



04 / 2012

www.kinderaerzteschweiz.ch info@kinderaerzteschweiz.ch



Jahrestagung 2012
Fotos und
Workshop-Berichte

Kinderneurologie
Neues und
Wissenswertes

«mamamap»
Wegweiser
für stillende Mütter

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



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, Liebfeld; 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:

Hans und Jerry Gross, Fotografen

KORRESPONDENZ:

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

INSERATE:

Dr. med. Cyril Lüdin, cyril@luedin.eu

GRAFIK, SATZ UND DRUCK:

Vogt-Schild Druck AG, CH-4552 Derendingen
Auflage: 1450 Expl.
Nächste Ausgabe: 01/2013
Redaktionsschluss: 11. Februar 2013

VORSTAND/GESCHÄFTSSTELLE

5 Editorial

INTERN

- 7 Jahrestagung 2012 – Einmal mehr gut gelungen
- 8 Kinderärzte Schweiz – Veränderungen im Vorstand
- 9 Rundherde auf der Kinderhaut
- 10 Null Bock auf Psychotherapie bei Jugendlichen mit Problemen
- 11 Suizidprävention konkret
- 12 Praxisassistentin in der Praxispädiatrie
- 13 Feinfühligkeit im Umgang mit psychischen Problemen bei Adoleszenten: Was sollen wir tun?
- 14 «World of Warcraft» – Medienkonsum und Mediensucht
- 16 Ein Wunder! – Der lösungs- und ressourcenorientierte Ansatz in der Arbeit mit Jugendlichen (LOA)

BERUFSPOLITIK

- 17 Vitamin D – Verwirrung total
- 17 Keuchen oder Husten?

FORTBILDUNG

- 18 Die Figurenspieltherapie
- 20 Neues aus der Kinderneurologie

HINWEISE

- 22 Stillen und trotzdem mobil sein

KURSE/WORKSHOPS/FORTBILDUNGEN

- 23 Externe Kurse
- 23 Kurse KIS

SVUPP

- 26 Die SVUPP neu mit einem Co-Präsidium
- 27 Sono-Quiz – Es geht auch ohne Röntgenbild!
- 28 Auflösung des Sono-Quiz
- 29 Kurse SVUPP

LESERBRIEFE/HINWEISE

- 30 Leserbrief zum Vit D



■ 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



Die Risikopatienten sollen geimpft werden. Kontaktpersonen von Risikopatienten sollen geimpft werden. Wenn der Impfstoff in Italien flockig wird, sollen in der Schweiz nur die Risikopatienten und Kontaktpersonen von Risikopatienten geimpft werden. Die gefährlichsten Kontaktpersonen – das Pflegepersonal – lassen sich mit Vorliebe nicht impfen. Influenza. Erwachsene zwischen 25 und 29 Jahren sollen geimpft werden. Kontaktpersonen von Risikopatienten sollen geimpft werden. Jugendliche sollen nicht geimpft werden, es sei denn, sie seien Kontaktpersonen von Risikopatienten oder noch nicht sechsmal geimpft. Pertussis. Im ersten Lebensjahr 0,6 Tropfen. Im zweiten und dritten ein ganzer Tropfen? Dicke und Dunkle, Verhüllte und Stubenhocker vielleicht länger. Oder würden die Dicken besser abnehmen? Alles verstanden? Wenn nicht, kann ein Supplement von Vitamin D vielleicht helfen.

Nicht so verwirrend, sondern spannend, lehrreich und unterhaltsam war unsere Jahrestagung. Danke für die zahlreichen Rückmeldungen, die positiven motivieren uns, so weiter zu fahren, die negativen spornen uns an, es nächstes Jahr noch besser zu machen. Insbesondere versuchen wir, das Angebot für die Praxisassistentinnen auszubauen.

Noch dauert es ein paar Wochen, und doch hängt an vielen Orten schon die Weihnachtsbeleuchtung. Wir arbeiten bereits an der nächsten Jahrestagung, an neuen Kursen und an der nächsten Ausgabe dieser Zeitschrift und hoffen auf eure Unterstützung im nächsten Jahr.

Im Namen des Vorstandes und der Redaktionskommission wünsche ich euch allen eine ruhige Adventszeit, schöne Festtage und einen guten Start ins Jahr 2013.

ROLF TEMPERLI





Jahrestagung 2012

Einmal mehr gut gelungen

Die diesjährige Jahrestagung stand unter dem Titel «No risk, no fun? Grenzbereiche – Risikoverhalten von Jugendlichen». Hauptreferent war der Freiburger Kinder- und Jugendpsychiater Dr. med. Patrick Haemmerle, M.P.H. Er befasste sich eingehend mit dem Thema «Zukunft beginnt gestern – Suizidalität und Suizidverhütung bei Kindern und Jugendlichen». Seine mit vielen nützlichen Tipps für den Praxisalltag gespickten Ausführungen kamen bei den Zuhörern im Saal gut an und wurden mit einem langen Schlussapplaus gewürdigt.

Rund 25 Aussteller unterstützten die Jahrestagung und waren mit einem Stand an der Industrieausstellung präsent. In den Pausen und über Mittag war denn auch ein reger Austausch zwischen den Tagungsteilnehmenden und den Ausstellern zu beobachten. Im ganzen Haus verteilt fanden zudem 10 Workshops statt, in zwei Durchgängen. Erstmals nahmen auch 50 MPAs an der Jahrestagung teil.

Die nächste Jahrestagung findet übrigens am 12. September 2013 statt, wiederum im Hotel Allegro in Bern. ■





Der neue Vorstand (von links): Rolf Temperli (Co-Präsident), Jakob von Känel, Heidi Zinggeler Fuhrer, Katharina Wyss-Senn (Co-Präsidentin), Carsten Peters.

Kinderärzte Schweiz

Veränderungen im Vorstand

An der diesjährigen Mitgliederversammlung von Kinderärzte Schweiz in Bern vom 6. September sind Katharina Wyss-Senn und George Marx neu in den Vorstand gewählt worden. Katharina Wyss-Senn löst Manuela Hany als Co-Präsidentin ab. Im Amt bestätigt wurden an der Mitgliederversammlung die bisherigen Vorstandsmitglieder Rolf Temperli (Co-Präsident), Carsten Peters (Redaktionsleitung), Jakob von Känel (Kassier) und Heidi Zinggeler Fuhrer (Kurswesen).

Manuela Hany wurde von den über 160 anwesenden Vereinsmitgliedern mit grossem Applaus verabschiedet. Sie gab das Amt nach fünf Jahren ab, in denen sie sich das Präsidium mit Rolf Temperli teilte. Als Mitglied der Redaktionskommission wird sie den Berufsverband der praktizierenden Kinderärztinnen und Kinderärzte weiterhin aktiv unterstützen. ■



Als Co-Präsidentin zurückgetreten: Manuela Hany.



Neu im Vorstand: George Marx.

Workshop

Rundherde auf der Kinderhaut

Leitung: Dr. med. Siegfried Borelli und Dr. med. Raffael Guggenheim



DR. MED.
TANJA BÖHLEN-FLURY,
BERN

Siegfried Borelli, unterstützt von Moderator Raphael Guggenheim, führte uns kompetent durch die vielen mitgebrachten Bilder mit verschiedensten Rundherden. Wir begannen mit einem zystischen Gebilde palmar am ehesten ein Fibrom (DD Molluscum contagiosum, Granuloma pyogenicum). Für die Entfernung von Fibromen (nach Palpation zum Ausschluss tiefergehender Strukturen) wurden uns die Applikation von Emla und ein tangenciales Abtragen empfohlen, anschliessend ein Druckverband mit Spongostan und eine Histologie. Zum Ausschluss einer Fibromatose muss bei histologischer Bestätigung auch ein kompletter Hautstatus erfolgen.

Bei perioralen Effloreszenzen muss an die Periorale Dermatitis gedacht werden, typisch mit unscharf begrenzten Papeln nach häufigem Auftragen von Crèmes und Gels, ebenso an eine Mykose, zum Beispiel nach in-nigem Schmusem mit dem geliebten Meerschweinchen! Die gelbliche Plaque auf dem Haarboden bestätigte sich als Naevus sebaceus, wobei im Erwachsenenalter ein Entartungsrisiko zu Basaliomen und Trichoblastomen besteht, sodass Kontrollen indiziert sind, wegen

der fehlenden Metastasierung jedoch keine präventive Exzision nötig ist.

Die typische plane, ringförmige Rötung um den Insektenstich bestätigte sich als Erythema chronicum migrans. Dieses tritt bei mehr als einem Drittel der Patienten im Hals-Kopf-Bereich auf und hat eine IKZ von einer Woche. Nicht zu vergessen sind multilokuläre ECM und Lymphozytome (Rötung und Schwellung an Ohr-läppchen, Mamillen, Hodenbereich), die Behandlung soll mit Amoxicillin 50 mg/kg/d in 2–3 Dosen über mindestens 14 Tage erfolgen.

Bei fleischfarbenen, feinpapulösen und nur leicht juckenden Effloreszenzen sollen wir an eine Keratosis pilaris denken (DD Kontaktallergie auf Sonnencreme, Neurodermitis). Bei der Keratosis pilaris, typischerweise an den Oberarmen- und Oberschenkelaußenseiten lokalisiert, soll eine Behandlung im Stufenschema mit Carbamid Lotio, Carbamid Creme und Carbamid VAS erfolgen.

Das Granulome anulare tritt mit prallelastischen, in Linien angeordneten, zum Teil kreisförmigen Resistenzen an den Streckseiten auf, als DD muss an eine Sarkoidose, eine tiefe Mykose und an ein Fremdkörpergranulom gedacht werden. Therapeutisch kann beim Granuloma anulare eine intraläsionale Steroidinfiltration erfolgen. Die Hand-Fuss-Mundkrankheit haben wir alle dieses Jahr häufig in der Praxis gesehen, diese Enterovirus-Infektion muss von der Varizelleninfektion, der Herpangina mit Erythema multiforme und der Maul- und Klauenseuche abgegrenzt werden.

Gelernt habe ich auch, dass die Vitiligo im akuten Stadium mit Calcineurininhibitoren (z. B. Elidel) oder topischen Kortikosteroiden behandelt werden soll und dass hier anstelle einer Lichttherapie mit UV-B auch regelmässige Sonnenexposition in Betracht gezogen werden kann.

Der Workshop war kurzweilig und praxisnah und das Thema gut gewählt. Etwas schade nur, dass wir einige Bilder nicht sicher einer Diagnose zuordnen konnten, da die Verläufe oder nähere Angaben fehlten. Trotzdem hat sich der Referent sehr bemüht, unsere Bilder und Fragen mit der entsprechenden Theorie zu ergänzen. ■



Workshop Null Bock auf Psychotherapie bei Jugendlichen mit Problemen

Leitung: Dr. med. Romano Torriani und Dr. med. K. von Siebenthal

DR. MED. ROMANO
TORRIANI

Die im Workshop diskutierte Ausgangslage ist wohl bekannt: Der/die Jugendliche ist aus Sicht der Eltern oder weiterer Erwachsener im familiären Umfeld der *Patient*. Er/sie ist *krank* und unterhält mit seinen/ihren Symptomen und Aktionen ein persönliches und familiäres Problem. Sämtliche Lösungsversuche scheitern und die Familie wendet sich an den Kinderarzt. In der Konsultation zeigt sich, dass beim Jugendlichen vorerst kein Interesse an einer Psychotherapie zu erkennen ist. Er/sie fühlt sich gesund und demonstriert offen eine Abwehrlage, ein Leiden wird verneint. Das Problem sind *die Anderen*, insbesondere die Eltern, welche tatsächlich leidend sind und sich von Fachpersonen eine Lösung erhoffen. In dieser Situation können diverse psychiatrische Diagnosen erkannt oder zumindest vermutet werden. Es handelt sich um Frühphasen einer Suchtentwicklung, um depressive Episoden, um beginnende Essstörungen oder um dissoziales Verhalten im Rahmen von Anpassungsstörungen, meist begleitet von negativem Sozialverhalten und unkontrollierter Emotionalität.

Mit Fallbeispielen der Teilnehmer wurden Fragen des Vorgehens diskutiert.

Welche Strategie soll gewählt werden? Gibt es Fallen oder Sackgassen? Ist die individuelle Diagnostik durch einen Fachmann wirklich vordergründig wichtig – oder muss Vorarbeit durch den Pädiater geleistet werden? Ist ein Gespräch mit dem/der Jugendlichen immer der beste erste Schritt?

