertigkeit der «Rheumaserologie». Diskussion des Vorgehens in der Praxis anhand von Fallbeispielen. Ziele: Basis für die Entscheidung, welche Abklärungen und Therapie in der Praxis durchgeführt werden können respektive wann soll eine Überweisung erfolgen.

- Dr. med. Dieter Bolz
- Dr. med. Pierino Avoledo

WORKSHOP 9

Manualmedizinische Massnahmen für den Praxispädiater

Was kann ein Praxispädiater bei einem akuten Tortikollis, einer akuten Hexenschuss/ISG-Symptomatik oder bei Costovertebral-Blockaden bei Kindern und Jugendlichen nebst medikamentöser Behandlung in der Praxis anbieten? In diesem Workshop werden einige manualmedizinische/chiropraktische Untersuchungen und Behandlungstechniken (Mobilisation/Dehnen/Übungen) gezeigt, die in der Praxis angewandt werden können. Der Workshop ist «hands on».

- Dr. Mette Hobaek Siegenthaler
- Dr. Tobias Gissler
- Dr. med. Stefanie Gissler

WORKSHOP 10

Integrierte Versorgung/Managed Care

Politisch ist vieles in Bewegung, was die Kinder- und Jugendärzte direkt oder indirekt betrifft. Die Vorlage für die integrierte Versorgung/Managed Care wirft gerade für Praxispädiater zahlreiche Fragen auf; gleichzeitig macht die Volksinitiative «Ja zur Hausarztmedizin» Druck, die Zukunft der medizinischen Grundversorger abzusichern. Wo stehen in diesem Spannungsfeld die Kinder- und Jugendärzte? Wie können wir uns in den politischen Entscheidungsprozess sinnvoll einbringen? Diese und andere wichtige Fragen diskutieren die Workshop-Teilnehmer mit sachkundigen Vertretern aus der Gesundheitspolitik.

Der/die Referent(en) wird/werden später bekannt gegeben.

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



TRAKTANDEN

Mitgliederversammlung Forum Praxispädiatrie FPP

1. Genehmigung der Traktandenliste
2. Wahl der Stimmenzähler
3. Protokoll der Mitgliederversammlung vom 9. September 2010
4. Mitgliederbewegungen
5. Jahresbericht der Co-Präsidenten
6. Rückblick aufs Geschäftsjahr 2010/2011
7. Jahresrechnung und Revisionsbericht
8. Anträge
9. Ziele fürs Geschäftsjahr 2010/2011
10. Wahlen
11. Varia

Alle Anträge finden Sie hier: **www.praxispädiatrie.ch**

Anmeldung

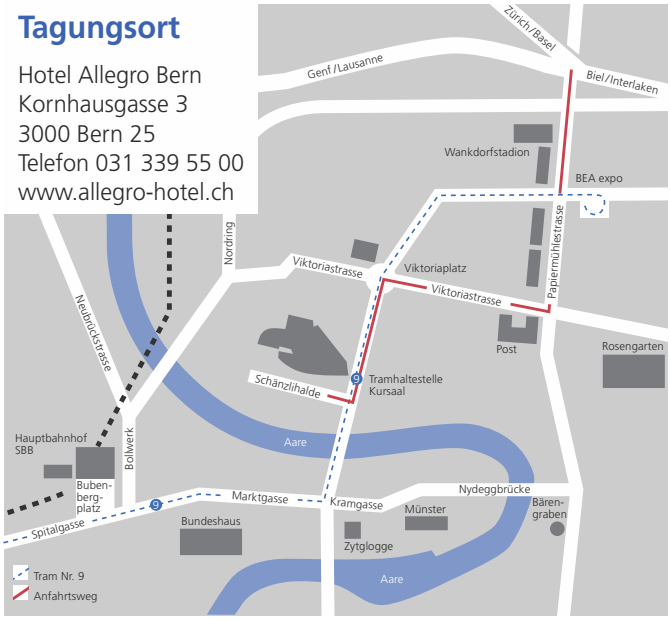
Bitte benützen Sie das beiliegende Anmeldeformular oder die Online-Anmeldung auf **www.jahrestagung.ch**
Anmeldeschluss ist der 31. August 2011.

Kosten
Für ordentliche und ausserordentliche Mitglieder des Forums Praxispädiatrie FPP und der SVUPP betragen die Tagungskosten CHF 150.–, inkl. Handouts, Pausenverpflegungen, Flying Lunch und Getränke. Für Nichtmitglieder betragen die Kosten CHF 180.–.

Gäste sind zum Referat im Plenum herzlich willkommen.
Die Workshops stehen ausschliesslich den Mitgliedern offen.
Nach Erhalt Ihrer Anmeldung werden wir Ihnen eine Rechnung zustellen, die vor Beginn der Tagung zu bezahlen ist (Bezahlung mit Kreditkarte ist aus technischen Gründen nicht möglich). Die Anmeldung ist verbindlich. Der einbezahlte Betrag kann nur in begründeten Ausnahmefällen zurückerstattet werden.

Tagungsort

Hotel Allegro Bern
Kornhausgasse 3
3000 Bern 25
Telefon 031 339 55 00
www.allegro-hotel.ch



Anreise mit der Bahn
Ab Hauptbahnhof Tram Nr. 9 Richtung Guisanplatz (Haltestelle «Kursaal»)

Anreise mit dem Auto
- Autobahnausfahrt «Bern-Wankdorf»
- Geradeaus Richtung «Zentrum»-Papiermühlestrasse
- Rechts einspuren, an der 3. Kreuzung rechts in die Viktoriastrasse abbiegen (Hotel Allegro/Kursaal sind angeschrieben)
- Am Viktoriaplatz links in die Kornhausstrasse abbiegen
- Das Hotel Allegro/Kursaal befindet sich auf der rechten Seite.

Hauseigene Tiefgarage gegen Gebühr.

Jahresbericht 2010/2011 Forum Praxispädiatrie FPP

ROLF TEMPERLI UND MANUELA HANY, CO-PRÄSIDENTEN FPP

«Kindergesundheit stärken, die Rolle des Praxispädiaters heute und morgen»

Der Titel der bevorstehenden Jahrestagung definiert prägnant das Ziel unseres Berufsverbandes. Medizinisch können die Kinder nur optimal betreut werden, wenn es genügend praktizierende Pädiater gibt, deren Kompetenz ständig verbessert, deren Arbeitsbedingungen mindestens nicht verschlechtert und deren Handlungsspielraum nicht eingeschränkt werden.

Zahlreiche Arbeiten zeigen, dass Gesundheitssysteme mit Hausärzten als primären Ansprechpartnern die effizientesten und unter Patienten beliebtesten sind. Ebenso evident ist, dass Kinder am besten von Pädiatern betreut werden. Leider geht aber der Trend nicht nur in der Schweiz, sondern auch im übrigen Europa in die entgegengesetzte Richtung. Die Pädiaterdichte nimmt ab, die verbleibenden müssen sich entscheiden, ob sie als pädiatrische Grundversorger für eine privilegierte Minderheit zur Verfügung stehen oder als auf Zuweisung hin tätige Spezialisten arbeiten wollen. Die freie Wahl des Pädiaters ist nur noch in wenigen Städten möglich, die meisten Familien müssen sich glücklich schätzen, wenn sie überhaupt einen Pädiater zur Betreuung ihrer Kinder finden. Wo die Demographie der praktizierenden Ärzte Tatsachen schafft, hat politische Planung wenig Einfluss.

Unter den neuen Entscheidungsträgern Bundesrat Burkhalter und BAG-Direktor Strupler ist es in der Gesundheitspolitik etwas ruhiger geworden, keine neuen gegen die Grundversorger gerichteten Sparmassnahmen, allerdings auch keine Rücknahme der Fehlentscheide ihrer Vorgänger, dafür ein völlig inadäquater Gegenvorschlag zur Initiative «Ja zur Hausarztmedizin». Die höchsten Wellen warf die Diskussion um die Managed-Care-Vorlage, deren Ausgang immer noch ungewiss ist, die Schlussabstimmung im Parlament ist für den 30. September 2011 geplant. Sollte die Vorlage die parlamentarische Hürde schaffen, wird das Referendum zweifellos ergriffen werden. Die Meinungen unter den Forum-Mitgliedern sind etwa hälftig geteilt.

Haus- und Kinderärzte Schweiz (MFE)

Der neue Grundversorgerverband packt seine Aufgaben mit grossem Enthusiasmus an. Vorstand und Arbeitsgruppenleiter investieren viel Zeit und Energie und können sich auf die politische Erfahrung von 20 Jahren abstützen. Der Verband kann auf viele sehr engagierte Mitarbeiter zählen, beschäftigt einen politischen Geschäftsführer, einen juristischen und einen Kommunikationsberater sowie eine Interessenvertreterin im Bundeshaus. Das Jahresbudget für die politische Arbeit beträgt zirka 1,5 Millionen Franken. Das Forum Praxispädiatrie gab sich nie der Illusion hin, der neue Verband würde die Probleme der Pädiatrie lösen oder unsere Interessen aus eigenem Antrieb vertreten. Der Verband vertritt die Interessen der Grundversorger. Als solche können wir von der Arbeit von MFE profitieren (Grundversorgertarif, Labortarif). Um die pädiatrischen Anliegen muss sich die Pädiatrie selbstverständlich selber kümmern. Ob dies mithilfe des starken Grundversorgerverbandes besser gelingen wird, muss sich erst noch weisen. Mindestens besteht berechtigte Hoffnung dazu.

Kinderärzte Schweiz

Mit dem Suchbegriff «Kinderarzt» finden sich auf verschiedenen Internet-Platformen lediglich Adressdateien und einzelne Praxen, aber kein Kinderärzteverband, das muss sich ändern. Der Kinderarzt droht zu verschwinden, in den Medien wie in der Realität. Zugegebenermassen hat das Forum mit dem Begriff Praxispädiater mit guten Absichten den Anfang gemacht. Bei «MFE Hausärzte Schweiz» sind die Kinderärzte zwar mit gemeint, aber kaum je erwähnt, unsere Fachgesellschaft heisst neu «Swiss Society of Paediatrics». Das Wort «Praxispädiater» hat sich nur intern durchgesetzt, die Bevölkerung ist beim «Kinderarzt» geblieben und wird uns auch nicht als «pädiatrischen Hausarzt» verstehen. Andererseits sind seit der Gründung des Forums Praxispädiatrie Hunderte von Foren entstanden, dem Begriff «Forum» haftet je länger, je mehr etwas Unverbindliches an. Eine grosse Mehrheit hat an der letzten Jahrestagung den Antrag des Vorstandes begrüsst, den «Kinderarzt» zu reaktivieren. Die Mitgliederversammlung wird über den Namenswechsel abstimmen.

Interna

Wie in den letzen Jahren üblich traf sich der Vorstand zu drei Sitzungen in der Geschäftsstelle und aktuelle Fragen wurden per Mail oder an Telefonkonferenzen besprochen. Der Umzug der Geschäftsstelle an die Zürcher Badenerstrasse wurde von Simon Hubacher und Corinne Morger mit vermehrtem Aufwand problemlos gemeistert. Herzlichen Dank. Auch ein neues



Administrations- und Buchhaltungsprogramm wurde in den letzten Wochen installiert, kleinere Pannen mögen uns verziehen werden. Vor grössere Probleme stellten den Vorstand die unerwarteten Rücktritte von Katharina Wyss und Elmar Veh aus gesundheitlichen und persönlichen Gründen. Jakob von Känel übernahm ohne Zögern das Ressort Finanzen, währenddem die Absenz von Katharina sich an vielen Arbeitsorten stark bemerkbar machte. Sie war verantwortlich für das Kurswesen und in zahlreichen Arbeitsgruppen (AG Standespolitik, AG Qualität mit der SGP und AG Qualität MFE) engagiert und nicht zuletzt Anwärterin für das Co-Präsidium. Wir danken Katharina und Elmar herzlich für ihren Einsatz in unserem Berufsverband. Gleichzeitig sind wir sehr erfreut, das Ressort Kurswesen wieder gut aufgehoben zu wissen, Heidi Zinggeler Fuhrer und Markus Bigler haben bereits zahlreiche Ideen eingebracht und wollen das Kurswesen weiter ausbauen. Heidi vertritt das Forum Praxispädiatrie in der mit der SGP gemeinsamen Arbeitsgruppe Qualität und der gleichnamigen AG und als Delegierte von MFE. Wir sind sehr erfreut, einzelne Mitglieder für ein vermehrtes Engagement gewonnen zu haben, und danken allen, die sich im Lauf des Jahres für den Verband eingesetzt haben. Wir Co-Präsidenten werden entgegen unserer früher gehegten Absichten ein weiteres Jahr unseres Amtes walten, wünschen uns aber gleichzeitig sehr, im Verlauf des nächsten Jahres die eine oder den anderen für die Arbeit im Vorstand interessieren zu können. Ohne Nachwuchs ist kein Verein am Leben zu erhalten.

Wir freuen uns, euch an der Jahrestagung in Bern zu sehen.

AKTUELL



Pflanzenkraft

Bei akuter Bronchitis

Kaloba®

- Verstärkt die Virenabwehr[1]
- Hemmt die Bakterienvermehrung[2]
- Sekretomotorisch[3]

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

SCHWABE Mit der Natur.
Für die Menschen.

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

1: Kolodziej H et al. In vitro evaluation of antibacterial and immunomodulatory activities of *Pelargonium reniforme, Pelargonium sidoides* and the related herbal drug preparation EPs® 7630. Phytomedicine 14 (2007); Suppl. VI: 18-26.
2: Conrad A et al. Extract of *Pelargonium sidoides* (EPs® 7630) inhibits the interactions of group A-streptococci and host epithelia in vitro. Phytomedicine 14 (2007); Suppl. VI: 52-59.
3: Neugebauer P et al. A new approach to pharmacological effects on ciliary beat frequency in cell cultures – exemplary measurements under *Pelargonium sidoides* extract (EPs 7630). Phytomedicine 12 (2005); 46-51.

KA 2010/09

Berichte der Arbeitsgruppen

Arbeitsgruppe Impfwesen

Im vergangenen Jahr gab es ausser der Einführung des 13-valenten Pneumokokken-Impfstoffes und der Zulassung eines zweiten HPV-Impfstoffes kaum Änderungen oder Anpassungen im schweizerischen Impfplan. So fanden in unserer Arbeitsgruppe nur wenige fachliche Diskussionen statt und durch die weiterhin bestehende Kantonalisierung der HPV-Impfung wurde auch diese Diskussion vorwiegend in den lokalen Vereinigungen und Gruppen geführt.
Als Arbeitsgruppe des FPP möchten wir im kommenden Geschäftsjahr unsere Homepage aktualisieren und sie besser auf die Bedürfnisse von Eltern und interessierten Laien anpassen. Kinderärzte wie auch Ärzte anderer Fachrichtung werden meist über Infovac informiert und stellen auch dort ihre Fragen. Deshalb möchte wir unsere Ressourcen auf die Informationsbedürfnisse von Eltern und wenn möglich auch von Jugendlichen ausrichten.

Jakob von Känel, Lachen

Arbeitsgruppe Standespolitik

Die Arbeitsgruppe Standespolitik mit Katharina Wyss-Senn, Köbi von Känel, René Geissberger, Kilian Imahorn, Carsten Peters und Simon Hubacher wurde kurzfristig ins Leben gerufen, um sich in erster Linie mit dem Thema integrierte Versorgung/Managed Care auseinanderzusetzen. Aus verschiedenen Telefonkonferenzen resultierten mehrere Massnahmen: Auf der Website wurden ein kleines Frage-/Antwort-Kompendium sowie ein Diskussionsforum eingerichtet. Die ForumNews nahm sich des Themas mehrmals an. Und die Januartagung 2011 wurde vollumfänglich dem kontroversen Politgeschäft gewidmet. Als Resultat war dann in den ForumNews Frühling 2011 der Standpunkt des Forums zur integrierten Versorgung nachzulesen.

Simon Hubacher

Arbeitsgruppe Qualität FPP/SGP

Gemeinsam mit den Kollegen Marc-Alain Panchard und Marc Stucki von der SGP beschäftigte sich Heidi Zinggeler Fuhrer (anfänglich unterstützt von Katharina Wyss-Senn) mit Fragen der Qualitätssicherung in der pädiatrischen Praxis. Zielsetzung ist die Wissensvermittlung gegenüber Mitgliedern und anderen interessierten Kreisen. So sind in naher Zukunft Artikel in den ForumNews und in der Paediatrica geplant. *Simon Hubacher*

Arbeitsgruppe Praxisassistenz

Zusammen mit Jessica Tempelton, Sepp Holtz und Oliver Adam nahm ich als Vertreter des Forums für Praxispädiatrie an Sitzungen und elektronischem Informationsaustausch teil. Die Arbeitsgruppe der SGP/SSP nahm sich zum Ziel, die Praxisassistenz unter den Kolleginnen in Weiterbildung zum FMH Pädiatrie schmackhaft zu machen. Einerseits soll das durch eine Anpassung des Weiterbildungsprogramms für angehende Praxispädiaterinnen mit einer Höherbewertung der Praxisassistenz und durch die Durchführung eines ersten schweizerischen Praxisassistenzseminars im September in Nottwil geschehen.

Philipp Trefny, Luzern

Arbeitsgruppe Tarmed

16 der 26 umsatzstärksten pädiatriespezifischen Positionen werden zurzeit revidiert. Es handelt sich um die Positionen für Hüftultraschall, entwicklungspädiatrische Beratung, Vorsorgepositionen und die Grundversorgerpositionen. Es sind kleine Änderungen, wie z. B. Zeitkorrekturen, Inhaltsangaben usw. Wichtig ist, dass die Pädiater im grossen Dachverband der Hausärzte mitmachen. So kann unsere Doppelrolle als Grundversorger und Spezialarzt für einen Teilbereich der Medizin gewahrt werden. Die Arbeitsgruppe wird per nächste Mitgliederversammlung aufgelöst, da sich seit geraumer Zeit niemand mehr für die Tariffragen im Forum interessiert. *Philipp Trefny, Luzern*

Arbeitsgruppe Versicherungen

Die IV hat im April einen neuen Leitfaden für die Interpretation der Position GgV Nr. 404 «POS» publiziert.
Siehe unsere Homepage unter:
http://praxispaediatrie.ch/_files/data/3886_1_de%5B1%5D.pdf
Das Forum wird im Begleitbrief auch als Mitglied der «Konsensusgruppe» erwähnt. Dies heisst aber nicht, dass das Forum mit dem endgültigen Leitfaden einverstanden wäre. Jeder möge selber entscheiden, wie er mit der Neuformulierung des weltweit einzigartigen schweizerischen Versicherungskonstrukts umgehen möchte. Die Krankenkassen registrieren ablehnende IV-Entscheide vermehrt und schalten ab und zu ihren Rechtsdienst ein. Einige erfahrene Praxispädiater raten den Krankenkassen zunehmend bei ablehnenden IV-Entscheiden einen Gang vors Versicherungsgericht. Auch diese Arbeitsgruppe wird per nächste Mitgliederversammlung eingestellt, da sich niemand für Versicherungsfragen interessiert. *Philipp Trefny, Luzern*

Physiotherapie in vertragslosem Zustand

Ende 2009 kündigte der Schweizer Physiotherapie Verband physioswiss den Tarifvertrag mit Santésuisse. Nach eineinhalb Jahren intensiven Verhandelns mit Tarifsuisse ag konnte keine Einigung gefunden werden. Somit trat per 1. Juli 2011 der vertragslose Zustand ein.

ROB VAN BERKUM, WINTERTHUR

Seit dem Inkrafttreten des Vertrages 1998 ist der Taxpunktwert in der Physiotherapie nicht mehr angepasst worden. Seit nunmehr 13 Jahren müssen PhysiotherapeutInnen einen Reallohnverlust in Kauf nehmen, einen Teuerungsausgleich hat es nicht gegeben. Die seit 1999 aufgelaufene Teuerung beträgt 11,5 Prozent. Die Löhne im Gesundheitswesen allgemein sind im gleichen Zeitraum um 15,6 Prozent gestiegen. Heute verdienen PhysiotherapeutInnen deutlich weniger als 1998. Der Physiotherapietarif ist nicht mehr kostendeckend, auch nicht für KinderphysiotherapeutInnen. Tarifsuisse ag versucht jedoch eine Verlängerung des bisherigen Vertrags zu erwirken.

