



Fortbildung
Epistaxis
im Kindesalter

Fortbildung
Behandlung
der Psoriasis

Intern
Dringend gesucht:
Kinderarzt

Nicht alle H.A. Milchen sind gleich!

Besuchen Sie uns auf www.nestlebaby.ch/allergien und erfahren Sie mehr.




Nestlé
BEBA®, Babys verstehen

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.

* Szajewska et al., 2010; Alexander et al., 2010; GINI study 2003 up to 2013; Chan et al., 2002, Marini et al., 1996, Vandenplas et al., 1995; GINI study 2013



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:

www.irisblende.de

KORRESPONDENZ:

Kinderärzte Schweiz
Badenerstrasse 21, 8004 Zürich
Telefon 044 520 27 17, Fax 043 317 93 64
info@kinderarztesschweiz.ch, www.kinderarztesschweiz.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: 03/2013
Redaktionsschluss: 2. Juli 2013

VORSTAND/GESCHÄFTSSTELLE

- 5 Editorial

INTERN

- 6 Eile mit Weile – Von Notfällen, Zaubertricks und Entspannungstechniken

BERUFSPOLITIK / INTERN

- 7 Gemeinsam statt einsam
8 Dringend gesucht: Kinderarzt

FORTBILDUNG

- 9 Psoriasis im Kindesalter
14 Epistaxis im Kindesalter
22 WESUK – ein Screening zur frühen Erfassung von Wahrnehmungsproblemen

KURSBERICHTE

- 25 Allergologie auf dem Zauberberg
26 Halbzeit: Zwischenbericht der überregionalen Interventionsgruppe
27 Kinder- und Jugendgynäkologie in der pädiatrischen Praxis – ein Update
28 Hypnose in der pädiatrischen Praxis (Einsteiger)

SVUPP

- 29 Kurse SVUPP

LESERBRIEFE/HINWEISE

- 30 Wechsel sinnvoll?
31 Fingerspielend eintauchen in die Welt des Buches



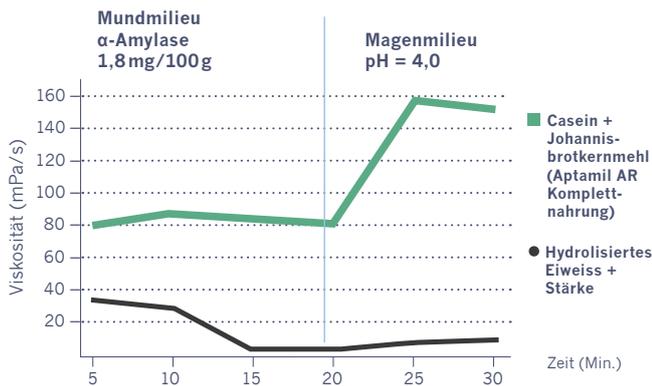
■ HABEN SIE ANREGUNGEN, KRITIK ODER LOB?

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

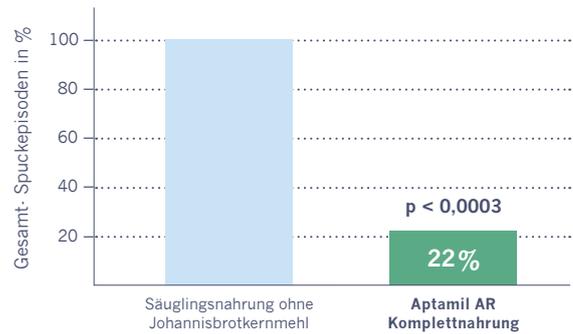
Fast zwei Drittel aller Kinder leiden in den ersten Lebensmonaten unter Refluxbeschwerden¹

Johannisbrotkernmehl: Bewiesene Wirksamkeit beim Spucken

Deutlich gesteigerte Viskosität, auch im sauren Magen²



Signifikante Reduktion von Spuckepisoden³



Aptamil AR bietet ein komplettes Sortiment von Anti-Reflux-Produkten, das den Bedürfnissen aller termingeborenen Säuglingen gerecht wird



Aptamil AR Komplett-nahrung



Ab Geburt

Nach 6 Monaten

NEU

Aptamil AR Andickungsmittel

Pulver, zu vermischen mit der gewohnten Milch des Babys: Muttermilch, Säuglingsmilch oder Spezialnahrung (z.B. HA-Milch)



Ab Geburt

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

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

Verwendung nur unter medizinischer Aufsicht. Aptamil AR Andickungsmittel ist nicht zur ausschliesslichen Ernährung von Säuglingen geeignet. Aptamil AR ist nicht für Frühgeborene oder Säuglinge mit geringem Geburtsgewicht (< 1,8 kg) geeignet. Verwenden Sie Aptamil AR Andickungsmittel nicht mit einer bereits andickten AR-Milch oder einer Milch gegen Verdauungsprobleme.

¹ AC Nielsen, HCP Tracker 2011. ² Danone Research Data on file. ³ Wenzl TG et al. Pediatrics. 2003; 111 : e355-9.



Wenn der siebzigjährige Pädiater seine Praxis schliesst, ohne trotz intensiver Bemühungen eine Nachfolgereglung gefunden zu haben, so kann ihm das niemand verargen. Er trägt keine Verantwortung für ein funktionierendes Gesundheitssystem. Und wenn der halb so alte Praktiker keine Zusatzstunden leisten und sich nicht ausserhalb der Praxis engagieren kann? Trägt er eine Verantwortung? Und wie ist es mit den Spitälern, denen es nicht gelingen will, genügend Praktiker für eine gut funktionierende Primärversorgung bereitzustellen? Und was kann von der zukünftigen Ärzteschaft gefordert, was kann ihr geboten werden? Peitsche oder Zuckerbrot? Die an der Januartagung intensivierte Diskussion um die Zukunft der Praxispädiatrie wird an der Jahrestagung der SGP in Genf in einer gemeinsamen Arbeitsgruppe fortgeführt werden.

In den nächsten Monaten stehen verschiedene gesundheitspolitische Diskussionen und Entscheide an. Initiativen «Ja zur Hausarztmedizin» und «Einheitskrankenkasse», beide möglicherweise mit einem Gegenvorschlag des Bundesrates, Referendum gegen das neue Epidemiegesetz. In unserem Diskussionsforum werfen politische Fragen kaum je hohe Wellen. Ist das ein Zeichen dafür, dass wir uns zu wenig mit diesen Fragen beschäftigen? Sich frühzeitig mit der zum Teil komplizierten Materie auseinanderzusetzen erlaubt uns, alle Aspekte einer Vorlage zu werten, auf Gegenargumente einzugehen und den Emotionen weniger Raum zu lassen. Wir müssen uns in gesundheitspolitischen Fragen einen Wissensvorsprung gegenüber unseren Diskussionspartnern erarbeiten.

Bald, oder nach 30 Jahren vielleicht besser: Endlich wird es an allen fünf medizinischen Fakultäten einen Lehrstuhl für Hausarztmedizin geben. Es soll nicht nur gelehrt, sondern auch geforscht werden. Wie steht es mit der Praxispädiatrie? Wird sie an den Instituten für Hausarztmedizin gelehrt und erforscht werden können? Braucht es eben doch eigenständige Institute für Praxispädiatrie, wie ein Ziel bei der Gründung unseres Verbandes lautete? Oder schafft es eine der Pädiatrischen Universitätskliniken, eine Abteilung Praxispädiatrie zu führen?

An der Tagung «Hausarztmedizin» vom 16. Mai in Bern waren sich alle Teilnehmer, darunter BR Berset, ehemaliger und aktueller Direktor des BAG, Zeltner und Strupler, National- und Regierungsräte, einig, dass die Grundversorgung erhalten bzw. gestärkt werden müsse. Der freie Markt wird das Problem nicht lösen, staatliche Eingriffe haben in vielen Ländern versagt. Von allen Seiten werden neue Versorgungsmodelle gefordert. Deren Ausgestaltung und Finanzierung bleibt kontrovers. Müssen die Grundversorger selber in die Grundversorgung investieren? Soll es der Staat tun? Welche Verantwortung und Risiken wollen wir tragen? Das politische System Schweiz ermöglicht Innovation auf lokaler Ebene. Die Initiative darf die Ärzteschaft nicht den Krankenkassen und Grossfirmen überlassen. Der Gesprächsstoff wird uns auch in den etwas ruhigeren Sommermonaten nicht ausgehen.

Das Redaktionsteam wünscht allen einen erholsamen und warmen Sommer.

ROLF TEMPERLI

6



Eile mit Weile

Von Notfällen, Zaubertricks und Entspannungstechniken

Die diesjährige Jahrestagung vom 12. September in Bern widmet sich dem Thema «Eile mit Weile – Von Notfällen, Zaubertricks und Entspannungstechniken».

Hauptreferenten sind Dr. med. Martin Stocker und Dr. med. Iris I. Bachmann Holzinger von der Notfallstation des Kinderspitals Luzern.

SIMON HUBACHER,
GESCHÄFTSSTELLE

Wir nehmen uns gegen Abend Zeit für ein Beratungsgespräch mit der Familie eines Jugendlichen, der wegen Prüfungsangst nicht mehr zur Schule geht. Die MPA platzt ins Gespräch: In wenigen Minuten würden Eltern ihr Kleinkind mit schwerer Atemnot in die Praxis bringen. Und dabei wollten wir doch die Theateraufführung unseres Sohnes besuchen – ausnahmsweise pünktlich. Die Jahrestagung 2013 setzt sich mit dem Thema «Eile und Weile in der pädiatrischen Praxis» auseinander. Wie managen wir als Praxisteam lebensbedrohliche Notfälle vom Neugeborenen bis zum Jugendlichen, welche Ausrüstung ist sinnvoll – diese Aspekte werden im Hauptreferat von Iris Bachmann und Martin Stocker praxisorientiert behandelt. In ver-

schiedenen Workshops widmen wir uns neben konkreten, alltäglichen Notfallsituationen auch der Weile, etwa beim Kennenlernen von Entspannungstechniken, die wir unseren Patienten zu vermitteln lernen. Nachdem letztes Jahr die erstmalige Teilnahme unserer MPAs als grosser Erfolg gewertet werden konnte, werden wir an der aktuellen Jahrestagung neu Workshops anbieten, die Pädiater und MPA als Team besuchen können.

Die Programmbroschüre wird den Mitgliedern ab Mitte Juni per Post verschickt. Ab dann steht auch die Online-Anmeldung offen: www.jahrestagung.ch (vorher sind leider keine Anmeldungen möglich). ■

Gemeinsam statt einsam

Unter dieser Prämisse fand am 4. April im KKL Luzern die Jahrestagung 2013 der Mütter- und Väterberaterinnen (MVB) statt, zu der das Co-Präsidium Kinderärzte Schweiz eingeladen war.

DR. MED.
ROLF TEMPERLI

«Noch nie war die Mütter- und Väterberatung auf verschiedenen Ebenen so gefordert wie heute. Eltern sollen mit ihren Kindern optimal begleitet und Väter mit einbezogen werden. Zahlreiche Projekte und Angebote zur frühen Förderung verlangen die Mitarbeit der MVB. Der Ruf nach verbindlichen Standards und Qualitätsnachweisen wird immer lauter. Spezifisches Wissen bei Interventionen im Bereich Kinderschutz wird vorausgesetzt. Mit Einzelkämpfertum ist dies nicht mehr zu bewältigen. Für diese Herausforderungen, oft genug einer Kletterpartie ähnlich, sind Teamwerkerinnen gefragt, die mit gutem Material, geschickter Koordination und Vertrauen in die ganze Gruppe den Gipfel erreichen. Und <gemeinsam statt einsam> macht erst noch mehr Freude!>

Auf zum Gipfel Qualität

Paul Baartmans, Gesundheitswissenschaftler und Lehrbeauftragter am Careum-Bildungszentrum, präsentierte auf sehr unterhaltsame Art Fragen und mögliche Antworten um das Thema Qualität. Zwangsläufig wird Qualität je nach Standpunkt verschieden definiert. Anbieter und Kunden haben verschiedene Vorstellungen, speziell in der Medizin. Wenn das Angebot von einem Dritten finanziert wird, fliessen auch dessen Wünsche in die Diskussion ein. Wenig überraschend war die Schlussfolgerung: Die Berufsverbände müssen ihre eigenen Qualitätsstandards festsetzen. Intern sind Kompromisse unvermeidbar, gegen aussen muss der Verband geeint auftreten können. Gelingt es den Verbänden nicht, sich auf eigene Standards festzulegen, werden ihnen solche aufgedrängt werden.

Clappern gehört zum Handwerk – wie wir für unsere Anliegen clever Einfluss nehmen

Ständerätin Anita Fetz gelang es in ihrem Referat, die Komplexität helvetischer Politik aufzuzeigen. Entscheide werden auf kommunaler, kantonaler und eidgenössischer Ebene und dort jeweils von Verwaltungsbeamten, politischen Behörden oder dem Volk angebahnt und gefällt. Die Prozesse sind langsam. Es reicht also nicht, nur an einem Ort und lediglich einmalig zu intervenieren. Erfolg bedingt Ausdauer, Hartnäckigkeit und Frustrationstoleranz. In einem politischen System ohne Mehrheiten sind Allianzen unabdingbar. Die Allianzpartner müssen das gemeinsame Ziel teilen, in De-

tailfragen oder in anderen Belangen dürfen sie auch anderer Meinung sein. Es kann sich lohnen, Anliegen zu unterstützen, die den eigenen nicht nahe stehen.

Das Zitat aus dem Programmheft zeigt, dass die Rolle der Mütter- und Väterberaterin immer umfassender interpretiert und Anforderungen an Kompetenz und messbare Qualität immer eindringlicher gestellt werden. Der Ausbau des Weiterbildungsangebotes (das Nachdiplomstudium in Mütter- und Väterberatung nimmt 900 bis 1000 Stunden in Anspruch, zirka die Hälfte davon als Präsenzzeit, kostet 20000 Franken und ist diplomierten Pflegefachleuten, nicht aber Medizinischen Praxisassistentinnen zugänglich) wird Mütter- und Väterberaterinnen mit vermehrten Kompetenzen und höheren Ansprüchen, nicht zuletzt finanzieller Art, hervorbringen.

Mütter- und Väterberaterinnen sind die uns am nächsten stehende Berufsgruppe und kämpfen mit den gleichen Problemen: fehlender Nachwuchs, knappe Finanzen, Positionierung in einem sich wandelnden Umfeld, undefinierte Qualitätsansprüche. Die beiden Berufsverbände KIS und MVB haben gemeinsame Anliegen und streben an, diese auch gemeinsam zu vertreten. Eine intensivierte Zusammenarbeit ist erwünscht.

Das aktuell diskutierte Kompetenzprofil der Mütter- und Väterberatung steckt sehr hohe Ziele. Die MVB soll spezialisiert sein in Medizin, Ernährung, Entwicklung, Kinderschutz, Sozial-, Familien- und Immigrationsberatung, komplexe Therapien leiten und Kontakte zu zahlreichen Spezialisten und Behörden suchen.

Pädiater und Mütter- und Väterberaterin sollen nicht Konkurrenz, sondern sich ergänzende Partner sein. Es ist sinnvoll, die Kontakte zwischen MVB und den pädiatrischen Praxen zu intensivieren. Gemeinsam betriebene Zentren könnten zukunftsgerichtet Perspektiven sein. ■

Dringend gesucht: Kinderarzt

So titelte kürzlich eine Berner Zeitung und geht auf ein zunehmend akut werdendes Problem ein. Was in ländlichen Regionen schon länger eine Realität ist, wird auch immer mehr in urbanen Gebieten zum Thema; für junge Eltern wird die Suche nach einem Kinderarzt zum Spiessrutenlauf.