Viele der geäusserten Erfahrungen der Teilnehmer wurden ergänzt durch diejenigen des Referenten. Ein Einzelgespräch mit dem Jugendlichen sollte hauptsäch-

lich mit dem Ziel der Beziehungspflege angeboten werden, also unter Verzicht der definitiven «Krankklärung des Patienten» erfolgen. Vordergründig sind anschliessend die erweiterte Systemdiagnostik sowie die Gestaltung des Motivationsprozesses mit den Eltern. Bisher bereits getroffene Massnahmen sowie die Erwartungen der Eltern werden erfragt, wiederum begleitet vom Prozess der Beziehungspflege. Eine rasche oder gar hektisch gestaltete Überweisung an einen Psychiater/Psychologen wird vermieden. Stellvertretend erfährt der Pädiater mehr über die bisherige familiäre Entwicklung, über Normen und Werte bei den Familienmitgliedern, über Ressourcen und vor allem auch über die Bereitschaft, an der Bewältigung der Problematik aktiv mitzuarbeiten. Alle diese Informationen werden mit dem Ziel eingeholt, mit den Eltern ein Arbeitsbündnis einzugehen und sie zu bestärken, Mitverantwortung zu tragen bei der Wahl der heutzutage zur Verfügung stehenden Therapieangebote.

Diese «Überweisung in kleinen Schritten» soll nur dann vom Pädiater angegangen werden, wenn er Neugier und Interesse an dieser Erfahrung einbringen kann. Die Gespräche mit dem Jugendlichen und der Familie sollen aus einer Haltung der Neutralität erfolgen, verbunden mit Toleranz und Geduld. Ruhiges Vorgehen mit Berücksichtigung eines hohen eigenen Komforts ist Voraussetzung für eine erfolgreiche Motivationsarbeit. Schliesslich geht es auch um die diagnostische Frage: Ist die Familie wirklich bereit, Hilfe anzunehmen? Kann diese Frage nicht mit Ja beantwortet werden, scheitern viele gut gemeinte Überweisungen mit Frustrationen bei allen Beteiligten. ■

Workshop

Suizidprävention konkret

11

Leitung: Dr. med. Patrick Haemmerle und Dr. med. Christian Knoll

DR. MED.
THOMAS BUESS,
BASEL

Bereits im Hauptreferat berichtete uns Dr. Patrick Haemmerle aus seinem reichen Erfahrungsschatz bezüglich seiner Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. Das Thema «Suizid» beschäftigt uns im pädiatrischen Alltag sicherlich nicht an erster Stelle. Dennoch steht der Suizid vorne auf der Liste der Todesursachen bei den Kindern und Jugendlichen. Wenn wir von Prävention sprechen, denken wir wahrscheinlich ans Thema Impfen, an verschiedene Drogen oder an die Unfallprävention. In diesen Bereichen wurde durch diverse Massnahmen auch schon sehr viel erreicht. Doch wie steht es mit der Prävention eines Suizids? Was können wir tun, dass es nicht dazu kommt? Sind wir in der Lage, die sich uns anvertrauenden jungen Leute zu beraten und allfällige Gefahren zu erkennen? Können wir eine tragfähige therapeutische Beziehung zu diesen Jugendlichen herstellen und sie erfolgreich beraten? Wo liegen unsere Grenzen? Wann brauchen wir doch den Psychiater oder müssen gar an eine Klinikweisung denken? Diese und noch weitere Fragen wur-

den anhand von Fallbeispielen und im Rollenspiel diskutiert und versucht, Lösungsmöglichkeiten zu finden.

Speziell wurden auch anamnestische oder Verhaltens-Besonderheiten erwähnt, welche uns stets auf das Thema sensibilisieren sollen, beispielsweise protektive und facilitierende Faktoren. Zusammenfassend könnte man sagen, dass es für ein Kind von zentraler Bedeutung ist und bleibt, in einer intakten Familie mit genügend verfügbaren Bezugspersonen aufzuwachsen. Sinngebende Lebenswerte sollten in der Familie oder Schule resp. im übrigen Umfeld auf eine gute Art und Weise vermittelt werden können, sodass sich die heranwachsenden Jugendlichen als selbstbewusste Persönlichkeiten den vielseitigen Herausforderungen des Lebens selber stellen können.

Das Thema Suizid bleibt ein trauriges Kapitel der Medizin und hinterlässt wahrscheinlich immer noch ein wenig «mulmiges» Gefühl, wenn man sich darüber mit Patienten oder Angehörigen unterhält. ■



Workshop Praxisassistenz in der Praxispädiatrie

Leitung: KD Dr. med. Sepp Holtz und Dr. med. Philipp Trefny



DR. MED. MYRIAM
PERREN-DAUTIDIS,
MURI BEI BERN

Einige Interessierte finden sich zum Workshop über Praxisassistenz zusammen. Beide Referenten weisen langjährige Erfahrung mit Praxisassistenten auf und haben auch Erfahrung mit unterschiedlichen Anstellungs- bzw. Finanzierungsmodellen. Die Teilnehmer kommen mit verschiedenen Erwartungen und Vorerfahrungen in den Workshop. Einige waren selbst einmal Praxisassistenten, einige planen eine Praxisassistenz. Andere möchten jemanden anstellen, finden aber niemanden. Der politische Hintergrund ist klar, Hausärzte und Kinderärzte in der Praxis fehlen und die Zukunftsprognosen sehen schlecht aus. Politik und Fachgesellschaften reagieren und fördern nun die Weiterbildung in der Praxis. Neben der Stiftung zur Förderung der Weiterbildung in Hausarztmedizin (WHM FMF) gibt es verschiedene kantonale Programme, in welchen teilweise auch eine Zusammenarbeit mit Spitälern ausgearbeitet wird. Das Kinderspital Zürich blickt auf eine langjährige Erfahrung zurück. Sepp Holtz kann uns von seiner Erfahrung mit nun 18 Assistenzärzten berichten. Philipp Trefny berichtet uns im zweiten Teil über administrative, finanzielle Aspekte und über Stolpersteine.

Für einen Lehrpraktiker ist es essenziell, sich mit der Frage zu beschäftigen: «Warum möchte ich einen Praxisassistenten?» Überspitzt formuliert: «Brauche ich den Assistenten zur Entlastung, Vertretung oder möchte ich mich aktiv in der Lehre und Ausbildung junger Ärzte engagieren?»

Was lernt der Assistenzarzt in einer Kinderarztpraxis? Die normale Variabilität in der Entwicklung des gesunden Kindes, effiziente Vorsorgeuntersuchungen durchführen, langfristige Begleitung der Patienten und Eltern, Umgang mit eigenen Unsicherheiten in der Pra-

xis, Tagesablauf, Praxisführung und -organisation, Gesprächsführung und Konsultationsgestaltung. Vorteile sind auch: selbstständiges Arbeiten, Eigenverantwortung, geregelte Arbeitszeiten, Beziehung zu Patienten, Vielfältigkeit des Praxisalltags erleben.

Was profitiert der Lehrpraktiker? Austausch mit jungen Ärzten, bleibt up to date, wird angeregt, wieder etwas nachzulesen, Imagegewinn für die Praxis, Entlastung und Ferienvertretung möglich.

Nachteile für den Lehrpraktiker: Zeitaufwand am Anfang der Praxisassistenz. Manche Patienten könnten unzufrieden sein. Die Infrastruktur der Praxis muss allenfalls angepasst werden.

Ein paar wichtige Tipps für ein gutes Gelingen werden erwähnt. Wichtig ist, dass Eltern bei der Neuanmeldung informiert werden, dass es eine Ausbildungspraxis ist. Die Akzeptanz sei sehr gross. Was ist, wenn die Chemie zwischen Lehrpraktiker und Assistent nicht stimmt? Betont wird, dass mehrere Schnuppertage hilfreich sind diesem Problem vorzubeugen. Auch Zeit mit den MPAs zu verbringen, wird sehr empfohlen.

Wie man die Praxisassistenz gestaltet, wird jeder individuell für sich entscheiden müssen. Wie viel Zeit plant man sich für Teaching, Supervision ein? Wie schnell lässt man den Assistenten selbstständig arbeiten? Erstellt man ein Logbuch, ein Lernzielkatalog usw.? Hier ist man offenbar noch sehr frei. Sicherlich werden gute Lehrpraktikerstellen schnell über Mund-zu-Mund-Propaganda bekannt sein. Alle Teilnehmenden waren sich auch einig, dass Lehrpraktiker und Praxisassistent sich gegenseitig aussuchen sollten und nicht jemanden vom Spital zugewiesen bekommen. Eine enge Zusammenarbeit und ein guter Austausch mit dem regionalen Spital lohnen sich auf jeden Fall.

Über die Rahmenbedingungen informiert man sich am besten im Stiftungsreglement WHM. Unter gewissen Bedingungen werden sechs Monate zu 100 Prozent vom WHM mitfinanziert. Es gibt nun auch sehr gute kantonale Finanzierungsmodelle. Für diese wendet man sich entweder an die kantonale Ärztesgesellschaft oder an die Spitaldirektionen. Eine Anstellung muss mindestens 50 Prozent betragen. Mitgliedschaft bei der FMH ist Voraussetzung. Ich denke, der Workshop hat gut informiert, motiviert und die Teilnehmenden waren sich am Schluss einig, dass sich eine Praxisassistenz nach anfänglicher Investition für beide Seiten «lohnt». So lassen sich sicher einige noch unentschlossene junge Assistenzärzte für die Weiterbildung in der Praxispädiatrie begeistern. ■

Workshop

Feinfühligkeit im Umgang mit psychischen Problemen bei Adoleszenten: Was sollen wir tun?

Leitung: Dr. med. Gregor Berger und dipl. med. Marleen Grosheintz

DR. MED. HELENA
GERRITSMASCHIRLO,
AARAU

DR. MED. GREGOR
BERGER (GEGENGELESEN)

Marleen eröffnet den Workshop und erörtert, warum uns der Umgang mit den Jugendlichen oft schwerfällt. Wir haben dies nicht wirklich gelernt, im Spital ist man auf somatische Erkrankungen fokussiert, die Gesprächsführung mit Adoleszenten war nie ein Thema. Adoleszente sprechen psychische Probleme selten direkt an, die Konsultationen erfolgen oft unter einem Vorwand wie Akne, Schwindel, Kopf- oder Bauchweh, Bagatellunfälle oder mit der Bitte um ein Zeugnis für einen Dispens.

Für uns gilt dann herauszufinden: «Häsch es problem oder bischs Problem?»

Herr Dr. Berger führt aus, dass die Adoleszenz, das «Heranreifen», oft länger dauert, als bis zum juristischen Beginn des Erwachsenenalters von 18 Jahren. Vor allem reifen die exekutiven Funktionen noch bis zum Alter von 25 Jahren. Die Frage nach der Betreuung der Ados stellt sich; endet sie doch bei den meisten Jugendärzten mit 18 Jahren.

Es ist schwierig, beginnende psychische Erkrankungen in der Praxis zu erkennen. Weil sie «ohne Etikett» daherkommen, weil sich das Risikoverhalten in der Adoleszenz oft sehr ähnlich wie das Adoleszenten-«Normverhalten» verhält, sodass wir uns oft mehr auf unser Bauchgefühl verlassen müssen, dass etwas «nicht mehr so wie früher ist». Denn 80 Prozent der psychischen

Störungen beginnen in der Adoleszenz; hierzu gehören Depressionen, Ängste, Suchtverhalten, Essstörungen, Zwänge, Entwicklungsstörungen (inkl. AD(H)S), Psychosen. Da durch die Diagnosestellung eine Stigmatisierung erfolgt, wird sie oft spät gestellt.

Dr. Berger betont, dass es sich lohnt, genauer hinzuschauen und das Problem anzupacken, weil

- die Desintegration schnell geht in der Adoleszenz und durch adäquate Therapie verhindert werden kann
- der Übergang in eine manifeste Psychose zum Teil verhindert werden kann durch eine rechtzeitige Intervention.

Zusammenfassend können die Prognose und der Verlauf der Psychosen durch eine Früherfassung sehr oft verbessert werden.

