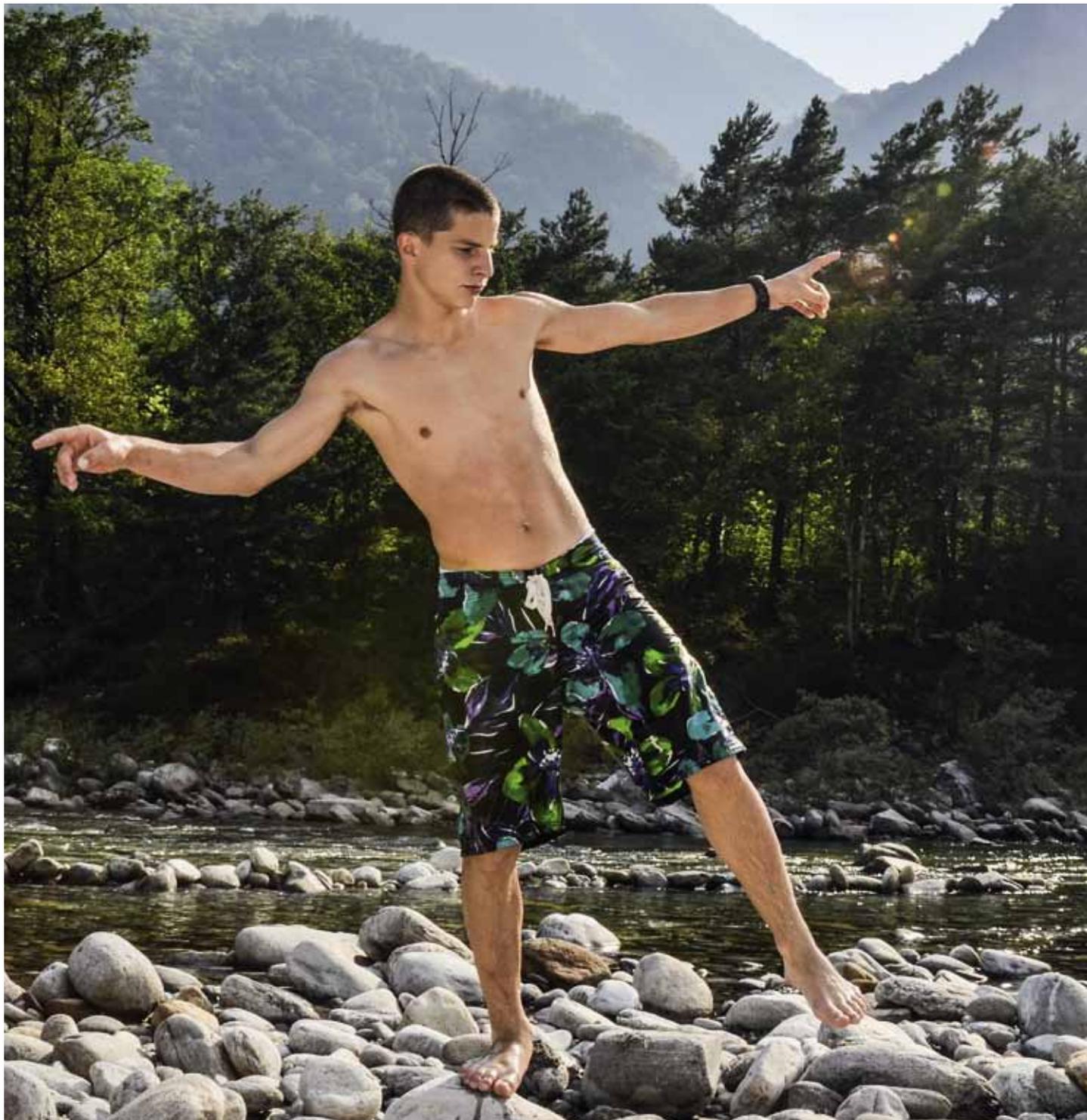




03/2012

www.kinderaerzteschweiz.ch info@kinderaerzteschweiz.ch



Bewegungsapparat
Differenzialdiagnose
von Symptomen

Jahrestagung 2012
Das Detailprogramm

Fortbildung
Neue Kurse



Excipial Kids®

Beruhigt und regeneriert die Haut

Innovative Spezialpflege für trockene und juckende Baby- und Kinderhaut.

Excipial Kids® beruhigt und regeneriert die Haut dank der innovativen Kombination von drei Inhaltsstoffen:

- **SymCalmin®** – beruhigt gerötete, juckende Haut
- **Dexpanthenol** – pflegt, befeuchtet und regeneriert
- **Glycerin** – spendet intensiv Feuchtigkeit

Excipial Kids® ist als Schaum, Lotion und Creme erhältlich.





IMPRESSUM

REDAKTIONSTEAM:

Dr. Laurent Duttweiler, Uznach; Dr. Stefanie Gissler Wyss, Neuendorf; Dr. Raffael Guggenheim, Zürich; Dr. Manuela Hany, Winterthur; Dr. Christian Knoll, Biel; Dr. Cyril Lüdin, Muttenz; Dr. Carsten Peters, Frauenfeld (Leitung); Dr. Rolf Temperli, Liebefeld; Simon Hubacher, Geschäftsführer Kinderärzte Schweiz, Zürich

HERAUSGEBERIN:

Verlag Praxispädiatrie GmbH,
Badenerstrasse 21, 8004 Zürich

ABO:

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

TITELFOTO:

David Hubacher

KORRESPONDENZ:

Kinderärzte Schweiz
Badenerstrasse 21, 8004 Zürich
Telefon 044 520 27 17, Fax 043 317 93 64
info@kinderarzeschweiz.ch, www.kinderarzeschweiz.ch

INSERTATE:

Dr. med. Cyril Lüdin, cyril@luedin.eu

GRAFIK, SATZ UND DRUCK:

Vogt-Schild Druck AG, CH-4552 Derendingen
Auflage: 1450 Expl.
Nächste Ausgabe: 04/2012
Redaktionsschluss: 10. Oktober 2012

VORSTAND/GESCHÄFTSSTELLE

5 Editorial

INTERN

6 In memoriam – Dr. med. Reinhard Theiler
7 No risk, no fun? Grenzbereiche – Risikoverhalten von Jugendlichen
16 Jahresbericht 2011/2012 Kinderärzte Schweiz

BERUFSPOLITIK

19 CAVE: Hausarztlisten

FORTBILDUNG

20 Prävention genitaler Mädchenbeschneidung
22 Das Bilderbuch als Stethoskop der Kindersprache
24 Empfehlungen zur Diagnostik der Zöliakie durch ESPGHAN 2012
25 Traudel Saurenmann neue Chefärztin der Kinderklinik des Kantonsspitals Winterthur
26 Das hinkende Kind – Differenzialdiagnose von Symptomen des Bewegungsapparates

KURSBERICHTE

32 Hypnose in der pädiatrischen Praxis für Fortgeschrittene

KURSE/WORKSHOPS/FORTBILDUNGEN

35 Kurse KIS

SVUPP

38 Die SVUPP ist erwachsen!
39 Sono-Quiz – Fall Carina L.
40 Auflösung des Sono-Quiz
41 Kurse SVUPP

LESERBRIEFE / HINWEISE

42 Die neue Ausgabe von «Baby&Kleinkind» ist da



■ HABEN SIE ANREGUNGEN, KRITIK ODER LOB?

Dann schicken Sie uns eine E-Mail an:
info@kinderarzeschweiz.ch
Wir freuen uns.



Babies – Schutz durch Pertussis-Boosterimpfungen des Umfelds¹



Boostrix® – 1 Impfdosis = 3-facher Schutz




boostrix®

Referenz: 1. Arzneimittelinformation Boostrix®, Arzneimittelkompendium der Schweiz (www.documed.ch).

Boostrix® (dTpa): I: Boosterimpfung gegen Diphtherie, Tetanus und Pertussis von Personen ab dem 4. Geburtstag. Auch zur Tetanus-Prophylaxe bei Verletzungen mit Tetanusrisiko. Nicht zur Grundimmunisierung verwenden! **D:** Eine Impfdosis zu 0,5 ml. **Anw.:** Die Injektion erfolgt tief intramuskulär. Nicht intravasal anwenden. Nicht mit anderen Impfstoffen mischen. **KI:** Bekannte Überempfindlichkeit gegen einen der Bestandteile; akute, schwerwiegende fieberhafte Erkrankung; Enzephalopathie unbekannter Ätiologie innert 7 Tagen nach einer vorgängigen Impfung mit einem Pertussis-enthaltenden Impfstoff; vorübergehende Thrombozytopenie oder neurologische Komplikationen nach einer vorgängigen Impfung gegen Diphtherie und/oder Tetanus. **VM:** Wenn nach einer vorherigen Impfung mit einem Pertussis-enthaltenden Impfstoff folgende Ereignisse aufgetreten sind, sollte die Entscheidung zur Gabe des Impfstoffes sorgfältig abgewogen werden: Temperatur $\geq 40.0^{\circ}\text{C}$ innerhalb von 48 Stunden nach der Impfung ohne sonst erkennbare Ursache, Kollaps oder schockähnlicher Zustand (hypotonisch-hyporesponsive Episode) innerhalb von 48 Stunden nach der Impfung, oder anhaltendes, untröstliches Schreien über mehr als 3 Stunden innerhalb von 48 Stunden nach der Impfung, oder Krampfanfälle mit oder ohne Fieber innerhalb der ersten 3 Tage nach der Impfung. Bei Thrombozytopenie oder Blutgerinnungsstörung, Risiko von Blutung nach i.m.-Injektionen. **IA:** Wenn als nötig erachtet, kann Boostrix gleichzeitig mit anderen Impfstoffen oder Immunglobulinen – jeweils an einer anderen Injektionsstelle – angewendet werden. **UW:** Am häufigsten beobachtet: Lokalreaktionen, Fieber, Unwohlsein, Müdigkeit, Anorexie, Kopfschmerzen, Schläfrigkeit, Schwindel, Reizbarkeit. **Lagerung:** Fertigspritze bei $+2^{\circ}\text{C}$ bis $+8^{\circ}\text{C}$ lagern. Nicht einfrieren. **Packungen:** Fertigspritze mit separat beigelegter Nadel. x1 (Liste B). Ausführliche Angaben entnehmen Sie bitte dem Arzneimittelkompendium der Schweiz [www.documed.ch].



GlaxoSmithKline

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



DER JÜNGEREN GENERATION ist die Entstehungsgeschichte unseres Verbandes nicht mehr geläufig: Eine Gruppe engagierter Kollegen hat sich einst zusammengerauft, um einen Verband von Praxispädiatern für Praxispädiater zu gründen. Sie fühlten sich damals von der Standesorganisation weder wahr noch ernst genommen. Gerade die Fortbildungen richteten sich nicht nach den Bedürfnissen der Praktiker. So entstand das «Forum Praxispädiatrie». Ein offener Ort um sich zu äussern, kreativ zu sein, kritisch zu denken und sich verstanden zu fühlen. Vor allem durch die vielen Kurse gab es eine neue Verbundenheit. Der Hüftultraschall wurde übrigens dank engagierten Praxispädiatern, die auch dem Forum angehörten, in die Grundversicherung aufgenommen!

Und nun, 2012? Wir sind Kinderärzte Schweiz und nicht mehr das Forum. Nicht-Pädiater verstehen nun, wer wir sind. Der Verband hat sich professionalisiert, der Inhalt bleibt jedoch gleich: Kinderärzte organisieren für Kinderärzte Fortbildungen und vieles mehr. In verschiedenen Arbeitsgruppen wird themenspezifisch gearbeitet. Wir fördern die Entwicklung neuer Kurse für unsere Mitglieder.

Den Jüngeren sei gesagt: Kinderärzte Schweiz ist absolut unabhängig; auch von der FMH, der SGP und MFE. Natürlich bestehen Kooperationen, aber die Meinungsfreiheit bleibt. Alle, die sich einbringen möchten, sollen dies doch tun, zum Beispiel durch die Bildung neuer Arbeitsgruppen oder durch die Organisation von neuen Kursen, auch ein Artikel in unserer Verbandszeitschrift ist willkommen oder ein Leserbrief. Nur so kann unser Verband weiterleben. Er braucht eure Inputs! Zum Verband findet ihr mehr im «Jahresbericht der Präsidenten».

Wie immer war die Redaktionskommission bemüht um spannende und hilfreiche Artikel, da gebührt allen ein grosses Dankeschön! Die praktische Rheumatologie wird euch durch Traudel Saurenmann nähergebracht. George Marx bespricht die neuen Richtlinien zur Diagnosestellung der Zöliakie. Im Weiteren findet ihr einen Artikel von Renate Hürlimann zur weiblichen Beschneidung. Die Zirkumzision des männlichen Genitales hat bereits früher Kontroversen und Diskussionen ausgelöst. Wir greifen dieses Thema aus aktuellen Gründen (in Deutschland befand ein Gericht, dass die männliche Beschneidung strafrechtlich verfolgt werden soll) mit einem Kommentar kurz auf. Politische und sozial relevante Belange gehen uns Kinderärzte etwas an.

Nun wünsche ich viel Spass bei der Lektüre und einen schönen Spätsommer. Wir freuen uns, euch alle bei der Jahrestagung am 6. September in Bern wiederzusehen.

MANUELA HANY

6

In memoriam Dr. med. Reinhard Theiler (23. Januar 1952 – 21. Mai 2012)

DR. MED. STEFANIE GISSLER, NEUENDORF

Unser Kollege Reinhard Theiler wurde am 21. Mai 2012 im Alter von 60 Jahren infolge eines plötzlichen Herzstillstandes mitten aus dem Leben gerissen.

Reinhard Theiler wurde in Basel geboren und wuchs in Trimbach, Lostorf und Olten auf. Nach dem Staatsexamen an der Universität Bern 1979 arbeitete er zwei Jahre lang auf der Kinderstation der Epilepsieklinik Bielefeld. Diese Erfahrung war so prägend, dass er sich für eine Ausbildung zum Kinderarzt entschied. Nach Assistenzarztstellen an den Kinderkliniken Aarau, Bern und Neuchâtel wurde er 1990 Oberarzt am Kinderspital Zürich, wo er auch seine Dissertation verfasste. 1995 wurde er als Konsiliararzt für Neonatologie ans Kantonsspital Olten gewählt und 1996 eröffnete er die eigene Kinderarzt-Praxis in Trimbach. Hier engagierte er sich aufgrund seiner vertieften Ausbildung im Bereich der pädiatrischen Neurorehabilitation in Affoltern a. A. vor allem für Kinder mit verschiedensten Behinderungen. Ein weiteres Interessengebiet während seiner langjährigen Praxistätigkeit war die Behandlung und Betreuung zahlreicher Kinder und Jugendlicher mit ADHS und POS in der ganzen Region.

Neben der Praxis- und Spitaltätigkeit engagierte sich Reinhard als Berater für die Stiftungen «Kind und Familie» und «Arkadis» und betreute als Kon-

siliarius die Internatssonderschule für behinderte Kinder Blumenhaus-Buchegg sowie das Solothurnische Zentrum Oberwald für Schwerbehinderte in Biberist.

Reinhard Theiler strahlte trotz permanent hoher beruflicher Belastung immer ansteckende Fröhlichkeit und Unbeschwertheit aus. Seinen Beruf übte er auch über 30 Jahre nach dem Staatsexamen mit ungebrochener Begeisterung aus, nahm sich viel Zeit für Gespräche mit Eltern und Kindern und stellte an sich selber höchste fachliche und ethische Ansprüche. In der knapp bemessenen Freizeit kurvte er mit dem Snowboard über die Pisten, verfolgte die Spiele des EHC Olten und unternahm zusammen mit seiner Frau ausgedehnte Reisen und erwies sich dabei als begabter Fotograf und Videofilmer.

Reinhard hinterlässt seine Frau Agnes sowie zwei erwachsene Kinder, Simon und Rebekka. Er hinterlässt aber auch eine grosse Lücke in der pädiatrischen Versorgung der Region Olten. Für seine Patienten und ihre Eltern, aber auch für seine Kolleginnen und sein Praxisteam wird er nicht zu ersetzen sein.

Kinderärzte Schweiz wünscht den Hinterbliebenen viel Kraft und Zuversicht für die Zukunft.





Jahrestagung, 6. September 2012, Hotel Allegro, Bern

No risk, no fun? Grenzbereiche – Risikoverhalten von Jugendlichen

Hauptreferent: Dr. med. Patrick Haemmerle , M.P.H.

Bis Frühjahr 2012 Chefarzt-Direktor des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes (KJPD) des Kantons Freiburg. 2002 und 2005 Präsident Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (SGKJPP). Mitglied mehrerer wissenschaftlicher Gesellschaften, der Eidg. Koordinationskommission für Familienfragen (EKFF) und der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW).

Präsident und Gründungsmitglied des Vereins Suizidprävention Freiburg (PréSuiFri).