Folgen für die Kinderärzte

Die Kündigung hat für ihre kleinen PatientInnen keine Konsequenzen. Physiotherapie ist eine gesetzlich verankerte Leistung, die aus der Grundversicherung vergütet wird (Art. 5 KLV). Vom Arzt verordnete Behandlungen müssen, wie bis anhin, von den Krankenkassen vergütet werden. Lediglich wird die Rechnung direkt an die Eltern gestellt (tiers garant). Der Taxpunktwert bleibt bis auf Weiteres unverändert (Tarifschutz). Der Tarifvertag mit der UV/MV/IV bleibt weiterhin bestehen und die vertraglichen Verpflichtungen bleiben in Kraft (inkl. tiers payant, Taxpunktwert national CHF 1.–).

Folgen für die Kinder

Generell wurden im Tarifvertrag von 1998 die Interessen der KinderphysiotherapeutInnen kaum berücksichtigt: Als Reaktion wurde 1998 die Vereinigung Physiotherapia Paediatrica gegründet, um die Belange der KinderphysiotherapeutInnen zu vertreten.

Zwei Beispiele aus der Praxis

Eine Anfrage des Kinderspitals Zürich konnte ich in 2005 entgegennehmen. Ein 8-monatiger Säugling mit u. a. komplexem Herzvitium mit Zustand nach multiplen kardialen Eingriffen und multifokaler Lungenperfusion über aortapulmonale Kollateralen konnte von der Intensivstation direkt nach Hause verlegt werden unter der Voraussetzung, dass er täglich Physiotherapie bekäme. Die Eltern wohnten jedoch auf dem Land, ungefähr 10 Kilometer von Winterthur entfernt. Ich sagte zu, obwohl eine Wegentschädigung von CHF 34 für einen zeitlichen Zusatzaufwand von 45 Minuten nicht kostendeckend ist. Bei einer Fortsetzung des bisherigen Vertrags wird es zukünftig nicht mehr möglich sein, einen solchen Säugling zu Hause zu behandeln. Er müsste solange im Spital bleiben, bis er stabil genug wäre, um den täglichen Besuch in meiner Praxis auf sich nehmen zu können. Im August 2008 kam das Mädchen zum ersten Mal zu mir in die Praxis.

Vor einem Monat war ich bei einer interdisziplinären Sitzung anwesend. Die Sitzung war sehr bereichernd, dauerte über 1,5 Stunden. Diese Besprechung konnte ich, im Gegensatz zu allen anderen anwesenden Fachdisziplinen, nicht verrechnen. Ebenfalls ist es für KinderphysiotherapeutInnen nicht möglich, Vor- und Nachbereitung einer Behandlung, das Schreiben von Berichten und Auswerten von Tests sowie telefonische Besprechungen mit Ärzten in Rechnung zu stellen.

Wie weiter?

Vielen Kinderärzten ist die prekäre Lage der KinderphysiotherapeutInnen schon lange bekannt. Die Versicherungsträger/Vertrauensärzte legen die Ziffern 7311 für aufwendige Bewegungstherapien sowie Ziff. 7351 für chronisch behinderte Kinder sehr restriktiv aus. Nicht selten kommt es zu einer Ablehnung. Eine neue Tarifstruktur bietet die Möglichkeit, die bestehenden Abrechnungsprobleme in der Kinderphysiotherapie zu beseitigen. Durch eine neue Vertragsstruktur erhoffe ich mir auch für Sie, die Kinderärzte, eine wesentliche Reduzierung des administrativen Aufwands.

Bitte unterstützen Sie weiter die Anliegen der KinderphysiotherapeutInnen und kämpfen Sie gemeinsam mit uns für einen neuen und fairen Tarifvertrag, damit Ihre PatientInnen auch in Zukunft von einer qualitativ hochstehenden, auf die Bedürfnisse des Kindes zugeschnittenen Behandlung profitieren können!

Ständerat für Verbot der Genitalverstümmelung

Die Verstümmelung der Genitalien von Frauen und Mädchen soll in der Schweiz ausdrücklich verboten werden. Nach dem Nationalrat hat auch der Ständerat Änderungen des Strafgesetzbuches gutgeheissen. Die kleine Kammer genehmigte die Vorlage einstimmig, brachte jedoch kleinere Änderungen an. So präzisierte sie, was als Genitalverstümmelung gelten soll.

SIMON HUBACHER

Täter ist demnach, wer die Genitalien einer weiblichen Person verstümmelt, in ihrer natürlichen Funktion erheblich und dauerhaft beeinträchtigt oder in anderer Weise schädigt. Die Vorlage geht zur Differenzbereinigung zurück an den Nationalrat.

Mit speziellen Strafbestimmungen für die Verletzung der Genitalien von Frauen und Mädchen wollen die Räte vor allem ein Zeichen setzen: Täter können schon heute bestraft werden, wegen Körperverletzung.

Neu soll es im Strafgesetzbuch den Tatbestand der Verstümmelung weiblicher Genitalien geben. Täterinnen und Tätern droht eine Freiheitsstrafe bis zu zehn Jahren oder eine Geldstrafe von nicht unter 180 Tagessätzen. Dies gilt auch dann, wenn die betroffene Person mit der Schädigung einverstanden ist. Kosmetische Eingriffe wie Piercings und Tätowierungen sollen straffrei bleiben.

Die Verstümmelung weiblicher Genitalien kann künftig auch dann geahndet werden, wenn in der Schweiz lebende Personen die Tat im Ausland begehen und diese dort nicht strafbar ist.

Die Verjährungsfrist für Genitalverstümmelungen beträgt 15 Jahre. Ist das Opfer zur Tatzeit noch nicht 16 Jahre alt, soll die Ahndung bis zum vollendeten 25. Altersjahr des Opfers möglich sein.

Die Vorlage geht auf eine parlamentarische Initiative von Maria Roth-Bernasconi (Genf, sp.) zurück.

Weltweit haben 100 bis 140 Millionen Frauen und Mädchen verstümmelte Genitalien, wie Hilfswerke schätzen. Genitalverstümmelung wird häufig als Initiationsritual verstanden und vielfach unter hygienisch bedenklichen Bedingungen und ohne Narkose durchgeführt.

Das sehr schmerzhafte Ritual besteht aus der Beschneidung der Klitoris-Vorhaut, der Entfernung der Klitoris oder dem Beschneiden der Schamlippen. In der Schweiz sind nach Schätzungen des Uno-Kinderhilfswerks Unicef rund 6700 Frauen und Mädchen betroffen.

Im Jahr 2008 hatte sich erstmals ein Schweizer Gericht mit einem Fall von Mädchenbeschneidung zu befassen. Das Zürcher Obergericht verurteilte ein somalisches Elternpaar wegen schwerer Körperverletzung zu einer bedingten zweijährigen Freiheitsstrafe. Das Paar hatte 1996 in der Schweiz seine Tochter beschneiden lassen (sda).

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

Erweiterter Schutz vor Pneumokokken-Erkrankungen[1]



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

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

Prevenar

6 neue Serotypen

Prevenar 13®

Die neue Generation der Pneumokokken-Schutzimpfung.

Prevenar 13®: (13-valenter Pneumokokken-Konjugatimpfstoff, Pneumokokkenpolysaccharide der Serotypen 1, 3, 4, 5, 6A, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19A, 19F, 23F und CRM_{197}-Trägerprotein). **I:** Aktive Immunisierung zur Prävention von invasiven Erkrankungen, Pneumonie und akuter Otitis media, die durch *Streptococcus pneumoniae* verursacht werden, bei Säuglingen und Kindern im Alter von 6 Wochen bis 5 Jahren. **D:** Säuglinge im Alter von 6 Wochen bis 6 Monaten: 3 Dosen im Abstand von mind. 1 Monat, erste Dosis normalerweise im Alter von 2 Monaten, mit vierter (Booster-)Impfung im Alter von 11–15 Monaten. Ungeimpfte Säuglinge im Alter von 7–11 Monaten: 2 Dosen im Abstand von mind. 1 Monat sowie eine 3. Dosis im zweiten Lebensjahr; ungeimpfte Kinder zwischen 12 und 23 Monaten: 2 Dosen im Abstand von mind. 2 Monaten; ungeimpfte Kinder zwischen 24 Monaten und 5 Jahren: 1 Dosis. **KI:** Überempfindlichkeit gegen einen der Wirkstoffe, einen der sonstigen Bestandteile oder gegen Diphtherie-Toxoid. Schwere akute fiebrige Erkrankungen. **VM:** Nicht intravaskulär verabreichen. Überwachung u. geeignete med. Versorgung für seltenen Fall der anaphylaktischen Reaktionen gewährleisten. Nutzen-Risiko Abwägung bei Thrombozytopenie und Koagulationsstörungen. Prevenar 13® schützt ausschliesslich gegen *Streptococcus pneumoniae*-Serotypen, die im Impfstoff enthalten sind. Über die Impfung in Hochrisikogruppen sollte individuell entschieden werden, spezifische Daten für Prevenar 13® liegen bislang nicht vor. Prevenar 13® ersetzt nicht die Anwendung von 23-valenten Pneumokokken-Polysaccharidimpfstoffen bei Risikokindern ab 2 Jahren (mit z.B. Sichelzell-Krankheit, Asplenie, HIV-Infektion, chronischen Erkrankungen oder Störungen des Immunsystems). Apnoerisiko bei Verabreichung an extrem Frühgeborene (geboren ≤ 28. SSW) gegeben, respiratorische Überwachung erwägen. Antipyretikagabe entsprechend nationalen Behandlungsstandards empfohlen. **IA:** Kann gleichzeitig mit gängigen anderen pädiatrischen Impfstoffen unter Berücksichtigung des Schweizer Impfplans verabreicht werden. **UW:** Verminderter Appetit, Fieber, Reizbarkeit, Erythem, Verhärtung/Schwellung, Schmerz/Berührungsempfindlichkeit an der Injektionsstelle; Schläfrigkeit; mangelhafte Schlafqualität. Selten Krämpfe. **P:** 1 x 0.5 ml und 10 x 0.5 ml Suspension in Fertigspritze. Verkaufskategorie B. **Zulassungsinhaberin:** Pfizer AG, Schärenmoosstrasse 99, 8052 Zürich. Ausführliche Informationen siehe Arzneimittel-Kompendium der Schweiz. (FI V001)

Referenzen: 1. Fachinformation, Arzneimittelkompendium der Schweiz 2010.

Pfizer

60040-006-1010

Neues zur Wirksamkeit der Ergotherapie?

CARSTEN PETERS, FRAUENFELD

Wir kennen das alle aus der Praxis. Da kommt die besorgte Mutter und berichtet, dass die Kindergärtnerin dringend Ergotherapie empfehle, weil der 5-jährige Sohn den Stift nicht richtig halten könne, noch unsicher auf einem Bein hüpfe und im Spielkreis sich nicht beteilige, nur passiv zuschaue und die Heilpädagogin meine auch, man müsse dringend etwas tun und … und …

Dann folgt der Blick in die Krankengeschichte und sieht verwundert, dass der gleiche Junge ein Jahr vorher bei der Vierjahresuntersuchung altersentsprechend entwickelt war, schon Velo fuhr, im Winter schon Skifahren geht, problemlos den Ball fing und leidlich gemalt hat. Und jetzt?

Das Beispiel ist vielleicht etwas überzeichnet, aber doch finden wir uns als Kinderärzte immer wieder im Spannungsfeld zwischen Erwartungen des Kindergartens oder der Schule, der Eltern und nicht zuletzt unseren eigenen Vorstellungen, welches Kind wann und wie zu fördern wäre. Ist dann die Indikation zur Therapie gestellt, reden auch noch die Kostenträger mit: Muss die Therapie denn übernommen werden, oder hat das Kind nicht ein Geburtsgebrechen, damit die Kosten auf die IV abgewälzt werden können? Das Bürokratie-Karussell beginnt.

Mit dem uns zugesandten Artikel von Thomas A. Frank würden wir gerne nochmals das Thema Wirksamkeit der Ergotherapie anfachen. Es ist bekanntlich auch in Studien nicht einfach, den Anteil einer Therapie am positiven Entwicklungsverlauf von Kindern zu beurteilen. Schnell werden Items wie die Zufriedenheit der Patienten oder Eltern angeführt, die an sich sicher wichtig sind, aber nicht als Argumentarium gegenüber den Kostenträgern taugen. Es ist dem Autor hoch anzurechnen, dass er versucht hat, den Erfolg der Therapie messbar zu machen. Ob es ihm gelungen ist, möge der Leser entscheiden.

Regula Schmid, Neuropädiaterin und Leitende Ärztin am Kantonsspital Winterthur, hat sich mit der Originalarbeit kritisch auseinandergesetzt. Vielleicht können wir hiermit eine Diskussion in Gang bringen, die zum einen weitere Akteure wie Ergotherapeuten, Entwicklungspädiater usw. auf den Plan rufen und zum anderen unser Wissen zur Diagnostik und Indikation einer Ergotherapie erweitert.

Wirksamkeit der ambulanten ergotherapeutischen Intervention

bei Kindern im Alter von drei bis zwölf Jahre

DR. PHIL. THOMAS A. FRANK, DIPL. PÄD., DIPL. ERGOTHERAPEUT, BERLIN, ZÜRICH

Einleitung

Das Modell der sozialen Sicherung sowie der Gesundheitsversorgung der Schweiz befindet sich in seiner Struktur und Finanzierung in einer Umbauphase. Der Ruf nach wirtschaftlicher Effizienz hält zunehmend Einzug in Bereiche, in denen die Anforderung zuvor nur mittelbar vertreten war.

In diesem Kontext kommt der Evaluation angewandter therapeutischer Verfahren im medizinischen und im sozialen Bereich zunehmend eine grössere Bedeutung zu (*Bengel* und *Koch* 2000, S. 6).

Therapeutische Verfahren, die sich in der Vergangenheit ausschliesslich aufgrund praktischer Anwendungen in der Behandlung von Patienten innerhalb der sozialen Sicherungssysteme legitimierten, müssen heute klaren Effektivitäts- und Effizienzanalysen standhalten.

Für praktizierende Ergotherapeuten stellt der konstante Wandel eine Herausforderung dar, schliesslich werden für den Berufsstand oftmals die Notwendigkeit als auch die Effektivität der Ergotherapie vonseiten der Kostenträger infrage gestellt. Die Berufsgruppe der Ergotherapeuten versuchte bislang dieser Herausforderung mit dem Verweis auf hohe Erfolgsquoten im Bereich der sekundären Rehabilitation, etwa in der pädiatrischen Frühförderung zu begegnen (vgl. *Jentschura* 1979, S. 123).

Kritik und Infragestellung werden nicht nur von den Kostenträgern und der Gesundheitspolitik an die Ergotherapie herangetragen, sondern auch vonseiten der Frühförderung geübt. So wies *Speck* bereits 1989 auf die Notwendigkeit einer Wirksamkeitsprüfung einzelner Massnahmen innerhalb der Frühförderung hin. Aus dieser Festellung ergab sich für *Speck* die Notwendigkeit, mittels umfangreicher Studien mit Multi-Varianten-Analyseverfahren Zusammenhänge zu überprüfen, wie zum Beispiel Motivation, Umweltvariablen sowie unterschiedliche Organisationsformen auf das Kind sowie seine Entwicklung einwirken (*Speck* und *Thurmair* 1989, S. 42).

Im Rahmen der vorliegenden Studie wurde die Effektivität der ergotherapeutischen Intervention bei Kindern im Vorschul- und Grundschulalter untersucht. Es war möglich, auf die Patienten der Praxis Dr. Frank & Partner in Berlin zuzugreifen.

Empirische Fragestellung

In der vorliegenden Untersuchung wurde eine Evaluation vermuteter positiver Veränderungen der Untersuchungs-

gruppe auf der Grundlage der Baseline-Erhebung sowie fünf weiterer Messzeitpunkte durchgeführt.
Die ambulante ergotherapeutische Gesamtintervention wurde für einen bestimmten Entwicklungszeitraum auf Veränderungen der physiologischen (grob- und feinmotorische Koordination) und psychologischen (Verhalten, Sozialverhalten, Selbstbewusstsein, Frustrationstoleranz etc.) Entwicklung der Kinder sowie deren soziale Auswirkungen (Schulintegration, Schulerfolg sowie der Integration in die Peergroup und den Familienverband etc.) untersucht.

Als Einschlusskriterien in die Untersuchungsgruppe wurden folgende Parameter festgelegt:
1. ärztliche Diagnose – bzw. Verdachtsdiagnose – «Entwicklungsstörung» (Störung der sensorischen Wahrnehmung) oder «Störung des Sozialverhaltens»,
2. eine Mindestalter von drei Jahren,
3. ein Höchstalter von zwölf Jahren.

Gleichzeitig wurden folgenden Ausschlusskriterien für die Untersuchungsgruppe festgelegt:
1. ungenügende Motivation (Compliance) für eine ergotherapeutische Behandlung,
2. Kinder mit geistiger Behinderung ohne IQ-Klassifikation,
3. Kinder mit schwerer körperlicher Behinderung ohne ICF- oder ICD-10-Klassifikation.

In der Untersuchung wurde der Fragebogenkatalog durch die Mehrfacherhebung der Untersuchungsgruppe im Sinne einer retrospektiven Längsschnittbetrachtung gebildet. Die weiteren Erhebungen galten als Messwiederholung der Baseline-Erhebung.
Mindestens zwei, im Einzelfall auch drei Messungen sollten in jeder Gruppe vorgenommen werden.

Stichprobe

Bei den Untersuchungsteilnehmern handelt es sich um eine Auswahl von N = 245 Patienten, die spätestens nach der U8-Vorsorgeuntersuchung beim Kinderarzt einer ergotherapeutischen Intervention zugeführt wurden. 43,7% der Patienten waren bei Therapieaufnahme zwischen zwei und sechs Jahre alt und lagen somit noch vor dem regulären Einschulungsalter. 42,9% der behandelnden Kinder waren bei Beginn der therapeutischen Intervention im Alter von sechs bis neun Jahre. 6,9% der Kinder waren zehn bis zwölf Jahre alt und ein relativ geringer Prozentsatz von 4,1% kam im Alter von ein bis drei Jahren zur Ergotherapie.
Die untersuchenden Ärzte diagnostizierten bei den Kindern in 77,6% behandlungsbedürftige Störungsbilder, die zu einer Überweisung zu einer ergotherapeutischen Intervention führten. 9% der Kinder waren in der Schule auffällig und mit jeweils 5,7% geben die Eltern «Leidensdruck» an, sahen also die Eltern Bedarf einer ärztlichen Abklärung ihrer Kinder in der Entwicklung (z.B. in der Kindertagesstätte). Bei genauer Betrachtung werden als häufigste Störungsbilder, hierbei mit jeweils 21,2%, das Verhalten in Gruppen sowie die motorische Entwicklung aufgeführt. Danach folgen mit 20% der Angaben Defizite in den Schulleistungen und mit 15,5% Störungen im Verhalten in der Schule. Immer noch 8,6% der Eltern sehen das Verhalten der Kinder im häuslichen familiären Umfeld als Hauptproblem in der Entwicklung des Kindes.