Es ist nicht unsere Aufgabe, differenzierte psychiatrische Diagnosen zu stellen. Aber wir sollten die Zeichen der Depression in der Adoleszenz erkennen: Stimmungsschwankungen, Irritabilität, Wut, Reizbarkeit bei Jungs, bei Mädchen eher unerklärliche Schmerzen, Übersensibilität gegenüber Kritik, selektiver sozialer Rückzug. Nur 20 Prozent der depressiven Patienten in diesem Alter bekommen therapeutische Hilfe, einige Episoden gehen auch ohne Intervention vorbei, aber 50 Prozent davon werden chronisch.

Der Suizid ist nach Unfällen die zweithäufigste Todesursache bei Jugendlichen. Etwa 50 Prozent der Jugendlichen leiden zum Zeitpunkt des Suizides an einer Depression, über 80 Prozent litten im Jahr zuvor an einer psychischen Störung.

Herr Dr. Berger hat uns darauf aufmerksam gemacht, dass wir als Kinder- und Jugendärzte die einmalige Gelegenheit haben, zu erkennen wenn jemand «strauchelt», weil wir die jungen Menschen seit Jahren kennen. Ziel soll es sein, in Kontakt zu bleiben, eine Zweitkonsultation anzustreben im Sinn von: «Bis alles wieder gut ist, möchte ich Dich regelmässig sehen.» Denn in 50 Prozent aller Fälle folgt auf eine erste depressive Episode eine zweite, daher sollte man früh behandeln, dadurch kann auch das Risiko einer Entwicklung in eine bipolare oder depressive Psychose vermindert werden. Wir sollten uns vernetzen, mit Kinderpsychiatern in Kontakt stehen und Rücksprache nehmen sowie je nach Verlauf die Jugendlichen rechtzeitig überweisen. ■



Workshop

«World of Warcraft» – Medienkonsum und Mediensucht

Leitung: www.medienfalle.ch



DR. MED.
SUSANNA BURI,
URDORF

Wie sollen wir die Faszination der Jugendlichen für die Welt der Computergames einschätzen? Wie viel Medienkonsum ist Überdosis? Wie beeinflusst das Gamen die sozialen Beziehungen der Jugendlichen, das Verhalten, die Persönlichkeitsentwicklung? Schadet der Konsum der Computergames der Hirnentwicklung, der Ausbildung von Ethik und Wertvorstellungen? – Was ist Suchtverhalten in Bezug auf Medien?

Mit diesen Fragen habe ich den Kurs besucht und folgendes gelernt im unterhaltsamen und informativen Workshop:

1. 90 Prozent der Jugendlichen zeigen keine Verhaltensprobleme trotz Gamen.
2. Gamen braucht viel Zeit.
3. Online-Games spielen die Jugendlichen auch in Gruppen, unangebrachtes soziales Verhalten führt zum Ausschluss aus der Gilde.
4. Es gibt unbestreitbar qualitative Unterschiede zwischen Industrieprodukt und Sportverein.
5. Impulsgüter nützen die Verführbarkeit des Menschen aus.
6. Verhaltenssuchte beinhalten Symptome aus verschiedenen Psychopathologien.

Geleitet wurde der Workshop von Attila Gaspar, Medienpädagoge vom Verein MedienFalle Basel (www.medienfalle.ch), mit der Unterstützung eines Jugendlichen «Gamers». Dieser sympathische Schreinerlehrling hat den Workshop-Teilnehmern eine Episode aus dem Game WOW (World of Warcraft) vorgeführt.

Und zugegeben, sie ist verführerisch, diese World of Warcraft: Mit fantastischen Figuren weckt sie Neugier. Die Möglichkeit, in Gilden zusammen Aufgaben zu lösen und

Abenteuer zu bestehen, macht das Gamen spannend und trägt zur sozialen Vernetzung bei. Jedes Mal wenn eine Aufgabe erfolgreich gelöst wird, erreicht man ein neues Level. Man erwirbt Fähigkeiten, mit denen man im nächsthöheren Level komplexere Aufgaben lösen kann. Mit Geld verbessert man die Ausrüstung der Figur, man kauft Waffen und erwirbt Kräfte. Die Gildenteilnehmer helfen einander beim Spiel, legen das gewonnene Geld in eine gemeinsame Bank und können gemeinsam oder einzeln neue Waffen und Fähigkeiten kaufen. Der Gildenchef erlaubt neuen Mitspielern eine Mitgliedschaft, verwaltet das Geld auf der Bank und entscheidet, ob Spieler wegen rücksichtslosen Verhaltens ausgeschlossen werden. Kommuniziert wird mit einer im Spiel eingebauten Chat-funktion online. Und weil man im Sog des Spiels ein weiteres, nächstes Level erreichen möchte, Teil einer erfolgreichen Gamer-Gruppe bleiben möchte, geht das Spiel weiter, Level für Level.

Ich wünsche, dass dieser sympathische Schreinerlehrling den typischen Gamer repräsentiert. Einige Geheimnisse hat er uns verraten, damit der Umgang mit dem Gamen für ihn kein Problem darstellt: Er spielt, weil es ihm Spass macht, und er kann sich selber gut steuern. Hilfreich sind regelmässige und zuverlässige Abläufe im Familienleben; zum Beispiel hilft das Einhalten der Essenzeiten am Abend, seine Spielzeiten zu strukturieren.

Seine Botschaft an besorgte Eltern: Mögen sie sich für die Spiele ihrer Sprösslinge interessieren. Die Kinder sollen ihnen die Spiele erklären, denn in der Auseinandersetzung lernen die Jugendlichen die Argumente der Erwachsenen kennen und umgekehrt. Der problematische Umgang mit Internet, Gamen und Handy muss mit den Jugendlichen besprochen werden. Klare Regeln für den zeitlich begrenzten Gebrauch des Computers helfen, Konflikte um den Computer zu reduzieren. Wenn Eltern Unterstützung brauchen, so kann ein Gespräch mit einem älteren Gamer wirkungsvoll sein. Der Verein [medienfalle.ch](http://www.medienfalle.ch) organisiert Kurse, vermittelt Lehrmittel, Theaterstücke und Informationen für Jugendliche, Eltern und Lehrer zu allen wichtigen Themen für Menschen ab 13 Jahren. Ein Blick auf die Homepage von Medienfalle verrät, dass die Leute die Probleme ihrer Ansprechpartner gut kennen.

Gamen frisst Zeit

Es braucht mindestens 5–8 Stunden/Woche, bis eine Aufgabe im Spiel WOW gelöst ist. Sehr gerne hätten die Eltern der Workshop-Teilnehmer/-innen Grenzwert



te empfohlen bekommen; in Stunden und Minuten pro Tag oder Woche. Die Frage wäre umgekehrt zu stellen: Gibt es im Tagesablauf von Jugendlichen neben Schule, Lehre, Sport, sozialen und familiären Aktivitäten und Chillen noch Zeit zum Gamen?

Gamen beeinflusst den Tagesablauf

Man muss sich den Mitspielern anpassen, da man gleichzeitig online sein muss. Spielt man lange nicht mit, kommt der Gamer ins Hintertreffen mit dem Erreichen von neuen Levels und kann in der Gruppe nicht mehr mithalten. Er riskiert, ausgeschlossen zu werden.

Gamen beschränkt die Freiheit

Die Entscheidungsfreiheit, ob man gamen will oder nicht, ist eingeschränkt, denn das nächste Level ruft, die Online-Kumpels warten, die Fantasiefigur mit ihren Begehrlichkeiten fordert.

Renanto Poespodihardjo, Dipl.-Psych., ist Leiter des Zentrums für Verhaltenssuchte der Universitären psychiatrischen Kliniken in Basel und hat den Workshop mit Informationen zur Ätiologie, Phänomenologie und Diagnostik von pathologischem Internetgebrauch ergänzt. Beruhigend zu wissen: Die Prävalenz von Verhaltenssuchten ist tief. Hinter pathologischem Internetgebrauch verstecken sich diverse Psychopathologien von Zwangserkrankungen, Persönlichkeitsstörungen, Substanzabusus und Depression.

Ein kurzes Screening führt auf die Spur von pathologischem Internetkonsum:

- Beschäftigt er/sie sich auch während der Zeit, wo er/sie nicht an elektronischen Geräten arbeitet, gedanklich viel mit dem Spiel, Surfen, SMS, Chatten?
- Spielt, chatet oder surft er/sie länger, als beabsichtigt?
- Hatte er/sie in den letzten 12 Monaten Probleme mit der Umwelt wegen des Gamens?

Bei Erwachsenen gelten mehr als 3 Std./Tag online; Spass, Erfolg und Ablenkung nur noch am Computer; stark eingeschränkte Leistungs- und Konzentrations-

fähigkeit wegen Schlafmangels, Verlust von Freunden, traurige Verstimmung, Lust- und Hilflosigkeit als eindeutige Zeichen für pathologischen Internetkonsum. Diese Menschen sind auf kompetente Hilfe angewiesen, wenn sie denn ihre Sucht bemerken. Das Internet bietet nämlich etwas, was die reale Welt nicht bietet: allein sein, ohne sich einsam fühlen. Durch die Aufgaben im Spiel erreicht der Spieler immer ein nächstes Level, er wird anscheinend zu «Etwas». Die Identifikation mit der Kunstfigur ist stärkend, beruhigend und bestätigend. Diese Illusion bietet oft sozial schwachen Menschen eine gewisse Bestätigung.

Die problematische Identifikation mit der Kunstfigur wird nicht abgebrochen, indem der Computer ausgeschaltet wird. Das Selbst abzulösen von der beeindruckenden, fantastischen Kunstfigur ist schwierig und benötigt oft einen Prozess im Sinne von Trauerarbeit. Nur so kann in der Abhängige in der realen Welt wieder Erfolg und Bestätigung erleben.

Ganz am Rand angedeutet wurde auch ein Blick auf die politischen Auswirkungen des Gamens; von den ökonomischen Auswirkungen der Game- und Onlinewelt auf unsere Gesellschaft wurde nicht gesprochen.

Gamer erschaffen sich ihre eigene Welt, sie stören nicht, sie sind still, fordern nichts und sind in der künstlichen Welt von Spiel und Fantasie unter sich. In letzter Konsequenz ist dieses Verhalten ein Schreckensszenario: Ein grosser Teil der Menschen unserer Gesellschaft ist nicht eingebunden in die Entscheidungsfindung in der realen Welt. Sie sind politisch nicht sichtbar und akzeptieren unwissend die Manipulation durch die Nicht-Gamer. Solange das Wi-Fi sendet und der elektrische Strom fliesst, scheint alles in Ordnung. Industrieprodukte bestimmen unser Leben, manipulieren unser Verhalten mit Impulsgütern und verdrängen Langeweile und das Bedürfnis nach eigener Kreativität.

Der Kurs war pünktlich fertig. Ich bin mit anderen Fragen in den blendenden, spätsommerlichen Donnerstagnachmittag hinausgetreten. ■

Workshop

Ein Wunder! – Der lösungs- und ressourcenorientierte Ansatz in der Arbeit mit Jugendlichen (LOA)

Leitung: Dr. med. Ursula Bühlmann-Stähli und Dr. med. Sabine Zehnder Schlapbach



DR. MED.
MÉLANIE DOUTAZ,
AARAU

Cooler Sound erfüllt den Saal Vivace. – Einsteigen in einen faszinierenden Workshop für die nächsten 90 Minuten: Von Sabine Zehnder in die spannende Geschichte von Prinzessin Leonore entführt, erfahren wir, was der Mond mit dem Mathematiker oder dem Daumennagel zu tun hat, und lernen unterhaltsam den wichtigsten Grundsatz der LOA kennen: *Der Patient alleine ist der Experte für das eigene Leben!* Als Ärzte gilt es loszulassen vom Expertenstatus und einzutauchen in eine Haltung des Nichtwissens... Es ist zwar recht hilfreich, eine Ahnung dessen zu haben, was die Jugendlichen interessiert. Gleichzeitig sind wir aber nützlicher, wenn wir nicht alles wissen, nicht allzu schnell alles verstehen und nachfragen können: Jugendliche erzählen sehr gerne von dem, was sie packt. So ist Fragen stellen eine besonders respektvolle Erwiderung, die wir geben können.