Online-Anmeldung: www.jahrestagung.ch

Neu: Workshop-Angebot für MPAs!



8 Programmübersicht

Jahrestagung Kinderärzte Schweiz

Vormittag

- ab 8.00 Uhr Check-in
- 08.30–09.30 Mitgliederversammlung SVUPP
- 09.30–09.45 Eröffnung Jahrestagung
- 09.45–10.30 Hauptvortrag Dr. Patrick Haemmerle
- 10.30–10.45 Fragen zum Hauptvortrag
- 10.45–11.30 Pause, Besuch der Industrieausstellung
- 11.30–12.15 Mitgliederversammlung Kinderärzte Schweiz
- 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



No risk, no fun? Grenzbereiche – Risikoverhalten von Jugendlichen

Viele Jugendliche suchen den «Kick», sei es durch den Konsum von Substanzen, durch lebensgefährdende Spiele oder im Umgang mit den neuen Medien. Die diesjährige Jahrestagung von Kinderärzte Schweiz thematisiert das Risikoverhalten von Kindern und vor allem von Jugendlichen. Weshalb begeben sich Jugendliche in Gefahren? Wie können wir als Kinder- und Jugendärzte gefährliches Verhalten erkennen? Und wie können wir allenfalls eingreifen? Der Hauptvortrag von Dr. Patrick Hämmerle stellt das Thema Suizidverhütung bei Kindern und Jugendlichen ins Zentrum. Themenzugewandte Workshops bringen den Teilnehmenden die komplexe Thematik vertiefend näher. Erstmals wird an der Jahrestagung ein Parallelprogramm für MPAs angeboten.

Die Arbeitsgruppe Jahrestagung:

Manuela Hany, Cyril Lüdin, Christian Knoll, Johannes Ledergerber, Marleen Grosheintz, Raffael Guggenheim, Corinne Véya, Simon Hubacher

Die Fotos in dieser Programmbroschüre stammen vom 16-jährigen David Hubacher, die er in seinem Freundeskreis aufgenommen hat. www.davidhubacher.ch

Hauptreferat

Zukunft beginnt gestern – Suizidalität und Suizidverhütung bei Kindern und Jugendlichen

Dr. med. Patrick Haemmerle, M.P.H.

Suizidalität und Suizid sind ein weltweites Phänomen in allen Altersstufen. Auch in der Schweiz sind Jugendliche und Kinder betroffen. Suizid ist für junge Männer sogar die häufigste Todesursache. Der Suizid eines jungen Menschen erschreckt und wirft Fragen auf: Wie können wir verstehen, dass schon junge Menschen lebensmüde sind und Hand an sich legen wollen? Handelt es sich hierbei möglicherweise um ein modernes Problem, das etwas mit Aufwachsen und Kindsein der Kinder und Jugendlichen von heute zu tun hat? Was löst das in uns aus? Wie können oder müssen wir als Kinderärztinnen und -ärzte darauf reagieren? Mit welchen Partnern – Schule, Fachleuten, Beratungsstellen u.a. – ist eine Zusammenarbeit sinnvoll und notwendig? Im Referat sollen Hintergrundinformationen gegeben, die eigenen Reaktionen herausgearbeitet und Interventionsmöglichkeiten aufgezeigt werden.

Kurzbiografie **Dr. med. Patrick Haemmerle, M.P.H.**

- | | |
|-----------|--|
| 1982–1986 | Kinder- und jugendpsychiatrische und psychotherapeutische Aus- und Weiterbildung am Ostschweizerischen Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst, OKJPD; St. Gallen |
| 1979–1986 | Ausbildung zum Psychoanalytiker |
| 1984–1986 | Ausbildung in systemischer Familientherapie |
| 1986–1992 | Privatpraxis als Kinder- und Jugendpsychiater und Psychotherapeut |
| 1992–2012 | Gründungs-Chefarzt und Leiter des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes (KJPD) des Kantons Freiburg |
| 2008 | Master in Public Health (Masterarbeit: Kinder- und Jugendpsychiatrische Versorgung in der Schweiz – Istzustand und Perspektiven) |
| 2010 | Lehrbeauftragter für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Universität Freiburg
Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, SGKJPP (Vizepräsident seit 1999, Präsident von 2002–2005)
PréSuiFri (Association Prévention du Suicide dans le canton de FR; Präsident seit 2003) |





Workshop 1

Manualtherapie «hands on»

Dr. Mette H. Siegenthaler
 Dr. Tobias Gissler
 Dr. med. Stefanie Gissler

Was kann ein Praxispädiater bei einem akuten Tortikollis, einer akuten Hexenschuss/ISG-Symptomatik bei Kindern und Jugendlichen nebst medikamentöser Behandlung in der Praxis anbieten? Aufgrund des Erfolgs im letzten Jahr folgt eine Wiederholung für andere Interessierte. In diesem Workshop werden einige manualmedizinische/chiropraktische Untersuchungen und Behandlungstechniken (Mobilisation/Dehnen/Übungen) gezeigt, die in der Praxis angewandt werden können.

Workshop 2

«Null-Bock» auf Psychotherapie beim Jugendlichen – wer sonst wäre zu motivieren?**Wie könnte das gelingen?**

Dr. med. Romano Torriani
 Dr. med. Kurt von Siebenthal

Der Workshop behandelt eine der typischen und wohl zunehmenden familiären Krisen in der Phase der Autonomisierung von Jugendlichen. Nach einer kurzen theoretischen Einleitung zum Thema werden anhand von zwei Fallbeispielen die Möglichkeiten und Grenzen des Pädiaters gemeinsam erarbeitet. Die Symptomatik ist vielfältig und durch dominante Beziehungsmuster geprägt. Meist präsentiert sich eine komplexe Ausgangslage. Einzelne Familienmitglieder oder häufig auch Beteiligte im erweiterten Familiensystem erwarten dringend psychotherapeutische Massnahmen. Die Prüfung der Indikation zur Therapie ist der erste Schritt. Die anschliessende Motivationsarbeit im System bedeutet Beziehungsarbeit, geprägt durch Kreativität und Geduld. Erfolge sind nicht immer zu erwarten, sie ergeben sich aber mit grösserer Wahrscheinlichkeit in Berücksichtigung des Mottos: «chi va piano va sano».

Workshop 3

Suizidprävention konkret

Dr. med. Patrick Haemmerle
 Dr. med. Christian Knoll

Wie erkenne ich gefährdete Kinder und Jugendliche? Was sind meine Reaktionen? Wie kann ich intervenieren? Was ist hilfreich, was eher nicht? Anhand von Fallbeispielen – gerne auch von den Teilnehmenden! – werden die Einschätzung eines Suizidrisikos diskutiert und hilfreiche Interventionen (im Rollenspiel) geübt.



Workshop 4

Umgang mit magersüchtigen Mädchen im Praxisalltag

Dr. phil. Maria Teresa Diez Grieser
Dr. med. Bettina Zuppinger

In diesem Workshop soll der Umgang mit magersüchtigen Patientinnen sowohl aus pädiatrischer als auch aus psychologischer Sicht diskutiert werden. Es werden Einblicke in die diagnostischen Prozesse und in das innere Erleben der betroffenen Mädchen gegeben und Überlegungen zum Vorgehen vorgestellt. Ursachen und Entstehungszusammenhänge werden erläutert und an konkreten Beispielen besprochen.

Workshop 5

Praxisassistentenz in der Praxispädiatrie

Dr. med. Philipp Trefny
KD Dr. med. Sepp Holtz

Dieser Workshop richtet sich an alle Interessierte und Aktive im Bereich der pädiatrischen Weiterbildung in der Praxispädiatrie: aktive Lehrpraktiker und aktive Praxisassistenten, angehende Lehrpraktiker und angehende Assistenten. Der Workshop soll alle Facetten der Praxisassistentenz in der pädiatrischen Praxis beleuchten. Die Weiterbildungsordnung WBO sieht im Weiterbildungsprogramm vor, dass gegen Schluss des Teils «Praxispädiatrie» 2 x 6 Monate Praxisassistentenz angerechnet werden können. Die Liste der von der FMH anerkannten Weiterbildungsstätten in den pädiatrischen Praxen ist lang. Die Unterstützung für die Praxisassistentenz durch die Klinikdirektoren nimmt zu. Die Finanzierung ist inzwischen in der Schweiz recht gut geregelt. Der Workshop soll aufzeigen, welche Unterstützung man ideell und konkret durch die Strukturen der Weiterbildung, der Klinikdirektoren, der kantonalen und schweizerischen Finanzierungsmodelle und nicht zuletzt durch das Engagement der Lehrpraktiker erhält. Eine erfolgreiche Praxisassistentenz bereitet bestens auf die zukünftige Tätigkeit vor und kommt dem Lehrpraktiker auf vielen Ebenen zugute. Wir wollen eine Praxisassistentenz mit Zukunft und für die Zukunft.



Workshop 6

Feinfühligkeit im Umgang mit psychischen Problemen bei Adoleszenten.

Was sollen wir tun – was nicht?

Dr. med. Gregor Berger, Chefarzt Adoleszentenpsychiatrie, ipw Winterthur – Zürcher Unterland

Dr. med. Marleen Grosheintz

80 Prozent aller psychischen Erkrankungen beginnen in der Adoleszenz, jedoch nur 20 Prozent aller Betroffenen erhalten adäquate professionelle Hilfe. Die Früherkennung von Depressionen, Angststörungen, Suchterkrankungen, selbstverletzendem Verhalten und Suizidalität, Essstörungen, wie auch ADHS in der Kinderarztpraxis stellen eine grosse Herausforderung dar. Jugendliche sehen den Sinn von Beratungen in der Regel nicht ein und zeigen Widerstand, Hilfe anzunehmen. Sowohl Betroffene wie auch Bezugspersonen sind häufig überfordert. Anhand von Fallbeispielen diskutieren wir die Möglichkeiten und Grenzen im Umgang mit psychisch kranken Adoleszenten.

Workshop 7

Mobbing vom Kindergarten bis in die Adoleszenz

Prof. Dr. phil. Françoise D. Alsaker
Dr. phil. Stefan Valkanover

Mobbingopfer reden selten spontan über ihre Opfererlebnisse. Obwohl Mobbing nur selten sichtbare Spuren am Körper hinterlässt, produziert es sehr grossen Stress, der sich gelegentlich in etwas diffusen somatischen Beschwerden äussert. Ziel des Workshops ist es, 1) eine differenzierte Einführung in die verschiedenen Erscheinungsformen und die typischen Merkmale von Mobbing zu geben, sodass man es auch in der pädiatrischen Praxis leichter erkennen kann, 2) auf typische Folgen hinzuweisen und 3) Handlungsmöglichkeiten zu diskutieren.

Workshop 8

**«World of Warcraft» –
Medienkonsum und Mediensucht**

www.medienfalle.ch

Der Medienpädagoge Attila Gaspar vom Verein MedienFalle Basel führt durch diesen Workshop. Im ersten Teil gibt ein jugendlicher Experte mit grosser Spielerfahrung einen direkten Einblick in die Welt des Online-Rollenspiels «World of Warcraft», das auf Jugendliche grosse Faszination ausübt. In einem kurzen Referat bringt anschliessend Dipl.-Psych. Renanto Poespodihardjo, Leiter Zentrum für Verhaltenssuchte der Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel, verschiedene Aspekte der Ätiologie, Phänomenologie und Diagnostik des pathologischen Internetgebrauchs ein. In der darauf folgenden Diskussion werden die unterschiedlichen Erfahrungen der Teilnehmenden besprochen, praktische Hinweise für den Alltag gegeben und offene Fragen, gerade auch mit dem jugendlichen Experten, geklärt.

Workshop 9

**Ein Wunder!
Der lösungs- und ressourcenorientierte
Ansatz in der Arbeit mit
Jugendlichen**

Dr. med. Ursula Bühlmann-Stähli
Dr. med. Sabine Zehnder Schlapbach

Die Arbeit mit Jugendlichen stellt uns in der Praxis immer wieder vor grosse Herausforderungen. Kommt die Jugendliche freiwillig? Was sind ihre Lösungen und Ziele? Was wollen die Eltern? Wie begegne ich ihr als Pädiateur in der Praxis? Der lösungs- und ressourcenorientierte Ansatz nach de Shazer und Berg gibt viele praktische Ideen, wie wir mit Jugendlichen in der Praxis arbeiten können. Im Workshop wird der Ansatz vorgestellt und seine Wirksamkeit aus neurobiologischer Sicht erklärt. Anhand von Fallbeispielen werden verschiedene hilfreiche Fragetypen für das Interview gezeigt. Zudem werden einige Interventionen praktisch geübt (z.B. zum Thema Ressourcenarbeit).

Workshop 10

**«Rundherde» auf der Kinderhaut –
von der Atopie zur Akne**

Dr. med. Siegfried Borelli
Dr. med. Raffael Guggenheim

Bei Kindern und Jugendlichen finden wir immer wieder «Rundherde», die wir nicht immer genau zuordnen können. Ist es nun ein nummuläres Ekzem, ein Pilz oder eine Pytiriasis rosea? Anhand von viel Bildmaterial werden wir interaktiv und praxisorientiert das Thema angehen und neben der (Differenzial-) Diagnose auch aktuelle Vorschläge zur Therapie machen. In einem zweiten Teil werden wir auf Diagnose und Therapie der Akne beim Jugendlichen eingehen. Insbesondere werden auch Erfahrungen mit neueren Therapieformen (wie z.B. Epiduo etc.) besprochen. Die Teilnehmer sind dazu angehalten, vorgängig eigene Bilder einzusenden, die dann im Workshop vorgestellt und diskutiert werden können.

14 Programmübersicht MPAs

Erstmals wird an der Jahrestagung von Kinderärzte Schweiz ein Parallelprogramm für MPAs angeboten.

Ausverkauft

Vormittag

- 09.30–09.45 Eröffnung Jahrestagung
- 09.45–10.30 Hauptvortrag Dr. Patrick Haemmerle
- 10.30–10.45 Fragen zum Hauptvortrag
- 10.45–11.30 Pause, Besuch der Industrieausstellung
- 11.30–13.00 Workshop Medizinische Hypnose in der pädiatrischen Praxis
- 13.00–14.30 Flying Lunch, Besuch der Industrieausstellung

Nachmittag

- 14.30–16.00 Workshop Gastroenterologie für MPAs
anschliessend Abschlussbesprechung und Apéro

Die Tagungskosten für MPAs betragen CHF 90.–, inkl. Workshops, Pausenverpflegungen, Flying Lunch und Getränke. Die Teilnehmerzahl ist auf 40 Personen beschränkt (nach Anmeldeeingang). *Nach Erhalt Ihrer Anmeldung werden wir Ihnen eine Rechnung zustellen, die vor Beginn der Tagung zu bezahlen ist* (Bezahlung vor Ort oder mit Kreditkarte ist nicht möglich). Die Anmeldung ist verbindlich. Der einbezahlte Betrag kann nur in begründeten Ausnahmefällen zurückerstattet werden.

Workshops

Medizinische Hypnose in der pädiatrischen Praxis

Alle MPAs brauchen schon Hypnose in ihrem Alltag in der kinderärztlichen Praxis – nur wissen sie es nicht! Dieser Workshop sensibilisiert, wie wichtig der Gebrauch der Sprache ist – und die Haltung dahinter. Viele Videobeispiele aus den Bereichen Blutentnahme, Impfen etc. zeigen auf, wie diese Ideen umgesetzt werden können.