Darstellung der Ergebnisse

Grobmotorische Entwicklung

Im Zeitraum von der Ersterhebung der ergotherapeutischen Behandlung bis zum Zeitpunkt der Nacherhebung verbesserten sich die Werte insgesamt um 10,25%. Neben den Ergebnissen des Körperkoordinationstests des Verfahrens nach *Kiphardt* waren für die vorliegende Erhebung jedoch auch einzelne Teilbereiche der motorischen Entwicklung für eine Beobachtung wichtig.
So wurden im Verfahren der standardisierten Beobachtung der sensorischen Integration nach *Jean Ayres* die Probanden von dem den Test durchführenden Ergotherapeuten auf einzelne signifikant veränderte Bereiche im Verlauf der Erst- und Nacherhebung in einzelnen Bereichen der Motorik überprüft und diese im Verfahren eines Wilcoxon-Tests erhobenen Ergebnisse mit den Ergebnissen der Ersterhebung verglichen. So konnte bei einer auswertbaren Stichprobe vom 83 Probanden, in der Ordinalskala angelegten Werten, in 36 Fällen eine Verbesserung im Bereich des Bewegungsverhaltens beobachtet werden, was einen Wert von 40% ausmacht. Eine genauere Betrachtung ergibt in diesem Fall, dass es in 16 Fällen zu einer Verbesserung des Bewegungsdranges aus der Bewegungsunruhe hin zu einem ausgeglichenen, dem Alter entsprechenden Aktivierungsniveau kam und in weiteren 20 Fällen zu einer Verbesserung der Hypomotorik hin zur unauffälligen Motorik (Hypermotorik) respektive Normmotorik.

Feinmotorische Entwicklung

Eine freie und flüssige Handmotorik gilt als ein grundlegender Bestandteil der feinmotorischen Entwicklung und somit als Grundlage für erweiterte Fähigkeiten des Kindes wie das Erlernen des Schreibens (oder etwas die Beherrschung eines Saiteninstrumentes). Nach Sichtweise der allgemeinen Entwicklungsphysiologie ist eine adäquat ausgeprägte Feinmotorik erst im Übergang einer gut ausgeprägten Grobmotorik zu erzielen. Aus diesem Grund untersucht die ergotherapeutische Diagnostik bei Patienten die Ausprägung des feinmotorischen Entwicklungsstandes.



In mehr als 25,8% der Fälle kam es im Bereich des Muskeltonus der oberen Extremitäten zu einer Verbesserung der muskulären Tonusregulation hin zum Normbereich. 6,1% der Fälle verbesserten sich mit einer deutlicheren Ausprägung aus dem Bereich des hypotonen Muskeltonus hin zu einem unauffälligen Befundungsbild.
Ein weiterer Auswertungspunkt im Bereich der Feinmotorik beinhaltete die Frage, wie sich der Dreipunktgriff als Ausprägungsform der Stiftführung in der Feinmotorik im Verlauf der ergotherapeutischen Intervention bzw. im weiteren Entwicklungsverlauf bis zur Nacherhebung entwickelt hat.
34,1% der untersuchten Fälle verbesserten sich in diesem Bereich, wobei sich bei der schweren Auffälligkeit (Typ 1) mit 18,8% eine deutliche Verbesserung beobachten lässt, in der mittleren Ausprägung (Typ 2) eine leichte Veränderung von 7,1% und in der leichten Form (Typ 3) immer noch eine Veränderung von 2,3% hin zur Norm.
Bei der gleichzeitig untersuchten Stiftdruckdosierung bei der Stiftführung zeigten 38,8% der Probanden eine Verbesserung mit einer deutlichen Ausprägung der Ergebnisse von 31,8%.

Entwicklung der visumotorischen Wahrnehmung

Bei diesem Unterpunkt sollten die Entwicklung der visuellen Wahrnehmung sowie die Ergebnisse der Auswertung des Frostig-Testes für die visuelle Wahrnehmung untersucht werden. Diese werden in fünf einzelnen Testbereichen beschrieben.

- Visu-motorische Leistungsfähigkeit (VM) (FEW 1)
- Figurgrundwahrnehmung (FG) (FEW 2)
- Formkonstanzwahrnehmung (FEW 3)
- räumliche Beziehungsleistung (RB) (FEW 4)
- räumliche Wahrnehmungsleistung (RW) (FEW 5)

Es zeigt sich in allen Bereichen eine leichte Verbesserung im Verlauf der Erst- zur Nacherhebung. Diese Ergebnisse sind über das 5% Signifikanzniveau abgesichert.

Entwicklung im Bereich des Sozialverhaltens

Im Bereich der ergotherapeutischen Intervention ist darüber hinaus der Aspekt des Sozialverhaltens sowie des Verhaltens innerhalb einer sozialen Gruppe von grosser Bedeutung. So beschreiben *Remschmidt* und *Neuhaus*, dass durch eine ergotherapeutische Intervention auch die Eingliederung in die Gemeinschaft erleichtert werden kann.
Hinsichtlich des Verhaltens achtet die ergotherapeutische Diagnose auf Gruppenverhalten, die Stellung innerhalb der Gruppe sowie auf das Verhalten gegenüber dem behandelnden Ergotherapeuten (vgl. *Remschmidt* 2000, S. 444 und *Neuhaus* in *Esser* 2003, S. 529 ff.).
In vielen Fällen ist der erhöhte Leidensdruck ein Aspekt und Grund für die Bezugspersonen, das Kind einer ergotherapeutischen Behandlung zuzuführen. Aus diesem Grund sind die Ergebnisse in diesem Bereich für die beleuchtete Fragestellung von besonderem Interesse, die zumal interdisziplinär gleichsam Aufschluss für einen Abgleich mit den Störungsbildern der Diagnosegruppe ADS (Attention Deficit Syndrom) sowie dem HKS-Formenkreis (Hyperaktivität) geben können. Die vorliegenden Ergebnisse zu diesem Fragekomplex zeigen Verbesserung in dem unauffälligen Normbereich in der Ausprägung (Versagensgefühle sowie Frustrationstoleranz) innerhalb der in Laborsituationen hergestellten Stresssituation für das Kind.
Um die beobachteten Veränderungen in einem erweiterten sozialen Kontext beleuchten zu können, wurde ein weiterer Unterpunkt betrachtet, in diesem Fall der Bereich Umgang mit Kompromissen, der sich mit dem bereits erwähnten Unterpunkt «Frustrationstoleranz» verknüpfen lässt. Auch hier sehen wir deutlich positive Ergebnisse sowie Verschiebungen in 25,9%.
Ähnliche Veränderungen konnten im Bereich «Regelverhalten» festgestellt werden. So kam es in 15,9% der Fälle zu Verbesserungen bei diesem Item hin zum Normbereich.
Darüber hinaus wurden in der vorliegenden Untersuchung die Veränderungen im Bereich der Konzentrationsleistungen beobachtet. Diese fallen mit insgesamt 37,7% deutlich aus.

Interpretation der Ergebnisse

Bekanntlich wirken sich bei Befragungen Merkmale, Eigenschaften und Botschaften des Untersuchenden auf die Äusserungen der Befragten aus (vgl. *Koch* und *Strube* 1977). Diese Einflussfaktoren konnten bei vorliegender Erhebung durch unterschiedliche Befragende weitgehend ausgeschaltet werden. Gleichwohl lässt sich annehmen, dass bei einigen paradoxen Antworten, zum Beispiel auf Fragen, bei denen anfangs ein besseres Ergebnis angegeben wurde als in der Nacherhebung, die Eltern zu Beginn der therapeutischen Intervention sozial angepasster geantwortet haben als am Ende oder bei bereits länger zurückliegenden Ereignissen.

Charakteristik der Patienten

Es wird aktuell durch unterschiedliche Verfahren versucht, Kindern mit bildungsfernem sozialem Hintergrund sowie Immigrationshintergrund eine bessere

Integration in die Gesellschaft zu ermöglichen. Entwicklungen in diesem Bereichen bleiben weiterhin zu beobachten, jedoch zeigt sich hierbei auch, dass gesetzlich eingebrachte Veränderungen und Regelungen oftmals erst mit einer zeitlichen Verzögerung zu einer praktischen Umsetzung gelangen.
Ähnliche Tendenzen sind im Bereich der ergotherapeutischen ambulanten Behandlung zu beobachten. Es zeigt sich, dass es bei den untersuchten auffälligen Kindern durch eine Verzögerung oder Verwehrung der Fördermassnahmen unter Umständen zu einer weiteren Verzögerung der Entwicklung kommen kann.

Erfolg der ergotherapeutischen Intervention

Qualitative sowie quantitative Untersuchungsmethoden in den Sozialwissenschaften stehen seit den Untersuchungen von *Lazarsfeld* in fortlaufender Kritik hinsichtlich der Objektivität sowie der Messbarkeit der zu untersuchenden Aspekte. In den quantitativ aufgearbeiteten Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung lässt sich jedoch nach den zugrunde gelegten Messverfahren die Hypothese, dass es durch Ergotherapie nicht zu einer verbesserten Entwicklung kommt, zugunsten der Alternativhypothese ersetzen, nachdem ergotherapeutische Intervention zu signifikanten Verbesserungen in den untersuchten Entwicklungsbereichen Grobmotorik, Feinmotorik, Sozialverhalten innerhalb der Peergruppe sowie in Bezug zum familiären System führt.
Die Definition für den Erfolg einer eingesetzten ergotherapeutischen Intervention muss für jeden Einzelfall individuell definiert und umrissen werden. Nach den ICF-Vorgaben besteht jedoch eine klare Definition.
Zentrale Aufgabe der Rehabilitation ist im Sinne der lateinischen Begriffswurzel der «Rehabilitare» oder «Rahabilitatio», das Einsetzen in den früheren Stand, respektive die Wiedereingliederung in die Gesellschaft in Form einer Wiedereingliederung in das berufliche (schulische) oder gesellschaftliche Leben.
Betrachtet man diese Vorgabe sowie die generierten Ergebnisse, lässt sich die Schlussannahme aufstellen, dass sich alle ergotherapeutischen Ergebnisse, die direkt auf das Kind bezogen sind (Grob- und Feinmotorik, Sozial- und Stressverhalten), positiv auf einzelne Forderungen im Kontextrahmen der ICF auswirken, um einem Ausschluss oder der Nicht-Partizipation des Kindes im Bereich der Schule sowie der Peergroup positiv entgegenzuwirken.

Schlussfolgerung

Durch die behandelnden Ergotherapeuten wurde während der ergotherapeutischen Behandlung und am Ende der ergotherapeutischen Intervention eine Einschätzung über die Ausprägung der zu Beginn genannten Symptome im Entwicklungsstand vorgenommen. Es zeigen sich hierzu eindeutige Ergebnisse: Ein Grossteil der insgesamt



245 an der Studie teilnehmenden Kindseltern dokumentieren nach oder während des Verlaufs der ergotherapeutischen Intervention eine Verbesserung des Auffälligkeitsbildes bei ihrem Kind. Keiner der Eltern weist auf unveränderte oder verschlechtere Störungszustände nach der ergotherapeutischen Behandlung hin.
Es bleibt innerhalb der Fragestellung letztendlich offen, wie jedes angewandte fördernde Verfahren auf das Kind qualitativ zu verorten ist. Jedoch ist aufgrund der Tatsache, dass sich die Stichprobe aus Kindern mit einer Entwicklungsauffälligkeit innerhalb der regulären Entwicklung, die sich als Auffälligkeit in der Rahmenuntersuchung der U-Untersuchungen manifestiert, zusammensetzt, von der Notwendigkeit einer konzertierten und konzentrierten Form der Frühförderung für das Kind in jedem zu fördernden Aspekt (Schule, Familie unterstützende Dienste, Heil- und Hilfsmittel) auszugehen.
Steinebach verweist darauf, dass die allgemein in den Sozialwissenschaften gültigen Güterkriterien der drei Teilbereich Objektivität, Validität sowie Reliabilität in wissenschaftlichen Untersuchungen zwar wichtige anzustrebende Idealnormen seien, die jedoch nie ganz erfüllt werden könnten (*Steinebach* 2003, S. 111).
Hillenbrand verweist auch auf das «Primat der Beziehung». Er umschreibt damit die periodisch wiederkehrende, aus unterschiedlichen theoretischen Ansätzen erhobene Forderung nach einer positiven, tragfähigen, fördernden, belastbaren usw. Beziehung als Grundlage des therapeutischen Prozesses. Diese ist laut *Hillenbrand* Voraussetzung für jedes erfolgversprechende therapeutische Handeln (*Hillenbrand* 2006, S. 222).
Eine daraus resultierende Fragestellung für zukünftige Forschungsarbeit würde eine Längsschnittbeobachtung der untersuchten Probanden im Verlauf ihrer weiteren physiologischen Entwicklung hin zum Erwachsenen sowie beim Übertritt in das Berufsleben darstellen. Als Vorbild hierzu könnten amerikanische Studien, wie etwas das «Perry Pre School Project» (*Schweinhart* 2006), dienen.

Zusammenfassung

In der vorliegenden Untersuchung konnte nachgewiesen werden, dass die ergotherapeutische Intervention zu einem allgemeinen positiven Entwicklungsverlauf beim Kind mit beiträgt. Hier sind unter anderem die Aspekte der körperlichen Entwicklung sowie Entwicklungsschritte im Bereich der Verhaltens- und Sozialkompetenz (z. B. Konzentration, Ausdauer, soziales Verhalten) zu nennen.
Unter Berücksichtigung der allgemeinen physiologischen Entwicklung ergibt sich im Verlauf der Erst- und

Zweiterhebung eine Verbesserung in den Ergebnissen, die über das 5%-Signifikanzniveau abgesichert sind, sodass eine zufällige Verbesserung in diesen Bereich als Nullhypothese verworfen werden kann, wonach eine klare Evidenz zwischen ergotherapeutischen Intervention und allgemeiner Verbesserung der untersuchten Symptome besteht.

Es konnten in den meisten untersuchten Bereichen deutliche Verbesserungen im Verlauf der Erst- zur Zweiterhebung nachgewiesen werden, die dem entwicklungsverzögerten Kind bei der Integration in sein soziales Umfeld sowie seiner Entwicklung helfen können.

Für die Profession Ergotherapie ist es einerseits wichtig, sich in Zukunft von anderen, konkurrierend auftretenden Anbietern fachlich differenzieren zu können und eigene Stärken sowie das eigene Handlungsprofil hervorzuheben.

Ausblick

Ergotherapie kann eine Bindegliedfunktion zwischen Schule und Familie sowie zwischen weiteren Familien unterstützenden Diensten einnehmen, da sie nicht dem Spannungsfeld der Schule angehört und somit unter Umständen eine optimale fördernde Hilfe für die Familie und das Kind gewährt, ohne Ängste im Sinne einer Stigmatisierung nach *Goffman* und daraus resultierende Abwehrreaktionen auf Seiten der Angehörigen zu aktivieren.

Der Artikel basiert auf der Dissertation des Autors (Wirksamkeit der ambulanten ergotherapeutischen Intervention bei Kindern im Alter von drei bis zwölf Jahren, Humbold-Universität Berlin, 2005). Diese liegt in der Vollversion unter www.ergotherapie-frank.ch sowie auf dem elektronischen Datenserver der Humboldt Universität zu Berlin (edoc server), kostenfrei zum Download als PDF bereit.

Kommentar zum Artikel «Wirksamkeit der ambulanten ergotherapeutischen Intervention»

Grundsätzlich ist der Ansatz, die Wirksamkeit von Therapien nachzuweisen, sehr nötig und lobenswert. Der Artikel ist eine Zusammenfassung einer Doktorarbeit, die über 200 Seiten umfasst. Eine Wirksamkeit wird mittels Fragebogen (ausgefüllt durch Eltern, nicht durch Lehrpersonen oder andere Drittpersonen) und Tests, die von den Therapierenden selber durchgeführt wurden, nachgewiesen. Mit diesen Tests werden grob- und feinmotorische Kompetenz gemessen, mit den Fragebogen auch sozial wichtige Kompetenzen wie Frustrationstoleranz. Die Verbesserungen betreffen nicht die einzelnen Kinder, sondern Gruppenwerte (wie viel Prozent waren auffällig in der Erst- , wie viele in der Nachuntersuchung). Insbesondere in der Doktorarbeit wird diskutiert, dass wissenschaftliche Kriterien, wie wir sie kennen (Stichwort: randomisierte prospektive Doppelblindstudien) schwierig oder nicht anwendbar sind.

Ich sehe aber genau da, im Bereich der Kriterien und Statistik, die grössten Kritikpunkte, welche es deutlich erschweren, mit dieser Studie eine Wirksamkeit auch gegenüber Kostenträgern z. B. zu belegen.

Die Schwachpunkte sind folgende:

Die Anzahl von 250 Kindern scheint hoch, diese verringert sich aber um eine Drop-Out-Quote von 50% (wenn man die Zahlen analysiert, muss diese z. T. höher sein). Bei der Nachuntersuchung waren es noch 85 Kinder, also lediglich noch etwa 30%. Dies wird auch mit einer Therapie- oder Fragebogen-Müdigkeit begründet, was die Motivierteren selektioniert.

Weiter werden die Ergebnisse in einer Mischung aus Absolutzahlen (Anzahl Kinder) und Prozenten angegeben, was die Wertung erschwert. Wenn z. B. 6,1% sich von hypoton zu normoton entwickelten, könnten das 3 von 48 sein, eine doch eher magere Zahl, die wohl einem Spontanverlauf entspricht. Wenn sich in der Feinmotorik in gewissen Gruppen die Auffälligkeiten um 2,3% verbesserten, in anderen um 4,7% verschlechterten, frage ich mich, ob dies nicht im Rahmen der Messungenauigkeit liegt.

Leider wird die Validität der verwendeten Testmethoden und insbesondere die Reliabilität zwischen den Untersuchenden nirgends erwähnt. Es ist auch anzunehmen aus dem Text, dass die Tests von den Therapeuten durchgeführt wurden und nicht von aussenstehenden, quasi blinden Untersuchern.

Dazu aus dem Artikel: *STEINEBACH verweist darauf, dass die allgemein in den Sozialwissenschaften gültigen Güterkriterien der drei Teilbereiche Objektivität, Validität sowie Reliabilität in wissenschaftlichen Untersuchungen zwar wichtige anzustrebende Idealnormen seien, die jedoch nie ganz erfüllt werden könnten (STEINEBACH 2003, S. 111).* Dass aber diese Kriterien schlicht nicht beachtet werden, wird dem Anliegen des Wirksamkeitsnachweises nicht gerecht.

Die Studie wurde als retrospektive Längsschnittstudie konzipiert ohne Kontrollgruppe. So ist kritisch nachzufragen, ob nicht ähnliche Effekte mit einem Kinderturnen, Malstunden oder einem strukturierten Betreuungsangebot erreicht werden könnten – ebenso fehlen Angaben zum Spontanverlauf.

Speziell qualitative Auffälligkeiten der Motorik sowie Konzentrationsfähigkeit verbessern sich häufig mit dem Alter als Reifungsprozess des Gehirns, dies gilt ja auch für Bewegungsunruhe, die abnimmt und Ausdauer, die zunimmt.

Die Schlussfolgerungen sind dann auch wortreiche Annahmen, dass funktionelle Faktoren, letzten Endes Partizipationsmöglichkeiten der behandelten Kinder, verbessert wurden, ohne dies einigermassen fundiert zu belegen. Sätze wie «*Es bleibt innerhalb der Fragestellung letztendlich offen, wie und in welchem genauen Ausmass die ergotherapeutische Intervention isoliert auf den allgemeinen Entwicklungsverlauf des Kindes konkret Einfluss nehmen konnte und im Gegensatz hierzu jedes weitere angewandte fördernde Verfahren auf das Kind qualitativ zu verorten ist*» sind in sich etwas diffus und wenig aussagekräftig.

Zum Schluss wird richtigerweise auf das «Primat der Beziehung» hingewiesen, ein ganz entscheidendes, vielleicht DAS entscheidende therapeutische Agens. Währenddem sogar bei Studien zur Wirksamkeit von Medikamenten diesem Faktor Rechnung getragen wird mit der doppelten Verblindung, sehe ich in dieser Studie keinen Ansatz, entweder die Wirksamkeit der Beziehung zu belegen oder sie in irgendeiner Form zu subtrahieren (z. B. durch «blinde» Untersucher).

Zum Schluss wird dann auch die statistische Signifikanz relativiert, da diese im cross-laged-panel (2 Variablen zu 2 Zeiten gemessen) nicht erreicht wird.