QUELLE: INTERNET

DR. MED.
STEFAN D. ROTH,
BERN

Wir kennen das Problem aus dem eigenen Alltag. In unserer Pädiatriepraxis in einer Berner Vorortsgemeinde mussten wir unser Einzugsgebiet in den letzten Jahren mehrfach enger ziehen, wohl wissentlich, dass in den «ausgeschlossenen» Gebieten keine andere Kinderarztpraxis existiert. Als Belegarzt in einer Geburtsklinik bin ich regelmässig mit Eltern konfrontiert, welche kaum einen Kinderarzt finden. Auch ein Ausweichen zu einem Allgemeinmediziner wird zunehmend schwierig, auch diese sind dünn gesät, zudem fehlt immer mehr die Ausbildung und Erfahrung in der Pädiatrie.

Die Gründe für die Problematik sind mannigfaltig. Im Austausch mit den Kolleginnen und Kollegen fallen der immer grösser werdende Frauenanteil, der Trend zur Teilzeitarbeit, die jahrelange Vernachlässigung der Ausbildung von praktizierenden Kinderärzten und die im Vergleich zu anderen medizinischen Spezialgebieten schlechte finanzielle Entschädigung als Ursachen auf. Andererseits steigen auf Patientenseite die Ansprüche, oft fehlt die Grossmutter, die bei Alltagsproblemen Rat weiss, die Probleme müssen «hier und jetzt» gelöst werden, die Eltern lassen sich, zu Recht, nicht mehr mit einer «Fünf-Minuten-Medizin» abspeisen.

Im Rahmen der Januartagung der Kinderärzte Schweiz wurde die Thematik mit verschiedenen Exponenten – praktizierenden Kinderärzten, Klinikdirektoren, Allgemeinpraktikern, aber auch mit angehenden Pädiatern – erörtert. Spannend war vor allem, dass die Zufriedenheit bei den praktizierenden Kollegen sehr hoch war, aber auch, dass der Weg in die Praxis in den Kliniken oftmals wenig konkret ist und die Vorbilder fehlen. Mit den anstehenden Anpassungen der Wei-

terbildung in der Pädiatrie kommt zudem eine frühe Weichenstellung Richtung Klinik oder Praxis. Ein früher Einblick der Studenten und Assistenzärzte in die Praxispädiatrie ist deshalb umso wichtiger.

Als Konklusion wurde die Bildung einer Arbeitsgruppe beschlossen, welche in Zusammenarbeit zwischen Kinderärzte Schweiz, der SGP und den pädiatrischen Kliniken konkrete Vorschläge zur Förderung der Praxispädiatrie erarbeiten soll. Aktuell sind wir an der Zusammenstellung dieses Gremiums. Wer an einer Mitarbeit interessiert ist, meldet sich bitte auf der Geschäftsstelle (info@kinderarzeschweiz.ch) oder direkt bei Stefan Roth (stefan.d.roth@bluewin.ch). Wir hoffen, bald erste Massnahmen aus dieser Arbeit umsetzen zu können. ■

Psoriasis im Kindesalter

DR. MED.
MARC PLEIMES

DR. MED.
LISA WEIBEL

Zusammenfassung

Die Psoriasis (Schuppenflechte) ist eine chronische entzündliche Erkrankung mit variablen klinischen Erscheinungsformen. Im Kindesalter stellt sie nach der Neurodermitis eine der häufigsten Hauterkrankungen dar. Aufgrund besonderer Präsentationsformen und altersabhängiger pharmakologischer Besonderheiten kann die Diagnose und Therapie besonders im Kindesalter Schwierigkeiten bereiten.

Dieser Artikel soll das Krankheitsbild der kindlichen Psoriasis näher beleuchten und eine Einführung in therapeutische Optionen geben. Hierbei liegt der Schwerpunkt auf den in der Grundversorgung gut durchführbaren Therapiemassnahmen. Für schwere Formen der Psoriasis sind häufig systemische Therapien notwendig und eine Anbindung an ein kinderdermatologisch erfahrenes Zentrum ist hier indiziert.

Epidemiologie

Die Psoriasis ist eine chronische entzündliche Erkrankung, welche sich in jedem Lebensalter erstmals manifestieren kann. Inzidenzschätzungen für das Kindesalter existieren nur für die USA und liegen bei ungefähr 40 Neuerkrankungen pro 100 000 Personen und Jahr [1].

Genaue Daten zur Häufigkeit der kindlichen Psoriasis in der Schweiz existieren nicht. In Deutschland liegt die Prävalenz der Psoriasis im Kindesalter bei 0,71% und steigt dabei annähernd linear mit dem Lebensalter (ca. 0,37% bei 0- bis 9-jährigen und 1,01% bei den 10- bis 18-jährigen). Ca. 30% aller Psoriasis Patienten entwickeln ihre ersten Symptome im Kindesalter [2]. Eine positive Familienanamnese findet sich häufig und das Lebenszeitrisiko, an einer Psoriasis zu erkranken, wird auf 4%, 28% bzw. 65% geschätzt, wenn kein, ein bzw. beide Eltern betroffen sind und steigt nochmals, wenn zusätzlich ein Geschwisterkind an einer Psoriasis leidet [3].

Pathogenese

Die exakte Ätiopathogenese der Psoriasis ist noch nicht vollständig verstanden. Die Ursachen sind multifaktoriell. Charakteristische histologische Zeichen sind die Hyperkeratose durch Hyperproliferation der Epidermis, eine Gefässproliferation sowie ein Entzündungszellinfiltrat in der Haut. Die Entstehung einer Psoriasisplaque basiert dabei auf einem komplexen Zusammenspiel zwischen genetischen, immunologischen und umgebungsbedingten Faktoren. Von zentraler Bedeutung ist die Aktivierung dendritischer Zellen und T-Zellen, von denen letztere in die Haut einwandern. Die Interaktion zwischen Immunzellen, verschiedenen Botenstoffen (z. B. TNF- α , Interleukine) und Epithelzellen gestaltet und un-

terhält dann das spezielle Entzündungsmilieu und führt zu den psoriasistypischen Hautveränderungen [4, 5].

Bis zu 71% der Kinder mit einer Psoriasis haben eine positive Familienanamnese für eine Psoriasis bei erstgradigen Verwandten [6]. Der Weg der genetischen Vererbung ist komplex. Verschiedene Psoriasis Susceptibility Gene (PSORS) sind beschrieben. Das PSORS1 Gen ist eine wichtige genetische Determinante der früh einsetzenden Psoriasisform (Typ 1 early onset) und ist häufig mit der juvenilen Psoriasis guttata assoziiert. HLA-Cw6 ist dabei vermutlich das krankheitsvermittelnde Allel des PSORS1 Locus [4, 5].

Exogene und endogene Faktoren, wie Atemwegsinfektionen, emotionaler Stress, Hautverletzungen (Köbner-Phänomen) oder Medikamente (z. B. Lithium oder Betablocker) können eine Psoriasis auslösen oder verschlechtern.

Psoriasis und Streptokokkeninfektionen

Streptokokkeninfektionen (Streptokokkenpharyngitis und perianale Streptokokkendermatitis) sind wiederholt als Trigger besonders für das Auftreten einer akut exanthematischen Psoriasis guttata bei Kindern, aber auch für Exacerbationen einer chronischen Plaque Psoriasis beschrieben [4, 6–8]. Bei Erstvorstellung sollte daher auf mögliche Streptokokkeninfektionen untersucht werden. Hierzu gehören eine Racheninspektion und bei weiteren Hinweisen bakteriologische Abstriche und Kulturuntersuchungen sowie ggf. die Bestimmung streptokokkenspezifischer Antikörper im Serum der Patienten. Bei Nachweis einer akuten Streptokokkeninfektion sollte immer antibiotisch behandelt werden. Hierbei sind intrazellulär wirksame Antibiotika zu bevorzugen. Einige Autoren erwägen auch die Dauertherapie mit Depotpenicillinen bei chronischer Streptokokkenbesiedlung und erhöhten Streptokokkenantikörpern im Serum [9].

Besonders wenn ein Zusammenhang von (rezidivierenden) Streptokokken-Tonsillitiden mit der Entzündungsaktivität oder mit Exacerbationen der Psoriasis oder eine sehr schwere therapieresistente Psoriasis besteht, scheint die Mehrzahl der Patienten von der Durchführung einer Tonsillektomie zu profitieren [10, 11].

Klinische Präsentation

Die kindliche Psoriasis unterscheidet sich in ihren klinischen Präsentationsformen von der im Erwachsenenalter. Der Plaquetyp der Psoriasis (Abb. 1) ist zwar auch im Kindesalter die häufigste Manifestationsform, kommt jedoch seltener als bei Erwachsenen vor (34–84%). Deutlich häufiger als bei Erwachsenen ist hinge-

Korrespondierender Autor

Dr. med. Marc Pleimes
Oberarzt Kinderdermatologie
Kinderspital Zürich
Eleonoren Stiftung,
Universitäts-Kinderkliniken
Steinwiesstrasse 75
8032 Zürich
Praxis für Kinderdermatologie
Heidelberg –
Frankfurt
Schneidmühlstrasse 21
D-69115 Heidelberg
marc.pleimes@kispi.uzh.ch

Dr. med. Lisa Weibel
Leitende Ärztin
Kinderdermatologie
Kinderspital Zürich
Eleonoren Stiftung
Universitäts-Kinderkliniken
Steinwiesstrasse 75
8032 Zürich
Oberärztin
Dermatologische Klinik
Universitätsspital
Gloriastrasse 31
8091 Zürich
lisa.weibel@kispi.uzh.ch



Abbildungen 1 bis 3.

gen die Psoriasis guttata (6–44%) (Abb. 2). Auch die Manifestation im Gesichtsbereich ist mit 38–46% gehäuft [6, 12].

Einige Sonderformen der Psoriasis, wie die anuläre pustulöse Psoriasis oder die Windelpsoriasis (mit und ohne Dissemination), kommen fast ausschliesslich im Kindesalter vor.

Beim psoriatischen Windelausschlag mit Dissemination (Abb. 3), welcher mit 45% eine sehr häufige Manifestationsform bei Kindern unter 2 Jahren darstellt [6], besteht in vielen Fällen vermutlich keine Psoriasis im klassischen Sinn und die Prognose hinsichtlich einer Spontanremission ist gut (nur 17% in der Studie von Nyfors hatten bis 13 Jahre nach Manifestation eine Psoriasis [12, 13]).

Table 1 fasst wichtige Formen der Psoriasis im Kindesalter zusammen.

Hinweisend für das Vorliegen einer Psoriasis können zusätzlich weitere Befunde sein, auf die bei der klinischen Untersuchung besonders geachtet werden sollte: Befall des Bauchnabels (Abb. 4), Rhagade der Rima ani, Nagelveränderungen (Tüpfelung, Ölflecken, subunguale Hyperkeratose) (Abb. 5). Darüber hinaus besteht nicht selten ein Köbner Phänomen (isomorpher Reizeffekt – z. B. ein Kratzreiz löst gleichartige Läsionen aus). Typisch für die Psoriasis ist darüber hinaus das Auspitz-Phänomen (Abkratzen der Hornschuppen, führt nach Wegkratzen einer letzten feinen Epithelschicht zu punktförmigen Blutungen, welche in dieser Form so nur bei der Psoriasis vorkommt).

Die Psoriasis bedeutet auch im Kindesalter eine deutliche Einschränkung der Lebensqualität. So konnten Beattie et. al in einer Studie feststellen, dass Kinder mit Psoriasis oder atopischer Dermatitis, verglichen mit anderen chronischen Hauterkrankungen wie z. B. der Alopecia areata, eine deutlichere Einschränkung der Lebensqualität haben. Verglichen mit anderen chronischen Systemerkrankungen (z. B. Asthma, Epilepsie oder Enuresis) wird die Psoriasis ähnlich einschränkend empfunden [16].



Abbildung 4.



Abbildung 5.

Tabelle 1: Klinische Präsentationsformen der Psoriasis und ihre Differenzialdiagnosen (modifiziert nach [14, 15])

Formen der Psoriasis	Differenzialdiagnose
Plaquetyp Psoriasis (Abb. 1) Runde, meist scharf begrenzte, silbrig schuppende, darunter erythematöse Plaques von mehreren cm Durchmesser. Häufig an Knie, Ellenbogen, Bauchnabel.	Seborrhoische Säuglingsdermatitis Nummuläres Ekzem Tinea corporis
Psoriasis capillitii (Psoriasis capitis) Meist scharf begrenzte erythrosquamöse Plaques, welche an der Stirn-Haar-Grenze und seitlich häufig einen Saum der unbehaarten Haut mit betreffen.	Tinea capitis Seborrhoisches Ekzem (oft mehr auf die behaarte Kopfhaut begrenzt)
Psoriasis guttata (Abb. 2) Exanthematische, scharf begrenzte, weisslich schuppende Papeln und kleine Plaques.	Pityriasis rosea Pityriasis lichenoides chronica Pityriasis rubra pilaris Lichen ruber planus Nummuläres Ekzem Sekundäre Syphilis
Psoriasis inversa intertriginosa Scharf begrenzte, oft stark erythematöse Plaques der Axillae und Leistenregion, häufig wenig Schuppung.	Seborrhoische Dermatitis Candida Intertrigo
Pustulöse Psoriasisformen: Anuläre pustulöse Psoriasis Runde, stark erythematöse Plaques mit vor allem im Randbereich liegenden Pusteln	Nummuläres Ekzem Tinea corporis
Generalisierte pustulöse Psoriasis Schwere exsudative Form mit konfluierenden, sterilen Pusteln auf flächigen Erythemen. Eingeschränktes Allgemeinbefinden	Akute generalisierte exanthematische Pustulose Subkorneale Pustulose Eosinophile Pustulose Tinea corporis
Pustulosis Palmoplantaris Palmoplantar sind eher scharf begrenzte Erytheme/Plaques mit feinsten weisslich/gelblichen sterilen Pusteln	Tinea manuum Superinfiziertes, dyshidrosiformes Hand-/Fusseckzem Infantile Akropustulose
Sonderformen der Psoriasis Psoriatische Erythrodermie	Erythrodermien anderer Ursache (Ekzem, Arzneimittel, u.v.m.)
Nagelpsoriasis (Abb. 5) Tüpfelung, Onychodystrophie, Ölflecken, Subunguale Hyperkeratose, Onycholysis semilunaris	Tinea unguium Lichen planus unguium Alopecia areata Ekzernägel Nageldystrophien anderer Genese
Psoriasis arthritis (im Kindesalter selten)	Juvenile ideopathische Arthritis (JIA)
Lineare Psoriasis	Blaschkitis/Lichen striatus linearer Lichen planus Inflammatorischer, linearer, verruköser, epidermaler Nävus (ILVEN)
Psoriasis des Windelbereichs/Psoriatischer Windelausschlag mit Dissemination (Abb. 3) Scharf begrenzte Windeldermatitis, hoch erythematös, teilweise mit Schuppung. Oft mit weiteren Herden am Körper, Gesicht, Nabel.	Irritativ-toxische Windeldermatitis Acrodermatitis enteropathica Candida-Intertrigo Erythrasma Tinea inguinalis Allergisches Kontaktekzem

Schweregrad der Psoriasis

Verschiedene Scores sind für eine Bestimmung des Psoriasis-Schweregrades entwickelt worden. Ein hierbei häufig verwendeter Score ist der PASI (Psoriasis Area and Severity Index). Er berechnet einen vergleichbaren Schweregrad aus der Intensität und Ausprägung der Hautstellen und der befallenen Hautfläche. Der PGA (Physical Global Assessment) stellt einen etwas vereinfachten Score dar.

Gerade im Kindesalter sind jedoch diese Scores aufgrund teilweise sehr lokalisierter Befälle (z. B. isolierter Kopfhautbefall) nicht immer repräsentativ für den Leidensdruck, der durch die Erkrankung entsteht: So ist ein junges Mädchen mit einer stark ausgeprägten Psoriasis an Gesicht und Kopfhaut, trotz niedriger Score-Werte, oft massiv beeinträchtigt. Dies muss bei therapeutischen Entscheidungen hinsichtlich der Therapieintensität mit beachtet werden.