Prägsam erläutert Ursula Bühlmann, dass es beim LOA weniger um eine bestimmte Fragetechnik geht, sondern sehr viel mehr um die *eigene innere Haltung*, in der wir dem Gegenüber begegnen. So wird im lösungsorientierten Modell von *verschiedenen Annahmen* ausgegangen: Kinder/Jugendliche etwa wollen, dass ihre Eltern stolz auf sie sind, und Eltern ihrerseits geben ihr Bestes. Weitere Annahmen präsentiert das anregende Duo lebhaft und kurzweilig:

- Man muss das Problem nicht kennen und analysieren, um eine Lösung zu finden.
- Bei einem Problem gibt es das Wort «immer» nie. Nichts ist immer gleich, so deuten Ausnahmen auf Lösungen hin. Diese Spuren gilt es auszubauen (Neuroplastizität).
- Belohnungssysteme sind der Motor des menschlichen Funktionierens. So kooperiert und ändert man sich eher und leichter in einem Umfeld, das die eigenen Stärken und Fähigkeiten unterstützt (Ressourcenarbeit).

- Was wir bekämpfen, stärken wir.
- Mit etwas aufzuhören, ist die schwierigste Form der Veränderung. Etwas Neues zu beginnen, ist viel leichter (selbstregulierende Neuroplastizität).
- Jede Reaktion ist eine Form von Kooperation!
Auch der Jugendliche, der stumm sein iPhone manipulierend im Sprechzimmer sitzt (oder oft auch im Stuhl liegt...) kooperiert auf seine Weise... er ist zumindest da!
- Probleme in der Gegenwart geben Sicherheit, während Visionen für die Zukunft oft mit Angst verbunden sind. So gilt es, sich in der Gegenwart zu orientieren und schrittweise kleine, ganz konkrete Dinge zu erzielen.

Die beiden Pioniere der Lösungsfokussierung Insoo Kim Berg und Steve de Shazer haben besondere Frage-typen als wertvolle Instrumente geprägt: «Mal angenommen, es träte über Nacht ein Wunder ein...» – Diese *Wunderfrage* ist die Kernfrage des LOA, und es lohnt sich, diese äusserst ergiebige Frage weiter zu vertiefen (z. B. «Jetzt mal angenommen» von Therese Steiner). Dadurch wird eine Art Ressourcetrance erzielt, in der neue Bahnen angelegt werden... Auf wichtige Lösungsansätze weist die *Ausnahmefrage* hin – sie kann in der Folge weiter ausgeweitet werden. *Skalierungsfragen* erlauben insbesondere, Fortschritt und Motivation zu erfassen.

Ein weiterer Grundpfeiler der LOA ist die *Ressourcenarbeit*. In diesem Sinne lernen wir, wie ein Plakat «Werbung in eigener Sache» aufgestellt wird. Diese Technik braucht nur wenige Minuten und kann problemlos in unseren Praxisalltag eingebaut werden.

Ein Wunder! hat Lust auf mehr geweckt – vielleicht und hoffentlich auch dieser Einblick...

*Kinder und Jugendliche haben eigene Meinungen und können diese äussern;
man muss sie danach fragen und ihnen zuhören,
aber Achtung:
lesen wir nicht zwischen den Zeilen,
dort hat es nichts!*

Grossen Dank an Sabine und Ursula für diese prickelnd-erfrischende Vorstellung, die in unserem weiteren Praxisalltag Spuren hinterlassen wird! ■

Vitamin D – Verwirrung total

DR. MED.
ROLF TEMPERLI,
LIEBEFELD

Das BAG hat uns im Juni 2012 mit neuen Vitamin-D-Empfehlungen beglückt. Eine Überraschung war es nicht, seit mehreren Jahren wurde über den Nutzen einer verlängerten Vitamin-D-Supplementierung diskutiert, wir haben in dieser Zeitschrift das Thema schon mehrmals aufgegriffen. Überraschend ist allerdings, auf welcher dünner Faktenlage die Empfehlungen beruhen und wie kompliziert sie sind (400 IE/d im ersten Lebensjahr, 600 IE/d im zweiten und dritten, das einzige alkoholfreie Schweizer Medikament liefert aber 667 IE/Tropf. Für Dunkle, Verhüllte und Dicke könnten andere Empfehlungen gelten).

Die Experten postulieren, dass «die Schweizer Pädiater zunehmend mit klinisch manifestem Vitamin-D-Mangel konfrontiert» würden. Das wäre in der Tat interessant, zu wissen: Wie sieht das zahlenmässig aus? Welche Kinder verpassen wir Praktiker und warum? Gemäss den Experten müssten unter anderem auch Abwehrschwäche, Muskelhypotonie, psychomotorischer Entwicklungsrück-

stand, Beinschmerzen, Gelenksprobleme, Müdigkeit und Reizbarkeit zu einer Abklärung, das heisst zu einer Bestimmung von 25-OH-Vitamin-D, führen. Und dabei ist man sich noch nicht einmal über die Normwerte einig.

Einmal mehr hat das BAG eine Empfehlung ausgesprochen, ohne sich über deren praktische Auswirkungen Gedanken gemacht zu haben.

- Prophylaktische Massnahmen müssen auf harten Fakten beruhen.
- Massnahmen müssen mit denjenigen abgesprochen sein, die sie durchführen sollen.
- Massnahmen, die die ganze Bevölkerung betreffen, müssen einfach, einheitlich und gefahrlos durchzuführen sein.
- Neue Massnahmen müssen evaluiert werden, davon haben wir noch nichts gelesen.
- Die Diskussion hat erst angefangen, die Verwirrung dagegen ist schon fortgeschritten. ■

Keuchen oder Husten?

DR. MED.
ROLF TEMPERLI,
LIEBEFELD

Der in diesem Jahr aktualisierte Schweizer Impfplan zielt vor allem auf Pertussis. BAG 2/2012: «Da in den meisten Fällen Erwachsene die Krankheit auf Säuglinge übertragen, wird die Impfung gegen den Keuchhusten neu auch jungen Erwachsenen (eine Dosis für alle 25- bis 29-Jährigen) und all jenen Personen empfohlen, die regelmässig Kontakt mit Säuglingen haben.» So weit, so gut.

Erstaunlich ist, dass die Pertussis-Auffrischimpfung bei den Jugendlichen (11–15 Jahre) ausdrücklich nicht empfohlen wird (vorausgesetzt, sie haben die geplanten 5 Dosen bis Alter 7 Jahre erhalten). Erklärungen dafür gibt es keine, Infovac hat unsere Anfrage nicht beantwortet.

Viele Pädiater verabreichen den Jugendlichen mit der Kombinationsimpfung auch eine 6. Pertussis-Impfung. Dafür sprechen unseres Erachtens zahlreiche Argumente:

- Die Schutzwirkung der Pertussis-Impfung ist nicht optimal und lässt schnell nach. Erwachsene (auch geimpfte) sind bekanntermassen die häufigsten Ansteckungsquellen für Kleinkinder
- Das BAG-Zielpublikum der 25- bis 29-Jährigen kann nur schlecht erfasst und geimpft werden
- Auch ausserhalb der Zielgruppe hat ein Grossteil der Bevölkerung regelmässig Kontakt mit Kleinkindern (Verwandte, Kinderkrippen, Schnupperlehren, Babysitter usw.) und sollte gemäss BAG geimpft werden, wird aber nach der letzten Vorsorgeuntersuchung

mit zirka 14 Jahren kaum mehr auf den Impfstatus überprüft (wenn nicht im Militär oder anlässlich einer Schwangerschaft oder Verletzung, und dann wird in der Regel nur di-te geimpft)

- Never miss an opportunity to vaccinate! Warum also nicht zusammen mit dem Diphterie-Tetanus-Rappel auch Pertussis nachimpfen? Kontraindikationen gibt es keine
- Um das Ansteckungsrisiko für Säuglinge zu minimieren, wäre es wahrscheinlich sogar sinnvoll, Jugendlichen und Erwachsenen statt der Zweierkombination di-te nur noch die Dreierkombination di-te-per anzubieten.

Es ist unerklärlich, warum Bundesamt für Gesundheit und Eidgenössische Kommission für Impffragen von einer sinnvollen Präventionsmassnahme abraten, die zudem praktisch gratis und ohne jeden zusätzlichen Aufwand zu haben ist.

- Es macht keinen Sinn, mit der 6. Dosis Pertussis zu warten, bis sie vergessen geht, impfen wir weiterhin bereits die Jugendlichen.
- Impfstatus der Eltern und Kontaktpersonen von Neugeborenen und Säuglingen überprüfen, fehlende Impfungen nach Möglichkeit auch in der Kinderarztpraxis nachholen. ■

Die Figurenspieltherapie

Eine psychotherapeutisch orientierte Spiel- und Kunsttherapieform für Kinder und Jugendliche

Oftmals geschieht es, dass Kinder und Jugendliche im Alltag mit schwierigen Situationen konfrontiert werden, die sie alleine nicht bewältigen können. Dadurch ist es möglich, dass die innere Sicherheit und das Gleichgewicht verloren gehen. Es treten Symptome und Veränderungen auf, die Anlass dazu geben, nach einer hilfreichen Unterstützung oder Lösung zu suchen. Die Figurenspieltherapie basiert auf den psychologischen Konzepten von C. G. Jung. Sie kann auffälliges Verhalten, emotionale Belastungen, Ängste usw. auffangen und heilende Prozesse in Gang setzen.

IRENE HUBER UND
CHRISTIN KÜNZLE

Noemi, siebenjährig, wird auf Anregung der Lehrperson durch ihre Eltern für die Figurenspieltherapie angemeldet. Im Gespräch erfährt die Therapeutin, dass Noemi an Schlafstörungen leidet und sich bei ihren nächtlichen Schreianfällen nicht beruhigen lässt. In der Schule wirkt sie oft müde, nicht aufnahmefähig, weinerlich und sozial unsicher.*

Noemi kommt begeistert in die wöchentlichen Therapiestunden und geniesst die ungeteilte Aufmerksamkeit der Therapeutin. Sie macht erste Spielerfahrungen mit den Figuren und modelliert eine eigene Prinzessin. Diese lädt im Spiel Gäste ein, schminkt sich, spielt im Garten oder macht kleine Ausflüge.

In dieser ersten Therapiephase ist es Noemi wichtig, ihre gewünschte «heile Welt» aufrechtzuerhalten und diesen geschützten Raum für sich zu geniessen.

Nach intensiver Beziehungsarbeit und dem nötigen Vertrauen ist Noemi in der achten Therapiestunde bereit, einen Schritt weiterzugehen und sich auf ihre Thematik einzulassen. In einem konkreten Figurentheater spielt Noemi, dass die Prinzessin durch nächtliches Klopfen von Vögeln an ihrem Fenster aus dem Schlaf geweckt wird. Diese Botschaft veranlasst die Therapeutin, Noemi in den folgenden Therapiestunden sorgfältig und gezielt damit zu konfrontieren.

Durch die intensive Auseinandersetzung und spielerische Bearbeitung findet sie selber einen Weg, ihre Angst zu bewältigen: Noemi filzt aus blauer Wolle ein grosses Vogelnest und füllt es mit Sonnenblumenkernen und Maiskörnern. Dieses Nest stellt sie zu Hause vor ihr Zimmerfenster und beschwert es mit einem Stein. «So, jetzt haben die Vögel ihr eigenes Nest und brauchen mich nicht mehr zu wecken!»

Nach diesem Schlüsselereignis konnte Noemi ruhig durchschlafen. Sie wünschte sich sogar eine eigene Vogelfigur, welche ihre Begleiterin wurde und sie stärkte.

Dieses Beispiel macht deutlich, wie die Figurenspieltherapie ihre Wirkung entfalten kann. Diese Therapieform ermöglicht es dem Klienten, seine Probleme und Konflikte wie folgt auszudrücken:

1) Im Schöpfen der eigenen Figur

Das Kind modelliert aus Schubmehl seine eigene Figur. Dies ist ein wichtiger und intensiver Prozess. Intuitiv wählt es die Figur, die es für seinen Heilungsprozess braucht. So verkörpert diese Figur einen Wunschzustand oder etwas Belastendes, mit dem sich das Kind auseinandersetzen muss. Durch seine Figur erhält es ein Gegenüber, mit dem es sein Innerstes ausdrücken kann. Das «Mit-der-Hand-in-die-Figur-Schlüpfen» macht deutlich, dass hier eine andere Person die Stelle des Kindes einnimmt. In den Figuren spiegeln sich die verschiedenen Archetypen nach der Lehre von C. G. Jung. Archetypen sind allen Menschen gemeinsame Symbole, Urbilder der Menschheitsgeschichte. Beispiel: Prinz/Prinzessin = Kind auf dem Weg zum Erwachsensein; Gärtner = bringt im Innern des Menschen das Wertvolle durch gute Pflege zur Geltung.