Mit der Schlussfolgerung «*In der Praxis ist eine stärkere Dokumentation der Ergebnisse des Entwicklungsstandes beim einzelnen Kind unumgänglich, um somit Kostenträgern und Rezipienten das umschriebene Wirksamkeitsprofil der ergotherapeutischen Intervention möglichst präzise, im Sinne einer auf Evidenz basierenden Dokumentation verdeutlichen zu können*», bin ich sehr einverstanden. Ich selber versuche immer wieder die Therapeutinnen und Therapeuten zur Erarbeitung von möglichst alltagsbezogenen und überprüfbaren Zielen (z. B. Velo fahren lernen statt «Verbesserung der Koordination») zu ermutigen. Dies stösst in meiner Erfahrung auch bei den Kostenträgern auf recht offene Ohren.

Regula Schmid,
FAe FMH Kinder und Jugendliche, speziell Neurologie, Winterthur

Neugeborenen-Screening auf Cystische Fibrose

Seit 1979 gibt es mit dem immunreaktiven Trypsin (IRT) eine einfache und recht zuverlässige Analysemethode für das Screening auf Cystische Fibrose (CF) im Blut, die bei Neugeborenen gut angewandt werden kann [1]. Die ersten grossen Screening-Programme wurden bereits 1981 in Neuseeland und Australien begonnen [2]. Die Vorteile eines Neugeborenen-Screenings (NGS) für CF sind heute unbestritten [3, 4]. Inzwischen wurden solche Screening-Programme in allen Staaten der USA sowie in zahlreichen europäischen Ländern wie England, Irland, Schottland, Frankreich, Österreich und Polen sowie in vielen Regionen in Italien und Spanien eingeführt [5, 6]. Inzwischen gibt es auch amerikanische und europäische Richtlinien, wie solche Programme aufgebaut, umgesetzt und erfolgreich geführt werden können [7, 8.] Angesichts der grossen geografischen, ethnischen und ökonomischen Unterschiede in den Ländern gibt es kein einheitliches Protokoll; jedes Land muss ein eigenes CF-NGS aufbauen und optimieren.

JÜRG BARBEN[1], MATTHIAS BAUMGARTNER[2], TONI TORRESANI[3]

Problematik des CF-Screenings

Wie bei jedem Screening-Test gibt es falsch-positive und falsch-negative Resultate. Die falsch-positiven Resultate werden mit dem zweistufigen Verfahren (Bestimmung des IRT, gefolgt von einem Screening auf die häufigsten CF-Genmuationen aus der Guthrie-Karte) möglichst klein gehalten. Dabei wird eine optimale Balance angestrebt, um so viele Kinder mit einer CF wie möglich frühzeitig zu erfassen (= gute Sensitivität), dabei aber möglichst nur diejenigen zu erfassen, die auch wirklich eine klassische CF mit entsprechenden Symptomen entwickeln (= gute Spezifität). Erst der Schweisstest gibt letztendlich Aufschluss über das Vorhandensein einer CF mit relevanten Symptomen. Die falsch-negativen Resultate, das heisst diejenigen, die eine CF haben, aber im Screening-Test nicht erfasst werden, werden auf ca. 2–4% geschätzt [5]. Dies hängt unter anderem damit zusammen, nach wie vielen verschiedenen (von den über 1600 bekannten) CF-Genmutationen beim Screening gesucht wird. Je mehr Mutationen gesucht werden, desto höher ist die Erkennungsrate von mild verlaufenden Formen von CF, die vielleicht erst mit 20 oder 30 Jahren Symptome entwickeln würden.

Hürden bei der Einführung eines neuen Screenings

Nach einer 4-jährigen Planungs- und Vorbereitungsphase wird nun seit dem 1. Januar 2011 auch in der Schweiz im Rahmen des bisherigen NGS auf CF getestet [9]. Aktuell wird bei uns in der Guthrie-Karte auf sieben Krankheiten getestet, wobei die CF die häufigste der getesteten Erkrankungen ist (vgl. *Tabelle 1).* Die Einführung eines neuen Tests in das bestehende NGS war technisch gesehen einfach, da seit Herbst 2005 alle Guthrie-Tests im einzigen Neugeborenen-Screening-Labor der Schweiz im Kinderspital Zürich verarbeitet werden. Die grössere Herausforderung bestand darin, die Anforderungen des neuen Bundesgesetzes über genetische Untersuchungen beim Menschen (GUMG) zu erfüllen, das seit dem 8. Oktober 2004 in Kraft ist. Dieses Gesetz räumt dem Selbstbestimmungsrecht der betroffenen Personen einen grossen Stellenwert ein. Damit soll gewährleistet werden, dass jede Person nach hinreichender Aufklärung selber bestimmen kann, ob eine genetische Untersuchung durchgeführt wird oder nicht (Art. 5 und 18). Weitere wichtige Pfeiler dieses Gesetzes sind das Recht auf Nichtwissen (Art. 6), der Schutz der genetischen Daten (Art. 7) und die adäquate genetische Beratung (Art. 14–17), die an jede genetische Untersuchung gekoppelt sein muss. Somit mussten erstmals alle Hürden des

Tabelle 1: Aktuell gescreente Krankheiten im Schweizer Neugeborenen-Screening-Programm

- Phenylketonurie (PKU)
- Galactosämie (Transferase-, Kinase-, Epimerase-Mangel)
- Biotinidase-Mangel
- MCADD (Medium Chain Acyl-CoA Dehydrogenase-Mangel)
- Kongenitaler Hypothyroidismus
- Kongenitales Adrenogenitales Syndrom
- Cystische Fibrose (CF)

[1] Leiter des Neugeborenen-Screenings für Cystische Fibrose und Präsident der Swiss Working Group for Cystic Fibrosis (SWGCF), Leitender Arzt der Pneumologie/Allergologie, Ostschweizer Kinderspital St. Gallen
[2] Leiter der Abteilung für Stoffwechselkrankheiten und Medizinischer Leiter des Neugeborenen-Screenings Schweiz, Universitätskinderkliniken Zürich
[3] Leiter des Neugeborenen-Screening-Labors, der Universitätskinderkliniken Zürich

neuen Gesetzes bewältigt werden, um eine Bewilligung des Bundes für eine Reihenuntersuchung zu erhalten. Dazu wurden auch die neu geschaffenen Gremien wie die nationale Ethikkommission (NEK) und die Expertenkommission für genetische Untersuchungen beim Menschen (GUMEK) angehört, die das Bundesamt für Gesundheit (BAG) bei seiner Entscheidung berät. In weiser Voraussicht hat der Gesetzgeber aber vorgesehen, dass für Reihenuntersuchungen spezielle Bedingungen gelten (Art. 12). Um das seit 40 Jahren bestehende und sehr erfolgreiche NGS nicht zu gefährden, ist es beim Neugeborenen-Screening weiterhin erlaubt, den Guthrie-Test nach hinreichender Aufklärung mit einer mündlichen Einverständniserklärung durchführen zu können; ein schriftliches Einverständnis ist dazu nicht notwendig.

Bewilligung einer 2-jährigen Pilotphase

Im November 2010 hat nun das BAG das 2-jährige Pilotprojekt mit einigen Auflagen bewilligt, wobei der Evaluation der Pilotphase eine grosse Bedeutung beigemessen wird. Das Pilotprojekt ist so angelegt, dass die Cut-off-Werte der IRT-Messungen jederzeit angepasst werden können. Ziel eines jeden Screenings ist es, die Zahl der falsch positiven Resultate klein zu halten und falsch negative zu vermeiden sowie die Zahl der weitergehenden Untersuchungen zu minimieren.



Guthrie-Test.

Ziel eines jeden Screenings ist es, die Zahl der falsch-positiven Resultate klein zu halten und falsch-negative zu vermeiden.

Ein zweiter Guthrie-Test führt bei den betroffenen Eltern sehr oft zu Unsicherheit und Ängsten, was sich erst beim Erhalt des Resultates auflösen lässt. Im vorliegenden NGS für CF ist ein zweiter Guthrie-Test immer dann notwendig, wenn im ersten Guthrie-Test ein erhöhtes IRT, aber keine der 7 häufigsten CF-Genmutationen gefunden wird. Erhöhte IRT-Werte können bei Gesunden, aber auch bei Trägern einer CF-Mutation und bei Kindern mit atypischer CF vorkommen. Wird ein zweiter Guthrie-Test zur Kontrolle eines erhöhten IRT-Resultates notwendig, wird das Geburtsspital oder, bei ambulanter Geburt, die Hebamme informiert, um diesen abzunehmen. Dieses Verfahren ist genau das gleiche, wie bei allen bisherigen Screening-Nachkontrollen.

Erste Erfahrungen mit dem CF-Screening

In den ersten vier Monaten dieses Jahres wurden insgesamt 27 296 Kinder auf CF gescreent, davon hatten 251 erhöhte IRT-Werte, weshalb aus der gleichen Guthrie-Karte ein zweiter Screening-Test auf die sieben häufigsten CFTR-Genmutationen durchgeführt wurde (entspricht einer recall rate von 0,92%). Bei insgesamt 25 konnten eine oder zwei Mutationen gefunden werden, weshalb sie direkt zur genaueren Abklärung an ein CF-Zentrum geschickt wurden. Bei den restlichen 226 hat man einen zweiten Guthrie-Test angefordert (was einer recall rate von 0,83% entspricht), wobei davon 15 nochmals einen erhöhten IRT-Wert hatten und auch zur weiteren Abklärung ans CF-Zentrum geschickt wurden. Aufgrund der Erfahrungen in den ersten Monaten wurden nun die Cut-off-Werte der IRT-Messung erhöht und der Algorithmus leicht abgeändert, womit die Notwendigkeit einer zweiten Guthrie-Karte um rund 40% gesenkt werden konnte.

In den ersten 4 Monaten wurden also insgesamt 40 Kinder mit einem positiven Screening-Resultat an eines der acht CF-Zentren für eine weitere Abklärung (Schweisstest usw.) überwiesen. Die Überweisungen geschahen überwiegend in der 3. und 4. Lebenswoche. Die Eltern wurden von einem Arzt im CF-Zentrum jeweils telefonisch über das positive Screening informiert und am folgenden oder übernächsten Tag für einen Schweisstest ins Spital eingeladen. Bei 8 Kindern konnte eine CF bestätigt werden, ein Kind hatte einen Mekoniumileus mit normalem IRT. Daraus kann eine Inzidenz von 1:3412 errechnet werden, was sich wegen der kurzen Beobachtungszeit im Laufe des Jahres sicher noch ändern wird, zumal auch einige Kinder zur Zeit der Befragung noch in Abklärung waren bzw. der Schweisstest noch nicht gemacht wurde. Bei 22 Kindern war der Schweisstest eindeutig negativ.



Schweisstest beim Säugling.

Vorgehen bei negativem Schweisstest

Beim Vorliegen eines negativen Schweisstests werden die Eltern eingehend, sowohl mündlich als auch schriftlich, über die Bedeutung eines positiven Screening-Befundes (erhöhter IRT-Wert) und normalen Schweisstests aufgeklärt. Ein vorübergehend erhöhter IRT-Wert kann bei gesunden Kindern bzw. Frühgeburten vorkommen. Andererseits können auch gesunde Träger einer CF-Genmutation bzw. Kinder mit einer milden atypischen CF-Variante, die überwiegend erst im erwachsenen Alter Symptome entwickeln, erhöhte IRT-Werte haben. Ob tatsächlich ein CF-Trägertum oder eine atypische CF vorliegt, könnte mithilfe einer genetischen Untersuchung geklärt werden. Gemäss GUMG darf dies aber nur geschehen, wenn effektiv Symptome vorliegen und die Abklärung zum Schutze der Gesundheit des Kindes stattfindet; dem Recht auf Nichtwissen wird dabei eine grosse Bedeutung beigemessen. Eine genetische Untersuchung hinsichtlich CF ist bei *gesunden* Kindern zur Abklärung des Trägerstatus nur mit ihrem schriftlichen Einverständnis und erst dann möglich, wenn sie die Folgen der Untersuchung verstehen können und diesbezüglich urteilsfähig sind. Bei den Eltern wird keine genetische Testung empfohlen. Sollten sie dennoch eine wünschen, wird darauf hinzuweisen, dass die genetische Träger-Abklärung keine Pflichtleistung der obligatorischen Krankenversicherung darstellt und von den Eltern selbst bezahlt werden muss. Neben einer genetischen Beratung durch einen CF-Spezialisten wird allen Eltern auch noch eine ausführliche genetische Beratung betreffend CF-Trägertum an einer der offiziellen genetischen Beratungsstellen in der Schweiz angeboten. Dafür wird den Eltern ein spezielles Merkblatt mit Adressen abgeben. Zusätzlich wird der betreuenden Kinderarzt oder Hausarzt – im Einverständnis der Eltern – dementsprechend informiert.

Vorgehen bei positivem Schweisstest

Beim Vorliegen eines positiven Schweisstests werden gemäss europäischem Konsensus und amerikanischer CF Foundation [10] Abklärungsschritte durchgeführt, wie sie bereits bei Kindern mit klinisch diagnostizierter CF üblich waren: Neben einer ausführlichen Anamnese und klinischer Untersuchung wird zur Beurteilung der Pankreasinsuffizienz die Pankreas-Elastase im Stuhl bestimmt. Ausserdem werden ein Rachenabstrich sowie ein Thoraxbild durchgeführt. Neben einer DNA-Analyse auf die 32 häufigsten CF-Genmutationen, was erst nach schriftlicher Einverständniserklärung durchgeführt werden kann, werden auch die Leberwerte, ein Blutbild sowie Elektrolyte und Nierenparameter im Blut bestimmt. Ob diese Abklärung ambulant oder stationär erfolgt, wird von Fall zu Fall diskutiert. Dem betroffenen Kind bzw. dessen Eltern wird eine weitere Betreuung durch ein spezialisiertes CF-Team gemäss den europäischen Empfehlungen [11] sowie eine genetische Beratung betreffend CF angeboten. Ausserdem wird allen Geschwistern ein Schweisstest angeboten und den Eltern eine DNA-Analyse empfohlen. Initial werden die Kinder mindestens alle 6–8 Wochen gesehen, bei Symptomen alle 2–4 Wochen. Bei problemlosem Verlauf wird dies auf alle 3 Monate ausgedehnt werden. Im Rahmen einer Studie wird auch allen Kindern eine Baby-Lungenfunktion an der Universitätskinderklinik in Bern angeboten.

Als therapeutische Massnamen wird für alle Pankreasinsuffizienten Kinder neben der Substitution der Pankreasenzyme auch eine hochkalorische Ernährung in die Wege geleitet. Stillen wird für alle Kinder mit CF

empfohlen. Im ersten Lebensjahr wird ausserdem auf eine ausreichende Kochsalz-Substitution geachtet, und alle Kinder erhalten die fettlöslichen Vitamine A, D, E und K – zusätzlich zur regulären Vitamin-D-Prophylaxe. Eine zusätzliche Substitution von weiteren Vitaminen bzw. Spurenelementen ist nicht notwendig. Alle Kinder werden sehr früh einer Physiotherapeutin/einem Physiotherapeuten vorgestellt, unabhängig ob sie symptomatisch sind oder nicht. Es ist wichtig, die Eltern möglichst früh mit physiotherapeutischen Techniken bzw. Inhalationstechniken bekannt zu machen, damit diese im Falle von Symptomen täglich angewendet werden können. Eine Grippeimpfung wird bereits ab dem 6. Lebensmonat empfohlen. Eine antibiotische Therapie wird beim Nachweis eines typischen CF-Erregers in den Atemwegen initiiert, auch wenn das Kind asymptomatisch ist.

Erste Beurteilung durchwegs positiv

Unsere bisherigen Erfahrungen mit dem CF Screening sind sehr positiv. Nach einer kurzen Anlaufphase haben sich die Abläufe gut eingespielt. Bisher sind keine relevanten Probleme aufgetreten und praktisch alle Eltern, die wegen eines falsch positiven Resultates zu einem Schweisstest ins Spital eingeladen wurden, haben das Vorgehen durchwegs als sinnvoll und vertretbar eingestuft. Psychologische Langzeitnebenwirkungen für die betroffenen Eltern sind bisher aus keinem der Länder, die das CF-NGS schon seit vielen Jahren kennen, bekannt geworden. So kam eine kürzlich veröffentlichte Studie aus Frankreich zum Schluss, dass ein CF NGS zwar zu falsch-positiven Resultaten führen kann, aber die dadurch ausgelöste Angst bei den Eltern nach dem normalen Schweisstest schnell verschwindet [12]. Die Schweizerische Gesellschaft für CF (CFCH) unterstützt das Projekt mit allen ihr zur Verfügung stehenden Mitteln und hat auch einen wesentlichen finanziellen Beitrag geleistet. Auch die Reaktion in der Öffentlichkeit ist bisher durchwegs positiv.

Auch das beste Screening wird nie alle Kinder mit CF zuverlässig erfassen.

Die Resultate der umfassenden Evaluation des CF-NGS, die durch das Institut für Sozial- und Präventivmedizin Bern durchgeführt wird, werden erst nach dem Ende der 2-jährigen Pilotphase vorliegen. Erst dies wird zeigen, ob das CF-Screening im Gesamten erfolgreich umgesetzt werden konnte. Neben der Elternzufriedenheit wird natürlich die Anzahl derjenigen Kinder, die im CF-Screening verpasst wurden, aber bei denen später klinisch eine CF diagnostiziert wurde (Anzahl falsch negativer Kinder) von grosser Bedeutung sein.

Bei entsprechenden Symptomen weiterhin an CF denken

Auch das beste Screening wird nie alle Kinder mit CF zuverlässig erfassen. Das bedeutet, dass auch in Zukunft bei entsprechender klinischer Symptomatik (rezidivierender Husten bzw. obstruktive Bronchitis, Gedeihstörung, Fettstühle, chronische Bauchschmerzen, chronische Rhinosinusitis bzw. Nasenpolypen usw.) immer an eine CF gedacht werden muss. Dazu gehören auch alle Kinder mit einem Mekoniumileus, die immer einen Schweisstest zum Ausschluss einer CF erhalten sollten, da diese Kinder ein normales IRT bei Geburt haben können, wie es bei einem Kind der Fall war.

LITERATUR

[1] Crossley JR., Elliott RB., Smith PA. Dried-blood spot screening for cystic fibrosis in the newborn. Lancet 1979; 1:472–474.

[2] Massie J, Clements B, Australian Paediatric Respiratory Group. Diagnosis of cystic fibrosis after newborn screening: the Australasian experience – twenty years and five million babies later: a consensus statement from the Australasian Paediatric Respiratory Group. Pediatr Pulmonol 2005; 39:440–446.

[3] Balfour-Lynn IM. Newborn screening for cystic fibrosis: evidence for benefit. Arch Dis Child 2008; 93:7–10.

[4] Brice P., Jarrett J., Mugford M. Genetic screening for cystic fibrosis: an overview of the science and the economics. J Cyst Fibros 2007; 6:255–261.

[5] Grosse SD., Boyle CA., Botkin JR., Comeau AM., Kharrazi M., Rosenfeld M. et al. Newborn screening for cystic fibrosis: Evaluation of benefits and risks and recommendations for state newborn screening programs. MMWR Recomm Rep 2004; 53(RR-13):1–36.

[6] Southern KW., Munck A., Pollitt R., Travert G., Zanolla L., Dankert-Roelse J. et al. A survey of newborn screening for cystic fibrosis in Europe. J Cyst Fibros 2007; 6:57–65.

[7] Comeau AM., White TB., Campbell PW. 3rd, Hoffman G., Parad RB., Wilfond BS. et al. Guidelines for implementation of cystic fibrosis newborn screening programs: Cystic Fibrosis Foundation workshop report. Pediatrics 2007; 119:e495–e518.

[8] Castellani C., Southern KW., Brownlee K., Dankert Roelse J., Duff A., Farrell M. et al. European best practice guidelines for cystic fibrosis neonatal screening. J Cyst Fibros 2010; 8:153–173.

[9] Barben J., Torresani T., Schoeni M., Gallati S., Baumgartner M. Neugeborenen-Screening auf Cystische Fibrose – ab 1. Januar 2011 auch in der Schweiz. Schweizerische Ärztezeitung 2011; 92:19–20.