KD Dr. med. Sepp Holtz, Zürich

Gastroenterologie für MPAs

- Beratungen am Telefon was Ernährung angeht, vom Säuglingsalter bis zum jungen Erwachsenen, insbesondere aber im 1. Lebensjahr mit Berücksichtigung der neuen Richtlinien der Säuglingsernährung
- Beratungen bei Bauchschmerzen: Wann muss man handeln, wann müssen Patienten in die Praxis kommen?
- Chronische Verstopfung im Kindesalter, Unterschiede zum Erwachsenen

Dr. med. George Marx, Ostschweizer Kinderspital, leitender Arzt Gastroenterologie und Ernährung



Traktanden

Mitgliederversammlung Kinderärzte Schweiz

1. Genehmigung der Traktandenliste
2. Wahl der Stimmzähler
3. Protokoll der Mitgliederversammlung vom 8. September 2011
4. Mitgliederbewegungen
5. Jahresbericht der Co-Präsidenten
6. Rückblick Geschäftsjahr 2011/12
7. Jahresrechnung und Revisionsbericht
8. Anträge
9. Ziele Geschäftsjahr 12/13
10. Wahlen
11. Varia

Alle Anträge finden Sie hier:
www.kinderaerzteschweiz.ch

Anmeldung

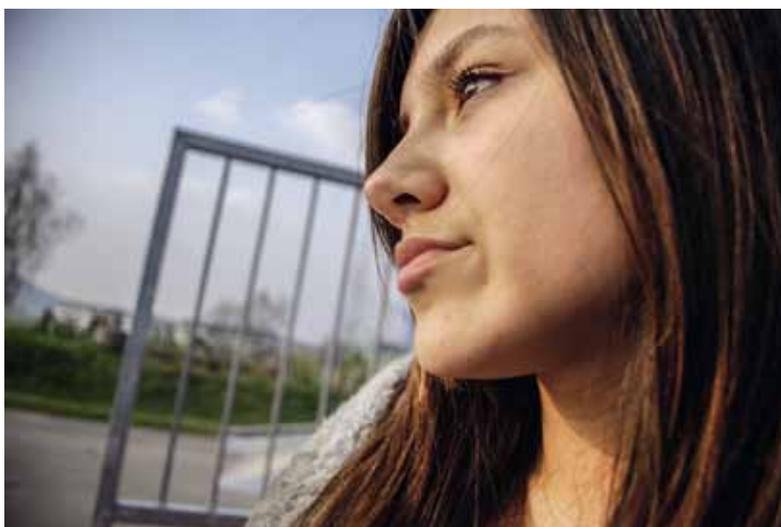
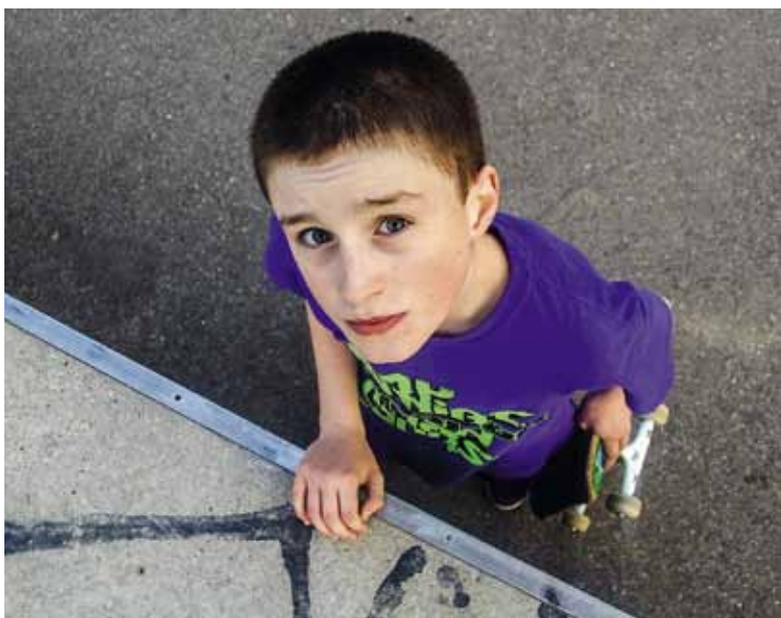
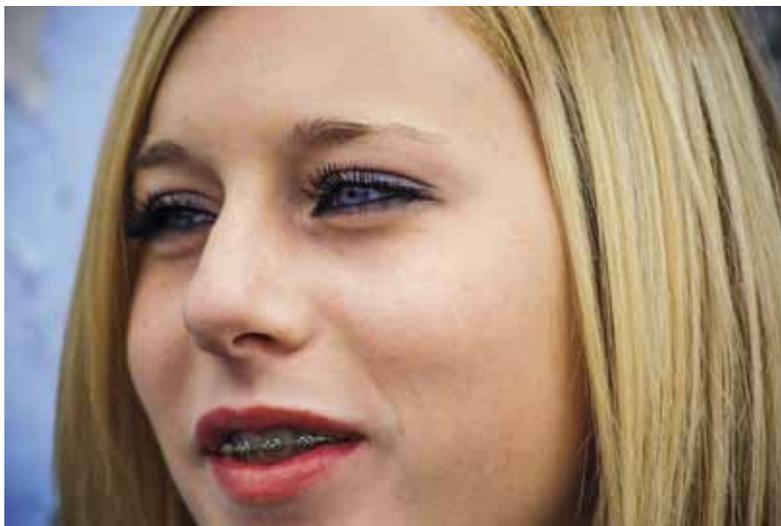
Bitte benützen Sie das beiliegende Anmeldeformular oder die Online-Anmeldung auf www.jahrestagung.ch
Anmeldeschluss ist der 31. August 2012.

Kosten

Für ordentliche und ausserordentliche Mitglieder von Kinderärzte Schweiz und der SVUPP betragen die Tagungskosten CHF 170.–, inkl. Referat, Workshops, Handouts, Pausenverpflegungen, Flying Lunch und Getränke. Für Nichtmitglieder betragen die Kosten CHF 200.–.

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 vor Ort oder mit Kreditkarte ist nicht möglich). Die Anmeldung ist verbindlich. Der einbezahlte Betrag kann nur in begründeten Ausnahmefällen zurückerstattet werden.



Jahresbericht 2011/2012

Kinderärzte Schweiz

Zwischen den jeweiligen Höhepunkten der Verbandsjahre liegt ein weniger spektakuläres Geschäftsjahr. Die Geschäftsstelle und viele Verbandsmitglieder leisten einen Grossteil ihres Einsatzes im Hintergrund. Allen sei hier ganz herzlich gedankt, allen voran Simon Hubacher und Corinne Morger an der zentralen Schaltstelle.

MANUELA HANY,
ROLF TEMPERLI,
CO-PRÄSIDIUM

Vielleicht hätte man den Namenswechsel unseres Verbandes vor einem Jahr auch unter «no risk, no fun» diskutieren können. Das Risiko hat sich gelohnt. Auch Leute ausserhalb der kleinen Welt der Pädiatrie wissen mit dem Namen etwas anzufangen, was sich in erster Linie durch vermehrte Anfragen von Seiten der Medien bemerkbar macht. Oft ist das eine grosse Herausforderung, weil schnelle Antworten gefragt sind, und manchmal auch etwas ärgerlich, weil die Artikel dann doch nicht gedruckt werden. Verhaltene Kritik wegen des neuen Namens gab es vor allem aus der Westschweiz, in der Paediatrica konnten wir unsere Beweggründe auch den Nichtmitgliedern in der Westschweiz darlegen. Einen Austritt aus Protest mussten wir entgegen nehmen, andererseits durften wir aber zahlreiche Neumitglieder begrüssen.

Kurse

Unter der Leitung von Heidi Zinggeler Fuhrer und Markus Bigler hat sich das Kurswesen weiterentwickelt und soll auch weiter ausgebaut werden. Die meisten Kurse sind innert Kürze ausgebucht, vereinzelt mussten aber auch Kurse verschoben oder abgesagt werden. An einem Treffen der Kursleiter wurden organisatorische und inhaltliche Fragen diskutiert mit der Schlussfolgerung, dass jede(r) Interessierte mit möglichst geringem Aufwand einen Kurs nach eigenen Vorstellungen auf die Beine stellen können sollte. Eure Vorschläge werden gerne entgegengenommen.

Politik

Die emotionale Schlacht um Managed Care ist geschlagen. Das Verdikt ist klar, wie es weitergehen wird weniger. Politiker und Berufsverbände müssen nach vorne blicken, die FMH ab Dezember mit einem neuen Präsidenten. Ärzte, die aus Protest aus dem einen oder anderen Verband ausgetreten sind verkennen, wie viel Arbeit die Berufsorganisationen auch in deren Interesse leisten. Dass sich Meinungen diametral entgegen ste-

hen können, darf bei der Heterogenität der jeweiligen Mitglieder nicht erstaunen.

Der Vorstand von Kinderärzte Schweiz steht in regelmässigem Kontakt mit den Vorständen der SGP und von Haus- und Kinderärzte Schweiz MFE. Der Verband der Grundversorger ist ein wichtiger Gesprächspartner in der Politik geworden. Auch pädiatrische Anliegen werden am wirkungsvollsten im und mit dem Verband der Kinder- und Hausärzte vertreten. Wissen, Geld und politische Kontakte sind vorhanden, sie müssen aber von den Pädiatern genutzt werden. Ganz von alleine passiert nichts. Dank der Initiative «Ja zur Hausarztmedizin» und dem immer offensichtlicher werdenden Mangel an Grundversorgern scheint nun etwas Bewegung in die Gesundheitspolitik gekommen zu sein (Masterplan von Bundesrat Berset). Ein spezieller Grundversorgertarif (Kapitel 40 in Tarmed) scheint nicht mehr unmöglich, die Analyseliste wird zugunsten der Ärzte revidiert, die Besuchsinkonvenienzpauschale in den Tarif integriert, immerhin mal nicht nur Verschlechterungen.

Heidi Zinggeler Fuhrer vertritt die Praxispädiatrie in den Qualitätsgremien von MFE und FMH, wir informieren regelmässig aus diesen Arbeitsgruppen.

Der frei gewordene Sitz in der Eidgenössischen Kommission für Kinder- und Jugendfragen wurde nicht an einen Pädiater sondern an einen Vertreter aus Konsum und Wirtschaft vergeben. Vielleicht klappt es bei der nächsten Vakanz.

Am ersten Grundversorger-Kongress Swiss Family Docs in Basel organisierte Kinderärzte Schweiz – damals noch als Forum Praxispädiatrie – ein Seminar und zwei Workshops zu pädiatrischen Themata (Dank an Katharina Wyss, Michael Hitzler, Carsten Peters, Andrea Duppenthaler, George Marx, Rolf Temperli), die bei den Kongressteilnehmern auf grosse Resonanz gestossen sind. Der Kontakt zu den Jungen Hausärzten JHaS wurde aufgebaut. Eine am Stand von Kinderärzte Schweiz durchgeführte Umfrage ergab, dass die Grundversorger

■ Der Vorstand 2011/2012



Manuela Hany



Rolf Temperli



Heidi Zinggeler Fuhrer



Carsten Peters



Jakob von Känel

ihr Wissen über diverse pädiatrische Themen verbessern möchten und dies für die Aufgabe der regionalen Pädiaterkollegen in der Praxis und im Spital halten. Für den Pädiater einmal mehr eindrücklich waren Grösse und Üppigkeit der Industrieausstellung. Ebenso klar ist, dass Kinderärzte Schweiz seine Fortbildungsveranstaltungen weiterhin in eigener Regie durchführen wird.

Auch am Kongress der SGP 2011 in Montreux fanden zwei Workshops unter der Ägide unseres Verbandes statt (Danke Corinne Véya). Die deutsche Version über Sprachentwicklung führte zu angeregten Diskussionen, die französische Variante weniger, weil sich die Beurteilung der Sprachentwicklung dies- und jenseits der Sprachgrenze erstaunlicherweise mehr unterscheiden, als wir uns das vorstellen konnten.

Die Weiterführung der Kantonalen Programme HPV wurde in aller Heimlichkeit beschlossen. Bis wenige Tage vor Ablauf des letzten Programms waren weder vom BAG noch von den Kantonen Informationen erhältlich. Die Meinung der Impfenden und der zu Impfenden interessiert die Behörden nicht. Wir haben Gesundheitsminister Alain Berset über den Missetand informiert.

Interna

Die Geschäfte des Vorstandes wurden weitgehend per Telefonkonferenz und Mail erledigt. Drei physische Sitzungen gehören zur Routine, eine davon ist die «Vorabendsitzung» vor der Jahrestagung. Dieses Treffen hat den Gedankenaustausch in einem grösseren Kreis von Interessierten zum Ziel. Dazu laden wir engagierte Mitglieder ein oder solche, die es noch werden und vielleicht einmal eine Aufgabe in unserem Berufsverband übernehmen könnten. Das Spektrum reicht von der Mitarbeit an zeitlich begrenzten Projekten über Lieferung von neuen Ideen bis zum Präsidium.

Neue Software und eine neue Teilzeitangestellte ermöglichen die interne Buchhaltung. Der Finanzbericht

wird anfangs Juli erstellt, das Ergebnis an der Mitgliederversammlung präsentiert. Der aktuell ausgedünnte Vorstand muss neu gewählt werden. Wie letztes Jahr angekündigt, wird Manuela Hany das Co-Präsidium nach vier Jahren abgeben. Erfreulicherweise gelingt es uns immer wieder, Mitglieder für grössere oder kleinere Aufgaben zu gewinnen. Und trotzdem: Es herrscht Personalmangel. Jedes Engagement ist willkommen.

Mit dem Relaunch unserer Website soll auch die Impfseite aktualisiert und neu gestaltet werden. Wäre das nicht eine Möglichkeit, sich ohne grosse zeitliche Verpflichtungen in eine Arbeitsgruppe einzubringen?

Kürzlich haben wir einen Antrag für das Label Forum Praxispädiatrie erhalten, welches den Schlaf von Dornröschen schläft (und auf den Prinzen wartet). Solange die Diskussionen um Qualität und Zulassungskriterien zu verschiedenen Leistungspositionen nicht abgeschlossen sind, bleibt es sinnvoll, die Idee eines selbstdefinierten Labels aufrechtzuerhalten. Die Labelträger werden über das weitere Vorgehen zu entscheiden haben.

Dank auch an Philipp Trefny, der uns in der Arbeitsgruppe Praxisassistenz der SGP vertritt.

An dieser Stelle werden wir nächstes Jahr den Dank an die neuen Mitglieder im Vorstand und in den Arbeitsgruppen aussprechen. Wer ist dabei?

Wir freuen uns, euch und viele medizinische Praxisassistentinnen an der Jahrestagung in Bern zu sehen. ■

AKTUELL



Pflanzenkraft

Bei akuter Bronchitis

Kaloba®

- Verstärkt die Virenabwehr¹
- Hemmt die Bakterienvermehrung²
- Sekretomotorisch³

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



Mit der Natur.
Für die Menschen.

Kaloba®
Pflanzliches Arzneimittel
Bei akuter Bronchitis

für alle Kranken-
kassen zugelassen

50 ml Lösung

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

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

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

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

CAVE: Hausarztlisten

Nach der massiven Ablehnung der MC-Vorlage durch das Stimmvolk werden die Hausarztlisten wieder an Bedeutung gewinnen. Je nach Sichtweise fällt die Beurteilung unter den Pädiatern sehr unterschiedlich aus.

DR. MED. ROLF
TEMPERLI, BERN

Grundsätzlich dienen Listen dem Kaiser oder anderen Autoritäten nach dem Prinzip «divide et impera». Auch bei den Hausarztlisten der Krankenkassen ist es nicht anders. Nach welchen Kriterien diese Listen geführt werden, bleibt das Geheimnis der jeweiligen Kasse. Der einzig sinnvolle Weg wäre, alle Grundversorger im Sinne des «gate keeping» automatisch auf die Listen zu nehmen. Soweit wollen die Kassen aber offenbar nicht gehen. Man kann sich fragen warum. Offenbar verfolgen sie andere Ziele als die Grundversorgung im Allgemeinen zu fördern. Dabei riskieren wir, gespalten zu werden in Listenärzte und Nichtlistenärzte.

Aktuell ist es so, dass sich wohl die meisten Grundversorger problemlos auf die Hausarztlisten setzen lassen können. Der Aufwand ist minimal und es müssen keine besonderen Bedingungen akzeptiert werden. Bis jetzt. Allerdings gilt es zu bedenken, dass die Krankenkassen die «gate keeper» in den Netzwerken für diese Arbeit entschädigen. Die Listenärzte machen diese Arbeit gratis.

Natürlich ist die Sicht der Patienten eine andere: Sie profitieren von einem Prämienrabatt, wenn ihr Arzt auf der Hausarztliste aufgeführt ist, weitere Konsequenzen hat dies vorerst nicht weder für den Patienten noch für den Arzt.

Entscheidend für unsere Sichtweise bleibt der Standpunkt. Unsere pädiatrisch-sozial-barmherzige Ader drängt uns dazu, alles für den Patienten zu tun und das undurchsichtige Spiel der Krankenkassen mitzuspielen. Im Moment schmerzt das niemanden. Aber: Würden wir als Listenärzte und zum Vorteil unserer Kunden auch zu einem günstigeren Tarif arbeiten? Zum Beispiel den Selbstbehalt übernehmen?

Klar, aus der politischen Warte gesehen sind alle undurchsichtigen Listen – nicht nur die der Krankenkassen – abzulehnen.

Als Kinderärzte Schweiz sollten wir darauf hinwirken, dass Kinder ihren Pädiater unabhängig von Listen und Versicherungsmodellen wählen können. Würden die Pädiater für dieses Ziel Widerstand gegen die bestehenden Hausarztlisten aufbauen wollen? ■

Prävention genitaler Mädchenbeschneidung

DR. MED. RENATE HÜRLIMANN, DÜBENDORF
LEITERIN KINDER- UND JUGENDGYNÄKOLOGIE
KINDERSPITAL ZÜRICH
STEINWIESSTRASSE 75
8032 ZÜRICH

In der Schweiz leben circa 12000 Frauen aus Ländern, in denen die weibliche Beschneidung praktiziert wird. Die meisten haben Töchter, die sie entweder im Heimatland oder in der Schweiz geboren haben oder gebären werden; die medizinischen und psychischen Konsequenzen der Beschneidung sind ihnen oft nicht bewusst. Meist ist ihnen auch nicht bekannt, dass in der Schweiz und teils auch in ihrem Ursprungsland die Beschneidung von Mädchen verboten ist. Erfahrungsgemäss leben diese Mütter resp. Eltern isoliert – oft sind es Asylsuchende. Auf Grund der sprachlichen Schwierigkeiten bestehen wenig Kontakte zu beratenden Institutionen.