Therapie der Psoriasis (siehe Tabelle 2)

Im Gegensatz zum Erwachsenenalter existieren für Kinder deutlich weniger zugelassene und gut untersuchte Therapieoptionen. Auf europäischer Ebene wurde 2009 deshalb versucht, Therapieempfehlungen zu konzertieren, wobei die Expertengruppe mehrheitlich aus nicht primär kinderdermatologisch arbeitenden Experten bestand [17, 18].

Bei einer chronischen Erkrankung, die möglicherweise einer lebenslangen Therapie bedarf, sind therapeutische Optionen gut abzuwägen. Darüber hinaus muss gerade bei jüngeren Kindern, abhängig von der zu behandelnden Hautfläche, die mögliche systemische Resorption bestimmter Cremeinhaltsstoffen über die Haut beachtet werden, da besonders die Haut im Säuglings- und Kleinkindesalter mehr Wirkstoff in den Systemkreislauf passieren lässt. Vor allem bei Therapien mit schuppenlösenden Salicylsäurepräparationen, aber auch bei Verwendung von Vitamin-D-Präparaten muss diesem Rechnung getragen werden [15, 19, 20].

Grundvoraussetzung für ein funktionierendes Therapiekonzept ist eine fundierte Aufklärung und Schulung des Patienten bzw. der Eltern hinsichtlich Krankheitsursache, -verlauf und korrekter Anwendung aller geplanten Therapien. Die Therapie der Psoriasis setzt sich dabei aus mehreren Säulen zusammen:

- 1.) Einer regelmässigen Basistherapie
- 2.) Einer individuell angepassten spezifischen Therapie
- 3.) Ggf. unterstützenden Therapieverfahren wie Klimatherapie oder Psychotherapie, eventuell Rehabilitationen

Tabelle 2 fasst die Therapieoptionen für die Psoriasis zusammen.

Basistherapie

Die Basistherapie ist ein wichtiger Baustein der Psoriasis-therapie. Eine regelmässige rückfettende Basispflege (lipophile Cremegrundlage) sollte täglich angewendet werden. Sie sollte auch in Phasen der weitgehenden Symptombefreiheit im Sinne einer Prophylaxe fortgesetzt werden. Neben Harnstoff können auch juckreizlindernde Zusätze wie Polidocanol bedarfsorientiert eingesetzt werden [15]. Harnstoffhaltige Externa führen zu einem moisturizing Effekt, sind aber erst in höheren Konzentrationen keratolytisch, also abschuppungswirksam. Harnstoff kann gerade bei Säuglingen und Kleinkindern aber zu einem vorübergehenden Brennen («Stinging-Effekt») auf der Haut führen und wird deshalb idealerweise erst ab dem Vorschulalter verwendet oder zumindest vor grossflächiger Anwendung auf Stellen probeweise getestet.

Ein tägliches kurzes Vollbad mit einem Ölzusatz, z. B. vor dem abendlichen Eincremen, kann Schuppen und Cremereste entfernen helfen und führt zu einer besseren Aufnahme der danach angewendeten Externa.

Spezifische Therapie

Salicylsäure:

Je nach Ausprägung der Schuppung ist eine Keratolyse zum Anfang der Therapie essentiell, damit die im weiteren eingesetzten topischen Therapeutika, z. B. antiinflammatorische Externa, die tieferliegenden, entzündlich veränderten Areale besser erreichen können (Präparate und Anwendung siehe *Tabelle 2*). Im Gegensatz zu Salicylsäure zeigt Harnstoff in niedrigen Konzentrationen keinen deutlichen keratolytischen Effekt [21]. Salicylsäure sollte jedoch sparsam angewendet werden, da bei Überdosierungen (und langer täglicher Anwendungsdauer) potenziell schwere und unter Umständen lebensgefährliche systemische Intoxikationen möglich sind [22, 23].

Topische Glucocorticosteroide

Für die Therapie werden topische antientzündliche Externa eingesetzt. Mittel der ersten Wahl sind mittel- bis höherpotente topische Glucocorticosteroide. Aufgrund der potenziellen Nebenwirkungen (Hautatrophie, Striae, periorale Dermatitis) ist eine langfristige tägliche Dauertherapie jedoch nicht möglich. Ein abruptes Absetzen wiederum führt häufig zu einem Rebound, einem erneuten Aufflammen der Läsionen, weshalb Steroide grundsätzlich ausgeschlichen werden sollten. Bewährt hat sich hier nach 1–2 Wochen 1 × täglicher Therapie, die Therapie auf die Anwendung an jedem 2. Tag zu reduzieren und nach Erreichen einer weiteren Rückläufigkeit ggf. noch die Fortsetzung einer Intervalltherapie mit zwei aufeinanderfolgenden Therapietagen pro Woche für einige Wochen zu belassen.

Calcineurin-Inhibitoren

Topische Calcineurin-Inhibitoren hemmen die T-Zell Aktivierung und greifen so spezifisch in Entzündungsprozesse der Haut ein. Topische Calcineurin-Inhibitoren können bei der Psoriasis eingesetzt werden, sind aber aufgrund ihrer relativ schwachen Wirksamkeit nur für bestimmte Problemareale vorbehalten. Die Wirkstärke von Pimecrolimus (Elidel® Creme) entspricht ungefähr einem topischen Steroid der Klasse I, die von Tacrolimus (Protopic® Salbe) einem Steroid der Klasse II. Verglichen mit topischen Corticosteroiden bestehen bei Calcineurin-Inhibitoren, gerade bei Langzeitanwendungen keine Risiken bezüglich einer Hautatrophie. Sie eignen sich daher besonders als (Folge-)Therapie in intertriginösen Arealen oder auch bei Therapie einer Psoriasis im Gesicht (Präparate und Anwendung siehe *Tabelle 2*) [24, 25].

Unerwünschte Wirkung ist vor allem ein einige Minuten nach Auftragen der Präparate entstehendes Brennen, was jedoch vor allem bei akuten Entzündungen auftritt und bei Kindern sehr viel seltener als bei Er-

Tabelle 2: Therapie der Psoriasis im Kindesalter**Basistherapie: (immer durchführen, auch in symptomfreien Zeiten)**

Ölbader/Öldusche 1 × tgl. 5–10 min. nicht zu heiss

Basispflege 1–2 × täglich ganzer Körper mit lipophiler Cremebasis ggf. unter Zusatz von Milchsäure oder Harnstoff (Urea pura)

Ohne Zusätze: z. B. Dexeryl® Creme, Linola® fett Emulsion, Excipial® Fettcreme

Harnstoffhaltig: z. B. Remederm® Creme (3% Urea), Excipial® U-Lipolotio (4% Urea), Prurimed® Lipolotio (5% Urea).

Ab Schulalter: Carbamid® Emulsion (8% Urea) oder Nutraplus® Lotion (10% Urea),

Eucerin® Trockene Haut 10% Urea Lotion, Calmurid® Creme (5% Milchsäure, 10% Urea)

Kopfhaut: ggf. Squa-Med® Medizinal Shampoo pH5

1. Abschuppung (in Kombination mit antientzündlicher Therapie)

Salicylsäure: Keratolytische Behandlung stark schuppender Stellen 1–2 × täglich:

Konzentration: Säuglinge (1–2%) Kleinkinder 2% ältere Kinder 2–3% (–5%)

Max. Körperoberfläche: Säuglinge <5%, Kleinkinder < 10% und ältere Kinder < 20% [20]

Körper: Salicylvaseline 2%/(5%) oder Linola® fett Emulsion mit 1% bis 3% (–5%) Salicylsäure

Kopfhaut: Salicylsäure Öl 2%/(5%) KA, Salicyl-Carbowax 5% (10%) KA (www.Magistralrezepturen.ch),

Widmer Lotio decapans® (ab 12 Jahre)

Nagelpsoriasis: Onypso® Nagellack (15% Harnstoff), Avène Akérat® 30 (30% Harnstoff)

2. Antientzündlich (und Beginn antiproliferativ)**Topische Corticosteroide:**

1 × täglich auf betroffene Stellen für ca. 7–14 Tage, dann weiter jeden 2. Tag für weitere 7–14 Tage,

dann ggf. noch 2 Tage/Woche für weitere 4 Wochen (Stärkeklasse (II)–III–(IV))

Gesicht/ Intertrigines, Körper Säuglinge: Klasse II: z. B. Hydrocortison-17-butyrat (Locoid® Crelo Emulsion)

Körper: Klasse III: z. B. Mometasonfuroat (Elocom® Creme)¹

Kopfhaut: Klasse II: z. B. Prednicarbat (Prednitop® Lösung), Klasse III: Mometasonfuroat (Elocom® Lösung)¹,

Klasse IV: Clobetasol (Clarelux® Schaum, Clobex® Shampoo)⁴

Alternativ: Kombinationen aus Corticosteroid und Salicylsäure 1–2 × täglich zu Beginn der Therapie möglich

Klasse II: Flumetason 21-privalat mit 3% Salicylsäure (Locasalen® Salbe),

Klasse III: Betamethason mit 3%/2% Salicylsäure: Diprosalic® Salbe/Lösung⁴

Topische Calcineurin-Inhibitoren⁵:

Tacrolimus (Protopic® Salbe 0,03%/0,1%) oder Pimecrolimus (Elidel® Creme) für Stellen im Gesicht oder

in den Intertrigines, bei stark geröteten Stellen ggf. initiale Therapie mit einem topischen Corticosteroid

3. Antiproliferativ**Vitamin-D-Analoga**

Start nachdem Keratolyse abgeschlossen. 2 × täglich betroffene Stellen für min. 14 Tage, dann ggf. 1 × täglich weiter (insgesamt ca. 6–12 Wochen). Anfangs überlappend mit ausschleichender Corticosteroidtherapie

Maximale wöchentliche Crememenge Calcipotriol: 3–5 Jahre max. 25 g/Wo, 6–11 Jahre: max. 50 g/Wo,

12–16 Jahre: max. 75 g/Wo, ab 17 Jahren max. 100 g/Wo. (Tacalcitol: max. 35 g/Wo)

Keine Kombination mit: Salicylsäure (Inaktivierung), Thiazid diuretika oder Vitamin D oral (Hyperkalzämie)

Körper: Calcipotriol Daivonex® Creme²

Kombination mit Betamethason (Klasse III Steroid) als Daivobet® möglich⁴

Tacalcitol Curatoderm® Salbe³

Kopfhaut: Tacalcitol Curatoderm® Lotion³

Kombination: Xamiol® Gel (Calcipotriol und Betamethason)⁴

Dithranol Kurzkontakttherapie (Minutentherapie) nur durch in dieser Behandlung erfahrenen Kollegen und bei engmaschiger Befundkontrolle bzw. gut in dieser Therapie geschulten Patienten

Dithranol salbe abwaschbar 5.12-715 (KA) (Dithranol 0,5%), oder als Import (D) Micanol® 1% oder 3% Salbe

Anwendung unter langsamer Steigerung der Einwirkzeit bis max. 30–60 min.

4. Weitere Massnahmen

Bei Hinweisen für Streptokokkeninfektion (Tonsillitis, perianale Streptokokkendermatitis) und Psoriasis guttata

oder Exazerbation einer chronischen Plaque-Psoriasis: Antibiotische Therapie. Ggf. Tonsillektomie erwägen,

wenn rezidivierende Exazerbationen in Zusammenhang mit Streptokokken-Tonsillitiden.

5. Bei nicht ausreichendem Ansprechen

Ohne Erfolg dieser Massnahmen Zuweisung an ein pädiatrisch dermatologisch erfahrenes Zentrum

Je nach Lokalisation und Alter ggf.:

Stationäre topische Therapie Corticosteroide, Vitamin-D-Analoga und Dithranol-Therapie (langsame Steigerung)

Lichttherapie (Vor allem narrow band/311 nm UVB Therapie), PUVA (im Kindesalter sehr zurückhaltend)

Systemtherapie: Methotrexat, Ciclosporin A, bei pustulöser Psoriasis oder palmoplantarer Psoriasis ggf. Acitretin,

second line: Biologica (z. B. Enbrel®)

¹ Zugelassen ab 6 Monaten

² Zugelassen ab 6 Jahren

³ Zugelassen in der Schweiz

erst ab Erwachsenenalter, in Deutschland ab 12 Jahren

⁴ Zugelassen erst ab Erwachsenenalter

⁵ keine Zulassung für die Psoriasisbehandlung (off-label)

Auch nicht zugelassene Präparate sind bei entsprechendem klinischem Erscheinungsbild (z. B. sehr stark entzündliche, infiltrierte Plaques) und adäquater Anwendung häufig gute und in der Regel sichere Optionen im Kindesalter.

wachsenen beobachtet wird. Für akut entzündliche Befunde empfiehlt sich daher die kurzzeitige Vorbehandlung mit einem topischen Steroid. Durch Aufbewahren der Calcineurin-Inhibitoren im Kühlschrank kann zudem das Brennen teils vermindert werden. Aufgrund der bisherigen Erfahrungen lässt sich die Befürchtung eines potenziell erhöhten onkogenen Risikos durch Langzeitanwendung topischer Calcineurin-Inhibitoren nicht durch konkrete Fälle belegen. Um einer möglichen zusätzlichen immunsuppressiven Wirkung bei Kombination mit UV-Licht-Exposition Rechnung zu tragen, sollten diese Präparate jedoch möglichst abends und begleitend von adäquaten Sonnenschutzmassnahmen angewendet werden. Für die Behandlung der Psoriasis sind die Präparate nicht explizit zugelassen und es besteht somit eine Off-label-Anwendung.

Vitamin-D-Analoga

Vitamin-D-Analoga haben einen antiproliferativen und differenzierungsfördernden Effekt. Im Anschluss an die abschuppende Therapie kann parallel zur ausschleichenden Corticosteroidtherapie eine Therapie mit Vitamin-D-Analoga begonnen und nach Absetzen der Kortisonpräparate weiter fortgesetzt werden. Vitamin-D-Präparate haben zusammen mit Steroiden eine synergistische Wirkung [26].

Zugelassen sind im Kindesalter nur wenige Präparate und diese auch erst ab einem Alter von 6 Jahren. Die Anwendung kann jedoch auch im Kindesalter als sicher betrachtet werden (Präparate und Anwendung siehe auch *Tabelle 2*) [19, 27]. Ein klinisches Ansprechen ist frühestens nach zwei Wochen zu erwarten, wobei eine optimale Wirksamkeit häufig erst nach 6–8 Wochen erreicht wird [15].

Initial kann es zu leichten Hautirritationen kommen, welche jedoch meist beim Fortsetzen der Therapie verschwinden. Auch bei Vitamin-D-Präparaten sollte eine Anwendung nicht zu grossflächig erfolgen, da neben lokal irritativen unerwünschten Wirkungen auch systemische Hyperkalzämien über eine transkutane Resorption beschrieben sind [26]. Bewährt hat sich hierfür bei generalisierter Plaquesoriasis die Aufteilung der Therapie (Quadrantentherapie), bei der z. B. Kopf und Arme – Beine – und Körper jeweils allein im täglichen Wechsel therapiert werden.