[10] Borowitz D., Robinson KA., Rosenfeld M., Davis SD., Sabadosa KA., Spear SL. et al. Cystic Fibrosis Foundation Evidence-Based Guidelines for Management of Infants with Cystic Fibrosis. J Pediatr 2009; 155:S73–S93.

[11] Kerem E., Conway S., Elborn S., Heijerman H., Consensus Committee. Standards of care for patients with cystic fibrosis: a European consensus. J Cyst Fibros 2005; 4:7–26.

[12] Beucher J., Leray E., Deneuville E., Roblin M., Pin I., Bremont F. et al. Psychological Effects of False-Positive Results in Cystic Fibrosis Newborn Screening: A Two-Year Follow-Up. J Pediatr 2010; 156:771–776.

TAKING CARE

BRAMITOB®

Time well spent



- kleineres Volumen und kürzere Inhalationzeit[1]
- Lagerung bei Raumtemperatur
- vorteilhafter Preis





1. Poli G, Acerbi D, Pennini R et al. Clinical pharmacology study of Bramitob®, a tobramycin solution for nebulization,in comparison with Tobi®. Paediatr Drugs 2007; 9 Suppl 1:3-9.

Bramitob® 300mg/4ml. **Z**: Tobramycin, Lösung zur Inhalation 300mg/4ml. **I**: chronische P. aeruginosa-Infektion bei Mukoviszidose. **D**: Erwachsene und Kinder > 6 Jahre: 300mg zweimal täglich über 28 Tage, dann 28 Tage aussetzten. **KI**: Überempfindlichkeit gegen Tobramycin oder Hilfsstoffe. Nicht zusammen mit Etacrynsäure, Furosemid, Harnstoff oder Mannitol anwenden. **VM**: Mit Vorsicht anwenden bei renaler, auditorischer, vestibulärer oder neuromuskulärer Dysfunktion und bei schwere Hämoptoe. Nieren- und Hirnnervfunktion bei Patienten mit Nierenfunktionsstörung überwachen. Wegen möglichem Bronchospasmus erste Dosis unter ärztlicher Aufsicht geben. **IA**: siehe KI. Nicht empfohlene Kombinationen: potentiell nephro- und ototoxische Arzneimittel, sowie Anticholinesterasen und Botulinumtoxin; Vorsicht bei Kombination mit Diuretika. **S/S**: Keine ausreichenden Daten zu inhaliertem Tobramycin. Systemische Aminoglycoside können den Fötus und den gestillten Säugling schädigen. Nur anwenden wenn der Nutzen das Risiko überwiegt. **UW**: Pilzinfektionen, Allergische Reaktionen, Vertigo, Hörminderung, Dyspnoe, Husten, Rasselgeräusche, erhöhter Auswurf, Stimmveränderungen, Reduzierung des FEV1-Wertes, Pharyngitis, Bronchospasmus, Übelkeit, Speichelhypersekretion, Glossitis, Ausschlag, erhöhte Transaminasen. Parenterale Aminoglykoside wurden mit Überempfindlichkeit, Ototoxizität und Nephrotoxizität in Zusammenhang gebracht. **Liste B**. Detaillierte Informationen: Arzneimittelkompendium der Schweiz oder www.documed.ch. **Vifor SA · CH-1752 Villars-sur-Glâne 1**.

Vifor Pharma verteibt Bramitob® unter der Lizenz von Chiesi Farmaceutici S.p.a. – Italien.

Vifor Pharma



Kariesprophylaxe mit Fluor

ROLF TEMPERLI, BERN

Prophylaktische Massnahmen können nur sinnvoll umgesetzt werden, wenn sich die Experten nicht widersprechen. Nicht nur bezüglich Impfungen führen divergierende Meinungen zu Verunsicherung und Zweifeln an der Wirksamkeit. In einem in der «Paediatrica» (Vol. 21, No 1, 2010) erschienenen Artikel der Zahnklinik Lausanne (Dr. C. Madrid, Service de Stomatologie et Médecine Dentaire, Policlinique Médicale Universitaire, 1011 Lausanne) wurde empfohlen, bei Kindern unter einem Jahr die Zähne lediglich mit einem mit NaCl getränkten Tüchlein zu reinigen, ein wohl eher unpraktischer Vorschlag. Danach sollten Zähne mit Wasser und erst wenn das Kind ausspucken kann, mit Fluor gebürstet werden. Die Fluoridierung des Trinkwassers scheint gemäss den gleichen Autoren keine Vorteile gegenüber der Verwendung von fluorhaltigem Kochsalz zu bieten.

Die gültige Empfehlung der Schweizerischen Vereinigung für Kinderzahnmedizin und der Schweizerischen Zahnärztegesellschaft lautet aber:

Zähneputzen

Ab dem ersten Zahndurchbruch mit Fluor

Fluorhaltige Kinderzahnpasta (0,025% Fluorid)

Im ersten Jahr 1× täglich putzen

Im zweiten Jahr 2× täglich putzen

Im dritten Jahr 3× täglich putzen

Menge: Erbsengrösse

Sobald die Kinder **zuverlässig** ausspucken können: Juniorzahnpasta verwenden

Kochen mit fluor- und jodhaltigem Salz
Die Zugabe von Fluortabletten ist nicht notwendig.

Früher Hautkontakt bei Sectio-Geburt

Praktische Erfahrungen und Aspekte des kontinuierlichen Hautkontaktes Mutter-Kind während der Sectio und der ersten Lebensstunden.

DR. MED. CYRIL LÜDIN,
PRAXISPÄDIATER,
MUTTENZ
VERANTWORTLICHER
PÄDIATER AM
BETHESDA-SPITAL
BASEL

Um ihren eigenen Weg zu gehen, brauchen Kinder von Anfang an emotionale Sicherheit. Wir haben es zu tun mit empfindsamen, allseits wahrnehmenden, interaktiven und hochgradig sozialen Geschöpfen. Die Babys haben ein feines Gespür, ob ihre primären Lebensbedürfnisse nach Halt, Körperkontakt und sozialer Eingebundenheit beantwortet werden oder nicht. Wenn Signale des Neugeborenen und jungen Säuglings nicht richtig interpretiert werden, entsteht eine Bindungsunsicherheit.

Die Trennung von der Mutter bewirkt akut ein Umschalten auf Bindungssuche – «attachment seeking response».

Eine sichere Bindung ist nicht nur für die emotionale, sondern auch für die kognitive Entwicklung wichtig. Diese beginnt bereits in der Schwangerschaft: Stress und Überbelastung der Mutter vor allem im dritten Trimenon haben messbar Folgen für die motorische und die sprachliche Entwicklung des Kindes.

Beachten wir das Evidenz-basierte Wissen, müssen wir den kontinuierlichen, lange dauernden Hautkontakt, also das Känguruhen fördern. Leider werden diese Erkenntnisse in unseren Geburtskliniken erst in rudimentären Ansätzen beachtet.

Ausgangspunkt für unser Projekt im Bethesda-Spital Basel waren die unbefriedigenden Verlegungen von gestressten Neugeborenen mit einem Atemnotsyndrom vorwiegend nach primärer Sectio.

Projektbeschrieb

Unser Projekt bestand aus einer Team-Vorbereitungsphase mit dem Personal der Anästhesie, der Anästhesiepflege, der Überwachungs- und der Wochenbettstation. Entscheidend waren die Motivation vor Beginn des Projekts und die Diskussionen von praktischen Lösungen nach Beginn der Umsetzung. Die unterschiedlichen Arbeitsweisen und Verantwortlichkeiten der Teams rund um die Geburt mussten berücksichtigt werden. Als verantwortlicher Pädiater versuchte ich zu vermitteln und gestaltete die Informationsveranstaltungen für das gesamte Personal.

Die Umsetzung begann am 1. Februar 2008 und gestaltet sich seither wie folgt:

Die Hebamme übernimmt das Neugeborene bei der Sectio mit einem warmen Tuch und zeigt es der Mutter für eine erste Kontaktnahme *(Abb. 1).* Der Pädiater übernimmt die Überwachung/Überprüfung der Vitalfunktionen *(Abb.2),* trocknet das Kind ab und stimuliert gegebenenfalls durch sanfte Massage die Atmung. Nach der Gabe von Konakion wird das Kind der Mutter Haut auf Haut quer auf den Oberkörper gelegt, bedeckt mit einem grossen warmen Frottétuch *(Abb. 3).*

Vor der Ausfahrt aus dem Operationssaal wird ein zweites warmes Tuch auf das Kind gelegt. Bei der Umlagerung der Mutter ins Bett bleibt das NG auf

Abb. 1: Erstkontakt mit der Mutter.





Abb. 2: Kontrolle der Vitalfunktionen.





Abb. 3: Skin-to-skin im OP.



Abb. 4: Umlagerung: Kind bleibt Skin-to-skin auf der Mutter.

ihrem Oberkörper *(Abb. 4).* Die Tücher werden nicht entfernt (Isolation!). Somit besteht durchgehend Hautkontakt auch während des Transports in die Überwachungsstation und des dortigen Aufenthaltes.
Dem Vater wird aufgetragen, Mutter und Kind zu umsorgen. Verantwortlich ist das Team der Überwachungsstation in Zusammenarbeit mit der Hebamme.

Abb. 5: Variante: Vater beim Bonding skin-to-skin.



Variante *(Abb. 5):* Dem Vater kann das Kind übergeben werden, falls die Mutter sich nicht in der Lage fühlt oder nicht in der Lage ist (z. B.Niveau einer Spinalanästhesie zu hoch).
Nach zwei bis drei Stunden werden Mutter und Kind auf die Abteilung verlegt. Auch hier fördern wir das «Känguruhen» in den ersten Tagen Haut auf Haut, das heisst, das Kind darf in den Windeln bei der Mutter liegen.
Die Vorbereitung der Eltern geschieht in einer mündlichen Information. Dem Vater wird mitgeteilt, dass er während des Aufenthalts im Operationsraum und in der Überwachungsstation Mutter und Kind umsorgen darf. Die Mütter, denen der Hautkontakt angeboten wird, nehmen ihn in der Regel gerne an und sind erfreut, insbesondere diejenigen, die bereits einen Kaiserschnitt ohne Hautkontakt erlebt haben. Sie sind im Operationssaal sehr auf ihr Kind fixiert und bleiben auch bei allfälligen Komplikationen ruhiger, weil die Wahrnehmung des Umfeldes reduziert zu sein scheint. Wahrscheinlich wird deutlich mehr Oxytocin produziert, vorwiegend über den sensorischen, emotionalen Weg.
Sedativa werden weniger gebraucht, dies kann einer Studie aus dem Rikshospitalet in Oslo entnommen werden (Nylander).

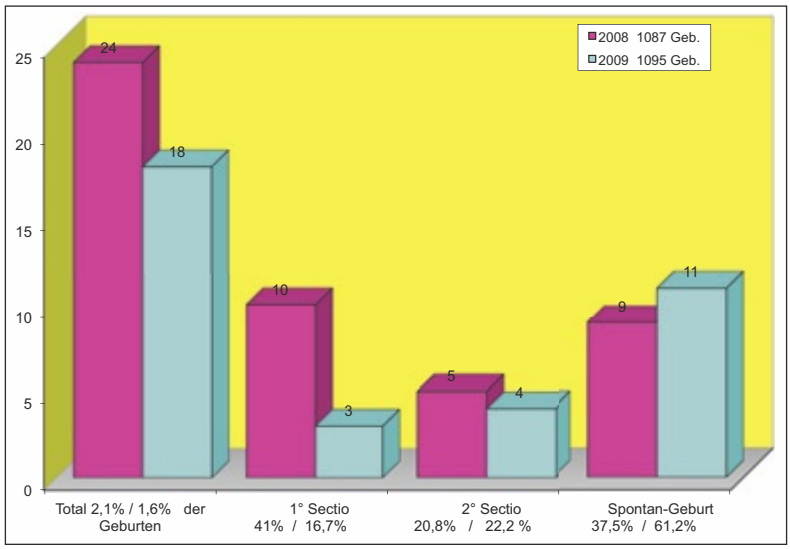


Abb. 6: Verlegungen insgesamt.

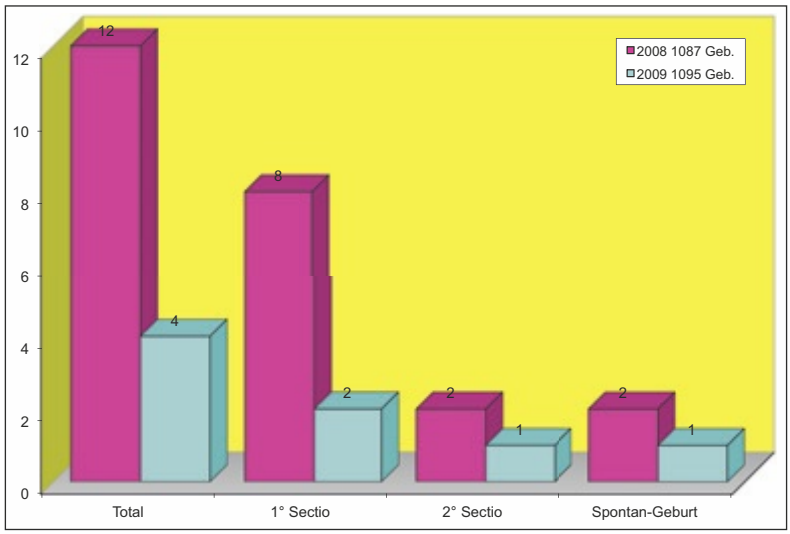


Abb. 7: Verlegungen wegen ANS.

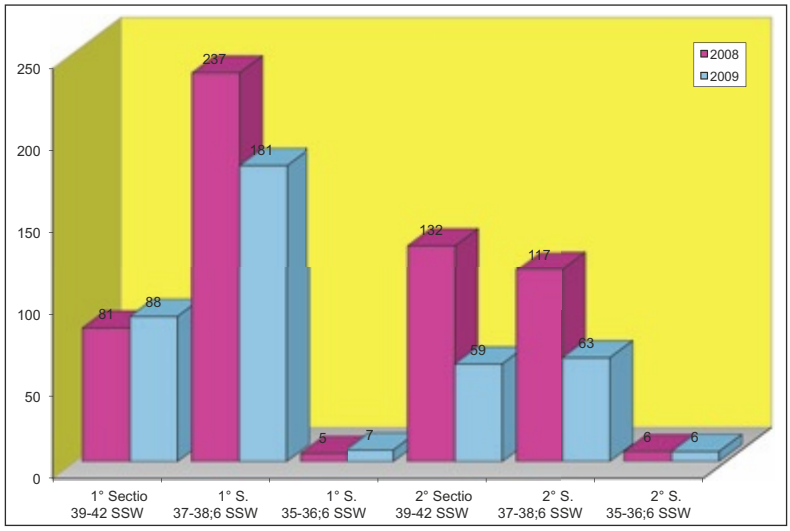


Abb. 8: Neben-Effekt Verschiebung Sectio-Zeitpunkt.

Resultate

Die beiden Kollektive 2008 mit 1087 und 2009 mit 1095 Geburten sind vergleichbar gross. 2009 mussten nur noch 18 Kinder (1,6%) verlegt werden, das entspricht einer Reduktion um 25% *(Abb. 6)*.
2008 mussten wegen Atemnot 10 Kinder, 2009 noch 3 Kinder und 2010 ebenfalls 3 Kinder verlegt werden *(Abb. 7)*.

Nebeneffekte:
Im gleichen Zeitraum kam es zu einer Reduktion der Sectio-Rate um 12,8%, vor allem die der primären Sectio um gut 14% (2010 erneute Reduktion der 1° Sectio um 4%). Der Sectio-Zeitpunkt hat sich verschoben, bei den geplanten Eingriffen wurde vermehrt das Ende der 38. SSW abgewartet. Nebenbei verringerte sich auch die Rate der 2° Sectio um 10% *(Abb. 8)*. Beide Nebeneffekte sicher auch als Folge von Gesprächen mit den Gynäkologen sowie aufgrund von erschienenen Studien über den risikoärmsten Geburtszeitpunkt.
Interessant auch, dass kein einziges Kind aus einer Sectio nach Ende der 38. SSW mehr verlegt werden musste (im Vergleich zu 4 im Vorjahr). Je näher am Termin die Sectio, desto seltener die Komplikationen.

Weitere Nebeneffekte:
- Hypothermien: Unterkühlte Kinder beobachten wir praktisch nicht mehr.
- Hypoglykämien: 2010 behandelten wir kurzfristig noch sechs Kinder wegen einer Hypoglykämie. Davon je drei nach Spontangeburt und nach Sectio.
- Hyperbilirubinämie: Nur 14 Kinder (1,5%) benötigten 2010 eine Fototherapie, ein Kind musste verlegt werden.
- Stillfrequenz: Lediglich 8% (74 von 932) der Mütter erhielten kurzfristig eine Milchpumpe zur Anregung. Über 95% der Kinder verlassen die Klinik voll gestillt.

Insgesamt gesehen entstand bei uns in den letzten Jahren eine enorme Beruhigung der Mutter-Kind-Interaktion. Dem Personal sei hiermit herzlich für seinen unermüdlichen Einsatz gedankt.

Physiologischer Hintergrund

Eine wesentliche Bedeutung in unseren Bemühungen spielt das im Hypothalamus produzierte Nonapeptid OCYTOCIN, das für die Regulation komplexer sozialer Verhaltensweisen wie Bindung und elterliche Fürsorge verantwortlich ist. Oxytocinerge Neuronen projizieren in Gehirnareale, welche unter anderem für die Bereiche Angststeuerung, Belohnung, soziale Interaktion, Gemütslage und für den Tonus im autonomen Nervensystem mitverantwortlich sind.

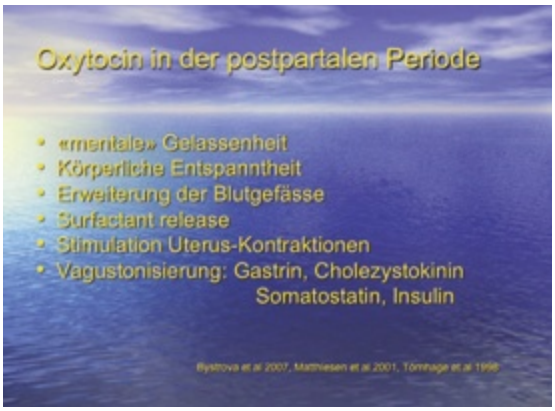


Abb. 9: Oxytocin-Wirkungen.

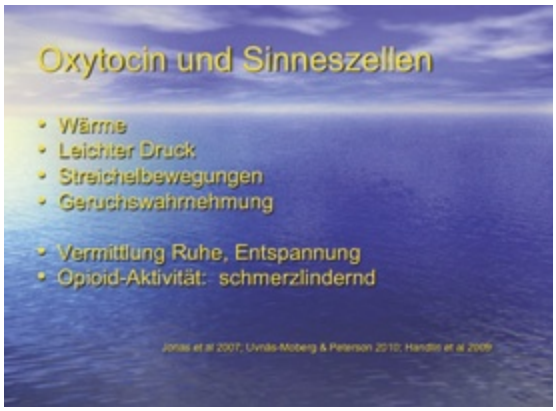


Abb. 10: Oxytocin und Sinneszellen.