Als Pädiaterinnen sind wir ab Geburt des Kindes, vor allem im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen, in häufigem Kontakt mit den Müttern und es entsteht ein Vertrauensverhältnis. Kinder- und Jugendmedizinerinnen spielen somit eine entscheidende Rolle in der Prävention der genitalen Mädchenbeschneidung.

Die Beschneidung wird in den Ursprungsländern meist in den ersten Lebensjahren durchgeführt, also zu einem Zeitpunkt, wo sich die Mädchen nicht wehren können.

2008 wurden im Kanton Zürich, meines Wissens erstmals in der Schweiz, Eltern verurteilt. Dieses somalische Ehepaar liess ihre Tochter im Alter von 2 Jahren in ihrer Wohnung beschneiden. Sie wurden zu 2 Jahren bedingter Freiheitsstrafe verurteilt; sie gaben an, nicht zu wissen, dass die Beschneidung in der Schweiz verboten ist.

Unicef Schweiz ist es zu verdanken, dass die weibliche Genitalbeschneidung neu ab 1.7.2012, auch wenn im Ausland durchgeführt, als schwere Körperverletzung geahndet wird: Der neue Gesetzesartikel verbietet jegliche Form der weiblichen Genitalbeschneidung (*Abbildung 1*) gleichermassen: Es wird auch nicht mehr unterschieden zwischen leichter und schwerer Körperverletzung. Zudem stellt er die Auslandtat explizit unter Strafe. Der Gesetzesartikel erlaubt somit die strafrechtliche Verfolgung von Personen, die ein in der Schweiz wohnhaftes Mäd-

chen im Ausland beschneiden lassen, selbst dann wenn die Tat in einem Land vorgenommen wird, wo die Beschneidung gesetzlich nicht verboten ist. Trotzdem muss davon ausgegangen werden, dass weiterhin Mädchen ins nahe Ausland für eine Beschneidung reisen oder dass professionelle Beschneider in die Schweiz kommen.

Die Information an die Eltern über diese Gesetzesregelung ist äusserst wichtig, um die Mädchen vor der Beschneidung zu schützen. Besteht Verdacht, dass ein Mädchen beschnitten werden könnte (zum Beispiel, wenn es für ein besonderes Fest oder Ritual ins Ausland reist), dann empfiehlt sich die Kontaktaufnahme mit einer Kinderschutzgruppe oder sogar Vormundschaftsbehörde.

Die Herkunftsländer der Familien weisen darauf hin, mit welchen Müttern resp. Eltern wir die Beschneidung ansprechen sollten. Es handelt sich um die Länder am Äquator (*Abbildung 2*). Auch in Ägypten, Malaysia und im Nordirak werden Mädchen beschnitten. Die Beschneidung ist eine kulturelle Tradition, die nicht an eine spezifische Religion gebunden ist, auch christliche Frauen sind beschnitten. Keine Religion weltweit schreibt eine Beschneidung der Frauen vor, was die Betroffenen nicht wissen. In vielen afrikanischen Ländern sind traditionell nur beschnittene Mädchen und Frauen verheiratbar. Auch bedeutet die Beschneidung in gewissen Kulturen ein Ritual resp. Initiation des Erwachsenen resp. Frauwerdens. Weiter gibt es Familien, welche ihre Töchter durch die Beschneidung vor schlechten Einflüssen der westlichen Welt schützen möchten, resp. deren Jungfräulichkeit bewahren wollen.

Nicht zu unterschätzen ist der Druck der in der Heimat lebenden Verwandten (v.a. Grossmütter), somit sind Mädchen, die in den Ferien in ihr Ursprungsland reisen besonders gefährdet.

Das Ansprechen soll sorgfältig vorbereitet und in einem ruhigen Umfeld mit genügend Zeit erfolgen. Sinnvoll ist es, das Gespräch im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung (z. B. mit Genitaluntersuchung) anzuschliessen. Die Genitaluntersuchung beinhaltet eine Inspektion des äusseren Genitales mit Erklären der Anatomie und Hygienemassnahmen und zeigt den Eltern auf, dass der Kinderärztin Veränderungen am Genitale nicht unbemerkt bleiben werden.

Eine Stigmatisierung selbst betroffener Mütter ist unbedingt zu vermeiden. Das Thema soll möglichst neutral angesprochen werden:

- «In Ihrem Heimatland werden Mädchen beschnitten, wissen Sie warum das so ist?»
- «Haben Sie sich Gedanken gemacht, ob das für Ihre Tochter auch in Frage kommt?»

■ Beschneidungstypen nach WHO

Typ I: Entfernung (auch teilweise) der Klitorisvorhaut und/oder Klitoris durch Exzision, Ausschaben oder Ausbrennen.

Typ II: Exzision von Klitorisvorhaut und/oder Klitoris zusammen mit inneren Schamlippen.

Typ III: (Sogenannte Infibulation): Entfernung von Klitoris und inneren und äusseren Schamlippen mit überdeckendem Verschluss, so dass nur Öffnung im Harnröhrenbereich.

Typ IV: Praktiken, die nicht I–III entsprechen, wie das Einstechen, Durchbohren, Kauterisation von Gewebe.



Abbildung 2



Abbildung 3

– «Wissen Sie Bescheid über die rechtliche Situation in der Schweiz, hat jemand mit Ihnen darüber gesprochen?»

Auf diesen Fragen kann ein konstruktives Präventionsgespräch aufgebaut werden. Dazu gibt es sehr gute Broschüren (Abbildung 3) von terres des femmes (www.terres-de-femmes.ch) in der Muttersprache (arabisch, amharisch, somali, tigrinya) betroffener Familien. Sehr gute Erfahrungen habe ich persönlich mit interkulturellen Vermittlerinnen/Dolmetscherinnen gemacht. Dabei ist darauf zu achten, dass diese Fachkompetenz aufweisen und vor dem Gespräch empfangen und eingeführt werden. Dieser Aufwand lohnt sich in jedem Fall und schafft auch sprachlich einen besseren Zugang zur Familie. Gibt es schon beschnittene Mädchen in der Familie, lohnt es sich nach Art der Beschneidung zu fragen und ob die Mädchen Beschwerden haben.

Typ I und II Beschneidungstypen sind die am häufigsten durchgeführten Praktiken und oft nicht auf den ersten Blick zu erkennen. Dazu braucht es entsprechende Erfahrung und die Untersuchung unter Lupenvergrößerung oder mit dem Kolposkop. Typ IV Beschneidung werden meist gar nicht erfasst, da sie keine oder nur geringfügige Veränderungen hinterlassen.

Nach Infibulationen kommt es gehäuft zu Miktionsproblemen und Harnwegsinfektionen oder auch zur Urinansammlung und Nachtröpfeln aus der Tasche unter den vernähten Labien und somit Hygieneproblemen. Mit der Menarche beginnen die Menstruationsprobleme: Stau des Menstruationsblutes in der Vagina resp. Uterus mit Dysmenorrhö. Die Menstruationen sind verlängert, denn das Blut fließt verzögert aus der kleinen Öffnung aus. Die Mädchen beklagen sich zudem über den unangenehmen Geruch der Menstruation. Mädchen resp. Jugendlichen mit Infibulation soll eine operative Eröffnung der Infibulation angeboten werden. Erstmals spüren und hören diese Mädchen in ihrem Leben dann den Miktionsstrahl, was ein besonderes Erlebnis und zudem irritierend ist. ■

LITERATURQUELLEN:

- www.terres-des-femmes.ch
- www.caritas.ch
- www.migesplus.ch
- www.sggg.ch (Guidelines der Schweiz. Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe)
- www.who.int
- Mädchenbeschneidung – konkrete Prävention in der Schweiz
F. Jäger und P. Hohlfield in Schweiz Med Forum 2009; 9 (26–27):473w

■ Kommentar zum Artikel Genitalbeschneidungen

Während die rechtliche Situation sowie die moralisch-ethische Grundhaltung bezüglich der Genitalbeschneidung bei Mädchen mindestens in der Schweiz klar zu sein scheint, ist das in andern Ländern nicht der Fall. Neu lanciert ist auch die Diskussion um die Genitalbeschneidung bei Knaben. Das Kölner Landgericht hat in einem verständlicherweise umstrittenen Entscheid das Recht auf körperliche Unversehrtheit eines Unmündigen höher bewertet als die

Religionsfreiheit. Der grüne Bundestagsabgeordnete und muslimische Integrationspolitiker Memet Kilic meinte dazu: «Diskussionen müssen sensibel geführt werden, auch scheinbar Unumstössliches hat sich schon geändert, aber die Politik wird wahrscheinlich keine Wege finden, die Frage für alle Seiten befriedigend zu lösen». Wir Kinderärzte sicher auch nicht. Den Diskussionen werden wir uns aber nicht entziehen können. *Dr. med. Rolf Temperli, Bern*



(QUELLE: INTERNET)

Das Bilderbuch als Stethoskop der Kindersprache

Kennen Sie das? Sie möchten gern, dass ein Kind in Ihrer Praxis bei der Entwicklungskontrolle etwas sagt, denn Sie müssen ja neben vielen andern Dingen auch seine Sprachkompetenz beurteilen. Aber das Kind schweigt. Und dann sagt auch noch seine Mutter, dass es bei Fremden nie spricht. Was tun Sie dann? Ein Buch anschauen – das könnte die Blockade lösen. Ja, aber richtig, damit es funktioniert. Und was ist richtig? Ich kann natürlich nicht garantieren, dass jedes Kind mit Ihnen spricht, wenn Sie mit ihm ein Buch anschauen, aber wenn Sie einige Punkte beachten, ist die Wahrscheinlichkeit gross.

Abwarten ist aber aktiv: Sie beobachten, wo das Kind hinschaut und Sie hören zu, was es sagt. Vor allem nach dem Umblättern ist das Abwarten wichtig. Diese kurze Pause gibt dem Kind Gelegenheit, selber etwas zum Bild zu sagen. Wenn Sie führen statt des Kindes, verliert es sehr schnell das Interesse und stösst das Buch beiseite oder geht weg. Lassen Sie, wenn möglich, das Kind selber umblättern. Haben Sie keine Angst davor, dass das Kind zu schnell weiterblättert. Irgendetwas wird seine Aufmerksamkeit erregen und dann wird es davon erzählen.

Fragen stellen, aber wie?

Viele Leute glauben, dem Kind Fragen zu stellen, rege die Unterhaltung an. Das Gegenteil ist der Fall. Fragen sind oft Unterhaltungsblocker. Ich habe die Erfahrung gemacht, dass es häufig anregender ist, kurze Bemerkungen zum Bild zu machen als Fragen zu stellen. Vor allem zu Beginn eines Bilderbuchs erzähle ich jeweils selber, was auf den ersten Seiten eines Buches zu sehen ist. Das nimmt die Verlegenheit und regt die Kinder ungemein zum Sprechen an. Es gibt eine Faustregel: Auf vier Bemerkungen vom Erwachsenen sollte etwa eine Frage kommen. Und wenn Sie abwarten, kann das häufig Fragen ersetzen. Aber wenn Sie Fragen stellen, fragen Sie nur etwas, wenn das Kind auch eine Antwort darauf geben kann. Das tönt banal, ist es aber nicht. Es gibt geeignetere Fragen und weniger geeignete, je nach Sprachentwicklungsstufe des Kindes. Um das Bildverständnis und das Zeigen des

SUSANNA ZÜLLIG,
WINTERTHUR
DIPL. LOGOPÄDIN /
LIC. PHIL. PSYCHOLOGIN

Setting beim Buchanschauen

Zunächst einmal sollten Sie darauf achten, so zu sitzen, dass ein direkter Kontakt zwischen Ihnen und dem Kind möglich ist, ohne dass das Kind den Kopf drehen muss. Begeben sie sich ins Blickfeld des Kindes oder jedenfalls auf seine Augenhöhe. Und dann ist es sehr wichtig, dass Sie sehen, wo das Kind hinsieht oder hinzeigt. So können Sie eine gemeinsame Aufmerksamkeit herstellen. In dem Moment, in dem Sie beide auf dasselbe gerichtet sind, kann ein sprachlicher Austausch entstehen. Das hilfreichste Setting ist, wenn sie beide schräg übers Eck eines Tisches sitzen.

Grundhaltung beim Buchanschauen

Und dann nehmen Sie sich Zeit und lassen Sie sich auf die Geschichte ein. Ein Bilderbuch bringt quasi die Welt ins Zimmer. Wenn es Ihnen gelingt, einen gemeinsamen Fokus herzustellen, ist die Wahrscheinlichkeit gross, dass das Kind zeigt, wie es sprechen kann. Diesen gemeinsamen Fokus stellen Sie am besten her, wenn Sie wie mit einer Taschenlampe dem Blick des Kindes folgen und davon erzählen, wohin das Kind schaut. Es soll ein Dreieck entstehen: Ich – Du – Sache.

Das Kind führt

Oberstes Gebot beim Buchanschauen sollte sein, dass das Kind sich dem zuwendet, was es interessiert. Sie als Erwachsener können sich das auf zweierlei Arten vor Augen führen: «Das Kind führt» oder «ich warte ab». Dieses



"Nun sag doch etwas zur lieben Sprachtante, Schatz! - Oder was willst Du?" --- "heim...!"

Kindes anzuregen, ist die Frage «Wo ist?» günstig. «Was ist das?» kann man bei Kindern fragen, die erste Wörter sprechen. «Was macht?» regt zu einem einfachen Satz an. Und «Warum?»-Fragen rufen nach Nebensätzen.

Sprache dem Entwicklungsstand des Kindes anpassen

Egal ob Sie fragen oder etwas erzählen, passen Sie Ihre Sprache dem Entwicklungsstand des Kindes an. Aber wie können Sie den Sprachstand eines Kindes erkennen? Indem Sie das Kind imitieren und so eine Art Echo des Kindes sind. Durch dieses Imitieren merken Sie deutlich, wie das Kind spricht, und Sie können Ihre Sprache anpassen. Sie sollten dem Kind mit der eigenen Sprache ein kleines Stück voraus sein und die kindlichen Äusserungen um eine oder zwei Informationen erweitern.

Sprachhemmende Verhaltensweisen

Wollen Sie ein Kind zum Schweigen bringen? Dann fordern Sie es zum Sprechen auf, fragen Sie es aus oder korrigieren Sie es im spontanen Reden. Dann können Sie sicher sein, dass es über kurz oder lang nichts mehr sagt.

Das richtige Buch

Aber klar, Sie wollen ja das Gegenteil, eben dass es spricht. Neben dem Setting und Ihrer Haltung ist es auch wichtig, ein Buch zu finden, das zum Sprechen anregt. In der Praxis eignen sich Bücher mit einem klaren Bezug zum Alltag der Kinder sehr. Ich verwende oft Bücher aus dem Ravensburger Verlag; bei den etwa Dreijährigen: «Mein rotes Bobby Car» und bei den Vierjährigen: «Heute ist mein Geburtstag». Diese Bücher sind kartoniert und haben sehr ansprechende, realitätsnahe Bilder.

Wer schaut das Buch mit wem an?

Wenn ein Kind sehr ängstlich ist, bitte ich manchmal die Mutter, ein Buch mit ihrem Kind anzuschauen. Das entspannt die Situation und gibt dem Kind die nötige Sicherheit. Es ist aber dann oft so, dass ich wenig Informationen über die Sprache des Kindes erhalte, eben weil die Mütter unter Bilderbuchanschauen nicht dasselbe verstehen wie ich.

Bei all den technischen Erwägungen sollten Sie nie vergessen: Das Interesse aneinander und das Interesse an der Sache lassen uns miteinander reden! ■

Empfehlungen zur Diagnostik der Zöliakie durch ESPGHAN 2012

DR. MED., GEORGE MARX,
PÄDIATRISCHE
GASTROENTEROLOGIE,
OSTSCHWEIZER KINDER-
SPITAL, ST. GALLEN

Im Frühjahr dieses Jahres (2012) hat die Arbeitsgruppe für Zöliakie-Erkrankungen der ESPGHAN neue Richtlinien für die Diagnose der Zöliakie publiziert [1]. Einer der wichtigsten Punkte und vor allem für die Praxispädiater von Relevanz sind die diagnostischen Kriterien, welche erfüllt sein müssen, um auf eine Biopsie zu verzichten. Bis zum jetzigen Zeitpunkt galt die Biopsie immer als Gold Standard der Diagnose und war jeweils Bedingung, um die Diagnose der Zöliakie definitiv stellen zu können.