*Name geändert



2) Im Rollenspiel in der Dreierdynamik

Als Bühne kann ein Bügelbrett dienen, das vom Kind mit farbigen Tüchern und (Natur-)Materialien gestaltet wird. So stellt die Bühne einen Ort dar, der symbolischen Charakter hat, z. B. einen Wald. Dieser kann ein Ort der Gefahren, Verirrungen aber auch von Schutz und Wachstum sein.

In der Dreierdynamik spielen wir in der Regel mit drei Figuren (zwei Personen, einem Tier) und drei Requisiten, die das Kind intuitiv aussucht. Im spontanen Spiel weist es uns die Figuren zu, die wir zu spielen haben. Gemeinsam mit dem Kind spielen wir seine Geschichte, deren Handlungsablauf es selber bestimmt. Unsere Aufgabe als TherapeutInnen im Spiel ist es, das Kind in seinem Prozess zu begleiten. Dies geschieht durch das Wahrnehmen seiner symbolischen Botschaft und der Hilfestellung in der Interaktion. Zudem kann das Kind auf der Bühne angeregt werden, Neues auszuprobieren oder Lösungen zu (er-)finden.

3) In der Auseinandersetzung mit Märchen

Die klare, einfache und symbolkräftige Aussage von Märchen versteht das Kind intuitiv. Märchen beinhalten immer ganz allgemeingültige, menschliche Grundkonflikte, Entwicklungsschritte und Verhaltensweisen. Sie behandeln Lebenssituationen, die in irgendeiner Weise schwierig sind und einer Veränderung oder Verwandlung bedürfen. Der Märchenheld ist auf der Suche nach Lösungen für diese Situation. In dem sich das Kind mit dem Märchenheld identifiziert, gerät es selbst innerlich in Bewegung.

4) Im Anwenden von kreativen Mitteln wie Malen, Filzen, Musizieren, Gestalten mit Ton usw.

Diese ergänzenden Angebote können den therapeutischen Prozess unterstützen und begleiten. Im Fallbeispiel (siehe Einleitung) wird dies sehr anschaulich verdeutlicht. Indem Noemi ein grosses Vogelnest filzt, stellt

sie den Bezug zur Realität her. Dieses Umsetzen von der Spielebene in die Realität hilft ihr bei der Auseinandersetzung mit ihren Problemen.

Immer mehr Kinder werden konfrontiert mit Situationen wie beispielsweise Trennung ihrer Eltern, Verlust und Tod, Mobbing, Gewalt, schwere Erkrankung eines Elternteiles usw. Diese grossen, emotionalen Belastungen äussern sich unter anderem in Verhaltensauffälligkeiten, Schlafstörungen, machen Angst und blockieren die gesunde Entwicklung des Kindes.

Die Methode und Teile der therapeutischen Arbeit sind vielseitig einsetzbar. So wird die Figurenspieltherapie in angepasster Form beispielsweise in der Arbeit mit demenzten Menschen, in heilpädagogischen Institutionen oder in Spitälern angewendet. Sie kann überall dort wirksam werden, wo sie mit ihrer Symbolsprache das Kind im Menschen ansprechen kann!

Ein vertiefter Einblick in die unterschiedlichen Berufsfelder und die Arbeitsweise der FigurenspieltherapeutInnen können an der *Europäischen Fachtagung vom 15.–17. März 2013 in der Alten Kaserne in Winterthur* gewonnen werden. Die Tagung steht allen Interessierten offen und weitere Informationen zu Tagungsprogramm und Anmeldung können über die Internetseite <http://fachtagung-fsth.jimdo.ch> bezogen werden.

Weitere Infos zum Berufsfeld «FigurenspieltherapeutIn» sind auf der Homepage www.figurenspieltherapie.ch vorhanden. Dort finden sich auch Kontaktadressen der FigurenspieltherapeutInnen sowie Hinweise zur Finanzierung der Therapie. ■

Neues aus der Kinderneurologie

**DR. MED.
REGULA SCHMID,**
LEITENDE ÄRZTIN
NEUROPÄDIATRIE SPZ,
KINDERKLINIK, KANTONS-
SPITAL WINTERTHUR

Irgendwie liess ich mich zu diesem Titel hinreissen. Beim Schreiben merke ich, dass ich natürlich nur ein paar wenige Dinge erwähnen kann. Ich habe mich bemüht, die Auswahl praxisrelevant zu gestalten. Ebenso habe ich mir erlaubt, Gewisses etwas abzukürzen und neurologie-nahe Themen wie Autismus und ADHS ebenfalls zu erwähnen.

Epilepsie

Notfall-Therapie

Die meisten verschreiben wohl Diazepam rectal als Notfallmedikament zur Anfallsunterbrechung bei Kindern mit Fieberkrämpfen oder Epilepsie. Dies hat sich bewährt und ist einfach zu verschreiben. Wir empfehlen unter 15 kg 5 mg, darüber 10 mg/dosi. Seit die Suppositorien ausser Handel sind, gibt es bei der Marke Stesolid® keine Verwechslungen mehr, allerdings ist dieses 50 Prozent teurer als Diazepam Desitin® (6, resp. 7.30 CHF/Stück im Vergleich zu 3.50 resp. 5 CHF). Gewisse Spitalapotheken stellen Midazolam nasal her für grössere Kinder, bei denen die rektale Applikation, insbesondere im öffentlichen Raum, nicht wirklich zumutbar ist. Es ist damit zu rechnen, dass im Laufe des Jahres 2013 eine orale Form, Buccolam®, auch in der Schweiz zugelassen wird. Es erhielt im Jahre 2011 die europäische Zulassung und ist eine willkommene Alternative. Preislich wird es in einer anderen Kategorie sein. In Deutschland kostet eine Dosis um 30 € [1].

Dauertherapien oder: Ernüchterung und umdenken

Trotz einer zunehmenden Anzahl neuer Antiepileptika bleibt der Anteil von Patienten mit therapieresistenten Epilepsien gleich. Die Zahlen bzgl. Wirksamkeit in den Zulassungsstudien der neuen Medikamente sind immer etwa gleich (normalerweise sog. Add-on-Medikation bei Patienten mit schwierig behandelbaren Epilepsien): wenige werden anfallsfrei, etwa 1/3 profitiert. Es haben sich deshalb namhafte Epileptologinnen zu Wort gemeldet und die präklinischen Ansätze (Tiermodelle) infrage gestellt und für frisches Denken plädiert. Die Hoffnung bleibt, dass es irgendwann möglich sein wird, die Grundmechanismen einer Epilepsie zu verstehen und zu beeinflussen. Ansätze bestehen bei der Tuberösen Sklerose (mTOR-Inhibitoren), sind aber noch nicht reif für den klinischen Alltag [2].

Ursachen oder: Hoffnung Genetik

Die Anzahl für Epilepsie relevante Gene ist sprunghaft gestiegen (1996 255 Publikationen in PubMed, 2011 852 zu «epilepsy AND genetics»). Insbesondere bei den

epileptischen Enzephalopathien, zum Glück eher seltene, für die Patienten und Familien aber umso belastendere Krankheiten (häufig therapieresistente Epilepsie, EEG-Veränderungen, deutliche neuropsychologische Einschränkungen) ist es gelungen, einige davon genetisch zu klären. Die Vielfalt nimmt aber zu, sowohl genetisch wie auch phänotypisch. Die Idee, dass ein einzelnes Gen ein uniformes Krankheitsbild bewirkt, ist schon länger überholt [3].

Über die Mühseligkeiten der Kostengutsprachen bei den Krankenkassen zu sprechen, sprengt diesen Rahmen, ist aber ein entscheidender Faktor, dass unsere Familien im Alltag manchmal wenig von diesen Entwicklungen profitieren.

Autismus

Als Beispiel für: «wer hat, dem wird gegeben»

Kalifornien hat klare, gesetzlich geregelte Definitionen für Entwicklungsstörungen (neurodevelopmental disorders). Spezifisch erwähnt sind im California Welfare and Institutions Code, einer umfangreichen Gesetzessammlung, geistige Behinderung, CP, Epilepsie und Autismus. Da insbesondere die frühen Therapien für diese Kinder durch eine Stelle koordiniert werden (California Department of Developmental Services), gibt es verlässliche Daten bzgl. Anzahl Diagnosen, aber auch über den weiteren Verlauf für diese Kinder. In Klammern sei erwähnt, dass wohl auch aufgrund dieser Regelung die Diagnose Autismus sprunghaft gestiegen ist und die Inzidenz in Kalifornien liegt aktuell bei 1:110 (!). Ähnliches kennen wir in der Schweiz bzgl. CP oder ADS als IV-Diagnosen.

Zwei Studien aus ebendiesem Kalifornien [4] zeigen einerseits, dass der Verlauf in den verschiedenen Bereichen (Soziale Interaktion, Kommunikation und repetitives Verhalten) sehr unterschiedlich sein kann.

Das Wichtigste:

1. eigentlich alle verbessern sich, insbesondere bzgl. Kommunikation.
2. Der steilste Anstieg ist in den ersten 6 Jahren, Verbesserungen nach 8-jährig sind bescheiden.
3. Repetitives Verhalten verändert sich wenig, verschlechtert sich z. T.
4. Solche, die bereits zu Beginn als high-functioning bezeichnet werden, verbessern sich mehr und schneller.
5. Bei den Bloomern, die schlecht starteten und sich wunderbar verbesserten, hatte es mehr Weisse und solche mit älteren, gut ausgebildeten Müttern.
6. Kinder mit kognitiven Einschränkungen waren eher bei den low functioning.

In der anderen Studie wurde gezeigt, dass Mütter mit metabolischen Risiken wie Diabetes, Übergewicht und Bluthochdruck, die alle wiederum mit niedrigerem psychosozialen Status assoziiert sind, häufiger Kinder mit Autismus und Entwicklungsstörungen gebären.

Beides sind wohl gute Beispiele für das Zusammenspiel von Anlage (Genetik) und Umwelt, welches bereits bei der Zeugung oder bereits zuvor (s. Mütter mit...) beginnt und z. T. einer Aufwärts- oder eben auch Abwärtsspirale entspricht.

ADHS

Das Kind als Symptomträger, Mismatch oder Non-Fit, Gesellschaftspolitik

Ich zitiere aus einem Artikel der New York Times Anfang Oktober («Attention disorder or not, Pills to help in school» [5]) einen Kinderarzt, der in der Nähe von Atlanta v.a. sozial schwache Familien betreut: «Wir haben als Gesellschaft entschieden, dass es zu teuer ist, die Umgebung zu ändern (modify). Deshalb müssen wir die Kinder ändern.» Er stellt deshalb die Diagnose sehr häufig, um die Kinder mit Stimulantien behandeln zu können. Die neuesten Daten aus den USA zeigen eine Inzidenz von 9,5 Prozent zwischen 4 und 17 Jahren. Es folgte eine breite Diskussion in verschiedenen Foren, z. T. auch Fachzeitschriften.

Vielleicht haben Sie diese Erfahrung auch schon gemacht, dass die Diagnose Ruhe hineinbringt: Die primären Bezugspersonen sind gewissermassen entlastet, können sich entsprechend orientieren, Unterstützungsmassnahmen werden einfacher bewilligt.

Wenn wir Kinder mit dieser Fragestellung abklären, ist es eine der Hauptaufgaben aus meiner Sicht, zu versuchen, das Kind mit seinen Stärken und Schwächen zu erfassen, um die Umgebung dafür zu sensibilisieren und, wenn immer möglich, sich besser dem Kind anzupassen – und das ist unabhängig von der Diagnose.