Anthralin (Dithranol, Cignolin)

Anthralin ist eines der ältesten Therapeutika in der Dermatotherapie und kann auch bei Kindern eingesetzt werden. Es wirkt nebst Einflüssen auf die Entzündung, hemmend auf die Keratinozytenproliferation [19, 28]. Unter Therapie kommt es zunächst zu einer Zunahme der Entzündung in der Umgebung der Psoriasisplaques und im Weiteren zu einem Abheilen der Läsionen. «Die Schuppenflechte verbrennt im Feuer des Cignolins.» Im

stationären Setting kann hier eine Therapie mit langsam aufsteigenden Dosierungen erfolgen. Für den ambulanten Bereich bewährt sich dieses Vorgehen in der Regel nicht. Hier kommt vor allem eine Minutentherapie zum Einsatz, bei der ein höher dosiertes Cignolin-Externum zunächst nur wenige Minuten mit im Verlauf täglicher langsamer Steigerung der Einwirkzeit aufgetragen und dann wieder abgewaschen wird. Um keine überschüssigen Reaktionen (welche eine erneute Psoriasis im Sinne eines Köbner Phänomens triggern können) zu induzieren, sollte diese Therapie durch einen in der Therapie erfahrenen Arzt engmaschig kontrolliert werden. Ein Verschmieren der Creme in die Augen oder intertriginösen Areale sollte vermieden werden, da es hier zu starken Irritationen kommen kann. Ein weiterer Nachteil dieses Therapeutikums ist eine mögliche Verfärbung von Haaren, Kleidung, Waschbecken und Armaturen nach längerem Kontakt, auf das man Patienten hinweisen sollte.

Für eine Optimierung der Therapiewirksamkeit und aufgrund von Vorbehalten bezüglich der transcutanen Resorption bei grossflächigem Einsatz von Therapeutika bieten sich im Kindesalter wie auch bei Erwachsenen Kombinationstherapien der o.g. Präparate an. Sinnvoll können hierbei anfangs topische Steroide mit Salicylsäure kombiniert werden. Im Weiteren kann parallel zu einem langsamen Ausschleichen der Corticosteroide eine flankierende Therapie mit Vitamin-D-Analoga erfolgen.

Corticosteroide können in gemeinsamer Cremegrundlage mit Salicylsäure, Harnstoff oder Vitamin-D-Analoga gemischt werden. Salicylsäure und Vitamin-D-Analoga hingegen sollten aufgrund einer Inaktivierung der Vitamin-D-Präparaten durch Salicylsäure nicht zusammen angewendet werden [15, 28].

Sind die topischen Massnahmen nicht ausreichend, um eine Kontrolle der Erkrankung zu erreichen, gibt es auch im Kindesalter weitere Therapiemöglichkeiten. Diese sind in der Regel spezialisierten Zentren vorbehalten und sollten zu einer entsprechenden Zuweisung des Patienten führen.

Fazit für die Praxis

Die Psoriasis ist auch im Kindesalter eine häufige Erkrankung. Wichtig ist die korrekte Diagnosestellung, da sich das therapeutische Vorgehen zu möglichen Differenzialdiagnosen wie einer seborrhoischen Dermatitis oder einem nummulären Ekzem unterscheidet. Neben den typischen klinischen Erscheinungsformen können weitere Zeichen wie Beteiligung vom Nabel, Rhagade der Rima ani oder Nagelveränderungen und Auspitz-Phänomen hilfreich sein. Ist die eindeutige Zuordnung klinisch nicht möglich, kann durch eine feingewebliche Untersuchung einer Hautprobe (aus betroffener Haut) die Diagnose gesichert werden.

Da es sich bei der Psoriasis um eine chronische entzündliche Erkrankung handelt, müssen die therapeutischen Massnahmen, hinsichtlich einer möglichen lebenslang notwendigen Therapie, gut abgewogen werden. Andersherum sind gerade die meist ab dem

Schulalter empfundenen Einschränkungen der Lebensqualität durch die Psoriasis auch im Kindesalter erheblich, weshalb die fundierte Kenntnis möglicher Optionen und Hilfsangebote für die betroffenen Patienten wichtig ist. ■

REFERENZEN:

- [1] Parisi R, Symmons DP, Griffiths CE, Ashcroft DM. Global epidemiology of psoriasis: a systematic review of incidence and prevalence. *J Invest Dermatol* 2013; 133:377–385.
- [2] Augustin M, Glaeske G, Radtke MA, Christophers E, Reich K, Schaffer I. Epidemiology and comorbidity of psoriasis in children. *Br J Dermatol* 2010; 162:633–636.
- [3] Leman J, Burden D. Psoriasis in children: a guide to its diagnosis and management. *Paediatr Drugs* 2001; 3:673–680.
- [4] Busch AL, Landau JM, Moody MN, Goldberg LH. Pediatric psoriasis. *Skin Therapy Lett* 2012; 17:5–7.
- [5] Nestle FO, Kaplan DH, Barker J. Psoriasis. *N Engl J Med* 2009; 361:496–509.
- [6] Morris A, Rogers M, Fischer G, Williams K. Childhood psoriasis: a clinical review of 1262 cases. *Pediatr Dermatol* 2001; 18:188–198.
- [7] Benoit S, Hamm H. Childhood psoriasis. *Clin Dermatol* 2007; 25:555–562.
- [8] Silverberg NB. Update on pediatric psoriasis, part 1: clinical features and demographics. *Cutis* 2010; 86:118–124.
- [9] Prinz JC. [The role of streptococci in psoriasis]. *Hautarzt* 2009; 60:109–115.
- [10] Thorleifsdottir RH, Sigurdardottir SL, Sigurgeirsson B, Olafsson JH, Sigurdsson MI, Petersen H et al. Improvement of psoriasis after tonsillectomy is associated with a decrease in the frequency of circulating T cells that recognize streptococcal determinants and homologous skin determinants. *J Immunol* 2012; 188:5160–5165.
- [11] Sigurdardottir SL, Thorleifsdottir RH, Valdimarsson H, Johnston A. The role of the palatine tonsils in the pathogenesis and treatment of psoriasis. *Br J Dermatol* 2013; 168:237–242.
- [12] Nyfors A, Lemholt K. Psoriasis in children. A short review and a survey of 245 cases. *Br J Dermatol* 1975; 92:437–442.
- [13] Burden AD. Management of psoriasis in childhood. *Clin Exp Dermatol* 1999; 24:341–345.
- [14] Benoit S, Hamm H. [Psoriasis in childhood and adolescence: clinical features and therapy]. *Hautarzt* 2009; 60:100–108.
- [15] Sticherling M, Augustin M, Boehncke WH, Christophers E, Domm S, Gollnick H et al. Therapy of psoriasis in childhood and adolescence – a German expert consensus. *J Dtsch Dermatol Ges* 2011; 9:815–823.
- [16] Beattie PE, Lewis-Jones MS. A comparative study of impairment of quality of life in children with skin disease and children with other chronic childhood diseases. *Br J Dermatol* 2006; 155:145–151.
- [17] Nast A, Boehncke WH, Mrowietz U, Ockenfels HM, Philipp S, Reich K et al. (S3-guidelines for the treatment of psoriasis vulgaris Update 2011). *J Dtsch Dermatol Ges* 2011; 9 Suppl 2:S1–104.
- [18] Stahle M, Atakan N, Boehncke WH, Chimenti S, Dauden E, Giannetti A et al. Juvenile psoriasis and its clinical management: a European expert group consensus. *J Dtsch Dermatol Ges* 2010; 8:812–818.
- [19] de Jager ME, de Jong EM, van de Kerkhof PC, Seyger MM. Efficacy and safety of treatments for childhood psoriasis: a systematic literature review. *J Am Acad Dermatol* 2010; 62:1013–1030.
- [20] Höger H. Kinderdermatologie: Differentialdiagnostik und Therapie bei Kindern und Jugendlichen, 3. Aufl Schattauer, Stuttgart 2011; 457–461.
- [21] Loden M, Bostrom P, Knevez M. Distribution and keratolytic effect of salicylic acid and urea in human skin. *Skin Pharmacol* 1995; 8:173–178.
- [22] Germann R, Schindera I, Kuch M, Seitz U, Altmeyer S, Schindera F. [Life threatening salicylate poisoning caused by percutaneous absorption in severe ichthyosis vulgaris]. *Hautarzt* 1996; 47:624–627.
- [23] Weigert SR, Gorisch V, Kluge C. [Percutaneous salicylic acid poisoning in infancy]. *Z Arztl Fortbild (Jena)* 1978; 72:427–432.
- [24] Brune A, Miller DW, Lin P, Cotrim-Russi D, Paller AS. Tacrolimus ointment is effective for psoriasis on the face and intertriginous areas in pediatric patients. *Pediatr Dermatol* 2007; 24:76–80.
- [25] Steele JA, Choi C, Kwong PC. Topical tacrolimus in the treatment of inverse psoriasis in children. *J Am Acad Dermatol* 2005; 53:713–716.
- [26] Oquendo M, Abramovits W, Morrell P. Topical vitamin D analogs available to treat psoriasis. *Skinmed* 2012; 10:356–360.
- [27] Park SB, Suh DH, Youn JI. A pilot study to assess the safety and efficacy of topical calcipotriol treatment in childhood psoriasis. *Pediatr Dermatol* 1999; 16:321–325.
- [28] Trüeb RM. Psoriasis-therapie bei Säuglingen, Kindern und Jugendlichen. *Ars Medici-Zurich* 2011.

Epistaxis im Kindesalter

Epistaxis ist im Kindesalter häufig und kindliches Nasenbluten ist selten so stark ausgeprägt, dass es eine stationäre Krankenhausbehandlung erfordert. Trotzdem sind häufige, auch geringe Nasenblutenepisoden sowohl lästig als auch beunruhigend für Eltern und Kinder. Für den Pädiater in der niedergelassenen Praxis stellt sich im Verlauf häufig die Frage, welche dieser Kinder er einer Hals-Nasen-Ohren-fachärztlichen Untersuchung und weiteren Behandlung zuweisen soll.

**DR. MED. SILKE
HASENCLEVER,**
CHEFÄRZTIN,
HALS-, NASEN-, OHREN-
KLINIK, KANTONSPITAL
OLTEN

Epidemiologie

Gemäss älteren Studien haben etwa 30 % aller Kinder unter 5 Jahren und 56 % aller Kinder zwischen 6 und 10 Jahren mindestens einmalig eine Nasenblutungsepisode mit Arztkontakt durchgemacht. Die Inzidenz nimmt im Erwachsenenalter ab, allerdings hat die Hälfte aller Erwachsenen mit Nasenbluten auch bereits im Kindesalter unter Nasenbluten gelitten. Bei Kindern unter 2 Jahren ist es ausgesprochen selten (1 pro 10000), daher sollte man in diesem Fall eine traumatische (Kindesmisshandlung?!) oder systemische Blutungsursache (Thrombozytopenie?) in Betracht ziehen. In der Regel ist Nasenbluten bei Kindern unter 10 Jahren selbstlimitierend und die Blutungsquelle ist in 90% der Fälle im vorderen Na-

senabschnitt (Locus Kiesselbachii) lokalisiert. Man beobachtet eine Zunahme von Epistaxis während des kalten Wetters und bei niedriger Luftfeuchtigkeit, aber auch bei erhöhter Luftverschmutzung (Feinstaub und Ozon).

Anatomie

Die Nasenschleimhaut ist ubiquitär ausserordentlich gut durchblutet und hat eine grosse Oberfläche. Sie dient zum Filtern, Befeuchten und Wärmen der eingeatmeten Luft, ist aber wegen der zahlreichen Gefässgeflechte zum Bluten prädisponiert. Der ausgedehnte Gefässplexus im Bereich des Locus Kiesselbachii wird gespeist aus Endgefässen der Carotis interna und externa, die miteinander anastomosieren. Die wichtigsten drei zuführenden Gefässe sind der Septumast der Arteria ethmoidalis anterior, der laterale Ast der Arteria sphenopalatina und der Septumast der Oberlippenarterie der Arteria facialis. Die Arteria sphenopalatina versorgt zudem die postero-laterale Nasenwand und die Choanen und bildet damit die häufigste Quelle für hinteres Nasenbluten. Die dünne Nasenschleimhaut liegt dem knorpeligen Nasenseptum eng auf, es findet sich kein Binde- oder Fettgewebe, das die exponierten Gefässe schützen könnte. Jeder Faktor, der einen Blutandrang in diesen Gefässen oder eine Irritation und Austrocknung der Schleimhaut verursacht, erhöht die Blutungsgefahr.

Aetiologie

Die Aetiologie des kindlichen Nasenblutens reicht von oberflächlicher Schleimhautirritation bis hin zu lebensbedrohlichen Neoplasien (s. *Tabelle 1*). Am häufigsten sind sicher die lokalen Ursachen, allerdings sollten seltene Ursachen wie Blutgerinnungsstörungen, systemische Erkrankungen oder Tumoren nicht vergessen werden. 90 % des kindlichen Nasenblutens entsteht am Locus Kiesselbachii. Kinder mit systemischen Blutungsursachen werden nur selten mit Epistaxis als erstem und einzigem Symptom vorstellig werden.

Lokale Ursachen

• Trauma, Nasenbohren

Das «Nasengrubeln» ist bei Kindern sehr häufig und sollte aktiv vom Kind und seinen Eltern erfragt werden.

Tabelle 1: Epistaxisursachen bei Kindern

Lokal	
<i>Trauma</i>	Nasenbohren*; Fremdkörper; stumpfes oder scharfes Gesichtstrauma; postoperativ; nasotracheale Intubation oder Magensonde
<i>Schleimhautreizung</i>	Trockene Luft*; allergische Rhinitis; inhalative Reizstoffe (Steroidsprays*, Tabakrauch, Kokain, Heroin); Infekt der oberen Luftwege oder Allgemeininfekt mit Nasenschleimhautbeteiligung; lokale Haut- oder Weichteilinfekte (Furunkel)
<i>Anatomie</i>	Septumdeviation oder unilaterale Choanalatresie mit asymmetrischer Luftströmung
<i>Tumoren</i>	Hämangiom; juveniles Nasen-Rachen-Fibrom; pyogenes Granulom; Rhabdomyosarkom; Nasopharynxkarzinom; invertiertes Papillom
<i>Sonstige</i>	Erhöhter intranasaler Venendruck bei Hustenanfällen
Systemisch	
<i>Blutungsleiden</i>	Angeborene oder erworbene Gerinnungsstörungen; Thrombozytenfunktionsstörungen; Gefässerkrankungen (z. B. M. Osler)
<i>Medikamente</i>	Aspirin; Ibuprofen; Antikoagulanzen; Valproinsäure
<i>Sonstige</i>	Wegener-Granulomatose; Sarkoidose; Tuberkulose
<i>Hypertonie</i>	Primäre Hypertonie; sekundäre Hypertonie (Nieren, Corticosteroide); erhöhter zentralvenöser Druck (Anstrengung, V.-cava-superior-Syndrom)
Rezidivierend	I.d.R. durch rezidivierende/chronische Irritation oder Trauma; kann aber auch Erstsymptom einer Bluterkrankung, M. Osler, Nasopharynx-Ca oder eines posttraumatischen Pseudoaneurysma der ACI sein.

* häufigste Ursachen



- **Gesichtstrauma**

Ein stumpfes Gesichtstrauma kann zu heftigem Nasenbluten führen, meistens im vorderen Nasenbereich entspringend und oft mit einem Nasenseptumtrauma verbunden. Auch Mittelgesichtsfrakturen können über Verletzung der Arteria ethmoidalis anterior, im Bereich der Lamina papyracea und des Ethmoids zu heftigem Nasenbluten führen. Massive Epistaxis nach Schädeltrauma lässt an ein Pseudoaneurysma der Arteria carotis interna denken, ein solches Pseudoaneurysma kann jedoch auch zunächst mit milder oder rezidivierender Epistaxis auffällig werden. Auch sollte, insbesondere bei Kindern unter einem Jahr mit Epistaxis, immer die Möglichkeit einer Kindesmisshandlung in Betracht gezogen werden.

- **Fremdkörper**

Insbesondere bei einseitiger und übel riechend vereiterter Epistaxis muss an einen Fremdkörper gedacht werden. Natürlich können auch vergebliche Versuche, den Fremdkörper zu entfernen, eine sekundäre Nasenblutung auslösen. Besonders gefährlich sind Knopfzellbatterien, die notfallmässig aus der Nase entfernt werden müssen, bevor sie eine tiefer gehende Nekrose und eine Septumperforation verursachen.