Aufgrund der verbesserten serologischen Parameter kann man ab sofort bei symptomatischen Patienten mit folgenden diagnostischen Kriterien auf eine Biopsie verzichten:

1. Klinische Symptome suggestiv für das Vorliegen einer Zöliakie und
2. Alter über 2 Jahre und
3. Anti-Transglutaminase IgA Antikörper >10 Mal der oberen Norm und
4. Anti-Endomysium Antikörper IgA positiv und
5. HLA-DQ2/DQ8 positiv

Falls alle der oben genannten Bedingungen erfüllt sind, und man auf eine Biopsie verzichtet, sollte man trotzdem in jedem Fall mit einem pädiatrischen Gastroenterologen Kontakt aufnehmen, um das Prozedere zu besprechen.

Bei allen anderen Fällen von Zöliakie-Verdacht, insbesondere aber auch bei Kindern unter 2 Jahren, bei Patienten mit einer immunsuppressiven Therapie oder bei Patienten mit einer glutenreduzierten Ernährung können die oben genannten Kriterien nicht verwendet werden. Eine Dünndarmzottenbiopsie zur Diagnosesicherung wird dann nach wie vor notwendig sein.

Die primären diagnostischen Mittel bei V.a Zöliakie oder zum Ausschluss einer Zöliakie bleiben nach wie vor die Anti-Transglutaminase IgA zusammen mit dem Gesamt IgA Titer. Bei Kindern unter 2 Jahren empfiehlt sich zusätzlich die Bestimmung der Anti-Gliadin IgG und der Anti-Gliadin IgA.

Die Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung (SGPGE) und die IV haben diese Empfehlungen der ESPGHAN übernommen. ■

LITERATUR

- [1] Guidelines for the Diagnosis of Coeliac Disease. S. Husby, S. Koletzko, I.R. Korponay-Szabo, M.L. Mearin, A. Phillips, R. Shamir, R. Troncone, K. Giersiepen, D. Branski, C. Catassi, M. Lelgeman, J.P. Maki, C. Ribes-Koninckx, A. Ventura, and K.P. Zimmer, for the ESPGHAN Working Group on Coeliac Disease Diagnosis, on behalf of the ESPGHAN Gastroenterology Committee European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. JPGN 2012; 54: 136–160.

Traudel Saurenmann neue Chefärztin der Kinderklinik des Kantonsspitals Winterthur

DR. MED. MANUELA HANY,
WINTERTHUR

Im Namen des Berufsverbandes Kinderärzte Schweiz möchte ich Frau PD Dr. Traudel Saurenmann als neue Chefärztin der Kinderklinik des Kantonsspitals Winterthur ganz herzlich begrüßen! Sie wird ihr Amt am 1.10.2012 antreten.

Traudel repräsentiert für mich die neue «moderne» Frau: 50-jährig, zielstrebig, Ehefrau und Mutter dreier erwachsener Söhne und willens, sich 100 Prozent für die Arbeit einzusetzen. Ihr Curriculum ist lang, sie hat sich dem Thema Rheumatologie – auch im Ausland – intensiv gewidmet und hat auf diesem Gebiet 2008 in Zürich, wo sie auch seit 2004 leitende Ärztin ist, habilitiert. Gelebt hat sie schon immer in Winterthur, nun kehrt sie auch arbeitsmässig in ihre Heimat zurück.

Im Zentrum ihrer zukünftigen Arbeit sieht sie den Patienten. Als ein Schwerpunkt gilt ihr das Vernetzen, das Verbessern von Abläufen (zum Beispiel den pädiatrischen Notfall), aber auch die Rolle als Ausbildungsnetzwerk für verschiedene Gesundheitsberufe wahrzunehmen. Wenn die Zeit reicht, würde sie sich über praxisnahe, klinische Forschung freuen...

Nachfolgend finden unsere Mitglieder einen praxisorientierten, spannenden Artikel von Frau PD Dr. Traudel Saurenmann. Vielleicht gelingt es uns, Traudel für einen Kurs von Kinderärzte Schweiz zum Thema Rheumatologie zu gewinnen!

Guete Start, Traudel!

Damit sitzen richtig
Spass macht!



PERENTEROL[®] wirkt gegen Diarrhö

Saccharomyces boulardii

- Zur Behandlung und Vorbeugung^{3,4,5}
- Kann mit Antibiotika assoziiert werden

- Auch in Granulatform, ideal für Kinder
- Gleiche Dosierung für Kinder und Säuglinge



Kassenzulässig*

Perenterol[®] Z: *Saccharomyces boulardii*. **I:** Diarrhö, auch prophylaktisch bei Antibiotikatherapie oder infolge Sondenernährung. **D:** Vor dem Essen; Erwachsene, Kinder: 1 Tag (evtl. länger) 2x tgl. 250 mg, dann 1x tgl. 250 mg; Antibiotikatherapie: bis 1 g/Tag; infolge Sondenernährung: bis 2 g/Tag. **KI:** Immundefizienz, Zentralvenenkatheter. **VM:** Für ausreichende Rehydratation sorgen; Kapseln bzw. Beutel nicht in unmittelbarer Nähe von Patienten mit Zentralvenenkatheter öffnen; darf nicht mit zu heisser, eiskalten oder alkoholhaltiger Flüssigkeit oder Speise gemischt werden. **UW:** selten Blähungen. **IA:** Wirkstoff *Saccharomyces boulardii* ist empfindlich auf Antimikotika; kann möglicherweise falsch-positive Befunde bei mikrobiologischen Stuhluntersuchen verursachen. Schwangerschaft: Es gibt keine Hinweise auf Risiko für Fötus oder Kind. **P:** Perenterol[®] 250 Piv 6tl 10* lfm., 20, 10 x 20; Kaps 6, 10* lfm., 20, 10 x 20 (D). Ausführliche Angaben entnehmen Sie bitte dem Arzneimittelkompendium der Schweiz. *Kassenzulässig (L) für Erwachsene und Kinder.

Referenzen: 1. Guarino A, et al. European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition/European Society for Paediatric Infectious Diseases evidence-based guidelines for the management of acute gastroenteritis in children in Europe. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2008 May;46(Suppl 2):S11-S122. 2. NICE guidelines. Diarrhoe and vomiting diagnosis, assessment and management in children younger than 5 years caused by gastroenteritis. 2009 (<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11846/43817.pdf>). 3. Szajewska H, et al. *Saccharomyces boulardii* for treating acute gastroenteritis in children: updated meta-analysis of randomized controlled trials. Aliment Pharmacol Ther. 2009 Nov 1;30(9):960-1. 4. Billou AG, et al. Role of a probiotic (*Saccharomyces boulardii*) in management and prevention of diarrhoea. World J Gastroenterol. 2006 Jul 28;12(28):4557-60. 5. Szajewska H, et al. Meta-analysis: nonpathogenic yeast *Saccharomyces boulardii* in the prevention of antibiotic-associated diarrhoea. Aliment Pharmacol Ther. 2005 Sep 1;22(5):365-72.

Zambon
ZAMBON SCHWEIZ AG

Das hinkende Kind – Differenzialdiagnose von Symptomen des Bewegungsapparates

Symptome des Bewegungsapparates gehören zu den häufigsten Konsultationsgründen in der pädiatrischen Praxis [1, 2]. Gleichzeitig gehört aber die systematische Untersuchung des Bewegungsapparates vielerorts nicht zur Grundausbildung der pädiatrischen Assistenzärzte – in der Krankengeschichte wird eine solche Untersuchung praktisch nie dokumentiert [3]. Viele Pädiater fühlen sich deshalb unsicher, wenn sie mit einer Fragestellung aus dem Bereich des Bewegungsapparates konfrontiert werden.

PD DR. TRAUDEL
SAURENMANN, ZÜRICH

Anamnese

Lokalisation des Schmerzes

Ältere und vor allem verbal ausdrucksfähige Kinder können ihren Schmerz so gut beschreiben oder zeigen, dass die Lokalisation kein Problem ist. Je jünger das Kind und je unreifer seine Ausdrucksfähigkeit und seine Körperwahrnehmung sind, desto schwieriger kann es aber sein, die genaue schmerzhafte Stelle zu finden. Umso wichtiger sind in solchen Fällen die Beobachtungen der Betreuungspersonen:

- In welchen Situationen hat das Kind Schmerzen?
- Werden die Schmerzen durch Manipulationen oder Bewegungen ausgelöst?
- Was hilft, die Schmerzen zu beruhigen oder zu vermeiden?
- Hat sich der Gebrauch von Gliedmassen eingeschränkt oder verändert? (Hinken, Krabbeln, Gebrauch der Hände).

Zeitlicher Verlauf der Schmerzen

Anamnestische Angaben über den Verlauf und auch den Tagesverlauf der Schmerzen können differenzialdiagnostisch hilfreich sein:

- Akuter oder schleichender Beginn?
- Schmerzen im Verlauf zunehmend oder stagnierend?
- Wie sind die Schmerzen im Verlauf des Tages? Sind sie am Morgen oder nach einer längeren Ruheperiode (Mittagsschlaf) besser oder schlechter? *Eine morgendliche Steifigkeit oder Schmerzphase deutet auf eine entzündliche Genese der Schmerzen; mechanisch ausgelöste Schmerzen bessern sich während Ruheperioden.*
- Kann das Kind nachts schlafen oder wird es durch die Schmerzen geweckt? *Ein gestörter Nachtschlaf kann als Mass für die Beeinträchtigung des Kindes gewertet werden. Ausschliesslich nächtliches Auftreten der Schmerzen andererseits ist ein wichtiger differenzialdiagnostischer Hinweis (Osteoid Osteom, «Wachstumsschmerzen»).*

Funktionelle Einbussen im Zusammenhang mit den Schmerzen geben einen Anhaltspunkt für die Beeinträchtigung des Kindes im Alltag:

- Ist die Selbständigkeit des Kindes beeinträchtigt? (Aufstehen aus dem Bett, Anziehen, Körperhygiene, Einnahme von Mahlzeiten, Schulweg.)
- Kann es beim Schulunterricht normal mitmachen? Haben sich die Schulleistungen verändert?
- Muss es auf Tätigkeiten verzichten, die ihm wichtig sind?
- Ist der Nachtschlaf gestört?
- Wie ist die allgemeine Leistungsfähigkeit, Konzentration, Ermüdbarkeit?
- Wie ist der Appetit? Gewichtsverlust?

Die Untersuchung des Bewegungsapparates

Zunächst eine Bemerkung vorab: Gewöhnen Sie sich an, den Bewegungsapparat bei jeder Untersuchung eines Kindes mit zu untersuchen! Ähnlich wie bei anderen Untersuchungstechniken wie z. B. der Auskultation, Abdomenpalpation usw., können Sie sich nur so die notwendige Erfahrung darüber aneignen, welche Befunde häufig und normal sind und welche nicht. Eine gute und schnelle Übersicht über den Bewegungsapparat verschafft man sich mit einer normierten Kurzuntersuchung, z. B. dem pGALS, die etwa ab dem 5. Lebensjahr durchgeführt werden kann [4]. Eine solche Untersuchung dauert nicht länger als 1–2 Minuten und ist zudem ein guter Einstieg in die körperliche Untersuchung. Die Anleitung zur Durchführung des pGALS inklusive Video-Instruktion kann auf der Webseite der britischen arthritis research campaign gratis heruntergeladen werden: <http://www.arthritisresearchuk.org/shop/products/publications/information-for-medical-professionals/electronic-media/dvd-pgals.aspx>.

Die körperliche Untersuchung kann je nach Alter sehr einfach bis fast unmöglich sein. Bei schwierig zu untersuchenden Kindern kann auch die Beobachtung beim Spielen sehr nützlich sein und manchmal mehr Hinwei-



Ein 15-jähriger fanatischer Fussballer mit anhaltenden Schmerzen und intermittierender Schwellung seit 3 Wochen im rechten Fuss: Es findet sich eine Fraktur des Metatarsale 3 mit bereits vorhandener Callusbildung.



Ein 14-jähriges Mädchen mit belastungsabhängigen Knieschmerzen und -schwellungen: Osteochondrose (Osteochondritis dissecans) am medialen Femurcondylus.

se geben als eine körperliche Untersuchung an einem schreienden und sich wehrenden Kind. Allenfalls können die Eltern angeleitet werden, ihr Kind zu bestimmten Bewegungen oder Handlungen zu animieren, damit eine bessere Beurteilung möglich wird.

Prinzipiell soll immer der gesamte Bewegungsapparat untersucht werden und nicht nur die schmerzende Stelle. Zumindest ein cursorischer allgemeinpädiatrischer Status darf natürlich auch nicht fehlen!

Das Kind soll sich für die Untersuchung, wenn möglich bis auf die Unterwäsche ausziehen. Die Beobachtung des An- und Ausziehens liefert übrigens häufig nützliche zusätzliche Informationen über funktionelle Einschränkungen, den Entwicklungsstand und die Selbständigkeit des Kindes! Die Erfahrung zeigt, dass die Durchführung einer Kurzuntersuchung wie oben erwähnt ein guter Einstieg ist in die körperliche Untersuchung eines Kindes. Es gibt die Gelegenheit zur Interaktion zwischen Untersucher und Kind auf spielerische Art («Turnübungen»), ohne dass sofort körperliche Berührungen stattfinden. Kleinkinder vor dem Kindergartenalter sind aber von den Bewegungsübungen meistens überfordert, sie sollten deshalb lieber auf dem Schoß der Eltern untersucht werden. Gerade bei kleinen Kindern empfiehlt es sich übrigens besonders, mit der Untersuchung immer an der am wenigsten schmerzen-

den Stelle zu beginnen, vorzugsweise möglichst distal an Fingern oder Zehen, um dem Kind Zeit zu geben, sich an die Berührungen und die Nähe der Untersucherin zu gewöhnen.

Das Hinken

Hinken, also ein (neu aufgetretener) asymmetrischer Bewegungsablauf beim Gehen, ist Ausdruck einer Funktionseinbusse und damit ein wichtiger Hinweis für eine somatische Ursache von Beschwerden.

Zunächst beobachten Sie das Kind beim Gehen und versuchen dabei, die anatomische Lokalisation der Schmerzen näher einzugrenzen. Hinweise geben die Art des Hinkens respektive der Ausweichbewegungen:

- Wie wird der Fuss abgerollt? *Schmerzen beim Abrollen führen zu einer Rotation des Fusses nach aussen, wodurch ein Gang ohne Bewegungen im Sprunggelenk, Mittelfuss und Vorfuss möglich wird.*
- Werden die Kniegelenke vollständig gestreckt beim Gehen respektive kann das Kind normal in die Hocke gehen/kauern? *Schmerzen in den Kniegelenken führen zu einem Gang mit leicht flektierten Knie- und Hüftgelenken, die Hock- oder Kauerstellung mit maximal flektierten Knien wird vermieden, stattdessen setzt sich das Kind auf den Boden oder spreizt beim Kauern das schmerzhaftes Bein seitlich ab.*
- Auf welche Seite neigt sich der Oberkörper beim hinkenden Kind? *Um die Gewichtsbelastung beim Gehen möglichst kurz und gering zu halten, wird der Oberkörper normalerweise vom schmerzhaften Bein wegbewegt. Nur bei Beschwerden im Hüftgelenk bewegt sich der Oberkörper über das schmerzhaftes Bein, da aufgrund der Konfiguration des Hüftgelenkes so der Hebelarm und damit die Gewichtsbelastung verringert werden.*
- Kann das Kind beschwerdefrei Sitzen? Hat es Schmerzen beim Husten, Niesen, Lachen oder beim Hochheben des Gesässes (Windelwechsel)? *Schmerzen ausgehend von der Wirbelsäule sind sehr schwierig zu fassen. Häufig findet man einen diffus schmerzreduzierten Allgemeinzustand, z. T. mit Geh- und Stehverweigerung, aber ohne fassbaren Schmerzpunkt an den Extremitäten. Eine gezielte Untersuchung der Wirbelsäule und gezielte anamnestische Fragen können in solchen Fällen weiterhelfen.*

Danach folgt eine detailliertere Untersuchung der schmerzhaften Region:

- Finden sich sekundäre Veränderungen wie Hautverfärbungen, Ausschläge, Schwellung, Überwärmung, Muskelatrophie, lokale Lymphknotenschwellungen?
- Geht der Schmerz vom Gelenk aus oder vom Knochen oder der Muskulatur? *Eine Arthritis ist gekennzeichnet durch eine Schwellung des Gelenks mit*

28

oder ohne Gelenkserguss, eine Druckdolenz der Gelenkkapsel (über dem Gelenkspalt testen!) und eine schmerzhafte Bewegungseinschränkung, welche bei maximaler Bewegung, d.h. der sogenannten Endphase der Bewegung (Dehnung der Gelenkkapsel) am deutlichsten ist. Bei muskulären Schmerzen findet sich ein Druck- oder Kompressionsschmerz der Muskulatur, meistens auch eine schmerzhafter Muskelschwäche. Ein Achsenstoss-Schmerz weist auf einen ossären Ursprung der Schmerzen hin.