Schweizer Register

Seit 12 Jahren wird in Bern das swiss pediatric stroke registry (SNPSR) geführt. (<http://www.neuropaediatrie.ch/snpsr/index.html>). Leider wird nur bei etwa 30 Prozent der Kinder die Diagnose innerhalb der ersten 6 Stunden gestellt, die wir zur Verfügung haben, um eine Lyse durchzuführen. Deshalb ist das Bewusstsein bei Kinderärzten entscheidend, dass es Schlaganfälle auch bei Kindern gibt, mit den typischen Zeichen Hemiparese, zentrale Facialisparesie, Kopfschmerzen und Bewusstseinsstörung als führende und häufigste Ursachen (s. Abb.). Und es ist wichtig, bei akuten Ausfällen daran zu denken und die Kinder sofort weiterzuweisen nach dem Motto «time is brain». Ich verweise auf die unten genannte, frei zugängliche Publikation. Dank dem Register

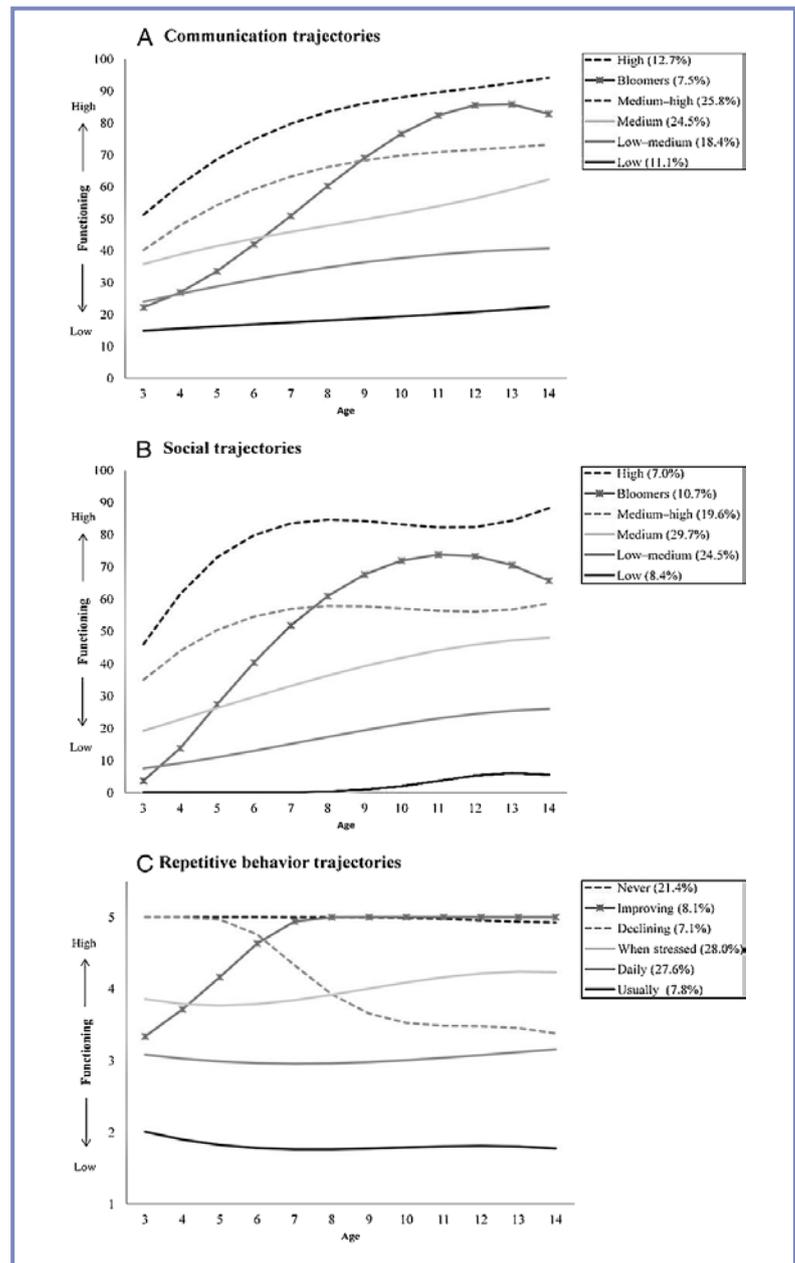


Abbildung aus:
Pediatrics 2012;
129; e1112.

werden wohl fast alle Kinder in der Schweiz mit Schlaganfällen erfasst und nachkontrolliert und es können dadurch wertvolle Erfahrungen gesammelt werden [6].

Seit 2008 wird ein Register für Kinder mit Duchenne/Becker Dystrophie (DMD) und Spinaler Muskelatrophie geführt. Es besteht eine Zusammenarbeit mit dem internationalen Register (www.treat-nmd.eu). Diese erleichtert die Aufnahme von Schweizer Patienten in multizentrische, internationale Studien, zum Beispiel zur Behandlung von DMD mit Idefenon oder in Vorstudien zum Exon-skipping 51 oder 53. Mehr darüber unter www.muskengesellschaft.ch

LITERATUR

- [http://ifap.kjm6.de/nlgen/upload/Buccolam\(2\).pdf](http://ifap.kjm6.de/nlgen/upload/Buccolam(2).pdf)
<http://www.presseportal.de/pm/67314/2107803/viropharmas-buccolam-midazolam-loesung-zur-anwendung-in-der-mundhoehle-erhaelt-europaeische>
- Simonato et al: Finding a better drug for epilepsy: preclinical screening strategies and experimental trial design. *Epilepsia* June 2012; doi: 10.1111/j.1528-1167.2012.03541.x. Autorengruppe aus Italien, Deutschland und USA
- Mastrangelo Maria: Genes of early-onset epileptic encephalopathies: From genotype to phenotype
- Christine Fountain et al: Six developmental trajectories characterize children with autism. *Pediatrics* 2012; 129: e1112
Paula Krakowiak et al: Maternal Metabolic conditions and Risk for Autism and other Neurodevelopmental Disorders. *Pediatrics* 2012; 129: e1121
- http://www.nytimes.com/2012/10/09/health/attention-disorder-or-not-children-prescribed-pills-to-help-in-school.html?pagewanted=all&_r=0
- http://www.neuropaediatrie.ch/snpsr/MoKi12-08_Steinlin.pdf: Maja Steinlin: Kindlicher ischämischer Schlaganfall. Wann daran denken? Was unternehmen?

Eine App für stillende Frauen

Was kann eine Mutter tun, wenn ihr Säugling mitten in der Stadt nach der Brust verlangt? Wo sind stillende Frauen willkommen? Eine App zeigt Müttern auf, wo sie in ihrer Nähe ein stillfreundliches Lokal oder eine Apotheke mit Ruheraum finden.

VON SARA FERRARO,
LIC. PHIL., JOURNALISTIN,
IN ZUSAMMENARBEIT MIT
DER SCHWEIZERISCHEN
STIFTUNG ZUR FÖRDERUNG
DES STILLENS

Die Hebamme und Stillberaterin Alexandra Javor wollte eine Abschlussarbeit schreiben, die den stillenden Frauen nützt. Daraus ist schliesslich mamamap entstanden.

Die junge Mutter sitzt mit ihrem Säugling im Restaurant eines Grossverteilers. Plötzlich beginnt der Kleine zu schreien. Die Frau sieht sich um. Neben ihr sitzt eine Gruppe gepflegt gekleideter Herren. Soll sie hier ihre Brust auspacken? Sie zögert, steht auf und verlässt das Lokal, geht hinunter in den Supermarkt. Sie kauft einen Nuggi. Mit einem solcherart «beruhigten» Kind und einem unguuten Gefühl kehrt sie zurück ins Restaurant.



Die Hebamme und Stillberaterin Alexandra Javor kennt viele solcher Geschichten. Zahlreiche Frauen würden auf dem WC stillen oder vor dem Gang in die Stadt abpumpen, damit sie ihr Kind unterwegs mit dem Schoppen füttern könnten, erzählt sie. «Die meisten Mütter wollen bald nach der Geburt wieder unter die Leute gehen. Zum Stillen schätzen sie gerade in der Anfangszeit eine ruhige, wohlwollende Umgebung. Wenn sie dann missbilligend angeschaut oder sogar aus dem Lokal verwiesen werden, kann sie das völlig verunsichern. Im Extremfall führt es dazu, dass sie mit Stillen aufhören.»

Überall einen Ort zum Stillen finden

Als Mutter dreier Kinder kennt Alexandra Javor, 45, die Sorgen und Nöte der jungen Mütter aus eigener Erfahrung. Als sie für die Abschlussarbeit als Stillberaterin IBCLC ein Thema suchte, war klar, dass die Arbeit den stillenden Frauen nützen sollte. Bald war die Idee geboren: Eine App sollte entwickelt werden, mit deren Hilfe junge Mütter geeignete Still-Orte in ihrer Nähe finden können.



Dank mamamap finden junge Mütter rasch einen Ort in ihrer Nähe, an dem sie ihr Kind ungestört stillen können.

Als Erstes suchte Javor nach bereits bekannten Still-Orten. Im Internet stiess sie auf die Initiative von Nationalrätin Schmid-Federer aus Zürich. Diese hatte bereits über 100 Apotheken sowie weitere Lokale dafür gewonnen, einen Ort zum Stillen einzurichten. «In Apotheken gibt es separate Räume, in denen zum Beispiel Blutdruck gemessen wird. Oft kann man dort auch stillen. In vielen Buchhandlungen und Restaurants gibt es Ecken mit bequemen Sofas, die sich zum Stillen eignen. Das Problem ist nur, dass viele junge Mütter nicht wissen, wo diese Orte sind», erklärt Javor.

In Zusammenarbeit mit der Schweizerischen Stiftung zur Förderung des Stillens konnte sie die neue App mit dem Namen **mamamap** realisieren. Seit April 2012 wurden fast 400 stillfreundliche Orte in der ganzen Schweiz erfasst. Jeden Tag wird ein neuer Ort gemeldet. Die einzige Voraussetzung: Stillende Mütter müssen willkommen sein, und den Frauen muss eine bequeme Sitzgelegenheit zur Verfügung stehen.

Die natürlichste Sache der Welt

Vera Abeddou und ihr Sohn Rayan gehören zu den ersten **mamamap**-Nutzern. Die beiden waren von Anfang an viel in der Stadt unterwegs. Dank der App musste Abeddou nie lange nach einem Still-Ort suchen. «**Mamamap** ist eine geniale Sache, denn bei einem Säugling weiss man nie genau, wann er die nächste Mahlzeit braucht», erklärt sie. «Die App sollte in allen Infobroschüren für junge Mütter erwähnt werden. Auch die Kinderärzte und Kinderärztinnen, Hebammen und Mütterberaterinnen sollten darüber informieren», fordert Vera Abeddou. Schliesslich sei Stillen die natürlichste Sache der Welt und Muttermilch die beste Nahrung für einen Säugling. ■



Dank mamamap musste der kleine Rayan auch unterwegs nicht auf seine Muttermilch verzichten.

WER STEHT HINTER MAMAMAP?

Das Projekt mamamap wurde von Alexandra Javor, Hebamme und Stillberaterin aus Wabern BE, initiiert. Es ist eine offizielle Gratis-App der Schweizerischen Stiftung zur Förderung des Stillens. Weitere Informationen finden Sie unter www.mamamap.ch oder www.stiftungstillen.ch

■ EXTERNE KURSE

Kreative Kindertherapie – lösungs- und ressourcenorientiertes Arbeiten mit Kindern, Jugendlichen und ihren Systemen

Organisation	creathera Bern in Kooperation mit dem Norddeutschen Institut für Kurzzeittherapie
Kursort	Bern
Aufbau	24 Weiterbildungstage (inkl. Supervision) zwischen September 2013 und Juni 2015. Zwischen den Seminaren: Interventionstreffen. Detailliertes Programm auf www.creathera.ch
Zielpublikum	ÄrztInnen, PsychotherapeutInnen, PädagogInnen, (Schul)sozialarbeiterInnen, LogopädInnen, ErgotherapeutInnen
Ziele	Erlernen der praktischen Ideen und Konzepte des systemisch lösungs- und ressourcenorientierten Arbeitens mit Kindern, Jugendlichen und ihrem Umfeld, um den psychosomatischen und psychischen Problemen in der Praxis effektiv, kreativ und kompetent begegnen zu können. Optimieren der Zusammenarbeit aller Professionellen in der Betreuung des Kindes und des Jugendlichen.
Preis	CHF 6950.–
Anmeldung	Dr. U. Bühlmann, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie FMH, Marktgasse 22, 3011 Bern. Tel. 031 311 03 40 dr.u.buehlmann@bluewin.ch oder unter www.creathera.ch

■ KURSE KINDERÄRZTE SCHWEIZ

Vorsorgekurs 2013/2014

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 Kursteilnehmenden kommt dabei derselbe Stellenwert zu wie der Wissensvermittlung durch die zugezogenen Fachreferenten.