A Oxytoxin in der postnatalen Periode (Abb. 9).
Ein Kind, das seiner Mutter gleich nach der Geburt auf die Haut gelegt wird, «übt» ein «brustsuchendes» Verhalten und «massiert» die Brust der Mutter zugleich mit seiner Annäherung. Diese Massage ist mit einem Anstieg des Oxytocinspiegels der Mutter verknüpft (Matthiesen 2001).
Infolge der Oxytocin-Ausschüttung (die auch in Gang kommt, wenn die Mutter ihr kleines Kind sieht, hört und riecht) steigt die Brusttemperatur, und die Mutter beginnt mit dem Kind zu interagieren und zu kommunizieren (Widström et al. 1987; Matthiesen et al. 2001; Bystrova et al. 2007).
Die Mutter soll ihr Kind in den ersten 24–48 Stunden wiederholt skin-to-skin bei sich haben (nicht nur die ersten zwei Stunden). In regelmässigen Abständen sucht sich so das NG einen Weg zur Mamille, stimuliert das erektive Gewebe und damit die Oxytocin-Produktion von Kind und Mutter. Dank dieser Stimulationen wird der Milchfluss verbessert und erleichtert, der sogenannte Milcheinschuss ist mit weniger Schmerzen verbunden.
In Hautkontakt beruhigt sich das kleine Kind eher und schreit weniger. Diese *«mentale» Gelassenheit* geht mit einer körperlichen/muskulären Entspannung und einer höheren Hauttemperatur einher.
Wichtig für das Neugeborene ist der Surfactant Release und für die Mutter die Stimulation der Uterus-Kontraktion. Zudem kommt es bei beiden durch eine Vagustonisierung zu vermehrter Aktivität des Verdauungssystems (mit Gastrin und Cholezystokinin-Ausschüttung) und des Speicherstoffwechsels (Somatostatin, Insulin).
Ein Neugeborenes in Kleidern produziert weniger Oxytocin.

B Oxytocin-Ausschüttung über die Aktivierung der Sinneszellen der Haut (Abb. 10).
Durch die Spinalanasthesie werden die afferenten Fasern im Niveau blockiert.
Die Sinneszellen der Haut am Oberkörper werden durch Wärme, leichten Druck und Streichelbewegungen aktiviert. Das innige Zusammensein hilft Mutter und Kind wiederholte Ruhephasen zu durchleben. Selbst Nahrungsaufnahme, Geruchswahrnehmung, aber auch Musik und Licht stimulieren unser Nonapeptid Oxytocin.
Alle verhaltensbezogenen und physiologischen Wirkungen mit Ausnahme des Milcheinschusses und der Prolaktin-Sekretion können auch durch den Hautkontakt zwischen Mutter und Kind im Verlauf einer Stillepisode zustande kommen. (Uvnäs Moberg 1998; Heinrichs et al. 2002; Jonas et al. 2007; Handlin et al. 2009, Uvnäs-Moberg & Peterson 2010).

C Durch den Hautkontakt vermittelte wechselseitige Vorgänge bei Mutter und Kind – eine primitive Form des Spiegelns.
Wissenschaftliche Untersuchungen weisen darauf hin, dass Mutter und Kind durch Aktivierung der Spiegelneuronen im sensorischen und motorischen Kontext unbewusst den Gesichtsausdruck und die lautlichen Äusserungen der jeweils anderen Person imitieren.
Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass man die durch den Hautkontakt zustande kommende *Anpassung der Hauttemperatur* des Kindes an diejenige seiner Mutter als eine primitive Form des Spiegelns betrachten könnte. Auch die bilaterale Aktivierung der Oxytocin-Ausschüttung und die induzierten Wirkmuster beim Hautkontakt lassen sich als eine elementare Form des Spiegelns ansehen.
Wenn Oxytocin in Reaktion auf einen gleich nach der Geburt bestehenden Hautkontakt abgegeben wird, werden auch klassische Formen des Spiegelns begünstigt. Zum Beispiel imitieren Mutter und Kind in dieser Situation die Vokalisierungen der jeweils andern Person – also ihre «Anliegen» häufiger (Lepage & Theoret 2007; Velandia et al. 2010).



Abb. 11:
Langzeitwirkungen Hautkontakt.

Diskussion

Das Oxytocinsystem ist von grosser Bedeutung für die soziale Interaktion und für die Beziehungen von Menschen untereinander *(Abb. 11)*. Die frühe Aktivierung des Oxytocinsystems kann sich später als sichere Bindung, als gesteigertes Wohlbefinden, als Fähigkeit, mit Belastungen fertig zu werden und vielleicht auch als gesteigerte Fähigkeit zu restaurativen Prozessen äussern. Das Atemnotsyndrom als klinisch definiertes Krankheitsbild hat in den letzten zehn Jahren bei hospitalisierten Neugeborenen um mehr als 50% zugenommen (Bucher 2009). Überraschend ist, dass dieser Anstieg zum grossen Teil durch Termingeborene mit einem Gewicht über 2500 g verursacht wird. Es ist bekannt, dass die verzögerte Rückresorption der Lungenflüssigkeit (wet lung) nach Entbindung durch Sectio, insbesondere vor Wehenbeginn, deutlich gehäuft vorkommt. Der Anstieg der Sectio-Rate auf über 30% legt einen Zusammenhang mit der Zunahme des Atemnotsyndroms bei Termingeborenen nahe. In der Schweiz geht man von jährlich 400–600 Neugeborenen mit einem Atemnotsyndrom aus.

Ausblick

Um eine Verringerung des Atemnotsyndroms zu erreichen, dürfen wir nicht warten, bis die elektiven Kaiserschnitte wieder abnehmen. Wir müssen den Kindern den primären Haut-zu-Haut-Kontakt ermöglichen!
Mit dieser nebenwirkungsfreien Intervention des kontinuierlichen Hautkontaktes können wir die Sectio-bedingten Verlegungen von Neugeborenen um gut die Hälfte reduzieren.

Vortrag, gehalten an der Tagung der Schweizerischen Gesellschaft für Neonatologie am 18. Januar 2011 in Bern.
Literatur beim Verfasser.

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

Mit viel Überblick und Einblick zum Durchblick



PATRICK ORBAN
(VERDECKT
SCHIELEND –
WIE 70% DER
BEVÖLKERUNG)

Wieder einmal war ich privilegiert und konnte mit 22 interessierten Kolleginnen und Kollegen an einem Pilotprojekt teilnehmen. Corinne Véya und Kilian Imahorn haben eine grossartige ophthalmologische Weiterbildung über vier Tage organisiert. Dabei hat es die Hauptreferentin, Frau Dr. med. Gabriela Wirth Barben (Ophthalmologin aus St. Gallen mit Schwerpunkt in pädiatrischer Ophthalmologie), zusammen mit vier weiteren ExpertInnen aus der Deutschschweiz geschafft, ein Programm auf die Beine zu stellen, das nicht nur in puncto Wissensvermittlung, sondern auch Erlernen von Fertigkeiten auf uns perfekt zugeschnitten war. Nach der notwendigen Repetition erhielten wir Tipps und Tricks zur Untersuchung (erwähnen möchte ich das zwar banale, in der Praxis oft schwierige, aber sehr effektive Abdunkeln des Raumes und der zumindest für mich neue, sehr wertvolle Brückner-Test) und konnten diese nicht nur untereinander, sondern auch an 15 (fünfzehn!) extra aufgebotenen PatientInnen prüfen. Wir lernten praxisrelevantes Wissen zur Verbesserung unserer Diagnostik, hatten einen spannenden Einblick in die Arbeit mit sehbehinderten Kindern durch eine Low-Vision-Therapeutin und konnten mit den ExpertInnen über sinnvolle und/oder notwendige Therapien diskutieren. Die Möglichkeit, ergänzende – wenn auch nicht absolut notwendige – apparative Methoden kennenlernen zu können (speziell danken möchte ich Ulrike Kramer und «ihrer» Orthoptistin, welche uns die Vorteile und den konkreten Umgang mit einem Hand-Autorefraktometer aufzeigten, und Corinne Véya, welche unsere Bitte erfüllte und organisierte, dass wir mit dem PanOptic-Ophthalmoskop von WelchAllyn eine deutlich verbesserte Optik auf die Papille üben konnten), war nicht nur interessant, sondern sehr wertvoll und wird wohl bei manch einer/einem zu einer Zusatzinvestition führen. Alles in allem konnten wir während vier spannender und abwechslungsreicher Tage unser theoretisches Wissen ergänzen und unsere praktischen Fertigkeiten verbessern und ich denke, wir alle haben von diesem Kurs sehr profitieren können. Dass dieser wirklich wertvolle Kurs zudem an zwei wunderschönen Orten, mit gutem Essen und zu einem normalen Kurspreis ganz ohne Sponsoren (!) organisiert werden konnte, ist eine wahre Meisterleistung und das Tüpfelchen auf dem i gewesen.

Im Namen aller Teilnehmer ein grosses Dankeschön an die Organisatoren und alle Mitwirkende dieses Kurses; möge der Pilot zum Fliegen kommen!

Fortbildungsnachweis

Die Teilnehmer der Forum-Kurse erhalten eine Bestätigung.

Die absolvierte Fortbildungszeit gilt als spezifische pädiatrische Kernfortbildung. 1 Stunde entspricht 1 credit.

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

EURO RSCG GENÈVE

milupa

Aptamil

Aptamil HA: Doppelter Nutzen für allergiegefährdete Säuglinge nachgewiesen.

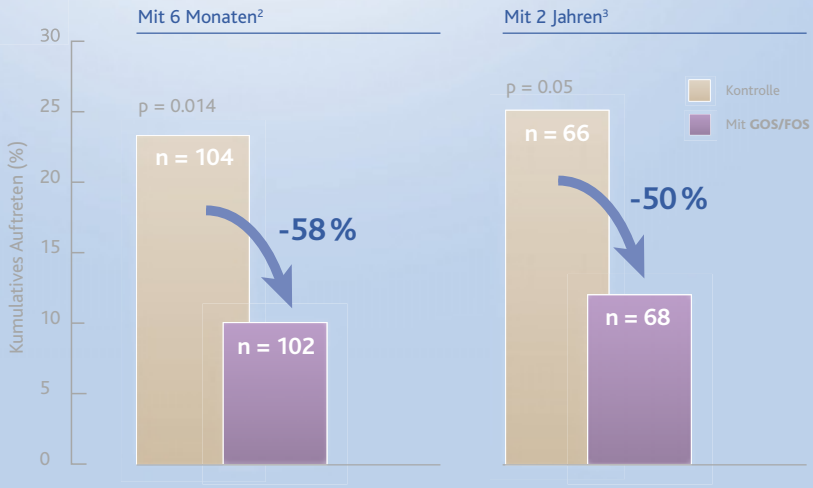


Molkenprotein:
Reduzierter Allergenität.

+

Patentierte GOS/FOS Mischung:
› Mit Bifidus-Bakterien angereicherte Darmflora, ähnlich der eines gestillten Säuglings.

› Klinisch nachgewiesene Reduktion der atopischen Dermatitis:





Aptamil HA:
Klinisch nachgewiesene Reduktion der atopischen Dermatitis mit 6 Monaten. Anhaltende Wirkung bis 2 Jahre.

Aptamil, inspiriert vom Modell der Muttermilch – garantiert durch Wissenschaft.

Wichtiger Hinweis: Stillen ist ideal für Ihr Kind.

[1] Eine einzigartige und patentierte Mischung aus Galacto-und Fructo-Oligosaccharide (90/10).
[2] Moro G et al. A mixture of prebiotic oligosaccharides reduces the incidence of atopic dermatitis during the first 6 months of age.
[3] Arslanoglu S et al. Early dietary interventions with a mixture of prebiotic oligosaccharides reduces the incidence of allergy associated symptoms and infections during the first 2 years of life.

EXTERNE KURSE

Kreative Kindertherapie

Lösungs- und ressourcenorientiertes Arbeiten mit Kindern, Jugendlichen und ihren Systemen

Organisation creathera Bern in Kooperation mit dem Norddeutschen Institut für Kurzzeittherapie

Fachliche Leitung Dr. M. Vogt, NIK Bremen, und Dres U. Bühlmann, S. Zehnder, creathera Bern, in Zusammenarbeit mit zahlreichen Fachkräften wie Dr. Therese Steiner u.a. (detailliertes Team auf www.creathera.ch)

Kursort Bern

Aufbau 24 Weiterbildungstage (inkl. Supervision) zwischen November 2011 und August 2013. Zwischen den Seminaren: Intervisionstreffen. Detailliertes Programm auf www.creathera.ch

Zielpublikum ÄrztInnen, PsychotherapeutInnen, PädagogInnen, (Schul)sozialarbeiterInnen, LogopädInnen, ErgotherapeutInnen

Ziele Erlernen des praktischen Handwerks des systemisch-lösungs- und ressourcenorientierten Arbeitens mit Kindern, Jugendlichen und ihrem Umfeld, um den psychosomatischen und psychischen Problemen in der Praxis effektiv, kreativ und kompetent begegnen zu können.
Optimieren der Zusammenarbeit aller Professionellen in der Betreuung des Kindes und des Jugendlichen.

Inhalte **Kreative Kindertherapie:** Elemente der systemisch-lösungsorientierten Kurztherapie, Hypnotherapie sowie Gestalt- und Verhaltenstherapie
- Ressourceninterview, lösungsorientierte Gesprächstechniken
- Nonverbale Kommunikation: Malen (Ressourcosaurus), Handpuppen, therapeutische Spiele
- Geschichten und Bilderbücher. Rituale.
- Humor und Clowning in der Therapie
- **Hypnose mit Kindern und Jugendlichen**
- **Lösungsorientierte Kinder- und Jugendhilfe, Familienberatung. Arbeit mit Eltern**
- **Psychosomatik lösungsorientiert**
- Schmerz-, Schlafstörungen, Enuresis und Kinderängsten begegnen
- Umgang mit Stress. Kreative Interventionen zur Erhaltung der (eigenen) Gesundheit
- **Fallsupervision (Rollenspiele; Videoanalyse und Live-Supervision)**

Teilnehmer maximal 20

Preis 6600 CHF (275.–/Tag))

Anmeldung Dr. U. Bühlmann, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie FMH
Marktgasse 22, 3011 Bern, Tel. 031 311 03 40.
dr.u.buehlmann@bluewin.ch
oder unter www.creathera.ch

Weiterbildung Netzwerk MPPA Oktober 2011

Zahnunfälle bei Kindern

Wie beraten wir die Eltern? Wann ist ein notfallmässiger Zahnarztbesuch indiziert?

Referentin Dr. med. dent. Antonella Guggenheim

Datum 27. Oktober 2011

Zeit 16.00–18.00 Uhr

Ort Praxis Dr. med. Sepp Holtz, Bellariastrasse 83, 8038 Zürich (vorübergehende Adresse)

Kosten Fr. 50.–/Person
Bitte genauen Geldbetrag am Kurstag mitbringen

Anmeldeschluss 30. September 2011, Kurs wird bestätigt.
Die Anmeldung ist verbindlich (Annullation bis 21 Tage vor Kursbeginn ohne Kostenfolge).
Bei Abmeldungen weniger als 21 Tage vor Kursbeginn oder bei Nichterscheinen wird der volle Betrag in Rechnung gestellt.

Infos/ Anmeldung Ursula Pasche, Praxis Dr. med. S. Holtz
Tel. Praxis 044 482 00 33, Fax 044 483 07 14
Anmeldung per Post oder Fax
Die Teilnehmerzahl ist beschränkt.



Kursausschreibung
für angehende und praktizierende Pädiaterinnen und Pädiater

Refresherkurs Adoleszentenmedizin

Datum Donnerstag, 20. Oktober 2011

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

Lernziele
- Vertiefen der Kenntnisse in Kinder- und 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

Anmeldefrist 1. Oktober 2011, Teilnehmerzahl beschränkt!

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

Informationen/ 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



SVUPP GESCHÄFTSJAHR 2010–2011

Jahresbericht des Präsidenten

RAOUL SCHMID, BAAR

1. Vorstand

Nach den Rücktritten von 4 verdienten Vorstandsmitgliedern hat sich der Vorstand reorganisiert und die Ressorts gemäss Protokoll der JV 2010 besetzt.
Der SVUPP-Vorstand trifft sich jährlich zu 1–2 Sitzungen und 4–5 Telefonkonferenzen.

Vorstand 2010/2011

Raoul Schmid	Präsident
Magdalena Hürlimann	Kurswesen
Bernd Erkert	Kasse, Klinikvertreter
Joe Greisser	Homepage
Thomas Baumann	Beisitzer, Gründungsmitglied

2. Geschäftsstelle

Die Zusammenarbeit mit der Geschäftsstelle (Simon Hubacher, Corinne Morger) ist für den SVUPP-Vorstand ausgesprochen angenehm und fruchtbar. Natürlich haben die Stabsübergabe von Noëlle Müller-Tscherrig auf Simon Hubacher und der Umzug der Geschäftsstelle in neue Räumlichkeiten einigen Aufwand verursacht, gleichzeitig aber auch die Schaffung neuer, einfacherer Strukturen ermöglicht. Besonders erwähnenswert ist die Umstellung auf eine neue Business-Software, welche die SVUPP gemeinsam mit dem FPP beschlossen hatte.
Die Zusammenarbeit zwischen den Sekretariaten der SVUPP und der SGUM sollen weiter intensiviert werden, um Doppelspurigkeiten zu vermeiden.

3. Kurswesen

Der Umstand, dass die pädiatrische Sonografie innerhalb der Pädiatrie in der Schweiz nicht Fuss fassen kann, bleibt ein Mysterium, über das sich der SVUPP-Vorstand kontinuierlich den Kopf zerbricht. Erneut musste Magdalena Hürlimann (Ressort Kurswesen) einen SVUPP-Abschlusskurs bei lediglich 2 gemeldeten Teilnehmern (!) absagen. Für die wenigen Interessierten, aber auch für die Kursleiter und die SVUPP ist das frustrierend, aber es zeigt den fehlenden Stellenwert der Sonografie als klinisch-bildgebendes Verfahren in der Schweizer Kindermedizin auf. Das hat zweifelsfrei seinen Grund in den traditionellen Strukturen an den Kinderkliniken in der Schweiz. Anders als z. B. in Deutschland und Österreich galt und gilt die Sonografie als radiologische Domäne – und vielerorts scheint dieser Anspruch in Stein gemeisselt. Es gibt zwar löbliche Ausnahmen (Chur, Münsterlingen), aber an den meisten Ausbildungskliniken werden angehende Pädiater nicht in die Nähe von Ultraschallgeräten gelassen.
Die stillschweigende Akzeptanz dieses faktischen Verbotes durch die Assistenz- und Oberärzte selber erstaunt – umsomehr, als sie ja in grosser Zahl über die Hüftsonografie mit der Methode in Kontakt kommen: Die Hüftsono-Kurse sind nach wie vor bestens ausgelastet, ja überbucht.
Das Argument der unüberwindbaren Hürde für die Erlangung des FA Sonografie, Modul Pädiatrie, ist schwach. Das beweist die hohe Zahl der Erwachsenen-Grundversorger, welche das Modul Abdomen erwer-



ben. Zudem gibt es für Inhaber des FA Hüftsonografie erleichterte Bedingungen. Der SVUPP-Vorstand ist selbstkritisch genug, sich einzugestehen, in diesem Punkt keine Erfolge vorweisen zu können. Es ist jedoch ausserhalb unseres Einflussbereiches, in die Strukturen der pädiatrischen Kliniken einzugreifen. So lange sich kein Druck vonseiten der «Basis», also der Pädiater in Ausbildung, aufbaut, wird kein Umdenkprozess in Gang kommen.
Johannes Greisser und Stefanie Armbruster ist es zu verdanken, dass ein neues Sonografie-Anwender-Konzept in Entstehung begriffen ist. Schon im September wird in Biel der erste Halbtages-Workshop mit schwergewichtig praktischer Ultraschall-Anwendung stattfinden (Ausschreibung *Forum News* und www.svupp.ch). Ausserdem sieht der Vorstand das logistische Zusammenlegen von Aufbau- und Abschlusskurs in pädiatrischer Sonografie vor, damit auch bei geringen Teilnehmerzahlen die Durchführung gewährleistet werden kann.

4. Vernetzung der SVUPP

Die SGUM strafft und strukturiert die Ausbildung in Sonografie für alle FA und Module weiter. Besonders erwähnenswert ist, dass die sogenannte Schlussevaluation neu den Stellenwert einer sanktionierenden praktischen Prüfung hat, welche durch zwei anerkannte SGUM-Ausbildner abgenommen werden muss.
Wir Pädiater haben mit dem SVUPP-Präsidenten Einsitz in die SGUM-Ausbildungskommission und den erweiterten SGUM-Vorstand.