- Was bewirken aktive und passive Bewegungen? Sind Bewegungsumfang, Stabilität und Funktionen erhalten oder eingeschränkt?

Differenzialdiagnose von Schmerzen des Bewegungsapparates im Kindesalter

Trauma

Traumata aller Art, wie Frakturen, Distorsionen, Luxationen und Weichteilverletzungen, sind die Ursache für fast die Hälfte aller Konsultationen wegen Schmerzen des Bewegungsapparates bei Kindern und Jugendlichen [3]. In den meisten Fällen werden das Kind selbst oder seine Begleitpersonen bereits eine Ursache respektive Erklärung für die Schmerzen liefern, und die Diagnose stellt keine wesentlichen Probleme. In einzelnen Fällen kann aber die Anamnese irreführend sein, indem z.B. kein Trauma erinnerlich ist (Fremdkörper, Ermüdungsfrakturen) oder fälschlicherweise ein zeitlich assoziiertes Bagatell-Trauma für den auslösenden Faktor gehalten wird. In diesen Fällen ist es die ärztliche Kunst zu entscheiden, ob Schmerzen und gefundene Pathologie mit dem geschilderten Unfallhergang hinreichend erklärt sind.

Infektionen

Eine wichtige und dringliche Differenzialdiagnose sind die Infektionen. Neben den offensichtlichen Situationen mit lokalen, meist von einer Hautverletzung ausgehenden Infektionen, sind insbesondere die septische Arthritis und die Osteomyelitis wichtige und dringliche Differenzialdiagnosen. Obwohl als Regel gilt, dass eine septische Arthritis umso wahrscheinlicher ist, je jünger das Kind ist, kommen beide bakterielle Infektionen in jedem Alter vor und müssen differenzialdiagnostisch erwogen werden. Fremdkörper können per se oder durch eine durch sie hervorgerufene Entzündung mit oder ohne Infektion zu Schmerzen führen. Auch hier kann die Anamnese entscheidend sein, um die Möglichkeit eines Fremdkörpers zu erwägen. Neben den lokalen Manifestationen sind natürlich auch systemische Infektzeichen wie Fieber, reduzierter Allgemeinzustand und erhöhte Entzündungsparameter wichtige differenzialdiagnostische Hinweise. Abhängig von der Virulenz



Ein 5-jähriger Knabe wird von der Mutter zur Untersuchung gebracht wegen intermittierendem Hinken, welches vor allem bei längerem Gehen (Wanderungen) beobachtet wird.

des Erregers kommen aber auch immer wieder Fälle vor mit tage- bis wochenlangem Verlauf und ausgesprochen wenig systemischen Infektzeichen.

Spezialformen von bakteriellen Infekten sind die Lymeborreliose und die Tuberkulose, welche beide zu verschiedenen Skelettmanifestationen führen können. Die Borrelien werden von Zecken übertragen, welche bis zu einer Höhe von 1000 m über Meer in Mitteleuropa ubiquitär vorkommen. Ein Zeckenbiss und/oder Erythema chronicum migrans ist nur in etwa 50% der Fälle erinnerlich. Bei typischer Klinik – rezidivierende Arthritis in einem oder mehreren grossen Gelenken – wird die Diagnose durch den Nachweis hochspezifischer Antikörper gegen Hüllenproteine des Bakteriums (Western- oder Immunoblot) gestellt. Eine aktive Tuberkulose kann zu einer parainfektiosen Reaktion mit Arthralgien und sogar Polyarthrit führen. Sekundäre Tuberkulose-Manifestationen wie tuberkulöse Arthritis und Spondylitis sind bei immunkompetenten Kindern rar.

Sehr häufig hingegen sind parainfektios auftretende, transiente Entzündungsreaktionen am Bewegungsapparat, wie Arthralgien, Arthritiden und Myositiden, manchmal auch Vaskulitiden, welche unabhängig von der Art des Erregers im Rahmen der immunologischen Reaktion auftreten können und normalerweise kurzdauernd und selbstlimitierend verlaufen.

Neoplasien

Neoplasien können lokalisierte (Osteosarkom und Ewing Sarkom, Weichteilsarkom, benigne Knochenzysten, Osteoid Osteom, kartilaginäre Exostosen/Osteochondrome) oder diffuse skelettale Beschwerden verursachen,

sei es durch Metastasen (z. B. Neuroblastom), primär diffusen Knochenbefall (z. B. Histiozytose) oder Zellhyperplasie im Markraum (Leukämie, Neuroblastom). Gerade die Leukämien gehören deshalb zur wichtigen Differenzialdiagnose bei muskuloskelettalen Beschwerden im Kindesalter. Typischerweise indolent ist das häufig als Malignom verdächtige, aber benigne und selbstlimitierende Granuloma anulare, ein sehr derber, subkutan oder kutan gelegener Knoten, der sich beim Wachstum zentral abheilend in einen Ring wandelt und histologisch ähnlich einem Rheumaknoten aus Riesenzellen besteht.

Entzündlich-rheumatische Krankheiten

Die juvenile idiopathische Arthritis (JIA) ist die häufigste rheumatische Erkrankung im Kindesalter, etwa 1–2 von 1000 Kinder sind davon betroffen. Anders als oft vermutet liegt der Erkrankungsgipfel im Kleinkindesalter (1–4 Jahre). Es gibt keine Laboruntersuchung, mit der die JIA diagnostiziert oder ausgeschlossen werden kann. Auch systemische Entzündungszeichen sind nicht immer vorhanden! Subjektive Schmerzen allein sind aber nicht typisch für die JIA (ja, Schmerzen können sogar fehlen), sondern Bewegungseinschränkung und/oder Schwellung der Gelenke. Auch die juvenile Dermatomyositis und der juvenile systemische Lupus erythematodes manifestieren sich sehr häufig mit Gelenk- und Muskelschmerzen. Desgleichen auch die Vaskulitiden, ob spezifisch wie die Purpura Schönlein Hennoch oder das Kawasaki-Syndrom oder die unspezifischen parainfektiösen Vaskulitiden, sie präsentieren sich häufig mit Gelenk- und Gliederschmerzen, oft verbunden mit Schwellungen.

Mechanisch-orthopädische Störungen

Verschiedenste anatomische Varianten, wie z. B. ein Scheibenmeniskus, tarsale Koalitionen, und ossäre Entwicklungsstörungen wie Osteonekrosen, die Osteochondritis dissecans und Apophysitiden können zu Beschwerden des Bewegungsapparates führen und manifestieren sich in unterschiedlichen Altersabschnitten. Etwa ab dem Schulalter gehören auch mechanische Überlastungs-Syndrome, klassisch z. B. das anterior knee pain Syndrom bei jungen Mädchen, zu den häufigsten Ursachen für Schmerzen im Bewegungsapparat [3].

Seltener Ursachen

- Neurogene Schmerzen des Bewegungsapparates sind selten. Mögliche Ursachen sind Nervenkompression (z. B. Carpaltunnelsyndrom, Diskushernie, Spondylolisthesis) oder Neuritiden (z. B. parainfektiös, kindliche Periarthritis nodosa).
- Hämatologische Störungen mit häufigen muskuloskelettalen Beschwerden sind in erster Linie die Hämophilien sowie die Sichelzellanämie. Aber auch die Thalassämie kann eine schmerzhafte Arthropathie hervorrufen. Andere angeborene Störungen mit



Ein 14-jähriger Junge wird zur Untersuchung angemeldet wegen Schmerzen und Hinken im rechten Bein seit etwa 2 Wochen, welches besonders nach längerem Sitzen auftritt. Bei der Untersuchung findet sich eine ausgeprägte Blockade der LWS, welche dem Patient selbst nicht aufgefallen war! Als Ursache wird eine akute Spondylolyse diagnostiziert.

häufigen Skelettmanifestationen sind die kongenitalen Osteochondrodysplasien, die Mucopolysaccharidosen und Sphingolipidosen.

- Auch verschiedene Stoffwechselstörungen wie Hypo- und Hyperthyreose, Diabetes mellitus, können mit Arthralgien einhergehen, deren Ursache letztlich noch weitgehend unklar ist.
- Primäre arterielle Durchblutungsstörungen als Ursache für Schmerzen des Bewegungsapparates sind bei Kindern eine Rarität. Der Vollständigkeit halber erwähnt sei die Takayasu Arteritis, die meistens zu einer langsamen Verengung/Verschluss von aortennahen Arterien führt. Typischerweise sind die Brachialarterien vom Verschluss befallen, was der Krankheit den Namen «pulseless disease» gegeben hat. Betroffen sind überwiegend Mädchen ab der Pubertät. Allerdings kann auch ein Kawasaki-Syndrom neben den Koronararterien grosse Körperarterien befallen und dort zu Aneurysmen und im Verlauf allenfalls zu arteriellen Verschlüssen führen. Thrombophilien, angeboren oder erworben, oder eine Sichelzellanämie müssen bei einem thrombotischen Verschluss differenzialdiagnostisch erwogen werden.

«Wachstumsschmerzen»

Eine häufig gestellte, wissenschaftlich aber nach wie vor unklare Diagnose sind die so genannten Wachstumsschmerzen. Sie sind gekennzeichnet durch ein unregelmässiges Auftreten ausschliesslich am Abend oder in der Nacht, wechselnde Lokalisation in einem oder beiden Beinen (die Arme sind sehr selten betroffen), Fehlen von fassbaren körperlichen Veränderungen und völliger Be-

Bausteine für die **ADHS**-Therapie.

So viel wie nötig,
so wenig wie möglich!



Medikinet®

Medikinet® MR

Wirkstoff: Methylphenidathydrochlorid

- ✓ Breiteste Palette an Wirkstärken
- ✓ Individuelle und patientengerechte Dosierung
- ✓ Alle Stärken erstattungsfähig

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, Arrhythmien, Veränderungen von Blutdruck und Herzfrequenz, Bauchschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Mundtrockenheit, Appetitlosigkeit, Rash, Exanthem, Pruritus, 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-Kompodium 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-Kompodium der Schweiz oder Salmon Pharma GmbH, St. Jakobs-Strasse 90, 4002 Basel.



schwerdefreiheit am nächsten Morgen. Je nach Studie und Alter der untersuchten Kinder sind bis zu 36% der Kinder davon betroffen, der Altersgipfel dieser Symptomatik liegt im Vorschul- bis Kindergartenalter [5]. Bezüglich der Genese wurden verschiedenste Hypothesen geprüft, mit der Schlussfolgerung, dass es sich höchstwahrscheinlich nicht um ein ursächlich einheitliches Krankheitsbild handeln dürfte. Möglich ist ein Zusammenhang mit einem Restless-Legs-Syndrom bei einem Teil der Betroffenen, wohingegen Durchblutungsstörungen oder ein Zusammenhang mit dem Wachstumshormonspiegel unwahrscheinlich sind [6, 7]. Das Beschwerdebild verläuft selbstlimitierend und ohne Folgeschäden, kann aber im Einzelfall wegen der gestörten Nachtruhe für die betroffenen Familien sehr belastend sein.

Chronische regionale Schmerzsyndrome (chronic regional pain syndromes)

Dieser Begriff hat sich in den letzten Jahren eingebürgert als Oberbegriff für eine Reihe von Krankheitsbildern, die gekennzeichnet sind durch ausgeprägte Schmerzen ohne morphologisch fassbares Korrelat (z. B. kindlicher M. Sudeck, reflex sympathetic dystrophy, Erythromelalgie usw.). Häufig, aber nicht immer, sind auch unterschiedlich ausgeprägte vegetative Veränderungen, Störungen der Durchblutungsregulation und Dysästhesien vorhanden, die teilweise im Anschluss an ein meist leichtes Trauma der betroffenen Region auftreten. Im Gegensatz zu somatischen Erkrankungen, bei denen die Schmerzen tendenziell im Verlauf besser werden (und/oder auf Schmerzmittel gut ansprechen) findet man charakteristischerweise eine Zunahme der Schmerzsymptomatik über Tage bis Wochen, das Nichtansprechen auf Analgetika aller Art, und auch eine Ruhigstellung in Schiene oder Gips – obwohl sehr häufig als wohltuend empfunden – führt nicht zur Heilung. Obwohl der Pathomechanismus letztlich noch nicht geklärt ist, dürfte es sich am ehesten um ein multifaktorielles Geschehen mit einer gestörten zentralen Schmerzwahrnehmung und -verarbeitung handeln, für das neben psychosozialen und Umweltfaktoren auch eine genetische Prädisposition nötig ist. Die Behandlung besteht in einer Kombination von aufbauender Physiotherapie mit Schmerz-Desensibilisierung, Schulung der Körperwahrnehmung und unterstützender Psychotherapie.

In den meisten Fällen handelt es sich um eine vorübergehende, pubertäre Störung. Die Prognose ist – insbesondere verglichen mit Schmerzsyndromen im Erwachsenenalter – grundsätzlich sehr gut, obwohl die Genesung in Einzelfällen sehr lange dauern kann.

Differenzialdiagnose aufgrund des Alter des Kindes

Viele Krankheiten haben eine bestimmte Alters-Prädilektion, die man sich bei der Differenzialdiagnose zu Nutzen machen kann. So wird man bei akuten Hüftschmerzen bei einem Neugeborenen in erster Linie an eine septische Arthritis denken, bei einem 6-Jährigen an eine Osteonekrose (M. Perthes) und bei einem 13-Jährigen an eine Epiphyseolyse. *Tabelle 1* gibt einen Anhaltspunkt über die altersabhängig häufigsten Differenzialdiagnosen.

Zusammenfassung

Beschwerden des Bewegungsapparates sind häufig bei Kindern und Jugendlichen. Anamnese und körperliche Untersuchung sind die Grundpfeiler jeder Diagnose. Je nach Alter des Kindes sind die Prioritäten bei der weiteren differenzialdiagnostischen Evaluation der möglichen Ursachen verschieden zu setzen. ■

REFERENZEN

- [1] Vijlbrief AS, Bruijnzeels MA, van der Wouden JC, van Suijlekom-Smit LW. Musculoskeletal disorders in children: a study in Dutch general practice. *Scand J Prim Health Care* 1995; 13(2):105–11.
- [2] De Inocencio J. Musculoskeletal pain in primary pediatric care: analysis of 1000 consecutive general pediatric clinic visits. *Pediatrics* 1998; 102(6):E63.
- [3] De Inocencio J. Epidemiology of musculoskeletal pain in primary care. *Arch Dis Child* 2004; 89(5):431–4.
- [4] Foster HE, Kay LJ, Friswell M, Coady D, Myers A. Musculoskeletal screening examination (pGALS) for school-age children based on the adult GALS screen. *Arthritis Rheum* 2006; 55(5):709–16.
- [5] Evans AM, Scutter SD. Prevalence of «growing pains» in young children. *J Pediatr* 2004; 145(2):255–8.
- [6] Walters AS. Is there a subpopulation of children with growing pains who really have Restless Legs Syndrome? A review of the literature. *Sleep Med* 2002; 3(2):93–8.
- [7] Hashkes PJ, Gorenberg M, Oren V, Friedland O, Uziel Y. «Growing pains» in children are not associated with changes in vascular perfusion patterns in painful regions. *Clin Rheumatol* 2005; 24(4):342–5.

Altersabhängige Differenzialdiagnose von Schmerzen des Bewegungsapparates bei Kindern

Jedes Alter	Kleinkinder 0–3 Jahre	Kinder 4–10 Jahre	Adoleszente 11–16 Jahre
Trauma	septische Arthritis/Coxitis	Osteonekrosen (M. Perthes, M. Köhler)	Epiphyseolyse
parainfektiöses Geschehen	Hüftdysplasie	Coxitis fugax	M. Osgood-Schlatter
Osteomyelitis	unbemerkte Frakturen	juvenile idiopathische Arthritis	anterior knee pain Syndrom
septische Arthritis	juvenile idiopathische Arthritis	Ermüdungsfrakturen	tarsale Koalitionen
Neoplasien (inkl. Leukämie)		discoider Meniscus	Ermüdungsfrakturen
Spondylodiscitis			Osteochondritis dissecans
			akute Spondylolyse/-listhesis
			Diskushernie
			chronische Schmerzsyndrome



Hypnose in der pädiatrischen Praxis für Fortgeschrittene vom 21./22. Juni 2012

DR. MED. CLAUDIA
WANDT, BASEL

Jeder von uns kennt verängstigte Kinder bei Blutentnahmen und Impfungen und die aufgeregten Eltern, die ihre verletzten und weinenden Kinder nach Unfällen zur Wundversorgung in unsere Praxis bringen. Und genauso gut kann sich jeder von uns an Situationen erinnern, in welchen man sich selber ohnmächtig der Prüfungsangst ausgeliefert fühlt oder sich wieder einmal vor einem zu haltenden Vortrag die feuchten Hände abtrocknet oder den rebellierenden Magen zu beruhigen versucht.