- **Postoperative Epistaxis**

Kann nach Adenotomie oder rhinochirurgischen Massnahmen auftreten, bis zu zwei Wochen postoperativ, meist selbstlimitierend. Trotzdem sollte bei postoperativer Epistaxis immer der Operateur informiert werden und gegebenenfalls eine stationäre Beobachtung des Kindes erfolgen.

Schleimhautreizung

Eine Schleimhautreizung kann durch zahlreiche Faktoren verursacht werden, alleine und gemeinsam (Lufttrockenheit, Allergien, virale oder bakterielle Infekte der oberen Luftwege, chronische Rhinitis mit kräftigem Nasenschnäuzen, regelmässiger Gebrauch von Nasenspray, Exposition gegenüber inhalativen Reizstoffen [Tabakrauch!] usw.).

- **Allergische Rhinitis**

Niesen, das Reiben der juckenden Nase und auch die Behandlung mit topischen Kortikosteroiden tragen bei diesen Kindern zur Blutung bei.

- **Infektion**

Virale und bakterielle Infekte der oberen Luftwege, Sinusitis und Allgemeinerkrankungen mit Okklusion der Nasenatmung führen zu einer Entzündung der Nasenschleimhaut und entsprechend erhöhtem Blutungsrisiko. Dabei scheint eine Assoziation mit einer Kolonisation der Nasenschleimhaut mit *Staphylococcus aureus* vorzuliegen. Lokale Hautinfektionen (zum Beispiel Naseneingangsfurunkel mit Staphylokokken oder seltenere Hautinfektionen am mukokutanen Übergang) können ebenfalls bluten.

- Auch **stark erhöhter intranasaler Druck**, beispielsweise bei Hustenanfällen im Rahmen von Pertussis oder zystischer Fibrose, kann gelegentlich zu Nasenbluten führen.

- **Tumoren**

Im Kindesalter ist die Differenzialdiagnose eines juvenilen Nasen-Rachen-Fibroms sicher immer zu berücksichtigen. Das juvenile Nasenrachenfibrom entsteht im Epipharynx und bezieht seine Blutzufuhr meistens aus der Arteria maxillaris. Es ist benigne, kann jedoch durch lokale Kompression benachbarte Strukturen in Mitleidenschaft ziehen. Typischerweise handelt es sich um männliche Jugendliche, Durchschnittsalter 15 Jahre, mit Nasenatmungsbehinderung, Epistaxis und nasaler Sekretion. Auch ein rezidivierender Paukenerguss mit Hörstörung kann auftreten. Andere Tumoren, insbesondere Malignome der Nase, sind im Kindesalter sehr selten, aber können in Einzelfällen ebenfalls bluten.

Systemische Ursachen

Hier muss an Blutgerinnungsstörungen, Blutgefässerkrankungen, Medikamenteneinnahme, entzündliche Erkrankungen und arterielle Hypertonie gedacht werden. Epistaxis ist jedoch hier nur sehr selten die einzige Manifestation, sodass andere Symptome den Pädiater auf die richtige Spur der Ursache führen. Auf diese soll hier nicht mehr eingegangen werden, hier sei lediglich auf die relativ hohe Prävalenz des von Willebrand Jürgens-Syndroms hingewiesen.

Folgende Faktoren lassen an eine Blutgerinnungsstörung als Ursache der Epistaxis denken: wiederholtes (>3–4/Jahr), längerdauerndes (>15–30 min) und lokal nicht gut erklärbares Nasenbluten, positive Familienanamnese hinsichtlich Blutungsneigung, weitere Hinweise auf hämorrhagische Diathese in der systematischen Blutungsanamnese. Ausserdem ist auf eine Familienanamnese von Morbus Osler zu achten. 90 % der Patienten mit Morbus Osler haben im Kindesalter rezidivierende Epistaxisepisoden durchgemacht, wobei diese Blutungen mit zunehmendem Alter schwerer werden, im Kindesalter noch recht mild ausgeprägt sein können.

Auch Medikamenteneinnahme kann zu Nasenbluten führen, insbesondere Aspirin oder nicht-steroidale Antirheumatika, natürlich auch Antikoagulanzen, die bei Kindern mit komplexen angeborenen Herzfehlern oder thromboembolischen Erkrankungen gegeben werden müssen.

Untersuchung

Obwohl Nasenbluten im Kindesalter selten lebensbedrohlich abläuft, sollte die **Erstevaluation** stets der respiratorischen und hämodynamischen Stabilität des Patienten gelten. In Einzelfällen mag die Notfalleinweisung ins Spital zur Herz-Kreislauf-Stabilisierung und Sicherung der Atemwege erforderlich sein, besonders bei solchen Kindern, die Blut aushusten oder erbrechen. Eine rosige Gesichtsfarbe und normale Vitalparameter erlauben es, sich der Nasenblutung zuzuwenden und den Ort und die Aetiologie des Blutens zu ermitteln.

In der Praxis sollte beim stabilen Patienten zunächst eine ausführliche **Anamnese** erhoben werden: Dauer der Blutung, Alter des Kindes, Beginn/Verlauf der Blutung, Seitigkeit der Blutung (unilateral weist eher auf ein lokales, geringes Trauma hin, während bilateral auf eine generelle Reizung sämtlicher Schleimhäute oder einer systemischen Aetiologie hinweist), Blutverlust (das Ausmass des Blutverlustes ist oft schwierig zu bestim-

men, die posteriore Epistaxis wird oft unterschätzt, weil ein Teil des Blutes verschluckt wird, die anteriore meist überschätzt, weil sich das Blut in grossen Flecken auf der weissen Bettwäsche erschreckend ausbreitet), Blutung auch aus dem Mund? Haematemesis? Melaena? Welche Massnahmen wurden bisher getroffen? Gibt es eine Vorgeschichte von Trauma (inklusive Nasebohren)? Auf die Frage «Hast Du in der Nase gebohrt?» wird ein Kind vermutlich nicht offen antworten – beispielsweise die Frage «Mit welchem Finger hast Du denn in Deiner Nase gekratzt?» ist manchmal zielführender. Besteht eine Vorgeschichte von eitrigem Schnupfen, Nasenatmungsbehinderung, Fremdkörper, Allergien, Sinusitiden? Von Operationen, insbesondere Adenotomie, in den letzten drei Wochen? Andere, assoziierte Symptome erfragen (Hautveränderungen, Ekchymosen, Gesichts- oder Kopfschmerz, Fieber, Hörstörung, Torticollis, ...). Intermittierendes Nasenbluten kann auch mit der Menstruation einhergehen. Aus der weiteren Anamnese sollten erfragt werden: Allergien, Medikamenteneinnahme, Anzahl, Häufigkeit und Jahreszeitlichkeit vorangegangener Epistaxisepisoden und die Familiengeschichte für Gerinnungsstörungen.

Eine **allgemeine pädiatrische Untersuchung** umfasst zunächst: Vitalzeichen, Hautfarbe, Hautveränderungen (Petechien, Hämatome, Zahnfleischbluten, Hämatotympanon), Untersuchung des Oropharynx, ob eine Blutstrasse an der Rachenhinterwand zu sehen ist, Haut- und Schleimhautteleangiectasien und Hämangiome, vergrösserte Lymphknoten, Leber, Milz, Petechien, Hautfarbe, Ikterus als Zeichen einer Lebererkrankung mit sekundärer Koagulopathie, Augen/Tränenflüssigkeit (Blut kann durch den Tränennasengang zu den Tränenpunkten austreten), Visus und Motilität der Augen bei Status nach Trauma.

Die **Untersuchung der Nase** eines Kindes ist oft nicht einfach, bei manchen Kindern kann eine Sedierung erforderlich sein. Auch eine topische Anästhesie,



beispielsweise mit Tenaphin 1% Lsg. (Tetracain/Naphazolin) als Spray oder besser noch in einem getränkten Wattebausch für fünf Minuten eingelegt, kann hilfreich sein. Der vasokonstringierende Anteil Naphazolin hat gleichzeitig eine blutstillende Wirkung.

Die Untersuchung der Nase kann zunächst mittels Hochdrücken der Nasenspitze mit dem Daumen und Ausleuchten der Naseneingänge mit einer geeigneten Lichtquelle erfolgen. Bereits mit diesen einfachen Massnahmen kann der Locus Kiesselbachii sowie das Vestibulum nasi bis zum Muschelkopf eingesehen werden. Ein Nasenspekulum und eine Stirnlampe ermöglichen eine weitere Einsicht, alternativ kann auch ein Otoskop mit einem grossen Trichter gut verwendet werden, um in die Nase zu schauen. Im Bereich des Locus Kiesselbachii wird man häufig Altblut, Krusten oder auch schon aktive Blutungsquellen identifizieren können oder geschlängelte, ektatische Gefässe sehen. Falls ein anteriorer Blutungsort nicht gesichtet werden kann, muss eine posteriore Blutungsquelle gesucht werden. Dies erfolgt in der Regel durch den HNO-Arzt mittels flexibler oder starrer fiberoptischer Endoskopie.

Laboruntersuchungen sind bei selbstlimitierender Epistaxis meistens nicht erforderlich. Routinetests der plasmatischen Gerinnung (Q, aPTT) eignen sich nicht, um eine Gerinnungsstörung wie z.B. einen M. von Willebrand auszuschliessen. Der **Facharzt für Hämatologie** sollte für die Planung der Abklärungen hinzugezogen werden, wenn wiederholte, schwere oder therapierefraktäre Epistaxis auftritt oder anamnestisch suggestive Verdachtsmomente für eine Blutgerinnungsstörung bestehen.

Radiologische Untersuchungen werden erforderlich, wenn ein Tumor oder ein grösseres Gesichtsschädeld trauma als Ursache für die Epistaxis infrage kommen.

Die Zuweisung zum **Hals-Nasen-Ohren-Arzt** erfolgt bei schwerer Epistaxis, wiederholt auftretender Epistaxis trotz korrekten Massnahmen oder lokalen Befunden (Tumoren, Polypen oder Teleangiectasien).

Akutbehandlung

Sobald der Patient herzkreislaufmässig stabil oder stabilisiert ist, wendet man sich der akuten Blutung zu.

In den allermeisten Fällen lässt sich Nasenbluten mittels **Kompression** der Nasenflügel für 5 bis 10 Minuten stillen. Der Patient muss angehalten werden, die Nasenflügel beidseitig gegen die Nasenscheidewand zu drücken, um den Locus Kiesselbachii zu komprimieren. Dieser Druck sollte über mindestens 5 Minuten aufrechterhalten werden, bevor man die Blutungsstelle erneut inspiziert. Wenn das Kind zu jung ist, um diese Kompression selbst zuverlässig durchzuführen, sollte sie durch eine Hilfsperson vorgenommen werden. Gerade bei Kleinkindern ist es am besten, wenn die Eltern dies übernehmen. Während dieser Massnahme sollte das



Kind aufrecht und nach vorne gebeugt sitzen, sodass die Menge an geschlucktem Blut möglichst minimiert und eine Aspiration vermieden wird. Natürlich sollte man zudem beruhigend und ablenkend auf das Kind einwirken, allein schon um die körperlichen Ausdrücke von Angst oder Unzufriedenheit mit entsprechender vermehrter Durchblutung des Kopfes zu reduzieren. In der Regel lässt sich durch eine solche Kompression der Nase und Beruhigung des Kindes eine Blutstillung innerhalb von maximal 10 Minuten erzielen. Als nächste Massnahme kann eine topische Vasokonstriktion hilfreich sein (Xylometazolin-haltige Nasentropfen oder -sprays, Triofan, Otrivin); 1 bis 2 Hübe in die blutende Nasenöffnung, ergänzt durch erneuten Druck. Wenn dies von dem Kind besser toleriert wird, kann auch ein in Nasentropfen getränktes Wattebäuschchen in den Naseneingang platziert werden. Anschliessend erneuter Druck von aussen über 5 Minuten und vorsichtiges Entfernen der Einlage.

Blutstillende Watte (aus selbstresorbierendem Alginat) wird von Apothekern gerne zur Selbsttherapie



empfohlen, ist aber bei Kindern eher weniger geeignet, da sie zu zusätzlichen Manipulationen reizen kann.

An weiterführenden Techniken bieten sich **Kauterisationsmethoden** an, wobei einerseits die punktuelle chemische Koagulation mittels Silbernitratstäbchen, andererseits die gezielte bipolare Elektrokoagulation einzelner Gefässstümpfe zur Verfügung stehen. Beide Methoden werden eher vom Hals-Nasen-Ohren-Facharzt als vom erstversorgenden Pädiater angewandt. Man sollte sich bewusst sein, dass man durch solche Methoden punktuelle oder flächige Schleimhautverätzungen bzw. -verödungen erzielt, wodurch sich wiederum Krusten bilden, die dann nach einiger Zeit abfallen, sodass es an derselben Stelle zu einer erneuten Blutung kommen kann, insbesondere wenn die Kruste frühzeitig abgekratzt wird. Auch muss man sich des Risikos einer permanenten Schädigung der Septumschleimhaut durch zu langes und zu tiefes Koagulieren bewusst sein, mit zunächst freiliegendem Septumknorpel und später, insbesondere wenn beidseits des Septums an korrespondierenden Stellen geätzt wurde, der Ausbildung einer Septumperforation.

Die Applikation von Silbernitrat erfolgt typischerweise mit Silbernitratstiften. Diese sollten auf möglichst trockener Schleimhaut angewendet werden, sorgfältig punktuell in der Umgebung der Blutung, und nur wenige Sekunden an einer Stelle appliziert werden.

Die bipolare Elektrokoagulation lässt sich insbesondere bei grösseren Kindern in Oberflächenanästhesie recht gut durchführen und eignet sich für isolierte Blutungsquellen oder punktuell ektatische Gefässe, die verodet werden. Bei grossflächig gestautem Locus Kiesselbachii ist diese Methode weniger geeignet.

Fibrinkleber ist ein ebenfalls angewandtes Mittel, insbesondere bei Patienten mit Koagulopathien oder Morbus Osler, wurde jedoch in letzter Zeit zunehmend von Floseal und ähnlichen Thrombinderivaten abgelöst.

Wenn diese Massnahmen ebenfalls nicht zum Erfolg führen, steht als nächster Schritt die **Nasentamponade** an, dies ist jedoch bei Kindern ausserordentlich selten erforderlich und wird auch nur sehr schlecht toleriert. Entscheidend ist es, falls bei einem Kind tamponiert werden soll, dass die Tamponade rasch und korrekt platziert wird, beispielsweise um die Blutung zum Stillstand zu bringen, bis das Kind in den Operationssaal gebracht und dort revidiert werden kann. Es gibt heutzutage eine breite Palette von Nasentamponaden unterschiedlicher und teilweise recht patientenfreundlich weicher Materialien, sodass die schichtweise Salbengazetamponade mittlerweile ins medizinhistorische Museum gehört. Resorbierbare Tamponaden lösen sich in zwei bis fünf Tagen auf, nicht-resorbierbare Tamponaden sollten nach ein bis maximal fünf Tagen entfernt werden. Häufig kommt es bei Entfernung der Tamponade zu einer erneuten Blutung, sodass die Detamponade sinnvollerweise vom Hals-Nasen-Ohren-Facharzt durchgeführt wird. Nach Platzierung der Tamponade sollte im Rachen kontrolliert werden, ob die Blutung tatsächlich sistiert oder lediglich die Blutstrasse nach posterior umgeleitet wurde.

Im schlimmsten Fall, wenn alle Massnahmen nicht zum Erfolg führen, kommen Ballonkatheter, radiologisch gesteuerte Embolisationsmethoden, oder operative endoskopische Koagulation oder Ligatur der blutenden Gefässe zur Anwendung.

Sonderfälle

Patienten mit z. B. von Willebrand-Syndrom oder Immunthrombozytopenie kann Tranexamsäure lokal oder systemisch verabreicht werden. Gezielte Substitution von Faktoren oder Thrombozyten kann nach Rücksprache mit dem Hämatologen erfolgen.