Die Kommission Hüftsonografie ist damit beschäftigt, ihre Stellung zwischen der FMH und der SGUM klarer zu definieren. Sie wird künftig vermehrt in die SGUM integriert werden. Dies bedingt eine grundlegende Überarbeitung der Statuten. Für die Inhaber des FA Hüftsonografie wird sich dadurch praktisch aber nichts Wesentliches verändern. Die Pädiatrie ist in der Kommission Hüftsonografie mit zwei Mitgliedern vertreten (Markus Renggli, Raoul Schmid).

5. Finanzen

Unser neuer Kassier Bernd Erkert hat die Vorarbeit von Nils Hammerich ohne Schwierigkeiten weiterführen können. Er wird uns an der Jahresversammlung die Zahlen präsentieren. Wir erwarten ein ausgeglichenes Ergebnis, allerdings mit einer Rückstellung für die Anschaffung der neuen Geschäfts-Software.

6. Mongolei-Projekt

Das Hüftsonografie-Projekt ist ein Riesenerfolg und schreitet atemberaubend schnell voran. Wir können nicht oft genug darauf hinweisen, dass diesem humanitären Engagement eine Initiative der SVUPP zugrunde liegt (Baumann, Jahresversammlung 2008). Die drei unmittelbar Involvierten (Thomas Baumann, Corina Wilhelm, Raoul Schmid) berichten regelmässig in den Forum News über die Fortschritte. Zudem sind Informationen, Geschichten und Bilder auf der Projekt-Homepage www.smopp.net einsehbar.
Qualitätskontrolle ist bei der Einführung des sonografischen Hüft-Screenings in diesem Schwellenland von grosser Bedeutung. Ein entsprechendes Internet-basiertes System wurde für die laufende Studie etabliert. Mit diesem Teilprojekt nahmen wir Teil am «Swiss Quality Award 2011». Angeblich haben wir den ersten Platz in der Sparte «Technology» nur ganz knapp verpasst (persönliche Mitteilung). Schade, die Preissumme hätte die finanzielle Basis von smopp gestärkt!
Die unmittelbar anstehenden Ziele sind der Abschluss der Screening-Studie mit ca. 10000 Neugeborenen an der Indexklinik und die Ausweitung des Screening-Programms auf alle Geburtskliniken in Ulan Bator. So werden, voraussichtlich ab Herbst 2011, rund die Hälfte aller Neugeborenen in der Mongolei systematisch auf Dysplasien untersucht.
Es versteht sich von selbst, dass ein Projekt dieser Grössenordnung eine gute finanzielle Basis benötigt. Die Exponenten sind deshalb stetig auf der Suche nach Spendern, Sponsoren und Stiftungen. Wir bitten daher alle SVUPP-Mitglieder um Unterstützung beim Fundsraising. Ein illustrierter Projekt-Unterstützungsantrag (pdf file) kann gerne angefordert werden – herzlichen Dank!

Übrigens:
Es gäbe auch noch Solidaritäts-Shirts zu kaufen …

Quiz – Hüftsonografie mal anders…

JOHANNES GREISSER, PRAXISPÄDIATER, AARBERG BE)

Einleitung

Die meisten praktizierenden Kinderärzte betreiben die Hüftsonografie nach Graf und dies mit viel Verantwortungsbewusstsein und Erfolg. Man kann den Ultraschallkopf aber auch andersweitig einsetzen und aus diesem Grund werden wir im Rahmen des SVUPP-Quiz nicht mehr ausschliesslich Hüftsonografie-Bilder zeigen, sondern vermehrt auch andere Bilder zur Beurteilung und Anregung vorlegen. Lassen Sie sich inspirieren von den vielfältigen Möglichkeiten der pädiatrischen Sonografie! Anregungen und Kommentare sind jederzeit gerne willkommen.

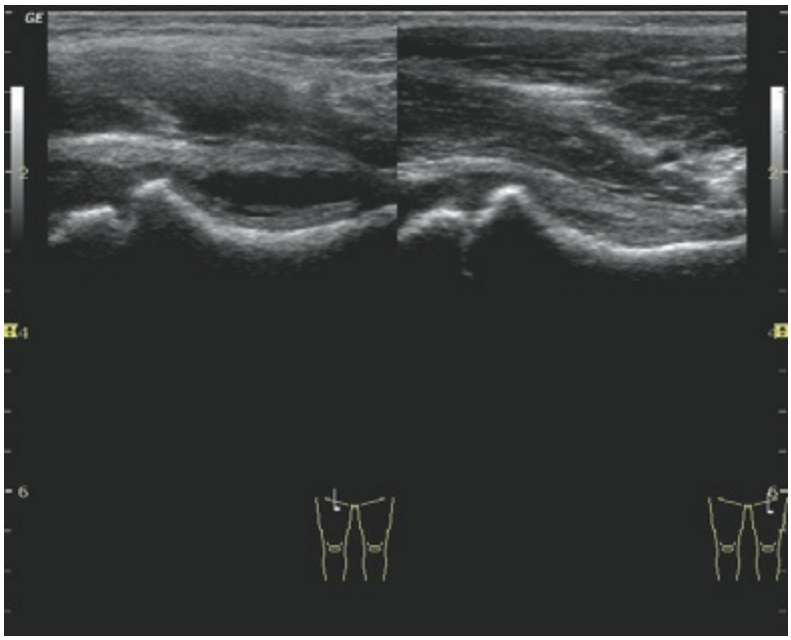


Abbildung 1:
Hüftsonografie bds. mit inguinal aufgesetztem, longitudinal ausgerichtetem Schallkopf.

Fallbeschreibung

Anamnese: 5-jähriger Junge mit Schonhinken rechts seit 2 Tagen. Kein Fieber. St.n. afebrilem Infekt der oberen Luftwege vor 3 Wochen.

Klinische Untersuchung: Verkürzte Standphase rechts im Gangbild. Inspektorisch keine Rötung oder Schwellung im Bereich des rechten Beines. Druckdolenz inguinal rechts. Eingeschränkte Hüftbeweglichkeit (v.a. Abduktion und Innenrotation) rechts im Vergleich zur Gegenseite.

Ultraschall der Hüften bds.: Bitte beurteilen Sie *Abbildung 1*.

Hüftsonografie – anderswo

Die ersten 100 mongolischen Babies danken der SVUPP für gesunde Hüftgelenke!





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

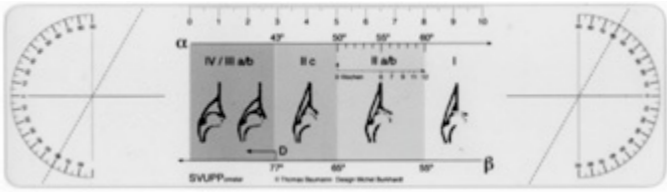
Struktur Die beiden Module Aufbau und Abschluss finden zeitlich parallel statt und können nicht gemeinsam besucht werden. Bitte auf Anmeldung angeben, welches Modul Sie besuchen möchten.

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 – (Kombikurs)**
4./5. November 2011, Aarberg
☐ **Aufbaukurs**
☐ **Abschlusskurs**

☐ **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

Auflösung des Quiz

Ultraschallbefund: Rechtsseitig findet sich ein anechogener Hüftgelenkerguss, welcher zu einer bikonvexen Konfiguration der Gelenkkapsel führt, vereinbar mit Coxitis fugax rechts. Das innere und das äussere Blatt der Gelenkkapsel sind durch den Erguss voneinander abgehoben. Links findet sich ein gesundes Hüftgelenk ohne Erguss. Die beiden Blätter der Gelenkkapsel sind eng aneinander anliegend und lassen sich nicht differenzieren. Unauffällige ossäre und Weichteilverhältnisse.

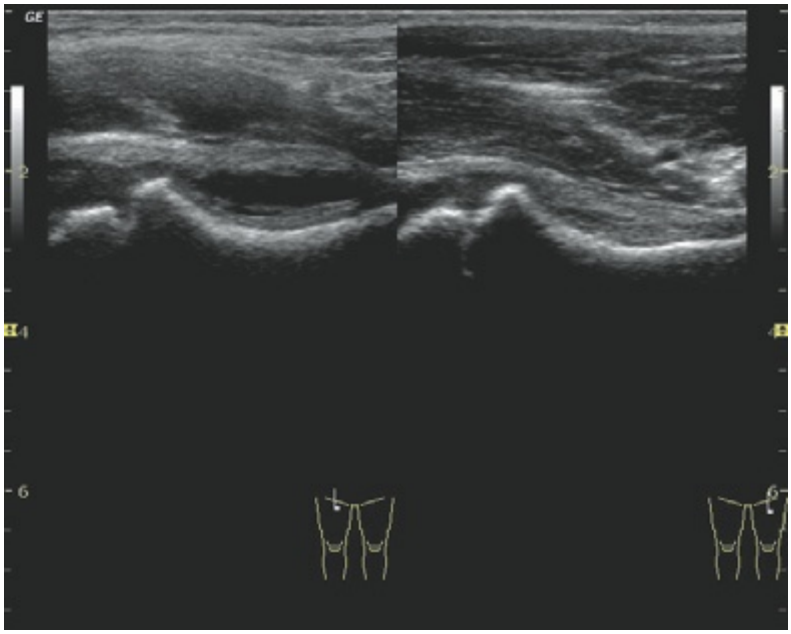


Abbildung 1.

Kommentar

Die Coxitis fugax ist eine recht häufige Erkrankung, die durch akut auftretende Schmerzen, Hinken oder Gehverweigerung gekennzeichnet ist. Die Ursachen sind nicht definitiv geklärt, häufig geht jedoch ein viraler Infekt voraus. Der Verlauf ist gutartig mit einem spontanen und vollständigen Verschwinden der Symptome innerhalb weniger Wochen.

Natürlich stellen viele Kinderärzte die Diagnose einer Coxits fugax aufgrund der typischen Anamnese und klinischen Befunde. Welchen Mehrwert kann hier die Sonografie leisten?

Andere Ursachen von Hüftschmerzen (z. B. Hüftgelenkdistorsion, Epiphysiolysis capitis femoris, Lymphadenitis inguinalis, Inguinalhernie, u. a. m.) können zum Teil klinisch abgegrenzt werden, zum Teil aber auch nicht. Die Sonografie kann in dieser Situation einen wertvollen Beitrag zur diagnostischen Klärung leisten (die bakterielle Coxitis lässt sich nur klinisch und laborchemisch abgrenzen, nicht sonografisch). Die Sonografie eignet sich im Weiteren exzellent zur Verlaufskontrolle, da sie schnell und einfach durchführbar ist.

Zur technischen Durchführung:

Das Bein wird leicht aussenrotiert. Der Schallkopf wird inguinal aufgesetzt und leicht nach kranial gekippt. Danach werden der Hüftkopf und der Schenkelhals aufgesucht und dargestellt. Ventral des Schenkelhalses findet sich im Normalfall die zarte Gelenkkapsel. Die bikonvexe Konfiguration und der anechogene Hüftgelenkerguss sind im Krankheitsfall unschwer zu erkennen.

Danksagung

Ich bedanke mich bei Thomas Baumann für das zur Verfügung gestellte Merkblatt «Coxitis» (zu beziehen unter www.paediatrieinfo.ch) und die fachliche Durchsicht.

Key Messages

1. Neben dem Ausschluss einer Hüftdysplasie eignet sich die Hüftsonografie auch zur Diagnostik anderer Hüftgelenkerkrankungen.
2. Die Coxitis fugax lässt sich sonografisch einfach diagnostizieren resp. ausschliessen.

Jetzt mal angenommen …

Anregungen für die lösungsfokussierte Arbeit mit Kindern und Jugendlichen

Therese Steiner, 2011, Carl-Auer-Systeme, Heidelberg. 249 Seiten, ISBN 978-3-89670-766-6

SABINE ZEHNDER SCHLAPBACH, BERN

Nach ihrem Bestseller «Handbuch lösungsorientiertes Arbeiten mit Kindern» (2005) erzählt die Schweizer Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Therese Steiner, in diesem erneut sehr praxisorientierten neuen Handbuch mehr über ihre fantasievolle, kreative, respektvolle, würdigende und sehr wirkungsvolle Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und ihrem System.

Therese Steiner stellt in diesem Buch die besondere Art der Kommunikation in der systemisch-lösungsorientierten und ressourcenfokussierten Beratung in den Mittelpunkt: Lösungssprache, nonverbale Kommunikationsformen, Haltung des Nicht-Wissens, Würdigen und Utilisieren kleinster Ressourcen oder Fortschritte. Sie vermittelt anschaulich, wie ein therapeutisches resp. pädagogisches Gespräch lösungsorientiert aufgebaut, der Beratungsprozess erfolgreich gestaltet und erfolgreich bis zum Erreichen des Ziels am Laufen gehalten wird. Mithilfe von zahlreichen Fallbeispielen bietet Steiner weiter ein reiches und kreatives Handwerkzeug für den Umgang mit herausfordernden Situationen wie unfreiwillige, unmotivierte Jugendliche oder lügende, stehlende Kinder oder Eltern, die versuchen, die Therapeutin auf ihre Seite zu ziehen, oder Eltern in Überforderungssituationen.

Dieses Buch richtet sich an Personen aller Fachrichtungen, die mit Kindern und Jugendlichen arbeiten: Erfahrene Therapeuten können viele neue Ideen für ihre Arbeit gewinnen. Erzieher, Pädagoginnen, Sozialarbeiter, Kinderärztinnen oder Berater, die nach anderen Methoden mit Kindern arbeiten, können von diesem Buch ebenfalls profitieren.

Das hilfreiche und umfangreiche Anschauungsmaterial ist eine wunderbare Unterstützung für jeden Praktiker. Dieses Buch kann somit vorbehaltlos auch für jeden Kinder- und Jugendarzt – sei er in Ausbildung, in der stationären oder ambulanten Praxis tätig – empfohlen werden!

KORRESPONDENZADRESSE:
Sabine Zehnder Schlapbach, Kinder- und Jugendmedizin FMH
Juki-Praxis, Aarbergergasse 6, 3011 Bern, sabine.zehnder@juki-praxis.ch

neo-angin® Spray: Hilft bei Halsschmerzen.





DG
DOETSCH GRETHER AG · BASEL

neo-angin® ist auch als Halspastille in verschiedenen Wirkstärken und Aromen erhältlich. **Ohne Antibiotika.**

Gekürzte Fachinformation neo-angin® Spray: **Wirkstoffe:** Chlorhexidini digluconatis, Lidocaini hydrochloridum. **Produkt:** Liste D; SL; 90 ml. 1 ml Mundspray enthält: Chlorhexidini digluconatis 1,0 mg, Lidocaini hydrochloridum 2,0 mg. **Indikationen:** Lokale Behandlung von akuten entzündlichen Erkrankungen in Mund und Rachenraum, wie Aphten, Entzündungen an Zahnfleisch und Mundschleimhaut. Adjuvans bei Tonsillitis, Laryngitis, Pharyngitis, Mundsoor, Angina. Nach Zahnextraktionen. Prä- und postoperative Behandlung. **Dosierung/Anwendung:** Erwachsene und Jugendliche ab 12 Jahren: mehrere Zerstäubungen (zwischen 3–10) täglich. **Vorsichtsmassnahmen:** Bei Kindern unter 6 Jahren wird das Präparat nicht empfohlen. **Schwangerschaft/Stillzeit:** Lidocain weist eine gewisse Embryotoxizität auf. neo-angin® Spray sollte während der Schwangerschaft und Stillzeit nicht angewendet werden. Ausführliche Informationen siehe Arzneimittel-Kompendium der Schweiz. **Vertrieb:** Doetsch Grether AG, Steinentorstr. 23, 4051 Basel, Tel. 061 287 34 11, www.doetschgrether.ch



Negativer Einfluss von Nuggi/Schoppen auf das Stillen?

In der holländischen Kinderärzte-Zeitschrift «praktische pediatrie» wurde in der Rubrik Evidence-based pediatrics im März 2011 der Artikel von 2 Kinderärzten über ihre Studien «tepel-speenverwarring: fabel of feit?» publiziert.

N.S. VAN RIJSWIJK-PETERS, RÜSCHEGG

Stillen ist die Ernährung der Wahl für Neugeborene/Babys. Um das Stillen so viel wie möglich zu begünstigen, haben die WHO und die UNICEF zusammen 10 Stillregeln formuliert. Nr. 6 und 9 suggerieren, dass der Gebrauch von Pulvermilch und jegliche Form von Schnuller/Schoppen das Stillen negativ beeinflussen. Eine wissenschaftliche Grundlage hierzu fehlt. Trotzdem wird diese Richtlinie als Kriterium benutzt, um das Zertifikat «breastfeeding friendly hospital» zu bekommen und ist in der Praxis weitverbreitet.

Zehn Schritte zum erfolgreichen Stillen

WHO und UNICEF haben im Rahmen der Baby-Friendly Hospital Initiative die «Zehn Schritte zum erfolgreichen Stillen» ausgearbeitet. Für jeden dieser zehn Schritte wurden Mindestanforderungen definiert, die erfüllt sein müssen, um mit dem weltweit anerkannten UNICEF-Label «Stillfreundliche Klinik» ausgezeichnet zu werden.

Schritt 1

Das gesamte Personal, welches an der Pflege von Mutter und Kind beteiligt ist, erhält schriftliche Richtlinien zur Förderung des Stillens.

Schritt 2

Das Personal erhält regelmässig Gelegenheit zur Aus- und Fortbildung, um die Richtlinien erfüllen zu können.

Schritt 3

Alle schwangeren Frauen werden über Vorteile und Praxis des Stillens informiert.

Schritt 4

Den Müttern wird ermöglicht, ihr Kind innerhalb der ersten Stunde nach der Geburt anzulegen.

Schritt 5

a) den Müttern wird gezeigt, wie sie erfolgreich stillen können, auch wenn sie zeitweise von ihrem Kind getrennt sind.
b) Mütter von Frühgeborenen, kranken und behinderten Neugeborenen (die noch nicht an der Brust saugen können) erhalten spezielle Hilfe zur Förderung des späteren Stillens.

Schritt 6

Säuglinge, die gestillt werden, erhalten nur dann zusätzliche Nahrung, wenn die Muttermilch den Bedarf des Kindes nicht zu decken vermag.

Schritt 7

Das System des Rooming-in erlaubt Mutter und Kind, Tag und Nacht zusammen zu sein; die Geburtsklinik gewährleistet dieses System.

Schritt 8

Das Stillen wird dem Rhythmus des Kindes angepasst.

Schritt 9

Saughütchen, Saugflaschen und Schnuller werden in den ersten Tagen nach der Geburt vermieden, später nur bei Notwendigkeit eingesetzt.

Schritt 10

Die Stillberatung hört nach dem Verlassen des Spitals nicht auf. Deshalb sollen die Kontakte zu Stillgruppen, Hebammen, Stillberatungs- und Mütter-/Väterberatungsstellen gepflegt und die Mütter auf diese Hilfen aufmerksam gemacht werden.

Fragestellung

Die Autoren des Reviews fragen sich, was die wissenschaftlichen Grundlagen für Regeln 6 und 9 sind:

1. wird häufiger (vollständig) und länger gestillt, wenn medizinisch nötige Zufütterung via Cup, Finger oder Löffel gegeben wird und/oder wenn ausschliesslich Muttermilch gegeben wird?
2. wird häufiger (vollständig) und länger gestillt, wenn kein Schnuller gegeben wird?

Methode und Resultate

Ein systematischer Review der Literatur (1950 bis 2010) ergab 4 RCTs und einen Review-Artikel (2009).