Kursform

8 Blöcke à 2 Tage
Mehr Infos zu den Blockinhalten:
www.kinderaerzteschweiz.ch

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

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 beziehen.

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 CHF 2000.– Ende 2013). Für Nichtmitglieder CHF 6100.–.

24

Kinder- und Jugendgynäkologie in der pädiatrischen Praxis – ein Update

Referate	<ul style="list-style-type: none"> – Pille aktuell: Welche Pille verordne ich welcher Jugendlichen? – Mens zu früh, zu spät, störend: Was soll der Pädiater heute wissen? – Ausfluss vom Mädchen bis zur Jugendlichen: Abklärung und Behandlung.
Workshops	<ul style="list-style-type: none"> – Update Verhütungsmittel: Tipps und Tricks. – Jugendliche, die anders sind: Sexualität und Verhütung bei Jugendlichen mit einer chronischen Krankheit oder Behinderung. – Verdacht auf sexuellen Übergriff – wie weiter?
Kursform	<p>Drei Themen werden in Form von Referaten präsentiert.</p> <p>Drei Themen werden in Form von Workshops erarbeitet.</p>
Leitung	<p>Dr. med. Ruth Draths, Leiterin Kinder-Jugendgynäkologie, Neue Frauenklinik Luzern und Kinderspital Luzern.</p> <p>Dr. med. Irene Dingeldein, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendgynäkologie, Murten.</p>
Ort	Luzern
Daten	21. März 2013, 09.00–17.00 Uhr.
Teilnehmede	50 Personen
Kosten	CHF 300.–, inklusive Referate, Workshops, Handouts, Zwischenverpflegung, Mittagessen/Getränke (CHF 400.– für Nichtmitglieder).

Akupunktur in der pädiatrischen Praxis

Beschreibung

«Herr Doktor! Mein Kind isst nicht!» – für solche Themen in der pädiatrischen Praxis bietet die Akupunktur erstaunlich einfache Lösungen. In diesem 2-Tages-Kurs wird das Grundverständnis der Akupunktur vermittelt. Praxisnah und interaktiv erlernen die Teilnehmer einfach umsetzbare Techniken für die tägliche Praxis. Der Kurs bietet zudem die Möglichkeit, einen pädiatrischen Einblick in die Akupunktur zu bekommen und gibt eine gute Basis, wenn man zum Beispiel anstrebt, eine vollständige Akupunktur-ausbildung zu beginnen.

Zielgruppe

Kinderärzte in Praxen und Spitälern – keine Vorkenntnisse in Akupunktur erforderlich.

Leitung

Dr. med. Mercedes Ogal, Brunnen.

Referierende

Frau Sabine Schierl – Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, Dozentin und Vorstandsmitglied der Deutschen Ärztesellschaft für Akupunktur (DÄGFA), Ausbildung in systematischer Familientherapie.

Frau Mercedes Ogal – Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, Fähigkeitsausweis Akupunktur – TCM (ASA), Fähigkeitsausweis Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (SAPPM), Dozentin der DÄGFA.

Ort

Zürich

Daten

12./13. April 2013.

Kosten

CHF 700.– (für Nichtmitglieder CHF 900.–) inkl. Referate, Handouts, Mittagessen, Getränke und Zwischenverpflegung, ohne Übernachtung.

Kinderaudiologie 2013

Beschreibung

Es werden theoretische und praktische Aspekte aktueller kinderaudiologischer Methoden vermittelt. Im Vordergrund steht vor allem das Management von Mittelohr-Belüftungsstörungen. Parallel zu Kleingruppenübungen (Tympanometrie, Verhaltens- und Sprachaudiometrie, evtl. Neugeborenenhörscreening) wird ein Workshop «Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen» angeboten.

Leitung	Dr. med. Peter Oppermann.
Ort	Kantonsspital Luzern
Daten	Samstag, 4. Mai 2013, 08.30 bis 14.30 Uhr.
Kosten	CHF 350.– inkl. Mittagessen, Getränke und Zwischenverpflegung (für Nichtmitglieder CHF 450.–).

■ FORTBILDUNGSNACHWEIS

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

■ **ONLINE-ANMELDUNG**
WWW.KINDERAERZTESCHWEIZ.CH

ANMELDEDETAILON

Diese Anmeldung ist verbindlich.
 Annullation bis 30 Tage vor Kursbeginn ohne Kostenfolge.
 Bei Abmeldung weniger als 30 Tage vor Kursbeginn oder bei Nichterscheinen wird der volle Kursbetrag in Rechnung gestellt.

- Vorsorgekurs 2013/14, 8 Blöcke, März 2013–November 2014**
- Kinder- und Jugendgynäkologie in der pädiatrischen Praxis – ein Update, 21. März 2013, Luzern**
- Akupunktur in der pädiatrischen Praxis, 12./13. April 2013, Zürich**
- Kinderaudiologie 2013, Samstag, 4. Mai 2013, Kantonsspital Luzern**

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 neu mit einem Co-Präsidium

An der diesjährigen Mitgliederversammlung wurde Raoul Schmid in seinem Amt bestätigt. Neu teilt er sich das SVUPP-Präsidium mit Bernd Erkert, Leitender Arzt am Kantonsspital Münsterlingen.

SIMON HUBACHER,
GESCHÄFTSSTELLE

Jeweils am Morgen vor der Jahrestagung von Kinderärzten Schweiz treffen sich Interessierte zur SVUPP-Mitgliederversammlung, dieses Mal am 6. September 2012 in Bern. Neben den statutarischen Geschäften wie der Genehmigung der Jahresrechnung (die mit einem kleinen Defizit von Fr. 1796.– bei einem Vereinsvermögen von rund Fr. 91 000.– abschloss) mussten dieses Jahr auch Vorstandswahlen durchgeführt werden. Neu wird an der Spitze der SVUPP ein Co-Präsidium einge-

führt: Raoul Schmid vertritt als Co-Präsident die Praxisseite und ist auch für das Kurswesen verantwortlich; Bernd Erkert repräsentiert als Co-Präsident die Klinikseite. Bernd Erkert ist leitender Arzt der Klinik für Kinder und Jugendliche am Kantonsspital Münsterlingen und war bereits als Kassier im SVUPP-Vorstand tätig. Dieses Ressort übernimmt neu Johannes (Joe) Greisser aus Aarberg, ebenso die Website. Magdalena Hürlimann aus Basel und Thomas Baumann aus Solothurn wurden als Beisitzer wiedergewählt. Die Wahl des gesamten Vorstandes erfolgte für die nächsten zwei Geschäftsjahre, was von den anwesenden Mitgliedern einstimmig genehmigt wurde.

Orientiert wurde an der Mitgliederversammlung auch über das Projekt Hüftsonografie in der Mongolei. Etliche Ziele wurden in den vergangenen Jahren erreicht, einige sind noch offen. Thomas Baumann stellte den Antrag, dass die SVUPP die Kosten von Fr. 15 000.– für 150 Tübingerschienen zugunsten des Mongoleiprojekts übernehmen soll. Der Antrag wurde nach kurzer Diskussion einstimmig angenommen. Mehr Informationen zum Projekt finden sich hier: www.smopp.net ■



Raoul Schmid



Bernd Erkert



Joe Greisser

Sono-Quiz

Es geht auch ohne Röntgenbild!

DR. MED.
JOHANNES GREISSER,
PRAXISPÄDIATER,
AARBERG BE

Einleitung

Die Hüftsonografie nach Graf hat sich in den letzten 20 Jahren in der Schweiz erfolgreich etabliert und wird von den meisten praktizierenden Kinderärzten durchgeführt. Eine zunehmende Anzahl Pädiater beginnt zu realisieren, dass die Ultraschalluntersuchung auch bei diversen anderen Fragestellungen im Praxisalltag sinnvoll sein kann. Was in Deutschland eine Selbstverständlichkeit ist (in pädiatrischer Sonografie ausgebildete Kinderärzte), ist in der Schweiz erst im Anfangsstadium. Diese Entwicklung ist jedoch eindeutig und unaufhaltbar. In diesem Sinne werden wir in Zukunft im Rahmen dieses Quiz vermehrt Ultraschall-Fälle fernab der Hüftsonografie nach Graf vorstellen. Ziel ist es, die Einsatzmöglichkeiten der Sonografie in der pädiatrischen Praxis dadurch deutlich zu machen.

Fallbeschreibung

Anamnese:

Ein 6-jähriger Knabe stürzte am Vortag auf das linke Handgelenk. Seit dann Schmerzen im Bereich des distalen Vorderarmes links.

Klinische Untersuchung:

Leichte Schwellung und Druckdolenz im Bereich des distalen Vorderarmes dorsal. Beweglichkeit schmerzbedingt leicht eingeschränkt.

Ultraschallbilder:

Siehe Abb. 1–3.

Fragestellung:

Wie lautet Ihre Diagnose?

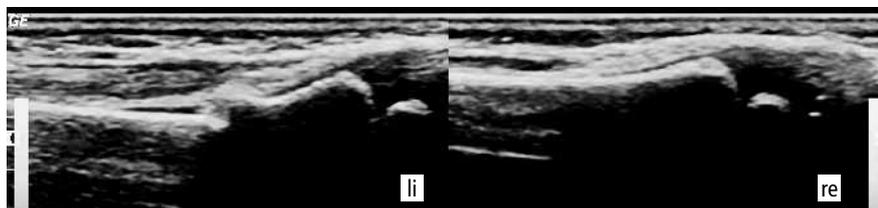


Abb. 1: Distaler Radius. Schallkopfposition: longitudinal dorsal mit Vergleich zur gesunden Gegenseite. Linker Bildrand proximal, rechter Bildrand distal. Ultraschall-Sonde: Linearschallkopf mit 10 MHz (wie in der Hüftsonografie nach Graf).

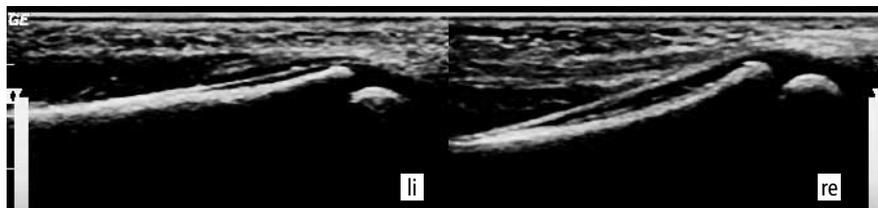


Abb. 2: Distaler Radius. Schallkopfposition: longitudinal volar mit Vergleich zur gesunden Gegenseite.

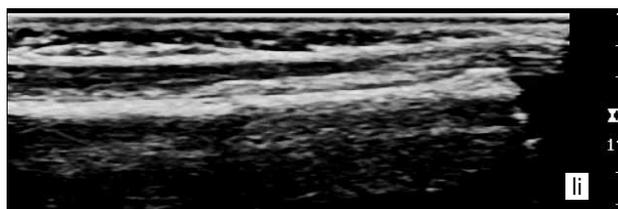


Abb. 3: Distale Ulna links. Schallkopfposition: longitudinal dorsal mit Vergleich zur gesunden Gegenseite.

Auflösung des Sono-Quiz

Ultraschallbefund

Im Bereich des distalen Radius findet sich dorsalseits metaphysär eine wulstförmige Verwerfung der Kortikalis mit minimaler Abkippung nach dorsal und einem kleinen, proximal dieser Stelle gelegenen subperiostalen Hämatom. Volarseits zeigt sich keine Diskontinuität der Kortikalis, jedoch im Vergleich zur Gegenseite eine minimale Dorsaldeviation der Radiusmetaphyse. Auch im Bereich der distalen Ulna findet sich eine Diskontinuität der Kortikalis mit einer leichten Anhebung des Periosts an dieser Stelle.

Diagnose

Stabile distale Vorderarmfraktur links mit Wulstfraktur des distalen Radius und undisziierter Ulnafraktur.

Kommentar

Aufgrund der Anamnese und des klinischen Befundes musste bei diesem Knaben eine Fraktur diagnostiziert, resp. ausgeschlossen werden. Traditionellerweise geschieht dies mittels Röntgenbild, welches jedoch gewisse Nachteile mit sich bringt (Röntgenstrahlung, nur 2 Schnittebenen, evtl. organisatorischer Aufwand mit Zeitverlust).