Rezidivprophylaxe

Abschliessend steht die Rezidivprophylaxe im Zentrum des ärztlichen Bemühens, indem zugrunde liegende lokale oder systemische Krankheiten behandelt werden.

Sowohl die Kinder als auch die Eltern sollten geduldig und eindringlich über den Umgang mit Nasenbluten instruiert werden. Häufig ist eine mehrfache Beruhigung der Eltern und Demonstration der richtigen Kompressionstechnik erforderlich, auch muss darauf hingewie-

sen werden, dass sich die Angst der Eltern auf die Kinder überträgt und somit zu einer weiteren Zunahme der Blutung führen kann. Der Ort der Kompression sollte klar demonstriert werden (nicht über dem Nasenbein, sondern über den Nasenflügeln), die Dauer der Kompression (3 bis 5 Minuten ohne loszulassen, auf die Uhr schauen!). Auch sollte darauf hingewiesen werden, dass das Einführen von Wattepfropfen, Papiertaschentüchern und ähnlichen selbst gebauten Tampons meistens nicht zum Erfolg führt, da es beim Entfernen zum Abreißen der Blutkoagel kommt und eine erneute Blutung eintritt. Die Applikation von Eisbeuteln im Nacken oder auf die Nase ist nicht evidenzbasiert, gibt aber den Eltern noch eine zusätzliche Massnahme, mit der sie sich um das Kind kümmern können. Im Notfall tut es auch eine Packung Tiefkühlgemüse, in ein Handtuch gewickelt. Auch die Anwendung von Otrivin-Nasenspray kann man den Eltern erläutern, allerdings unter Hinweis darauf, dass dies nicht länger als eine Woche täglich eingenommen werden sollte, um eine weitere Schädigung der Schleimhaut zu verhindern. Auch kann man die Eltern über die Blutverlustmenge sensibilisieren, indem man sich den Zustand der Bettwäsche und die Grösse der Blutflecke beschreiben lässt und darauf hinweist, dass dies häufig nach mehr aussieht als es ist.

Bei Kindern ist die wiederholte, selbstlimitierende, leichte Epistaxis häufiger als die unkontrollierbare starke

Epistaxis. Hier spielen stets mehrere Faktoren eine Rolle. Nach klinischem und anamnestischem Ausschluss einer ernsthaften Nasenblutungsursache empfiehlt man eine befeuchtende Therapie der Nasenschleimhaut (Salzwassersprays, Nasensalben*) und die Prävention von lokalem Trauma (Nasebohren) als beste Präventivmassnahme. Ebenfalls hilfreich: Luftbefeuchter (insbesondere im Schlafzimmer), Fingernägel kurz halten, Gesichtsmaske beim Sport tragen.

Patienten mit allergischer Rhinitis: Einerseits sollten nasale Kortikosteroide bei der Epistaxis gestoppt werden, andererseits kann aber auch die chronische Irritation durch die allergische Rhinitis zu Nasenbluten führen. Hier muss unter Umständen auf Therapiealternativen wie beispielsweise orale Antihistaminika zurückgegriffen werden oder die Kortikosteroide im Wechsel mit einer inerten Nasensalbe angewandt werden.

Patienten mit akuten Infekten der oberen Luftwege sind ebenfalls blutungsgefährdet, auch hier ist die Anwendung von abschwellenden Nasensprays ein zweiseitiges Schwert, da einerseits zwar eine Vasokonstriktion und Befreiung der Nasenatmung, andererseits aber eine Austrocknung der Mukosa und ein Pruritus epistaxisfördernde Faktoren sein können.

Zusammenfassend muss gesagt werden, dass es eine Goldstandardtherapie für Kinder mit rezidivierender Epistaxis nicht gibt. Die Evidenz zeigt, dass verschiedene der oben genannten Behandlungsmethoden kurzfristig jeweils eine gute Effektivität zeigen, dass jedoch eine Langzeitprävention dadurch nicht erreicht wurde.

Zusammenfassung

Die meisten Nasenblutungsepisoden im Kindesalter sind selbstlimitierend oder lassen sich gut durch externe Kompression der Nasenflügel behandeln. Auch scheint die rezidivierende, idiopathische Epistaxis mit der Zeit zu verschwinden und ist bei Kindern über 14 Jahren ungewöhnlich. Entscheidend im Vordergrund steht die beruhigende Aufklärung von Eltern und Kind über die Harmlosigkeit des Symptoms und die geeigneten Massnahmen, die zur Akutbehandlung, aber auch zur Rezidivprophylaxe durchzuführen sind. In unserer Klinik hat sich ein **Merkblatt** bewährt, welches zwar nicht für Kinder spezifisch ist, aber Kindern und Erwachsenen einen Leitfaden gibt, wie mit dem Symptom umzugehen ist. Bei Unsicherheit bezüglich einer ernsthafteren Blutungsursache ist eine Zuweisung zum Hals-Nasen-Ohren-Arzt zwecks Nasenendoskopie sinnvoll. ■

* Nasensalben dienen einerseits der Rückfettung und Pflege, um elastischere, stabilere Schleimhäute im Naseneingangsbereich zu erhalten (Bepanthen), andererseits gibt es auch blutstillende Salben (H.E.C.), die jedoch mit Vorsicht angewendet werden sollten, da sie bei korrespondierenden Schleimhauterosionen zu einer Vernarbung/Synechiebildung führen können.



Nachfolgender Artikel berichtet über eine Untersuchung, die praxisnah zusammen mit Praxispädiatern der Ostschweiz durchgeführt wurde. In einem weiteren Artikel möchten wir zu einem späteren Zeitpunkt über die konkreten Erfahrungen und den Einsatz des Testinstrumentes WESUK im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen berichten.
Die Redaktionskommission.

WESUK – ein Screening zur frühen Erfassung von Wahrnehmungsproblemen

17 Pädiater und Pädiaterinnen der Region Rorschach bis Wil untersuchten in der WESUK-Hauptstudie im Rahmen der pädiatrischen Vorsorgeuntersuchungen eine Stichprobe von 598 Säuglingen und Kleinkindern mit einem neu entwickelten Screeningverfahren zur Erfassung von Wahrnehmungsproblemen. Das Instrumentarium wurde von einem Forschungsteam der Stiftung wahrnehmung.ch entwickelt. In der Nachfolgestudie wurden die Screeninginstrumente sowie die einzelnen Items nochmals einer Bewertung unterzogen und angepasst. Das Screening steht seit Anfang 2013 für die Anwendung in der Praxis bereit.

www.wahrnehmung.ch

ADRIAN HOFER,
ST. GALLEN

Ausgangslage

Eltern von Kindern mit Problemen in der Wahrnehmung fällt es oft schon sehr früh auf, dass sich ihre Kinder anders entwickeln. Weil sich diese andere Entwicklung aber hauptsächlich im Verhalten zeigt, erhalten sie häufig den Ratschlag, ihr Kind konsequenter zu erziehen; dann werde sich das Problem schon auswachsen. Diese weitverbreitete Meinung führt viele Kinder und ihre Familien in die soziale Isolation, denn Probleme in der Wahrnehmung wachsen sich nicht aus. Sie werden meist umso grösser, je älter das Kind wird oder je höher die Anforderungen sind. Diese Entwicklung kann aufgehalten werden, wenn die Probleme in der Wahrnehmung möglichst früh erkannt werden. Je früher ein Kind therapeutisch behandelt wird, umso schneller kann die Entwicklung positiv beeinflusst und die betroffene Familie entlastet werden.

An diesem Punkt setzt die Studie der Stiftung wahrnehmung.ch an. Das Forschungsteam stellte sich zunächst die Frage, wie und durch wen diese Behinderung frühzeitig erkannt werden könnte. Pädiater sehen die Kinder im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen in regelmässigen Abständen. Zudem liegen die Zeitpunkte der Untersuchungen so, dass der Entwicklungsstand in den Wahrnehmungsleistungen gut beurteilt werden kann. Die bisherigen pädiatrischen Untersuchungsparameter berücksichtigen aber weniger qualitative als quantitative Gesichtspunkte. Daher erarbeitete das Forschungsteam je spezielle Beobachtungsbogen für die Pädiater und Elternfragebogen.

Theoretischer Hintergrund

Félicie Affolter hat, auf der Entwicklungspsychologie von Jean Piaget und der Heilpädagogik basierend, interessante Ansätze entwickelt und bereits vor Jahren auf die

Bedeutung der Früherfassung von Wahrnehmungsproblemen hingewiesen. Jahrelange praktische Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Wahrnehmungsproblemen hat gezeigt, dass gespürte Erfahrung aus der «Interaktion Person–Umwelt» eine wesentliche Grundlage für Lernen und Entwicklung ist. Wahrnehmungstätigkeit geschieht ständig, und sie kann für Beobachtende dann «sichtbar» gemacht werden, wenn sich das Verhalten des Kindes aufgrund einer Veränderung der Situation ändert. Die Verhaltensveränderung des Kindes wird dann als Ausdruck einer bestimmten Wahrnehmungstätigkeit interpretiert. Die taktil-kinaesthetische Wahrnehmung steht im Zentrum des Screenings, insbesondere bei folgenden Organisationsprozessen, die in der Faktorenanalyse herauskristallisiert werden konnten:

- Organisationsprozesse der Informationssuche bezüglich der Position des Körpers in der Umwelt (wo bin ich und wo ist meine Umwelt?);
- Organisationsprozesse der Informationssuche bezüglich Ursache–Wirkung (was geschieht?);
- Organisationsprozesse zur Teilnahme am Gemeinsamen Geschehnis (gemeinsame Beschäftigung mit einer gemeinsamen Aufgabe bzw. längerer Interaktionsabfolge mit gegenseitigem Rollenwechsel, Aktionen und Erwartungen).

Mit der Berücksichtigung dieser Aspekte trägt das Screening der Tatsache Rechnung, dass die Wahrnehmungstätigkeit kein linearer, additiver, sondern je nach Anforderung der Situation mit ihren stetigen Veränderungen ein hochkomplexer und ineinander verschachtelter Prozess ist. Gestaltet sich beispielsweise die WO-Informationssuche eines Kindes andersartig, hat dies auch Auswirkungen auf die WAS-Informationssuche und die Teilnahme am «Gemeinsamen Geschehnis».

Das Screeningverfahren WESUK

Das Screeningverfahren wurde im Rahmen einer Longitudinalstudie entwickelt. Diese bestand aus einer Datenerhebung mit den neu entwickelten Screeninginstrumenten (Hauptstudie) und einer Nachbefragung nach fünf Jahren (Nachfolgestudie).

Mit der Entwicklung des Screenings verfolgt das Forschungsteam folgende **Ziele**:

- «Herauslesen» der Wahrnehmungstätigkeit aus den Handlungen des Kindes.
- Frühzeitiges Aufdecken von Entwicklungsstörungen/Verhaltensproblemen aufgrund von Wahrnehmungsproblemen.

Dabei wurde von folgenden **zentralen Annahmen** ausgegangen:

- Gelingt es dem Kind, sich auf die Situation und die anwesenden Personen zu beziehen (es bezieht andere selber ein und lässt sich einbeziehen), kann daraus geschlossen werden, dass es Informationen auswählen, entschlüsseln und für seine Bedürfnisse verwenden kann.
- Zeigt das Kind Ausführungsleistungen in einer qualitativ angepassten Weise, d. h. in adäquaten Bewegungs- und Spannungsmustern, ist dies eine Bestätigung seiner unauffälligen Wahrnehmungsfähigkeiten.

Für die **Umsetzung** des fachlichen Hintergrundes in eine Untersuchungssituation waren folgende Aspekte wesentlich:

- Die Items sind in Situationen eingebettet. Zu einer Situation gehören eine definierte Position des Kindes, vorgegebenes Material und im Ablauf genau vorgegebene Handlungsanweisungen an die Untersucherin.
- Die Screeningzeitpunkte 15–18 und 24–27 Monate beachten jeweils in einer Situation den Aspekt des «Gemeinsamen Geschehnisses».
- Die WO- und WAS-Informationssuche bezieht sich altersspezifisch auf zunehmend komplexer werdende Tätigkeiten.
- Die Items beziehen sich nicht nur auf Ausführungsleistungen (das Kind agiert in Bezug auf die Situation selbst), sondern auch auf Verständnisleistungen und Erwartung (aufmerksam sein für das, was eine Person macht, bzw. einer Person «erwartungsvoll» entgegen- oder hinterherschauen).

Abb.: Ausschnitt aus Situation 4: Im Sitzen mit gemeinsamem Geschehnis

Zur Illustration der folgende Ausschnitt aus dem Screening 15–18 Monate:				
Handlungsanweisungen		Ja	Nein	Items
Füllen Sie vor den Augen des Kindes die Rosinen in das Glasfläschchen und verschliessen Sie dieses lose mit dem Stöpsel.	111			Das Kind verfolgt die Tätigkeit der Untersucherin mit seinem Blick.
Anschliessend händigen Sie dem Kind die Flasche ohne weitere Aufforderung aus. Wenn das Kind den Stöpsel nicht aus der Flasche zieht, öffnen Sie die Flasche, verschliessen sie lose und geben sie dem Kind zurück.	112			Das Kind zieht den Stöpsel aus der Flasche.
Falls das Kind die Flasche wiederum nicht öffnet, können Sie für die Überprüfung des Items 113 die Flasche nochmals öffnen. Falls das Kind die Flasche nicht ausleert, können Sie das Ausleeren 1-mal vormachen. Bieten Sie dem Kind die Rosinen zum Essen an oder füllen Sie sie zusammen mit dem Kind wieder in die Flasche ein.	113			Das Kind leert das Fläschchen aus.

Hauptstudie

Methode

In der Hauptstudie wurde von insgesamt 17 Pädiaterinnen und Pädiatern aus dem Grossraum St. Gallen im Rahmen der pädiatrischen Vorsorgeuntersuchungen eine Stichprobe von 598 Säuglingen und Kleinkindern mit dem neu entwickelten Screening untersucht. Das Screening bestand aus altersspezifischen Beobachtungs- und Elternfragebogen (6–8 Monate, 15–18 Monate und 24–27 Monate). Die Beobachtungsbogen enthalten Items, die so formuliert sind, dass sie Aussagen über die oben beschriebenen Organisationsprozesse zulassen. Mit den Elternfragebogen wurden Angaben zu entwicklungsrelevanten Bereichen wie Nahrungsaufnahme, Pflege, Schlafverhalten, sprachliche, kommunikative und soziale Leistungen erfragt. Sie enthalten Fragen zum kindlichen Verhalten, die aufgrund der klinischen Erfahrungen relevant sein könnten. Hinzu kamen je ein Arztfragebogen zur Erfassung medizinischer und ein allgemeiner Fragebogen zur Erfassung sozioökonomischer Aspekte.

Ergebnisse

In Faktorenanalysen wurde ermittelt, welche Items zusammengehören und einen Subtest innerhalb eines Screeninginstrumentes bilden. Die Faktoren beinhalten jeweils eine Situation, zu der eine bestimmte Position des Kindes (diese beeinflusst die WO-Informationssuche) sowie die erforderlichen WAS-Informationen oder Aspekte des «Gemeinsamen Geschehnisses» gehören.

Die Reliabilitäten dieser Faktoren lagen zwischen .677 und .934 (Cronbachs alpha) und konnten somit als mittelmässig bis sehr gut beurteilt werden. Den besten Wert erhielt die Situation «Gemeinsames Geschehnis mit Veränderungen der Position» mit 24–27 Monaten.

Die Faktorenanalysen der Elternfragebogen zeigten sich viel weniger eindeutig in Bezug auf eine solche fachliche Einordnung. So waren auch die Reliabilitäten dieser Faktoren zumeist ungenügend.