Wie oft wünschten wir uns in solchen Momenten an einen andern Ort. Aber das geht ja nicht! Oder vielleicht doch?!

Am 21. und 22. Juni 2012 trafen sich 22 Teilnehmer zum Fortsetzungskurs in Hypnose im ehemaligen Hotel «Grand Palais» in Brunnen. Die wunderschönen, freundlichen Kursräume bieten viel Platz, laden ein zum Zuhören, Diskutieren, Verweilen – und am Abend sogar zum Tanzen. In den Pausen kann, wer mag, von der Terrasse aus das Treiben auf dem See beobachten. All das gewährleistet eine sehr angenehme Arbeitsatmosphäre. An dieser Stelle gebührt Dr.med. Mercedes Ogal ein

herzliches Dankeschön für die grossartige Organisation dieses Kurses.

Definitionen und genauere Beschreibungen der medizinischen Hypnose und deren Instrumente können z.B. im Kursbericht von Isabell Tureczek Iff in der letzten Ausgabe 02/2012, Seite 34, nachgelesen werden.

Dr. med. Leora Kuttner, international renommierte klinische Psychologin, Professorin am Departement of Pediatrics der University of British Columbia und des British Columbia Children's Hospital in Vancouver, Canada, hiess uns herzlich willkommen und begann mit einer kurzen, zusammenfassenden Repetition der wichtigsten Grundlagen der medizinischen Hypnose, so dass auch Personen, die zwar bereits Vorkenntnisse in diesem Gebiet haben, einen guten Einstieg fanden, ohne den ersten Kurs besucht zu haben. Ihre auf Englisch gehaltenen Ausführungen waren lebendig und begeisternd. Sie referierte über den in der Hypnose wichtigen «favorite oder safe place». Das Schwergewicht lag auf Begleitung bei Schmerz, Angst und Schlafproblemen. Hervorgehoben wurden die Wichtigkeit einer affirmativen, positiven Wortwahl sowie die unterschiedlichen Techni-

ken und Verhaltensweisen in Abhängigkeit des Alters und Entwicklungsstandes der Kinder und Jugendlichen.

Den Vorträgen, denen immer wieder angeregte Diskussionen folgten, schlossen sich Übungsrunden in Kleingruppen an. In diesen Gruppenarbeiten konnte in vertrauensvollem Rahmen das Gehörte ausprobiert und lustvoll spielerisch umgesetzt werden. Dres. med., Mercedes Ogal, Camilla Ceppi, Ines Baruffol und Ursula Bühlmann begleiteten diese Übungseinheiten auf sehr angenehme und konstruktive Art und liessen uns auch an ihrem wertvollen Erfahrungsschatz teilhaben. Hypnose bedeutet nicht zwingend grossen zeitlichen Aufwand, sondern lässt sich auch wunderbar in Kurzinterventionen anwenden.

Immer wieder illustrierten Videos aus den Praxen der Kursleiterinnen und -begleiterinnen abwechslungsreich und lebendig die theoretischen Ausführungen von Dr. Kuttner.

Highlights waren einerseits Demonstrationen gewisser Techniken von Leora Kuttner an 2 Teilnehmern und dann vor allem auch die Sitzung mit einer unter Prüfungsangst leidenden Jugendlichen direkt vor Ort. So konnten wir beeindruckt die kreative Kunstfertigkeit der Therapeutin, ihre achtsamen, verbalen Einladungen an ihr Gegenüber, ihre ressourcenorientierte Arbeit und die eindrücklich sicht- und spürbaren Veränderungen bei den Jugendlichen beobachten.

Wir haben den Workshop wach und entspannt verlassen und viel Vorfreude, Neugier und Mut mitgenommen, das Erfahrene im Praxisalltag spielerisch anzuwenden und unsere kleinen und grossen Patienten in unangenehmen Situationen an einen Ort der Sicherheit reisen zu lassen oder schwierigen Situationen im Alltag gestärkt zu begegnen. Und vielleicht nicht nur unsere Patienten... ■





Neuromotorik-Testkoffer und -Testset 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

Neuromotorik-Testset

Das Testset für Kinder **ab 11 Jahren** ist die Ergänzung/Fortsetzung des Testkoffers. Viele Teile des Testkoffers werden in anderer Form weiterverwendet.

Testmaterialien für

- neuromotorischen Entwicklungsstand/ taktilkinästhetische Wahrnehmung/Praxis
- visuelle Wahrnehmung
- Raumerfassung, auditive Wahrnehmung und Sprache
- intermodale und serielle Leistung
- metasprachliche Fähigkeiten, Abstraktionsvermögen und logisches Denken

Preis CHF 250.– exkl. MwSt., Verpackungs- und Versandkostenanteil

Bestellung online unter www.praxispaediatric.ch

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



■ KURSE KINDERÄRZTE SCHWEIZ

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

Ziele	<ul style="list-style-type: none"> – Die TN kennen die Krankheitsbilder postpartale Erschöpfung und postpartale Depression. – Sie sind dafür sensibilisiert und fähig zur Früherkennung in der pädiatrischen Praxis. – Die TN vertiefen ihre Beratungskompetenz. – Sie kennen die Möglichkeiten von interdisziplinärer Zusammenarbeit und Psychotherapie.
--------------	---

Inhalte	<ul style="list-style-type: none"> – Krankheitsbild der postpartalen Krisenzustände – Früherkennung – Auswirkungen auf die Mutter-Kind-Bindung und den Säugling – Massnahmen zur Entlastung und Erholungsmöglichkeiten – Vorstellung der Mutter-Kind-Abteilung – Interdisziplinäre Zusammenarbeit – Psychotherapie – Erfahrungsaustausch
----------------	--

Datum 25. Oktober 2012, 9–17 Uhr

Ort Spital Affoltern, Sonnenbergstrasse 27, 8910 Affoltern am Albis

Leitung/Referenten Annina Hess-Cabalzar, Leitung Psychotherapie und Mutter-Kind-Abteilung
Gunda Wolter, Psychotherapie, stellvertretende Leitung Mutter-Kind-Abteilung

Teilnehmende 25–30 Personen

Kosten CHF 330.– für Mitglieder, inkl. Kursmaterial, Zwischenverpflegung, Mittagessen und Getränke (für Nichtmitglieder CHF 430.–)

Workshop Neonatologie für Kinder- und Jugendärzte

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 8. November 2012

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 max. 10 Personen. Voraussetzung ist die Betreuung von Neugeborenen.

Kosten CHF 300.– für Mitglieder (CHF 400.– für Nicht-Mitglieder) inkl. ausführliches Skriptum, ohne Mittagessen

Vorsorgekurs 2013 / 14

Ziele Ein wichtiger Bestandteil des Alltags eines Kinder- und Jugendarztes in der Praxis sind die Vorsorgeuntersuchungen. In der Ausbildung zum Pädiater in der Klinik hat man aber mit der Beurteilung der Entwicklung von gesunden Kindern wenig zu tun. So ist man gerade auf diesem Gebiet als junger Kinder- und Jugendarzt häufig überfordert und unsicher. Ziel dieses Kurses ist es, die wichtigsten Themen der kindlichen Entwicklung und der pädiatrischen Prävention so zu vermitteln, dass der Kursinhalt unmittelbar in den kinderärztlichen Praxisalltag integriert werden kann. Dem Erfahrungsaustausch unter den Kursteilnehmern kommt dabei derselbe Stellenwert zu wie der Wissensvermittlung durch die zugezogenen Fachreferenten.

Kursform 8 Blöcke à 2 Tage

1. Block 0 bis 2 Monate: Dr. med. Patrick Orban und Dr. med. Stephanie Stücheli
2. Block 4 bis 6 Monate: Dr. med. Daniel Hänggi
3. Block 12 Monate: KD Dr. med. Sepp Holtz
4. Block 18 bis 24 Monate: Dr. med. Philipp Trefny
5. Block 4 Jahre: Dr. med. Markus Bigler
6. Block 6 Jahre: Dr. med. Sepp Holtz
7. Block 10 Jahre: Dr. med. Gian Bischoff und Dr. med. Ralph van der Heiden
8. Block 14 Jahre: Dr. med. Gian Bischoff und Dr. med. Ralph van der Heiden

Daten

1. Block: 15./16. März 2013
2. Block: 17./18. Mai 2013
3. Block: 23./24. August 2013
4. Block: 22./23. November 2013
5. Block: 21./22. März 2014
6. Block: 30./31. Mai 2014
7. Block 22./23. August 2014
8. Block 14./15. November 2014

36

Ort	Die einzelnen Blöcke werden an verschiedenen Orten stattfinden. Der Ort ist abhängig vom jeweiligen Moderator und wird rechtzeitig bekannt gegeben.
Kursleitung	Dr. med. Gian Bischoff, Dr. med. Pascal Mayer
Kursbegleitung	Dr. med. Kerstin Martinez
Referenten	Die Kurse werden von praktizierenden Kinder- und Jugendärzten moderiert, die je nach Thema Fachpersonen und Experten als Referenten beiziehen.
Teilnehmende	Max. 30 Kinder- und Jugendärzte, die in eigenverantwortlicher Tätigkeit in einer Praxis arbeiten.
Kosten	CHF 4500.–, inkl. Referate, Mittagessen, Zwischenverpflegungen, Getränke (ohne Übernachtungen). Zahlbar in 2 Raten (1. Rate à CHF 2500.– vor Kursbeginn; 2. Rate à 2000.– Ende 2013). Für Nichtmitglieder CHF 6100.–.
Voraussetzungen	Aktive Mitarbeit wird erwartet (Video, Interventionen, Hausaufgaben).

Fit-Misfit-Konzept in der Praxispädiatrie

Kursdaten

1. Block	17./18. Januar 2013 (Kloster Kappel, Kappel am Albis)
2. Block	6./7. Juni 2013 (Sorell Hotel Krone, Winterthur)
3. Block	19./20. September 2013 (Bildungszentrum St. Jodern, Visp)

Zusatzmodul fakultativ

zwischen 1. und 2. Block: eintägiger Einführungskurs IDS

Kosten

CHF 2400.– inklusive Referate, Handouts, Mittagessen, Zwischenverpflegungen, Getränke (für Nichtmitglieder CHF 3000.–)

Übernachtungen

Diese sind im Kurspreis nicht inbegriffen. Bitte geben Sie bei der Anmeldung unbedingt an, ob Sie an den Kursorten 1+3 in den von uns provisorisch reservierten (Einzel)-Zimmern übernachten möchten.

1. Block	Kloster Kappel, Kappel am Albis: CHF 170.–/EZ (Reservierung durch uns)
2. Block	Sorell Hotel Krone, Winterthur: Bitte dort direkt selber reservieren (Tel. 052 2081818) oder andere Unterkunft organisieren (www.winterthur-tourismus.ch)
3. Block	Bildungszentrum St. Jodern, Visp: CHF 74.–/EZ (Reservierung durch uns)

Kursleitung

Fachliche Aspekte: Regina Renggli-Bruder (Winterthur), Kurt von Siebenthal (Winterthur)
Praxisaspekte: Alain Wimmersberger (Visp), Arnold Bächler (St. Gallen)

Kursmotivation

In der Praxispädiatrie begegnen wir täglich Fragen, die weit mehr als nur entwicklungspädiatrisches Basiswissen erfordern. Da umfassende Abklärungen in spezialisierten Zentren meistens mit langen Wartezeiten verbunden sind, liegt es oft an uns, in Kenntnis des bisherigen Entwicklungsverlaufes mit einer gezielten Anamnese, Schul- und Therapieberichten sowie bereits früher erhobenen entwicklungsdiagnostischen Befunden und den Ergebnissen einer aktuellen Screeninguntersuchung, ein Entwicklungsprofil zu erstellen und im Rahmen des Fit-Misfit-Konzeptes geeignete Massnahmen in die Wege zu leiten.

Zielgruppe

Der 3-teilige Kurs richtet sich an praxiserfahrene Kinderärztinnen und Kinderärzte, die sich speziell mit entwicklungspädiatrischen Fragen befassen. Vorausgesetzt werden Grundkenntnisse der allgemeinen Entwicklungspädiatrie, wie sie z.B. in den Vorsorgekursen vermittelt werden.

Max. 25 Teilnehmende

Kursangebot

Der Kursaufbau richtet sich nach den drei Altersgruppen: Kindergarten/Vorschulalter, frühe Schuljahre und späte Schuljahre/Adoleszenz. Die Entwicklung im Säuglings- und Kleinkindalter wird als bekannt vorausgesetzt. Lediglich ein paar ausgewählte Aspekte der frühen Sprachentwicklung und des Bindungsverhaltens sollen aufgenommen werden, da sie für spätere Entwicklungsschritte von besonderer Bedeutung sind.

Der Kurs verfolgt folgende Ziele:

- Einige weit verbreitete, standardisierte Entwicklungstests (K-ABC, Hawik IV, IDS) sollen soweit demonstriert werden, dass wir deren Resultate verstehen und ins Entwicklungsprofil der von uns betreuten Kinder integrieren können.
- Das Verständnis von Entwicklungs- und Verhaltensproblemen im Rahmen des Fit-Misfit-Modells soll als Konzept für die Praxispädiatrie propagiert werden.
- Für Kursbesucher, die sich für eine selbständige Testdurchführung interessieren, besteht zwischen dem 2. und 3. Block Gelegenheit, den in den letzten Jahren vor allem in der Schulpsychologie zunehmend verwendeten IDS in einem separaten, eintägigen Zusatzmodul kennenzulernen.
- Ein weiteres Angebot des Kurses besteht in der Vermittlung von Fragebogen und Screeninginstrumenten, die sich zur raschen Orientierung unter Praxisbedingungen bewährt haben. Die Kursbesucher sind aufgefordert, Tipps und Tricks zur Entwicklungsbeurteilung auszutauschen, die sich bei ihnen gut bewährt haben.
- Anhand von konkreten, praxisorientierten Konzepten und Anleitungen können die Kursbesucher ihre Vorgehensweisen in Gesprächen und schwierigen Situationen reflektieren und erweitern.

Um das gewünschte Gleichgewicht zwischen der Informationsvermittlung durch Experten und dem gegenseitigen Erfahrungsaustausch sicher zu stellen, hat sich in einem Pilotkurs der «entwicklungspädiatrische Parcours» bewährt, wo die Themen des jeweiligen Kursblockes an 4 Posten interaktiv behandelt werden. Das neue Kursangebot des Berufsverbandes Kinderärzte Schweiz soll das Coaching von Kindern mit komplexen Entwicklungsproblemen verbessern und erleichtern.

■ FORTBILDUNGSNACHWEIS

Die Teilnehmer der Kurse erhalten eine Bestätigung. Die absolvierte Fortbildungszeit gilt als spezifische pädiatrische Kernfortbildung. 1 Stunde entspricht 1 credit.

■ ONLINE-ANMELDUNG
WWW.KINDERAERZTESCHWEIZ.CH

ANMELDEKALENDER

Diese Anmeldung ist verbindlich.

Annulation bis 30 Tage vor Kursbeginn ohne Kostenfolge.

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

- Eltern zwischen Freude und Erschöpfung – zur postpartalen Erschöpfung und postpartalen Depression, 25. Oktober 2012, Affoltern am Albis**
- Workshop Neonatologie für Kinder- und Jugendärzte, 8. November 2012, Universitätsspital Zürich**
- Vorsorgekurs 2013/14, 8 Blöcke, März 2013–November 2014**
- Fit-Misfit-Konzept in der Praxispädiatrie**
 - 1. Block: 17./18. Januar 2013, Kappel am Albis
 - 2. Block: 6./7. Juni 2013, Winterthur
 - 3. Block: 19./20. September 2013, Visp

ANMELDUNG FÜR KURSE KINDERÄRZTE SCHWEIZ

Name/Vorname: _____

Adresse: _____

PLZ/Ort: _____

E-Mail: _____

Datum/Unterschrift: _____

Kinderärzte Schweiz, Badenerstrasse 21, 8004 Zürich,
Fax 043 317 93 64,
info@kinderarztteschweiz.ch oder www.kinderarztteschweiz.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@kinderarztteschweiz.ch



Die SVUPP ist erwachsen!

Jahresbericht des Präsidenten, Geschäftsjahr 2011–2012



DR. MED. RAOUL SCHMID,
BAAR

Der 10. September 1992 war das Datum der Gründungsversammlung, als in Interlaken initiative und zukunftsorientierte Praxispädiater die Schweizerische Vereinigung für Ultraschall in der pädiatrischen Praxis gegründet haben. In diesem Jahr wird die SVUPP also 20 Jahre alt! Ihr Leistungsausweis darf sich sehen lassen und die Vereinigung mit ihren aktuell 355 Mitgliedern ist gesund, stark und hat sich einen wichtigen Platz in der Sonografie-Landschaft der Schweiz etabliert.