Der vorliegende Fall soll zeigen, dass die Sonografie bei dieser Fragestellung eine valable Alternative darstellt. Die Vorteile der Sonografie liegen dabei auf der Hand: rasche Verfügbarkeit, multiple Schnittebenen möglich, keine Röntgenstrahlung. Es gibt Arbeiten, die zeigen, dass die Sonografie sogar sensitiver sein könnte als das Röntgenbild (z. B. Ippokratis P. et al.; J. Child Orthop (2010) 4:321–326). Dies zeigt sich auch im vorliegenden Fall. Hier zum Vergleich das korrespondierende Röntgenbild:



Abb. 4: Röntgen Handgelenk links ap. und seitlich. Die Radius-Wulstfraktur ist gut sichtbar. Können Sie die undiszierte Ulnafraktur erkennen? Wenn nicht, vergleichen Sie mit Abbildung 3.

Key Messages

1. Bei stabilen Frakturen im Bereich des distalen Vorderarmes überwiegen die Vorteile der Sonografie im Vergleich zum Röntgenbild.
2. Die Sonografie kann sich als primäre bildgebende Diagnostik bei dieser Indikation etablieren.

Der vorliegende Fall soll zeigen, dass die Sonografie bei stabilen Frakturen im Bereich des distalen Vorderarmes eine echte Alternative zum Röntgenbild darstellt. Die Sonografie kann in diesem Sinne auch als First line-Untersuchung eingesetzt werden. Sollte sich wider Erwarten eine vollständig dislozierte Fraktur zeigen, so kann das Röntgenbild anschliessend ohne Weiteres durchgeführt werden. Mit diesem Vorgehen könnte die Strahlenbelastung der Kinder relevant reduziert werden.

Danksagung

Ich bedanke mich bei Raoul Schmid für die fachliche Durchsicht. ■

■ ULTRASCHALLKURSE

Refresherkurs Hüftsonografie II 2012

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

Abschlusskurs Hüftsonografie 2013

Datum	1. März 2013
Ort	Solothurn
Leitung	Dr. med. Thomas Baumann
Teilnehmende	30 Personen
Kosten	CHF 900.– inkl. Referate, Zwischenverpflegung, Mittagessen/Getränke (CHF 1000.– für Nichtmitglieder)

Refresherkurs Hüftsonografie 2013

Datum	2. März 2013
Ort	Solothurn
Leitung	Dr. med. Thomas Baumann
Teilnehmende	60 Personen
Kosten	CHF 300.– (CHF 400.– für Nichtmitglieder)

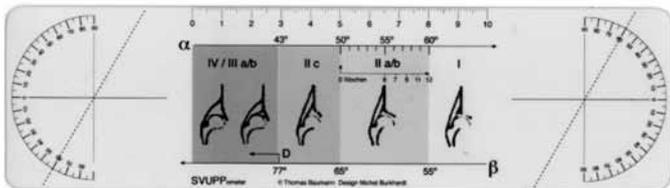
■ SVUPP-FORTBILDUNGSKURSE GÜNSTIGER

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

■ ALLE AKTUELLEN KURSE UND ONLINE-ANMELDUNG

www.svupp.ch

SVUPP-o-Meter



Preis CHF 20.– plus Porto und Verpackung.

ANMELDETALON

Ihre Anmeldung ist verbindlich.

Die Annullation bis 30 Tage vor Kursbeginn ist kostenfrei.

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

ULTRASCHALLKURSE

- Refresherkurs Hüftsonografie II 2012
22. November 2012, Solothurn
- Abschlusskurs Hüftsonografie 2013
1. März 2013, Solothurn
- Refresherkurs Hüftsonografie 2013
2. März 2013, Solothurn
- 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



Leserbrief zum Vit D

MANUELA HANY,
CHRISTIAN KNOLL,
CYRIL LÜDIN

Wir haben in den letzten Jahren grosse Debatten zum Thema Eisen mitverfolgt. Wie viel Eisen braucht der Mensch respektive das Kind? Eine grosses, pekuniäres Interesse steht diskret im Hintergrund und weiss uns zu verunsichern. Dank guter Daten und Grenzwerten des Ferritins bei Kindern, die deutlich tiefer liegen als bei Erwachsenen, kennen wir uns in diesem Dschungel langsam fundiert aus.

Jetzt kommt der neuste Hit: Vit D. Wir haben eine sehr unklare Weisung vom BAG bekommen, eine nicht minder klare wurde in der Ärztezeitung publiziert. Wo bleiben hier die Daten? Wie fundiert sind die Studien? Wurden die Studien in Europa gemacht? Laut

diesen Angaben müssten wir massenweise Rachitiden verpasst haben! Wir als Pädiater, die an der Front stehen, wären äusserst dankbar, klare, nachvollziehbare Empfehlungen zu bekommen! Mit Vit D ist gewiss kein Geschäft zu machen, was ist die Motivation, eine derartige Wischiwaschi-Direktive herauszugeben? ■



kinderärzte.schweiz

Berufsverband Kinder- und Jugendärzte in der Praxis
Association professionnelle de la pédiatrie ambulatoire
Associazione professionale dei pediatri di base

BEITRITTSERKLÄRUNG

Ich melde mich an als

- ordentliches Mitglied (Pädiatrie FMH mit Praxistätigkeit), CHF 250.-/Jahr
- ausserordentliches Mitglied (Fachärzte anderer Gebiete, Assistent/-innen, Kliniker), CHF 100.-/Jahr

Vorname, Name _____

Titel _____

Facharzt _____

Adresse _____

PLZ/Ort _____

Telefon Praxis _____ Telefon Privat _____

Fax _____ E-Mail _____

Datum/Unterschrift: _____

Schwerpunkte in meiner Praxistätigkeit:

Vorschläge für Projekte im Rahmen von Kinderärzte Schweiz:

Ich bin bereit, an einem Projekt mitzumachen: Ja Nein

Bitte Talon retournieren an:

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

Wir gehen auf Ihre Wünsche ein!

Medikinet® MR jetzt in der 100er Packung

NEU



- ✓ Bis zu **25 %** Ersparnis*
- ✓ Alle erstattungsfähig
- ✓ In allen Dosierungen erhältlich



* Im Preisvergleich zur Medikinet® MR 50er Packung. Abhängig von der Wirkstärke.

Die Abbildungen der Kapseln entsprechen der Originalgröße und -farbe.

Medikinet® MR Zusammensetzung: Wirkstoff: Methylphenidat hydrochloridum; Hilfsstoffe: Medikinet® MR 10 und 20 mg: Color.: E 127, E 131, E 132. Conserv.: E 200, Excip. pro caps. Medikinet® MR 30 und 40 mg: Color.: E 127, E 132. Conserv.: E 200, Excip. pro caps. **Indikation:** Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern ab 6 Jahren und Jugendlichen bis 18 Jahren im Rahmen einer therapeutischen Gesamtstrategie. **Dosierung:** Als Einzeldosis nach dem Frühstück in gleicher Gesamttagesdosis wie Methylphenidat-Tabletten. Individuelle Einstellung mit Steigerung um wöchentlich 10 mg, maximale Tagesdosis 60 mg/d. **Kontraindikationen:** Ausgeprägte Angst- und Spannungszustände sowie ausgeprägte Agitiertheit, schwere Depression, Anorexia-nervosa, psychotische Symptome, Suizidneigung, Manie, Schizophrenie, Borderline-Persönlichkeitsstörung, Alkohol- und Drogenabusus, familiäre Belastung oder Diagnose Tourette-Syndrom, Glaukom, Phäochromozytom, Hyperthyreose, Herzrhythmusstörungen, vorbestehende Herz-Kreislauferkrankungen (einschliesslich schwerer Hypertonie, Herzinsuffizienz, Angina pectoris, hämodynamisch signifikanter, angeborener Herzfehler, Kardiomyopathien, Herzinfarkt, potentiell lebensbedrohender Arrhythmien und Kanalopathien), arterielle Verschlusskrankheit, vorbestehende zerebrovaskuläre Erkrankungen, MAO-Hemmer, bekannte Überempfindlichkeit gegenüber Inhaltsstoffen, Anazidität des Magens, H₂-Rezeptorblocker- oder Antazidatherapie. **Vorsichtsmassnahmen:** Anamnese auf strukturelle kardiale Anomalien oder kardiovaskuläre Vorerkrankungen, Beobachtung des kardiovaskulären Status, Palpitationen, Brustschmerzen bei körperlicher Anstrengung, Synkopen, Auslösung oder Verschlimmerung motorischer und verbaler Tics, Gewichts- und Appetitverlust, Wachstumshemmung, psychiatrische Störungen (einschliesslich Suchtverhalten und suizidales Verhalten), Fehlgebrauch und Missbrauch, Auftreten oder Verstärkung von Aggression, Absetz- und Entzugerscheinungen, wie Demaskierung von Depressionen oder chronischer Überaktivität, Sehstörungen, Patienten <6 Jahre, Schwangerschaft, Stillzeit, Fahrtüchtigkeit. Keine Anwendung bei normalen Ermüdungszuständen. **Unerwünschte Wirkungen:** Nasopharyngitis, Anorexie, verminderter Appetit, mässig verringerte Gewichts- und Grössenzunahme, Schlaflosigkeit, Nervosität, Affektlabilität, Aggression, Unruhe, Angst, Depression, Reizbarkeit, anomales Verhalten, Kopfschmerzen, Schwindel, Dyskinesie, psychomotorische Hyperaktivität, Somnolenz, Arrhythmie, Tachykardie, Palpitationen, Hypertonie, Husten, Rachen- und Kehlkopfschmerzen, Bauchschmerzen, Durchfall, Übelkeit, Magenbeschwerden, Erbrechen, Mundtrockenheit, Alopezie, Pruritus, Hautausschlag, Urtikaria, Arthralgie, Pyrexie, Wachstumsverzögerung, Veränderung von Blutdruck und Herzfrequenz, Gewichtsabnahme, Suizid, Suizidversuch, Suizidgedanken, stereotype Verhaltensweisen, taktile Halluzinationen, choreatische Bewegungsstörungen, Tics oder Verschlechterung bestehender Tics und Tourette Syndrom, reversibles Nervenausfälle, Migräne, malignes neuroleptisches Syndrom, Akkommodationsstörungen, plötzlicher Herztod, Herzinfarkt, zerebrovaskuläre Störungen bzw. Hämorrhagie, Vaskulitis, Raynaud-Syndrom, peripheres Kältegefühl, Leberfunktionsstörungen, exfoliative Dermatitis, Steven-Johnson-Syndrom, Erythema multiforme, Arzneimittellexanthem, Hämaturie, Gynäkomastie, Hypersensibilitätsreaktionen, Leukopenie, Thrombozytopenie, Anämie, Hyperaktivität, Konvulsion, Choreoathetose, toxische Psychosen, zerebrale Arteriitis, Okklusion, verschwommenes Sehen, Angina Pectoris, Rash, Exanthem, Thrombozytische Purpura, Arthralgie, Muskelkrämpfe. **Interaktionen:** MAO-Hemmer (KI), Zentral wirkende Alpha-2-Agonisten (z.B. Clonidin), vasopressorische Substanzen, Antihypertensiva, Alkohol. **Packungen** à 50 und à 100 Kapseln zu 10 mg, 20 mg, 30 mg oder 40 mg. **Kassenzulässig:** Liste A 1. Ausführliche Informationen: Packungsbeilage, Arzneimittel-Kompodium der Schweiz (www.compendium.ch) oder SalmonPharma GmbH, St. Jakobs-Strasse 90, 4002 Basel. 03/12

Salmon Pharma
Ein Unternehmen der

Medikinet®
Medikinet® MR
Wirkstoff: Methylphenidat hydrochlorid



milupa

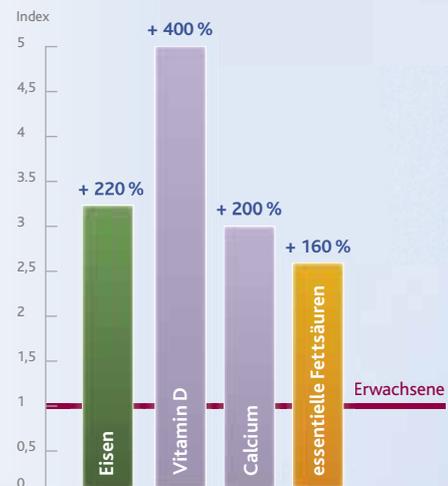
Aptamil
Junior

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:



- 20 x MEHR EISEN***: einem Eisenmangel vorbeugen
- 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