Das Antwortverhalten der Stichprobe wurde als Summenscores ermittelt. Weil davon ausgegangen wurde, dass unauffällige Kinder alle Items des Screenings erfüllen würden, konnte eine linksschiefe Verteilung des Summenscores erwartet werden. Unauffällige Kinder sollten aufgrund ihrer Tagesverfassung oder von Schwierigkeiten in der Itemformulierung höchstens einige wenige Items nicht erfüllen. Die Summenscores wurden Perzentilgruppen zugeordnet. Kinder, die ca. einen Drittel der Items nicht erfüllten, gehörten zur 90er-Perzentile und damit zur Gruppe der auffälligen Kinder. Kinder zwischen der 75er- und der 90er-Perzentile wurden einer Risikogruppe zugeordnet.

Nachfolgestudie

Ziel der Nachfolgestudie war es, diejenigen Screeninginstrumente oder Items aus der Hauptstudie herauszufiltern, welche als Prädiktoren für spätere Entwicklungsprobleme

dienen können. Damit soll die Frage «Womit hätte ein möglichst grosser Teil der Kinder mit später eingeleiteten Massnahmen in Bezug auf eine nicht altersentsprechende Entwicklung bereits zum Zeitpunkt des Screenings erfasst werden können?» beantwortet werden.

Methode

Zu diesem Zweck wurde ein von unserer Theorie und Erfahrung möglichst unabhängiges Kriterium gewählt. Dieses basierte auf den Daten der Pädiater, die unabhängig von der Studie in den ersten sieben Lebensjahren der Kinder der Stichprobe gesammelt wurden. Mit einem Fragebogen wurde erfasst, ob bei den Kindern aus der Hauptstudie in der Zeit bis zum Ende des ersten Schuljahres durch die Pädiater entwicklungsrelevante Massnahmen wie Abklärungen, Therapien und spezifische Beratungen in die Wege geleitet wurden. Hinzu kamen entwicklungsrelevante Diagnosen im Rahmen des Einschulungsverfahrens, also bei logopädischen, schulärztlichen oder schulpädagogischen Untersuchungen. Wurde eine Massnahme ergriffen, wurden die Art der Massnahme, der Grund und das Alter des Kindes zum Zeitpunkt der Einleitung der Massnahme erfasst. Diese Kinder gehören zu der Gruppe «Kinder mit Massnahmen».

Die Stichprobe der Nachfolgestudie setzt sich aus 456 Kindern (88,8% der Kinder der Hauptstudie) zusammen. Sie wurden mittels des WESUK-Screenings mit 24–27 Monaten letztmals untersucht und mit 7 Jahren wieder erfasst.

Zur Identifizierung der prädiktiv relevanten Items wurde verglichen, wie «Kinder mit Massnahmen» sowie «Kinder ohne Massnahmen» die einzelnen erfragten Items der Hauptstudie erfüllten. Ebenso wurden die Kinder der Perzentilgruppen aus der Hauptstudie für die Auswertung herangezogen.

Ergebnisse

Screeninginstrumente

Prädiktiv sind jene Screeninginstrumente, bei denen es eine hohe Übereinstimmung zwischen «Kindern in Perzentilgruppen» (Gruppe der auffälligen Kinder oder Risikogruppe) und «Kindern mit Massnahmen» gibt.

Die Übereinstimmung von Kindern in Perzentilgruppen mit «Kindern mit Massnahmen» ist bei den verschiedenen Screeninginstrumenten unterschiedlich hoch. Ein signifikantes Ergebnis ($p \leq 0.05$) ergibt sich bei den Beobachtungsbogen 15–18 Monate und 24–27 Monate, sowie beim Elternfragebogen 15–18 Monate. Der Elternfragebogen 24–27 Monate erfasst nur die 75er-Perzentilgruppe signifikant, jedoch nicht die 90er-Perzentilgruppe. Alle Screeninginstrumente für das Alter von 6–8 Monaten zeigen keine signifikanten Ergebnisse.

Items

Prädiktiv sind jene Items, die «Kinder mit Massnahmen» zu einem hohen Prozentsatz nicht erfüllen, aber «Kinder

ohne Massnahmen» zu einem hohen Prozentsatz erfüllen. Im Beobachtungsbogen 15–18 Monate zeigen 13 von 33 Items ein signifikantes Bild ($p \leq 0.1$). Im Beobachtungsbogen 24–27 Monate sind 22 von 41 Items signifikant und erlauben somit, ein Risiko für Wahrnehmungsprobleme aufzudecken. Im Beobachtungsbogen 6–8 Monate hingegen zeigen nur 4 von 30 Items ein signifikantes Ergebnis.

Im Elternfragebogen 15–18 Monate sind es 9 von 30 Items, im Elternfragebogen 24–27 Monate 9 von 32 Items und im Elternfragebogen 6–8 Monate sind es 4 von 16 Items, die ein signifikantes Ergebnis zeigen.

Alter des Kindes bei Beginn einer Massnahme

Ein wichtiges Ergebnis der Nachfolgestudie ist darüber hinaus, dass nach wie vor der Grossteil der Kinder erst im Kindergartenalter einer Abklärung und/oder Therapie zugeführt wird. Nur 20% der Kinder wurden in den ersten drei Lebensjahren abgeklärt, ab dem Kindergartenalter waren es dagegen 80% der Kinder. Bei den Therapien zeigt sich ein ähnliches Bild: Nur 16% der Therapien begannen in den ersten drei Lebensjahren. Bei 84% der Kinder begann die Therapie ab dem Kindergartenalter.

Konsequenzen aus den Ergebnissen der Longitudinalstudie

Der Beobachtungsbogen und der Elternfragebogen 6–8 Monate werden nicht als neues Screening aufgestellt. Die Screeninginstrumente zu den zwei weiteren Erfassungszeitpunkten (15–18 Monate und 24–27 Monate) werden auf dem Hintergrund der Ergebnisse angepasst und hiermit veröffentlicht. Die Elternfragebogen werden in ein Elterninterview umgewandelt.

Das so entstandene Screening ist ein «Suchinstrument», mit dessen Hilfe ein Risiko für Wahrnehmungsprobleme aufgedeckt, aber keine Diagnose gestellt werden kann. Es kann in pädiatrischen Vorsorgeuntersuchungen sowie von allen Fachpersonen, die sich mit der kindlichen Entwicklung beschäftigen, angewendet werden. In pädiatrischen Vorsorgeuntersuchungen kann das Ergebnis der routinemässigen Durchführung von WESUK mit den anderen Untersuchungsergebnissen und Beobachtungen in der Gesamtheit interpretiert werden. Für den Spielteil einer Vorsorgeuntersuchung enthält das Screening sowohl für 15–18 Monate wie auch für 24–27 Monate eine Struktur, die unter der Prämisse der Wahrnehmung die Bereiche Motorik, Sprache und Kommunikation abdeckt. Die Tests beanspruchen im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen einen Zeitaufwand von ca. 10–15 Minuten. Für beratende Dienste empfehlen wir, das Screening immer dann heranzuziehen, wenn die Fachperson oder auch die Eltern Unsicherheiten bezüglich der kindlichen Entwicklung haben. Eltern mit möglicherweise schon vorhandenem Leidensdruck können so ernst genommen und müssen nicht «vertröstet» werden. ■



Allergologie auf dem Zauberberg

DR. MED. DOROTHÉE
GÖDICKEMEIER,
ST. GALLEN

Am 6. März 2013 reisten 31 erwartungsvolle Pädiater nach Davos, um ihr Wissen über Allergologie zu erweitern. Das Hotel Schatzalp, der ehemalige Zauberberg, bot den idealen Hintergrund, um pneumologische und allergologische Probleme zu diskutieren. Wo früher Röntgenbilder der Tuberkulose-Patienten beurteilt wurden, übten wir die korrekte Durchführung und Interpretation der Lungenfunktion.

Mit Blick auf die Sonnenterrasse, wo die Kranken früher ihre monatelangen Liegekuren absolvierten, wurden wir in die Geheimnisse der korrekten Inhalationstechniken durch Yvette Jung und Sonja Forster eingeweiht; Selina Summermatter machte uns mit speziellen Diagnose-Möglichkeiten bekannt.

Wir erarbeiteten unter der Leitung von Prof. Dr. med. Johannes Wildhaber die Diagnostik und Therapie von allergischem und nicht-allergischem Asthma bronchiale, wobei die Guidelines zu vielen Diskussionen Anlass gaben.

Dr. med. Christian Geidel brachte uns die Thematik der pneumologischen Rehabilitation näher. In der Hochgebirgsklinik Davos werden Kinder mit pneumologischen und allergologischen Erkrankungen stationär

aufgenommen und einem strengen Regime bestehend aus Schulung über ihre Krankheit, sportlicher Tätigkeit, Physiotherapie, Ergotherapie und Psychologie unterworfen. Mit Blick in die Schneeberge erarbeitete Dr. med. Peter Eng mit uns die Grundlagen und Behandlung der allergischen Rhinokonjunktivitis. Wie zu erwarten war, führte die Immuntherapie zu spannenden Diskussionen.

Und damit Jugendliche mit Allergien bei der Berufswahl in Zukunft von uns kompetent beraten werden, nahm Frau Dr. med. Dominique Olgiati den langen Weg von Delémont nach Davos auf sich, um über das Thema zu erzählen.

Block 2 unseres dreiteiligen Kurses «Allergie im pädiatrischen Alltag» war von Kinderärzte Schweiz und CK-CARE perfekt organisiert. Die Kursleiter Roger Lauener und Michael Hitzler führten charmant und mit grossem Fachwissen durch das Programm – sehr besorgt um das Einhalten des Zeitplanes aber auch um alle unsere Fragen geduldig und kompetent zu beantworten. Im prachtvollen Jugendstil-Speisesaal des ehemaligen Sanatoriums konnten wir kulinarische Leckerbissen geniessen und allergologische Themen weiterführen.

Zu später Stunde beehrte uns sogar noch der Hausgeist mit seiner Anwesenheit, liess uns aber glücklicherweise trotz geschichtsträchtiger Umgebung ruhig schlafen. Wir wurden in den ehemaligen Patientenzimmern des Zauberbergs untergebracht, wobei einige Teilnehmer in fürstlichen Suiten und andere Pädiater in einfachsten Dienstbotenzimmern logierten.

Um viele Erkenntnisse reicher, kehrten wir am 8. März 2013 wieder ins Unterland zurück. Ganz herzlichen Dank für den spannenden Kurs! Wir erwarten mit Sehnsucht den Pollenflug, um endlich unsere neuen Kenntnisse anwenden zu können! ■



Halbzeit: Zwischenbericht der überregionalen Intervisionsgruppe

RENÉ GEISSBERGER,
SABINE HEINIGER,
SIBYLLE HUBER,
JOHANNES LEDER-
GERBER, URS MÜLLER,
BARBARA JEAN-RICHARD,
LEITUNG: SEPP HOLTZ

Das Intervisionsprojekt startete im Sommer 2012. Alle drei Monate besuchen sich zwei Praktiker gegenseitig, jeweils einen Halbtage. Dabei begleiten Sie den ungeschminkten Alltag und geben danach ein kritisch würdigendes Feedback.

Vor Beginn der Besuche wurde abgemacht, dass die Beobachtung unstrukturiert verlaufen soll. Ob nun Räumlichkeiten, Inventar, MPAs, Zeitmanagement, Umgang mit Eltern und Kind oder Medizinisches im engen Sinn im Zentrum standen – alles war möglich. Im Sinne eines Zwischenhalts traf sich die Gruppe nun im Mai dieses Jahres nach der Hälfte der Visitationen.

Für alle waren die ersten Besuche und Gegenbesuche ein Geschenk, bereichernd, ein bunter Blumenstrauß und: immer wieder ein Motivationsschub. In vielem wurden wir bestätigt, andererseits war es aber auch anregend, neue Ideen aufzunehmen und umzusetzen. Aufgrund des aufgebauten Vertrauens konnten auch die Schattenseiten besprochen werden:

Der doch beträchtliche Zeitaufwand, der Druck, unter den man sich selber setzt, wenn man «beobachtet» wird, aber auch die Frage, wie man kritische Rückmeldungen auf eine gute Art hinüber bringt.

Im Hinblick auf die zweite Halbzeit wurden kleine Korrekturen angebracht. Bei der Terminabsprache können spezielle Bedürfnisse besprochen werden. So zum Beispiel auf was besonders geachtet werden soll.

Nach Abschluss aller Besuche ist im Sommer 2014 eine grössere Abschlussrunde geplant. Schon jetzt werden neue Pläne geschmiedet: ein Anschlussintervisionsprojekt für die MPAs? ■

■ ALLE AKTUELLEN KURSE UND ONLINE-ANMELDUNG

www.kinderaerzteschweiz.ch

■ FORTBILDUNGSNACHWEIS

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

Kinder- und Jugendgynäkologie in der pädiatrischen Praxis – ein Update

DR. MED. STEFANIE
GISSLER, NEUENDORF

Update – der neuste Stand in kürzester Zeit...

In einem so grossen Gebiet wie der Kinder- und Jugendgynäkologie keine einfache Aufgabe, die sich unsere Kollegin Dr.med. Mercedes Ogal und ihre beiden Referentinnen Dr.med. Ruth Draths, Leiterin Kinder- und Jugendgynäkologie der Neuen Frauenklinik und Kinderklinik Luzern, sowie Dr.med. Irene Dingeldein, Leitung Kinder- und Jugendgynäkologie Inselspital Bern), in einem eintägigen Fortbildungskurs in Luzern gestellt haben. Gelungen ist es aber meines Erachtens absolut.

Das Programm war dicht gedrängt, in einem Wechsel von Referaten und Workshops. In den Vorträgen zu den Themen wie «Pille aktuell: Welche Pille verordne ich welcher Jugendlichen?», «Menstruationsstörungen (zu früh, zu spät, störend ...)» und «Ausfluss» vom Kleinkind bis zur Jugendlichen wurde uns der aktuelle Stand der Kenntnisse vermittelt. Gerade das aktuelle Thema des Thromboserisikos bei gewissen Pillen wurde ausführlich besprochen, und deshalb ist Pille nicht einfach Pille. Einer gesunden Jugendlichen werde ich in Zukunft wieder eine Pille der 2. Generation verordnen, die schon seit den 80er-Jahren auf dem Markt sind. Die Pillen der 3. und 4. Generation sollen wohlüberlegt den Mädchen mit Hautunreinheiten und Zyklusstörungen vorbehalten sein. Hier ist das Thromboserisiko doch höher, wenn auch andere Faktoren wie Rauchen, Übergewicht und zunehmendes Alter das Risiko um ein Vielfaches erhöhen. Eine gynäkologische Untersuchung bei der Erstverordnung einer Verhütung ist nicht nötig. Wichtig sind das Gespräch und die Aufklärung über die verschiedenen Methoden, die heute zur Verfügung stehen, mit guter Wirksamkeit (Hormonpflaster, Hormonspirale, Nuva-Ring), nebst dem Kondom, das immer zusätzlich gebraucht werden soll. Bei jungen Mädchen in schwierigen psychosozialen Situationen mit Risikoverhalten oder behinderten Jugendlichen favorisiert Ruth Draths das «Stäbli» (Implanon). Sie ist ganz klar der Meinung, dass keine Jugendliche zu jung für eine sichere Verhütung ist, wenn sie sich auch schon genug reif für sexuelle Kontakte hält.

Das Thema der Pubertät und Sexualität bei Jugendlichen mit chronischen Krankheiten und Behinderungen wurde in einem Workshop besprochen. Hier liegt ein Schwerpunkt von Ruth Draths Interesse, zu dem sie auch ein Buch veröffentlicht hat.