1. Vorstand

Anlässlich von Telefonkonferenzen und der jährlichen Vorstandssitzung sowie bei unzähligen Kurzkontakten hat die Vereinsführung ihre Arbeit erledigt. Der Vorstand wird sich in corpore der Wiederwahl stellen. Für das bereits angelaufene Geschäftsjahr wurden einige Ämterrochaden vorgenommen. Diese werden an der Jahresversammlung präsentiert.

Vorstand 2011/12

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

2. Geschäftsstelle

Es ergaben sich keine personellen Änderungen. Die Zusammenarbeit mit Simon Hubacher und Corinne Morger verläuft weiterhin zur besten Zufriedenheit und in bester gegenseitiger Absprache. Neu ist der Geschäftsstelle eine Teilzeit-Buchhalterin angeschlossen. Dies wird künftig insbesondere die Buchhaltung und Finanzplanung erheblich beschleunigen und vereinfachen.

3. Kurswesen

Die Nachfrage nach Kursen für Hüftsonografie nach Graf ist erfreulicherweise ungebrochen hoch. Meist besteht eine Warteliste und dank Vollbesetzung werfen die Kurse meist einen Gewinn ab. Dies hat uns ermöglicht, ab 2012 die Teilnahmegebühren für alle Hüftkurse um 100 Franken zu senken.

Leider gilt für die Kurse in pädiatrischer Sonografie immer noch nicht Ähnliches. Diesem Umstand wurde begegnet, indem erstmals ein Kombikurs mit je einer Gruppe mit Niveau «Aufbau» und «Abschluss» durchgeführt wurde. Das hat zwar logistisch hohe Anforderungen gestellt, andererseits aber die Durchführung auch mit relativ geringer Teilnehmerzahl ermöglicht. Wir werden dieses Konzept weiterverfolgen, hoffen aber unverdrossen darauf, dass die Sonografie von den Pädiatern doch noch als klinische Untersuchung entdeckt wird. Um das zu fördern, ist ein Schnupperkurs in Planung.

Der Initiative von Joe Greisser und Steffi Armbruster ist es zu verdanken, dass ein lange gehegter Plan endlich umgesetzt wurde. Bereits drei Halbtages-Workshops mit viel praktischer Anwendung konnten einem interessierten Publikum angeboten werden.

4. Mitarbeit am Ultraschall-Dreiländertreffen 2012

Das Ultraschall-Dreiländertreffen wird vom 26. bis 29.9.2012 in Davos stattfinden. Die SVUPP hat prominent bei der Programmgestaltung mitgewirkt (www.ultraschall2012.ch). Ein Besuch lohnt sich auf jeden Fall! Besondere Leckerbissen sind der Anwenderkurs Bewegungsapparat bei Kindern und diverse Refresherkurse.

5. Vernetzung

Die SVUPP bringt sich weiterhin aktiv und in unveränderter personeller Besetzung in die Arbeiten der SGUM-Kommissionen (Ausbildungskommission und Hüftkommission) ein. Beiden Kommissionen ist eine Straffung des Tutorenwesens ein prioritäres Anliegen. Die SVUPP wird in ihrem Auftrag künftig jährlich die Tutorenlisten

aktualisieren und im Rahmen einer Umfrage individuell jeden einzelnen Tutorenstatus überprüfen.

6. Finanzen

Auch das abgelaufene Geschäftsjahr war finanziell erfolgreich und die Budgets konnten unseres Wissens (die genauen Zahlen lagen bei Redaktionsschluss noch nicht vor) eingehalten werden. Die finanzielle Basis der SVUPP darf als gesund eingestuft werden. Die Zahlen werden an der Jahresversammlung im Detail präsentiert, über die Rechnung wird abzustimmen sein.

7. Mongolei-Projekt

Hier hat die SVUPP sozusagen eine Patenfunktion, nachdem dank ihrer Hilfe das Projekt erst lanciert werden konnte.

Basierend auf den überzeugenden Studienergebnissen, welche hoffentlich bald auch publiziert werden, hat das mongolische Gesundheitsministerium ein landesweites Screeningprogramm zum nächst möglichen Zeitpunkt beschlossen. Die Ausweitung auf über 20 Kliniken der Regierungsbezirke dieses riesengrossen Landes ist eine grosse Herausforderung. Dieser werden wir uns natürlich stellen. Wir sind dazu aber auf personelle und finanzielle Unterstützung weiterhin stark angewiesen. Jeder Support ist hoch willkommen!
www.smopp.net ■

Sono-Quiz – Fall Carina L.

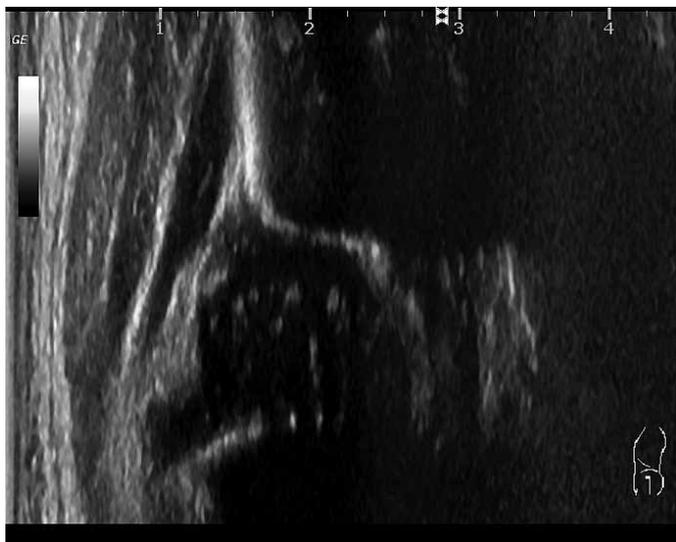


Abbildung 1: Linke Hüfte.



Abbildung 2: Rechte Hüfte.

DR. MED. RAMON MÖLLER, PRATTELN

4 Wochen altes Mädchen, unauffällige Vorgeschichte, anamnestisch kein Risiko für Hüftdysplasie eruierbar. Die klinische Untersuchung der Hüftgelenke (Beinlängen, Abstreizbarkeit, Motorik der Beine) ist unauffällig.

Die beiden Hüftgelenke werden so dokumentiert. Bitte um Beschreibung und Beurteilung mit Messung, Typisierung und natürlich dem Prozedere.

Auflösung des Sono-Quiz



Abbildung 2.



Abbildung 3.

Die knöcherne Formgebung ist hochgradig mangelhaft, der knöcherne Erker rund bis flach, im Verhältnis zum dezentrierten Hüftkopf jedoch noch relativ gut. Die Winkelmessung des Winkels alpha ergäbe einen Wert im Typ II Bereich, ist jedoch nicht angebracht, weil es sich um eine dezentrierte Hüfte handelt. Das Labrum ist zwischen Hüftkopf und Pfanne interponiert und fungiert als Hypomochlion für die Dezentrierung des Hüftkopfes. Die Gelenkkapsel verläuft horizontal vom Labrum zur Pfanne, cranial davon befindet sich das Fettpolster der Gelenkkapsel (Perichondriumloch) und der proximale Ansatz des M. rectus femoris, caput reflexum. Es handelt sich deshalb um eine Hüfte des Typs IV. Bemerkenswert ist, dass der dezentrierte Hüftkopf sich noch in der Standardebene befindet und diese noch nicht verlassen hat. Dies kann zur diagnostischen

Schwierigkeit führen, indem die Deskription der knöchernen Pfanne nicht mit der Dezentrierung des Hüftkopfes korrespondiert. Letztere erhält bei der Beurteilung jedoch mehr Gewicht.

Die linke Hüfte liess sich beim Erstsonogramm als Typ I Hüfte darstellen.

Das Kind hatte 2 Wochen overhead extension, 8 Wochen Beckenbeingips und 8 Wochen Tübinger-Schiene. Die radiologische Kontrolle im Alter von 22 Monaten zeigte regelrechte Verhältnisse. Das Kind geht hinkfrei. ■

■ Kommentar

Der vorliegende Fall illustriert sehr schön, dass Ausmessungen von Hüftgelenken nach der Methode von Graf durchaus tückisch sein können. Wer primär der nur zu Illustrationszwecken abgebildeten versuchten (!) Messung (Abb. 3) Glauben schenkt, läuft Gefahr, diese luxierte Hüfte als noch physiologisch zu beobachten, anstatt sie sofort zu therapieren.

Luxierte Hüften sind instabil, weshalb der Femurkopf mit Manipulationen oder Spontanbewegungen in die Nähe des Acetabulums verbracht werden können. Besonders bei Neugeborenen hat ein Repositionsversuch durch Zug am Beinchen durchaus einen Aussagewert und kann die Wahl der Therapie beeinflussen.

Dr. med. Raoul Schmid, Baar

■ Key Messages

- Bei der Untersuchung nach Graf werden die Hüften primär morphologisch beschrieben und beurteilt! Die Messung dient der Bestätigung der deskriptiven Beurteilung!
- Nachtrag: Wegen Leistenschmerzen wurde das Kind im Alter von ca. 2 Jahren vorstellig. Leider bestätigte sich der klinische Verdacht auf eine Femurkopfnekrose...

■ ULTRASCHALLKURSE

Refresherkurs Hüftsonografie II (Teil 4)

Datum	22. November 2012
Ort	Solothurn
Leitung	Dr. med. Thomas Baumann
Teilnehmende	40 Personen
Kosten	CHF 300.– (CHF 400.– für Nichtmitglieder)

Grund- und Aufbaukurs Hüftsonografie (Teil 1–2)

Datum	24.–26. Januar 2013
Ort	Solothurn
Teilnehmende	20 Personen
Kosten	CHF 1400.– (CHF 1500.– für Nichtmitglieder)

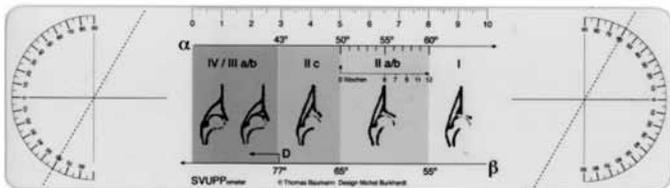
■ SVUPP-FORTBILDUNGSKURSE GÜNSTIGER

Alle SVUPP-Fortbildungskurse in Hüftsonografie können aufgrund eines neuen Tutoren-Verrechnungsmodells der Kommission Hüftsonografie um CHF 100.– günstiger angeboten werden.

Pädiatrische Sonografie – Aufbau- und Abschlusskurs (Kombikurs mit zwei Modulen)

Datum	9./10. November 2012
Ort	noch offen
Teilnehmende	je 20 Personen
Kosten	Aufbaukurs: CHF 900.– (CHF 1000.– für Nichtmitglieder) Abschlusskurs: CHF 900.– (CHF 1000.– für Nichtmitglieder)

SVUPP-o-Meter



Preis CHF 20.– plus Porto und Verpackung

ANMELDE TALON

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 II (Teil 4)
22. November 2012, Solothurn
- Grund- und Aufbaukurs Hüftsonografie (Teil 1–2)
24.–26. Januar 2013, Solothurn
- Pädiatrische Sonografie – Aufbau- und Abschlusskurs
(Kombikurs mit zwei Modulen), 9./10. November 2012
 - 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





Gratis für alle Kinderarztpraxen in der Schweiz

Die neue Ausgabe von «Baby&Kleinkind» ist da

Auch die vierte Ausgabe des beliebten Ratgebers «Baby&Kleinkind» enthält Informationen und praktische Tipps von Fachpersonen rund um die Gesundheit, Ernährung, Entwicklung und Erziehung des Kindes in den ersten fünf Lebensjahren. So erfahren Eltern zum Beispiel, weshalb Babys nicht immer auf dem Rücken liegen sollten, was bei Erkältungen hilft und wie sie die Startchancen ihres Kindes optimieren können.

«Baby&Kleinkind» steht unter dem Patronat von Kinderärzten Schweiz. Der attraktive Ratgeber im A5-Format erscheint einmal pro Jahr auf Deutsch, Französisch oder Italienisch. Sind Sie interessiert und möchten sich ein Bild des Ratgebers machen? Das PDF der aktuellen Ausgabe steht unter www.baby-und-kleinkind.ch/d.pdf als Download zur Verfügung. ■

Die Bestelladresse: www.baby-und-kleinkind.ch

Wie kann man Allergien bei Babys vorbeugen?

Wussten Sie, dass bis zu 33% der Säuglinge in Europa ein familiär erhöhtes Allergierisiko haben?

Das Risiko für das Baby, eine Allergie zu entwickeln, hängt vor allem davon ab, ob in der Familie bereits Allergien wie Heuschnupfen, atopische Dermatitis oder allergisches Asthma aufgetreten sind.

Allergien werden beim Baby in den meisten Fällen durch die Nahrung, und hier an erster Stelle durch das Eiweiss der Kuhmilch, ausgelöst. Deshalb beginnt optimaler Allergieschutz mit der richtigen Ernährung. Stillen ist das Beste für das Baby und bietet auch den besten Schutz vor Allergien, weil Muttermilch unter anderem von Natur aus allergenarmes Eiweiss enthält.

Wenn das Baby nicht gestillt wird, empfehlen pädiatrische und medizinische Fachgremien eine Hydrolysatnahrung mit bewiesener Wirkung wie BEBA H.A.: sie ist allergenarm, nach dem Vorbild der Muttermilch.

- BEBA H.A., mit den umfassendsten Studien des Marktes^{1,2,3} die eine Reduktion des Allergierisikos auf das gestillter Säuglinge beweisen
- Mit einem Hydrolysat, das seit 25 Jahren unverändert unter strengsten Kontrollen hergestellt wird
- Mit verbessertem Geschmack und verbesserter Löslichkeit und damit besserer compliance

Bei einer bereits bestehenden Kuhmilcheiweiss-Allergie oder dem Verdacht auf eine solche dürfen H.A.-Milchen nicht verwendet werden.

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.

BEBA H.A. ist speziell für die besonderen Ernährungsbedürfnisse von Säuglingen mit Allergierisiko konzipiert. Sie ist allergenarm, nach dem Vorbild der Muttermilch.



Quellen: 1. Alexander AD, Cabana MD (2010): JPGN 50 (4): 1-9, 2. Szajewska H, Horvath A (2010): Curr Med Res Opin 26 (2): 423-439, 3. von Berg A et al. (2008): J Allergy Clin Immunol 121: 1442-1447



Bestellen Sie gratis unsere Allergiebrochure!

Senden Sie diesen Antwortbogen an: Nestlé Baby Services, Nestlé Suisse SA, CP 352, 1800 Vevey.

Ja, ich möchte die Allergiebrochure von Nestlé erhalten.

Bestellen Sie Broschüren, Portionen und Muster direkt über unsere Website www.nestle-medical.ch!

Name

Vorname

Strasse

PLZ, Ort


BEBA, Babys verstehen
www.nestlebaby.ch

milupa

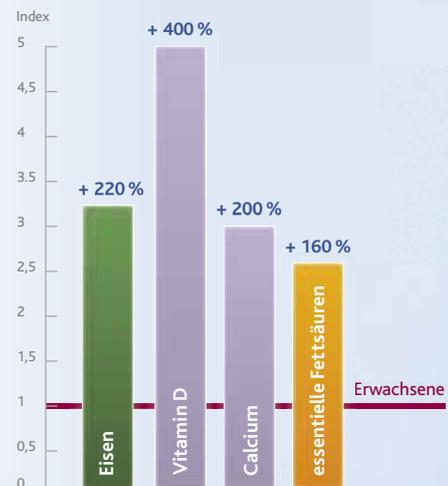
Aptamil
Junior

Von 1 bis 3 Jahren: spezifische Ernährungsbedürfnisse



Physiologische Unreife
Aktivitäten in voller Entwicklung
Starke Wachstumsphase

Höhere Bedürfnisse als diejenigen
der Erwachsenen



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

Aptamil Junior unterstützt eine ausgewogene Ernährung:



- Eisen** 20 x MEHR EISEN*: einem Eisenmangel vorbeugen
- Vitamin D** 50 x MEHR VITAMIN D*: eine gute Knochenmineralisierung in Kombination mit Calcium unterstützen
- 2 x WENIGER EIWEISS*: die Überlastung der Nieren vorbeugen und zusätzlich vor einem möglichen Risiko von Übergewicht schützen
- +** DIE EINZIGARTIGE FORMEL VON APTAMIL: die prebiotische Fasern GOS/FOS**, die das Wachstum von Bifidus-Bakterien im Darm fördern

Aptamil, inspiriert vom Modell der Muttermilch – garantiert durch Wissenschaft

*Im Vergleich zu Kuhmilch (McCance & Widdowson's, Food Standards Agency, 2004) **GOS/FOS: eine patentierte Mischung aus Galacto- und Fructo-Oligosaccharide