Schlussfolgerung

Es gibt keine wissenschaftliche Grundlage für die WHO/UNICEF-Regeln 6 und 9. Da die Ernährung mit Cup, Löffel oder Finger umständlich ist, sind die Autoren der Meinung, dass dafür kein Platz mehr im klini-



schen Alltag besteht. Falls Zufüttern nötig ist, wird dies dementsprechend am besten mit dem Schoppen getan.
Es gibt auch keinen wissenschaftlichen Beweis dafür, dass ein Nuggi schlecht ist für das Gelingen des Stillens.
Meine persönliche Konsequenz aus dieser Erkenntnis: Wenn eine Zufütterung nötig wird, werde ich früher zum Gebrauch des Schoppens raten.
Finger-feeding und Ähnliches sind aufwändig und führen nicht selten zu verlängertem Spitalaufenthalt von Mutter und Kind. Die Länge der Hospitalisation wird von den Eltern oft als Mass der Schwere der Krankheit ihres Kindes empfunden. Dies wiederum beeinflusst die Eltern/Kind-Beziehung nachhaltig mit entsprechenden Folgen: Zum Beispiel bleibt noch Jahre das Gefühl das Kind sei besonders anfällig für Krankheiten.
Auch als grosse Befürworterin des Stillens darf man sich die ketzerische Frage stellen, ob frühzeitiges Angewöhnen an Brust und Nuggi nicht eventuell sogar für alle Formen der Säuglingsernährung – nur Brust, nur Schoppen oder gemischt – von Vorteil sein könnte. Die Bedingungen zum Erhalt des Zertifikats «stillfreundliches Spital» der UNICEF/WHO sollten meiner Meinung nach nochmals gut überdacht werden.

REFERENZEN

1. Winkel L., Boluyt N. Tepel-speenverwarring; fabel of feit? Praktische pediatrie. 2011; nr. 1: 58–62. www.praktische-pediatrie.nl
2. O' Connor NR., Tanabe KO., Siadaty MS., Hauck FR. Pacifiers and breastfeeding. Arch Pediatr Adolesc Med. 2009; 163:378–82.
3. Kramer MS., Barr RG., Dagenais S., Yang H., Jones P., Ciofani L., et al. Pacifier use, early weaning and cry-fuss behaviour. JAMA. 2001; 286:322–6.
4. Schubiger G., Schwarz U., Tonz O. Unicef/WHO baby friendly hospital initiative: does the use of bottles and pacifiers in the neonatal nursery prevent successful breastfeeding? Eur J Pediatr. 1997; 156:874–7.
5. Howard CR., Howard FM., Lanphear B., Eberly S., deBlieck EA., Oakes D., Lawrence RA. Randomized clinical trial of pacifier use and bottle-feeding or cupfeeding and their effect on breastfeeding. Pediatrics. 2003; 111:511–8.
6. Collins CT., Ryan P., Crowther CA., McPhee AJ., Paterson S., Hiller JE. Effect of bottles, cups and dummies on breastfeeding in preterm infants: a randomised controlled trial. BMJ. 2004; 329:193–8.

Kommentar

Cyril Lüdin

Die Inititative Baby-Friendly Hospital hat sicher viel dazu beigetragen, dass weltweit wieder vermehrt gestillt wird. Leider hapert es in unseren Breitengraden mit der Umsetzung. Zu viel wird «nurse- und doctor-friendly» und zu dogmatisch umgesetzt.
Löffel-, Finger- und Cup-Ernährung brauchen nur ein marginal kleiner Anteil Kinder, und dies sollte situativ entschieden werden. Leider berücksichtigen die Richtlinien in keiner Weise die kommunikativen Fähigkeiten der Neugeborenen und das Bindungsmuster der Mutter. Die Kleinen äussern ihre Bedürfnisse schon nach der Geburt. Die Neugeborenen leben in voller Bewusstheit. Sie brauchen vor allem die Feinfühligkeit der Betreuenden. Kaum ein Kind möchte in der ersten Stunde angelegt werden (Punkt 4), weil der Weg zur Brust selbstständig zurückgelegt wird (auch dazu gibt es Studien …) und unbeeinflusst 60–90 Minuten dauert (nach PDA 120 Minuten).
Leider zielt der Schluss der beiden Autoren im Artikel genauso neben den Bedürfnissen der Kinder vorbei. Wir Kinderärzte müssen vermehrt die pränatale Entwicklung der Babys berücksichtigen und die intuitive Kompetenz der Mütter postpartal nutzen. Hierzu ist vor allem Schritt 7 auszuweiten: Im kontinuierlichen Haut-zu-Haut-Kontakt übernehmen die Kinder in der ersten Woche den Tag-Nacht-Rhythmus der Mutter. Ob dann Schnuller zum Zug kommen oder nicht, ist wahrscheinlich völlig irrelevant. Das Kind hätte eigentlich seine Schnuller (eigene Finger) dabei.

Wir Pädiater müssen uns in den Kliniken vermehrt baby-friendly engagieren. Dies ist primäre Prävention!

Bausteine für die **ADHS**-Therapie.

So viel wie nötig, so wenig wie möglich!



Medikinet®

Wirkstoff: Methylphenidathydrochlorid

Medikinet® MR

Wirkstoff: Methylphenidathydrochlorid

Medikinet® Zusammensetzung: Methylphenidat-HCL; zentralnervöses Stimulanz. **Indikation:** Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen, Narkolepsie. **Dosierung:** Kindern ab 6 Jahren zu Beginn 5 mg 1-2x/d , wöchentlich Steigerung um 5-10 mg/d, max. 60 mg/d. **Kontraindikationen:** Überempfindlichkeit auf Inhaltsstoffe, Glaukom, Tourette Syndrom, Tics, Mao-Hemmer, Hyperthyreose, Herzrhythmusstörungen, Angina pectoris, kardiovaskuläre Erkrankungen, Angst- u. Spannungszustände, Agitiertheit. **Vorsichtsmassnahmen:** Patienten <6 Jahre, psychotische oder depressive Patienten, Blutdruck- oder Pulsfrequenzerhöhung, epileptische Anfälle, Patienten mit früherer Drogen-, Medikamenten- oder Alkoholabhängigkeit, Schwangerschaft, Stillzeit, Langzeitbehandlung, Differentialblutbild, Fahrtüchtigkeit. **Unerwünschte Wirkungen:** Nervosität, Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen, Schläfrigkeit, Schwindel, Dyskinesie, Tachykardie, Palpitationen, Arrhytmien, Veränderungen vonBlutdruck und Herzfrequenz, Bauchschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Mundtrockenheit, Appetitlosigkeit, Rash, Exanthem, Piritus, Urtikaria, Fieber, Haarausfall, Arthralgie. **Interaktionen:** MAO-Hemmer, Guanethedin, Clonidin, Cumarin-Derivate, Antikonvulsiva, Phenylbutazon, Antidepressiva, vasopressorische Substanzen, Alkohol. **Packungen à 20:** Tabletten zu 5 mg, 10 mg, 20 mg. **Kassenzulässig:** Liste A†. Ausführliche Informationen: Packungsbeilage, Arzneimittel-Kompendium der Schweiz oder Salmon Pharma GmbH, St. Jakobs-Strasse 90, 4002 Basel.

Medikinet® MR Zusammensetzung: Methylphenidat-HCL; zentralnervöses Stimulanz. **Indikation:** Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen. **Dosierung:** als Einzeldosis nach dem Frühstück in gleicher Gesamttagesdosis wie Methylphenidat-Tabletten 2x/d. **Kontraindikationen:** Überempfindlichkeit, Depressionen, psychotische Symptome, Suizidneigung, Angsterkrankungen, Magersucht, Tourette-Syndrom, Tics, Erkrankungen mit schizophrener Symptomatik, Bluthochdruck, arterieller Verschlusskrankheit, Angina pectoris, Arrhythmien, Ischämien in der Anamnese, Schilddrüsenüberfunktion, erhöhter Augeninnendruck, vergrösserte Prostata, Einnahme von MAO-Hemmstoffen, Drogenabhängigkeit bzw. mit Arzneimittel- oder Alkoholmissbrauch, Anazidität des Magens, H2-Rezeptorenblocker- oder Antazidatherapie. **Vorsichtsmassnahmen:** kardiale Anomalien, kardiovaskuläre Erkrankungen, Patienten <6 Jahre, psychotische oder depressive Patienten, Blutdruck- oder Pulsfrequenzerhöhung, epileptische Anfälle, Patienten mit früherer Drogen-, Medikamenten- oder Alkoholabhängigkeit, Missbrauch, Schwangerschaft, Stillzeit, Langzeitbehandlung, Differentialblutbild, Überempfindlichkeitsreaktionen, Fahrtüchtigkeit. **Unerwünschte Wirkungen:** Appetitlosigkeit, Nervosität, Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen, Schläfrigkeit, Schwindel, Dyskinesie, Tachykardie, Palpitationen, Arrhythmien, Veränderungen von Blutdruck und Herzfrequenz, Bauchschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Mundtrockenheit, Rash, Exanthem, Pruritus, Urtikaria, Fieber, Haarausfall, Arthralgie. **Interaktionen:** MAO-Hemmer, Guanethidin, vasopressorische Substanzen, Clonidin, Cumarin-Derivate, H2-Rezeptorenblocker, Antacida, Antikonvulsiva, Neuroleptika, Phenylbutazon, Antidepressiva, Alkohol. **Packungen à 50:** Kapseln zu 10 mg, 20 mg. **Kassenzulässig:** Liste A†. Ausführliche Informationen: Packungsbeilage, Arzneimittel-Kompendium der Schweiz oder Salmon Pharma GmbH, St. Jakobs-Strasse 90, 4002 Basel.

Salmon Pharma ein Unternehmen der MEDICE

Salmon Pharma GmbH, St. Jakobs-Strasse 90, 4002 Basel

REPLIK AUF DEN ARTIKEL IN «FORUM NEWS» SOMMER 2011

Es gibt keine repräsentativen Wachstumskurven für Schweizer Kinder

OSKAR JENNI[1], CHRISTIAN BRAEGGER[1], DANIEL KONRAD[1], LUCIANO MOLINARI[1] UND CHRISTIAN KIND[2]

[1] ARBEITSGRUPPE WACHSTUMSKURVEN DES KINDERSPITALS ZÜRICH
[2] PRÄSIDENT DER SCHWEIZERISCHEN GESELLSCHAFT FÜR PÄDIATRIE

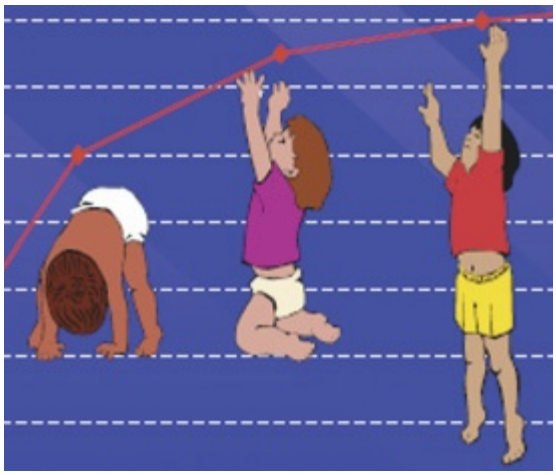
Eiholzer und Meinhardt vertreten die Meinung, dass die neuen Wachstumskurven für Schweizer Kinder «wahrscheinlich» nicht repräsentativ sind. Tatsächlich gibt es keine repräsentativen Wachstumskurven für Schweizer Kinder. Weder die neuen Wachstumskurven noch die Kurven der 1. Zürcher Longitudinalstudie (1. ZLS) erfüllen die dafür notwendigen Eigenschaften von Zufallsstichproben. Das Studienziel der 1. ZLS war die genaue Dokumentation und Analyse von individuellen Wachstumsverläufen und nicht die Erhebung von Referenzdaten. Für letzteres ist die Stichprobe der 1. ZLS mit je 137 Knaben und Mädchen zu klein. Die Extremwerte (3. oder 97. Perzentile) beruhen auf Daten von je 4 (sic!) Kindern. Aus diesem Grund können die von Eiholzer und Meinhardt vorgebrachten Unterschiede der 3. Perzentile in der Grössenkurve bei 7 und 18 Jahren zum Teil als zufällige Variabilität erklärt werden.

Die neuen Wachstumskurven sind für die Beurteilung der körperlichen Entwicklung von Schweizer Kindern zweckmässig.

Einzelne Argumente von Eiholzer und Meinhardt können durchaus diskutiert werden, zwei Aussagen erfordern jedoch eine Berichtigung.

1. Die neuen Kurven werden von der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie (SGP), der Ernährungskommission der SGP, der Arbeitsgruppe Adipositas der SGP, der Schweizerischen Gesellschaft für Entwicklungspädiatrie (SGEP) und besonders auch von der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrische Endokrinologie und Diabetologie (SGPED) offiziell anerkannt. Diese Anerkennung bedeutet selbstverständlich nicht, dass die Kurven verbindlich sind wie Eiholzer und Meinhardt schreiben. Es steht jedem Kollegen und jeder Kollegin frei, alternative Datensätze zu benutzen.

2. Eiholzer und Meinhardt kritisieren, dass der Schweizerische Nationalfonds erhebliche Drittmittel zur Verfügung gestellt hätte und diese Mittel nicht angemessen gebraucht worden seien. Es muss betont werden, dass die 2. ZLS und die Zürcher Generationenstudie nicht durchgeführt wurden, um Normkurven für das Wachstum von Schweizer Kindern zu erstellen, sondern um den sprachlichen, kognitiven, neuromotorischen und sozialen Entwicklungsverlauf von gesunden und kranken Kindern im Detail zu erfassen (mit weit über 100 Originalarbeiten).



Die neuen Wachstumskurven sind für die Beurteilung der körperlichen Entwicklung von Schweizer Kindern zweckmässig. Sie sind ein pragmatischer Kompromiss und werden von den massgeblichen Fachgesellschaften anerkannt. Die neuen Kurven ermöglichen zudem eine einheitliche Lösung für die ganze Schweiz, weil in verschiedenen Landesteilen bis anhin unterschiedliche Datensätze gebraucht wurden. Einheitliche Kurven sind ein Vorteil, da die Mobilität der Schweizer Bevölkerung gross ist, die Neigung der Eltern, alles zu hinterfragen, wächst und Missverständnisse unter Kollegen vermieden werden können. Ein Konsens unter den Kinderärztinnen und Kinderärzten verschiedenster Herkunft liegt im Interesse der Kinder und ihrer Familien.

KORRESPONDENZ:
PD Dr. med. Oskar Jenni
Leiter Abteilung Entwicklungspädiatrie
Kinderspital Zürich
Steinwiesstrasse 75, 8032 Zürich, Telefon 044 266 77 51
E-Mail Oskar.Jenni@kispi.uzh.ch

Neue Wachstumskurven

Die neuen Wachstumskurven haben mich in meinem Ruhestand aufgeweckt.
Der streitbare Urs Eiholzer hat mit spitzer Zunge den Fehdehandschuh aufgenommen und mit guten Argumenten die Berechtigung der neuen Wachstumskurven der Kollegen des Kinderspitals Zürich infrage gestellt. Bahnt sich hier ein Glaubenskrieg an? Was den Glauben anbelangt, meine ich, dass jeder auf seine Art selig werden kann. Was den Praxisalltag betrifft, ist es ohne Bedeutung, welche Wachstumskurve herangezogen wird. Haben etwa die Kollegen der Westschweiz, die seit Jahrzehnten die französischen Sempé-Kurven benutzen, schlechtere Arbeit geleistet? Für die Beurteilung des Einzelfalls gilt: genau messen, den Wert in die Wachstumskurve (gleich welche) eintragen, mit den früheren Werten vergleichen und unter der Berücksichtigung der Herkunft, der Elterngrösse und des Pubertätsstandes des Kindes die richtigen Schlüsse zu ziehen.
Für Wissenschaftliche Arbeiten haben die neuen Kurven den Vorteil, dass sie international abgestützt sind, und dass man die Standarddeviation (SDS) jedes Wertes berechnen kann.

Prof. emerit. E. Joss, Säriswil

Die Kinder- und Jugendärzte und die MFE, eine kritische Betrachtung

Bei der Lektüre des Primary Care fühle ich mich als Pädiater, wie vermutlich die meisten meiner Kollegen, kaum angesprochen. Ein ganz ungutes Gefühl aber beschleicht mich, wenn ich lese, dass das Programm der SwissFamilyDocs Conference auch auf Pädiater zugeschnitten sei. Themen wie «Mein Kind hat Fieber», «Mein Kind hat Bauchweh» und «Hustende Kinder leicht gemacht» sollen also mithelfen, meinen pädiatrischen Horizont zu erweitern, und werden für mich angeboten. Ist dies Fortbildung für den Pädiater, der sich als einziger Hausarzt freiwillig eine Altersbeschränkung auferlegt hat zugunsten vertiefter Kenntnisse und Fähigkeiten? Ich frage mich weiter, was denn die MFE überhaupt sein soll? Gegründet wurde sie doch als rein politische Organisation zur besseren Durchsetzung der Interessen der Grundversorger. Nun scheint sie sich wie eine Fachgesellschaft zu gebärden, ohne dies aber klar zu deklarieren, und versucht auch die pädiatrischen Gesellschaften zu vereinnahmen. Wo vertritt, so mag mancher sich fragen, die MFE die Interessen der Pädiater? Es ist zu lesen von Kämpfen für die Aufwertung des Praxislabors, zur Besserstellung der MPA, zur Abgeltung der direkten Medikamentenabgabe: alles Themenbereiche, welche die Pädiatrie nur am Rande tangieren. Zur Managed-Care-Vorlage, einem für die Pädiater völlig untauglichen Versicherungsmodell, gibt es keine Stellungsnahme. Weiter lesen wir immer wieder von den Instituten für Hausarztmedizin in Basel und Zürich. Sind hier Pädiater vertreten? Wo werden pädiatrische Forschungsgebiete der Praxis eingebracht und bearbeitet? Zumindest in Basel wurde mit Geduld versucht, das Interesse des Institutes für Hausarztmedizin für einen pädiatrischen Vertreter zu wecken, dies ohne Erfolg. Ebenfalls in Basel haben die Pädiater der Region mit dem Umzug des Kinderspitals in den Neubau eine Notfallpraxis an der neuen Klinik eröffnet. Gleichzeitig haben die Allgemeinärzte und Internisten in Liestal, 18 Kilometer von Basel entfernt, die Arbeit in einer Notfallpraxis am Erwachsenenspital aufgenommen.
Die Erwartung, dass die Kinder und Jugendlichen nun im Rahmen der Zusammenarbeit in die spezialisierte Hausarztpraxis nach Basel geschickt würden, hat sich leider nicht erfüllt. Fast alle Hausärzte am Erwachsenspital möchten auch Kinder behandeln, also als «family docs» arbeiten. Wenn ich wieder das Primary Care zur Hand nehme, erstaunt mich dies nicht wirklich. Die MFE ist eine Organisation für Hausärzte ohne Altersbeschränkung, die sich die Versorgung aller Patienten «von der Wiege bis zur Bahre» verschrieben haben. Als Hausarzt mit Alterbeschränkung werde ich weder verstanden noch vertreten. Die Pädiatrie sollte klar ihre Eigenständigkeit bewahren. Eine Zusammenarbeit mit den Hausärzten ist sicher nötig, eine Zusammenschluss hingegen nicht.

Roland Laager, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Birsfelden

Mitunterzeichnende Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin: Pierino Avoledo, Basel; Aurelio Corfu, Muttenz; Katja Heller, Basel; Cyril Lüdin, Muttenz; Dominic Müller, Reinach

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

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 Placebo vergleichbar. *Erwachsene:* Dyspepsie, Bauchschmerzen, Zahnschmerzen und Kopfschmerzen mit höherer Inzidenz als unter Placebo. Inzidenzrate dieser Erscheinungen in beiden Gruppen ist nicht signifikant unterschiedlich. *Kinder:* Kopfschmerzen (Kinder 6–14 J.) und Durst (Kinder 2–5 J.) mit einer höheren Inzidenz als unter Placebo, Durchfall, Hyperkinesie, Asthma, ekzematöse Dermatitis und Hautausschlag (Kinder 6 Mt.–2 J.) mit tendentiell höherer Inzidenz als unter Placebo. Inzidenzrate dieser Erscheinungen in beiden Gruppen nicht signifikant unterschiedlich. **Interaktionen:** *SINGULAIR®* kann gleichzeitig mit anderen Substanzen, die routinemässig zur chronischen Asthmabehandlung und Behandlung der allergischen Rhinitis verwendet werden, verabreicht werden. Keine wesentliche Wirkung auf die Pharmakokinetik von: 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