In einem zweiten Workshop wurde das Vorgehen bei Verdacht auf sexuellen Übergriff mit Irene Dingeldein besprochen. Sie berichtete über ihre regelmässige

Sonntagabendsituation, zu der sie auf die Notfallstation des Inselspitals gerufen wird. Zum Glück sind viele Vorwürfe nach Rückkehr vom Wochenende beim Vater bei getrennt lebenden Eltern aus der Luft geholt. Dennoch vermittelt uns Frau Dingeldein, dass auch ein unauffälliges Genitale von aussen ein Missbrauch nicht ausschliesst und die Situation behutsam und kompetent beurteilt werden muss. Im Falle des Inselspitals findet die Untersuchung immer durch die Kindergynäkologin auf Pikett zusammen mit einem Rechtsmediziner statt. Irene Dingeldein empfiehlt keine eigene Untersuchung oder Befragung in der Praxis, sondern das Kind ins Zentrum einzuweisen. Nicht zuletzt wegen der rechtlichen Konsequenzen. Hier kann aber wohl das Vorgehen stark von der lokalen Infrastruktur abhängen. Ein rasches Handeln ist aber unerlässlich, denn auch schwere Läsionen im Genitalbereich heilen rasch und sind zum Teil nach 48 Stunden schon kaum mehr zu erkennen. Täter-DNA kann nur innerhalb 72 Stunden asserviert werden. Ich kann nur hoffen, dass ich solche Bilder, wie uns zum Schluss aus ihrer eigenen Sprechstunde gezeigt wurden, nie bei einer meiner Patientinnen zu sehen bekomme.

Es gäbe noch viel zu erzählen. Dass auch am Nachmittag die übliche postprandiale Müdigkeit gar nie aufkam, lag meines Erachtens nicht nur an dem (vorzüglichen) Stehlunch mit ausgeklügeltem «Brain food» des Hotel Radisson.

Es ist zu hoffen, dass die Referentinnen bereit sind, bei einer Wiederholung dieses Kurses mitzumachen. Eine Anmeldung empfehle ich allen, die junge Mädchen in der Praxis betreuen. Es lohnt sich. ■

Hypnose in der pädiatrischen Praxis (Einsteiger) vom 29./30. Juni 2012

DR. MED. NICOLE
HAGLEITNER,
WALLISELLEN

«A favourite place» – das ist er ohne Übertreibung, unser Kursort hoch über Brunnen mit atemberaubender Sicht über den Vierwaldstättersee. Das Bild vom «favourite place» wird uns in den nächsten zwei Tagen weiter beschäftigen. Der interessante Kurs wird von Frau Prof. Leora Kutter aus Vancouver geleitet. Eine Frau mit unglaublich viel Wissen und Erfahrung auf ihrem Fachgebiet – der Kinderhypnose.

Zu Beginn des Kurses stand ein kurzer theoretischer Teil über die Geschichte der Hypnose. Mit dem Satz «Pediatric hypnosis started when the first mother kissed ... and made it better» (Franz Baumann, Pediatrician) fühlte wohl jeder Kursteilnehmer aus eigener Erfahrung, was gemeint ist. Danach wurde definiert, was Hypnose ist und was sie sicher nicht ist. Sicher will sie nicht den Patienten beherrschen, ihn in Abhängigkeit bringen und ihn handlungsunfähig machen.

Auf die Geschichte der Hypnose folgte ein Block über den theoretischen Ablauf einer Hypnosesitzung. Sie besteht grob aus den drei Phasen «Relaxation», «Arbeit am Problem» und zuletzt «Rückkehr/Auflösung». Zur Relaxation gehört zuerst «Contact and contract», wo wir mit den Patienten Kontakt aufnehmen, der Patient sich dann ganz stark konzentriert und sein Bewusstsein einengt, damit er in die Hypnose «abtauchen» kann. Danach erfolgt die Einführung (der Patient geht zu seinem «favourite place», in die Schaltzentrale Hirn usw.). In der eigentlichen «Arbeitsphase am Problem» (Assoziation oder Dissoziation) können dann auf verschiedene Arten Ängste oder Schmerzen usw. verändert werden. Am Ende erfolgen die Rückkehr und die Nachbesprechung mit Mitgabe von posthypnotischen Suggestionen.

Dann folgten die praktischen Übungen: Als Erstes mussten wir uns «your favourite place» vorstellen – ein Ort, eine Situation, die wir lieben, in der wir entspannt sind, uns frei fühlen oder die auch ganz lustig sein kann (z. B. das tolle «Candyland» eines krebserkrankten Mädchens im Videobeispiel).

In diesem «favourite place» kann dann mit dem Patienten beispielsweise bei Angst, Schmerzen, Übelkeit gearbeitet werden. Die vielen Videos aus dem British Columbia Children's Hospital in Vancouver, die wir dazu sahen, aber auch die mitgeteilten Erfahrungen von Kursteilnehmern – Frau Prof. Kutter führte während des Kurses an gewillten Teilnehmern vor uns allen eine Hypnose durch – waren sehr eindrücklich.

Ein weiteres sehr nützliches Instrument für den Praxisalltag ist der «magic glove». Dabei wird über ein Gebiet wie beispielsweise die Hand, in dem ein schmerzhafter Eingriff erfolgen sollte, ein magischer Handschuh gezogen. Dieser schützt vor Schmerzen in diesem Gebiet. Darauf stellt sich in diesem Gebiet tatsächlich eine verminderte Schmerzempfindung im Vergleich zur Gegenseite ein.

Am Abend sahen wir den beeindruckenden Film «No Tears – No Fears 13 Years later» von Prof. Leora Kutter. Darin besucht sie ihre ehemaligen Krebspatienten, zeigt Teile ihres aktuellen Lebens und wie sie heute Hypnose einsetzen. Allen hat die Hypnose sehr viel geholfen während ihrer Zeit im Spital und die meisten wenden sie auch aktuell in schwierigen Situationen noch an.

Am zweiten Kurstag folgten weiter praktische Übungen, beispielsweise «The switch (Schalter)»: Bei dieser Form der Hypnose geht man nicht an seinen «favourite place», sondern in die Schaltzentrale Hirn, wo man den Schalter zum Herunterschrauben, Ziehen, Drücken von Schmerzen sucht und ihn dann umstellt. Diese Übung hatte ihre lustigen Momente, als ein Hypnotiseur zum Patienten sagte, er könne nun den Hebel langsam runter auf null ziehen – was aber nicht funktionierte, da sich der Patient einen Drehschalter vorgestellt hatte. Hier haben wir gesehen, wie gut auch in der Hypnose solche Probleme besprochen werden können (der Patient sagt einfach, er habe sich den Schalter anders vorgestellt – noch besser ist es, wenn der Hypnotiseur fragt, wie sich der Patient seinen Schalter vorstelle). Der Fluss der Hypnose wird nicht beeinträchtigt, wenn alles mit ruhiger und langsamer Stimme formuliert wird.

Immer wieder wurde mir persönlich bewusst, wie wichtig aber auch wie schwierig das positive Formulieren von Aussagen ist. Wie oft liegt einem beispielsweise der Satz «muesch kei Angscht ha» oder «stuet nöd weh» auf der Zunge. Während des Kurses haben wir versucht, uns in diesem Bereich zu verbessern.

Wunderbar war, dass wir die ganzen zwei Tage ein bisschen in einer «My favourite place-Stimmung» waren: der schöne Kursort, die tollen Pausen, in denen wir mit Eis von der Kursorganisatorin M. Ogal und ihrem Mann verwöhnt wurden, und das feine Mittagessen in der Aeskulaplinik. Der Kurs war perfekt und mit viel Herz organisiert – vielen Dank. ■

■ ULTRASCHALLKURSE

Aufbaukurs pädiatrische Sonografie

Leitung	Dr. med. Johannes Greisser
Ort	Spital Aarberg
Daten	8./9. November 2013
Kosten	Aufbaukurs: CHF 1000.– bzw. CHF 900.– für SVUPP-Mitglieder

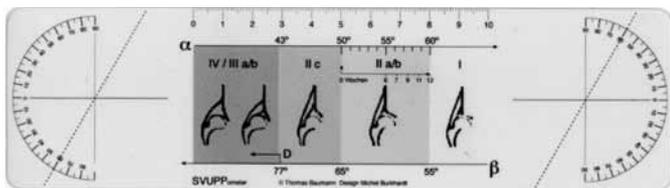
Abschluss pädiatrische Sonografie

Leitung	Dr. med. Johannes Greisser
Ort	Spital Aarberg
Daten	8./9. November 2013
Kosten	Abschlusskurs: CHF 1000.– bzw. CHF 900.– für SVUPP-Mitglieder

■ ALLE AKTUELLEN KURSE UND ONLINE-ANMELDUNG

www.svupp.ch

SVUPP-o-Meter



Preis CHF 20.– plus Porto und Verpackung.

ANMELDEDETAILON

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

- Aufbaukurs pädiatrische Sonografie**
8./9. November 2013, Spital Aarberg
- Abschluss pädiatrische Sonografie**
8./9. November 2013, Spital Aarberg
- SVUPP-o-Meter** (CHF 20.– plus Porto und Verpackung)

ANMELDUNG FÜR SVUPP-KURSE

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

Grundkurs besucht am: _____ (Datum)

Anbieter: _____ (SVUPP oder andere Vereinigung)

Aufbaukurs besucht am: _____ (Datum)

Anbieter: _____ (SVUPP oder andere Vereinigung)

Abschlusskurs besucht am: _____ (Datum)

Anbieter: _____ (SVUPP oder andere Vereinigung)

Name (Stempel): _____

Vorname: _____

Adresse: _____

PLZ/Ort: _____

E-Mail: _____

Datum/Unterschrift: _____

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



Wechsel sinnvoll?

**DR. MED. ANGELO
CANNOVA, ZÜRICH**

In der letzten Ausgabe von Kinderärzte.Schweiz (01/2013) beschert uns Rolf Temperli zwei schlechte Nachrichten: 1): Er verlässt das Co-Präsidium. 2): Er kandidiert für den Vorstand von Haus- und Kinderärzte MFE. Ad 2): Es ist lobenswert, dass Rolf sich weiterhin für die Praxispädiatrie einsetzen will. Ich erachte es als falsch, dies bei der MFE zu tun.

Der Verein Hausärzte Schweiz ist nicht gut angesehen bei der Basis der Ärzteschaft. Er ist auch nicht legitimiert, die Ärzteschaft zu vertreten. Die Vereinsstruktur von MFE ist so aufgebaut, dass die Basis ausgeschaltet

ist. Aber wie kann ein Verein ohne Basis die Basis vertreten? Dieser Verein gibt unberechtigterweise an, die Interessen der Haus- und Kinderärzte zu vertreten. In der Tat vertritt er nur die partikulären Interessen der Netzwerke, siehe Managed Care-Vorlage.

Last, but not least, ohne jetzt auf Einzelheiten eingehen zu wollen: Hausärzte Schweiz liebäugelt lieber mit gewissen – der Ärzteschaft schlecht gesinnten – Politikern, als auf die Basis zu hören.

Nein Rolf, es ist keine gute Idee, bei der MFE mitzumachen. Gute Leute braucht man woanders. ■

■ KORRIGENDA: MYTHOS MUCUS-MILCH VERSCHLEIMT NICHT.

Nach dem Feedback von verschiedenen Kollegen/-innen und auch vonseiten der Mütterberatung scheint der Mythos noch immer Tatsache in verschiedenen Regionen zu sein. Ich möchte jedoch keine falschen Lorbeeren einholen. Der Artikel wurde von Frau Susann Wittenberg, Oecotrophologin BSc bei Swissmilk, für «Kinderärzte Schweiz» verfasst.
Stefanie Gissler



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

Fingerspielend eintauchen in die Welt des Buches

Unbeschwerter Lesestart mit Buchstart Schweiz

SABINE HOFMANN,
BIBLIOMEDIA SCHWEIZ,
SOLOTHURN
KONTAKT: SOLOTHURN@
BIBLIOMEDIA.CH

Frühchinesisch und Benimmregeln für Dreikäse-
hochs? Frühe Förderung im Sinne von Buchstart
Schweiz meint nicht die frühe Disziplinierung von
Kleinkindern und das Pauken von Fremdsprachen im
zarten Kindesalter. Im Gegenteil: Buchstart Schweiz will
Kinder in ihrer familiären Umgebung Kind sein lassen
und sie spielerisch und unbeschwert mithilfe der Eltern
in die Welt der Bücher und des Lesens einführen (vgl.
Forumnews, Frühling/11).

Buchstart wird fünfjährig!

Buchstart Schweiz, ein gemeinsames Projekt der Stiftung Bibliomedia Schweiz und des Schweizerischen Instituts für Kinder- und Jugendmedien (SIKJM), sieht auf bewegte und intensive Projektjahre zurück. Inzwischen ist allgemein bekannt und durch verschiedene Studien belegt, dass sich frühe sprachliche Förderung des Kleinkindes in der Interaktion mit Eltern punkto Sprachentwicklung in vielerlei Hinsicht auszahlt. Dieser Umstand bestätigt die Verantwortlichen des Projekts, dass Buchstart Schweiz auch im fünften Jahr auf dem richtigen Weg ist und in der dichter werdenden Frühförderungs-Projektlandschaft seinen festen Platz einnimmt. Denn durch seinen nationalen Ansatz, sein inzwischen dichtes, interdisziplinäres Netzwerk und seine unbegrenzte Laufzeit ist Buchstart Schweiz einzigartig.

Seit Sommer 2008 bis April 2013 wurden von Bibliomedia Schweiz in Solothurn über 85 000 Pakete an rund 1000 Verteilpartner verschickt und von letzteren an Eltern mit Kleinkindern abgegeben. Es ist erfreulich, dass auch im fünften Projektjahr die Zahl der Teilnehmer zu- und nicht etwa abnimmt.

Pädiater als Türöffner in die Welt des Buches

Unterstützt wird das Projekt seit 2008 unter anderem durch die kontinuierliche und wertvolle Mitarbeit von Kinderärzten, die Eltern im Rahmen einer Konsultation das Paket oder einen Gutschein überreichen und dabei auf die Bedeutung der frühen sprachlichen Eltern-Kind-Kommunikation hinsichtlich der Sprachentwicklung ihres Sprösslings hinweisen. Erhalten Eltern einen Gutschein, können sie diesen in der Bibliothek gegen ein Buchstart-Paket einlösen.

Im Mai letzten Jahres war Buchstart Schweiz mit einem Informationsstand am Kinderärztekongress in Luzern präsent. Dabei ergaben sich angeregte Gespräche, und es konnten viele neue Pädiater für die Mitarbeit beim Projekt gewonnen werden.

Die Zahl der Ärzte, die via Bibliomedia Schweiz direkt in Solothurn Pakete beziehen, liegt derzeit bei rund 220. Dabei handelt es sich bei der Mehrheit um Pädiater.



Da zahlreiche Ärzte dank der guten Vernetzung direkt von der Bibliothek vor Ort mit Material versorgt werden, können wir davon ausgehen, dass noch weit mehr Pädiater sich für Buchstart Schweiz engagieren.

Die wachsende Zahl der aktiven Buchstart-Kinderärzte freut uns deshalb besonders, weil mit ihrer Unterstützung Eltern aus allen Schichten und verschiedenster Nationalitäten angesprochen werden, die von der Bibliothek oder der Mütterberatungsstelle kaum erreicht werden.

Zu den wichtigsten Verteilpartnern des Projektes gehören neben den Kinderarztpraxen Bibliotheken und Mütter- und Väterberatungsstellen, die sich seit Projektbeginn ebenfalls starkmachen für Buchstart Schweiz und oftmals aus eigener Initiative Kooperationen über die fachlichen Grenzen hinaus gebildet haben. Aktive Buchstart-Bibliotheken gibt es derzeit in der Deutschschweiz etwa 500, Mütter- und Väterberatungsstellen ca. 130. Buchstart-Veranstaltungen, die Bibliotheken regelmässig für ihre kleinsten Besucher durchführen, finden inzwischen regen Zuspruch von Jung und Alt und sind aus dem Alltag vieler Bibliotheken nicht mehr wegzudenken.

Fünf Jahre Buchstart – wie gehts weiter?

Die Rückmeldungen zum zweiten Buchstart-Paket sind rundum positiv und motivieren zum Weitermachen. Die Projektleitung arbeitet derzeit an der Zusammenstellung eines neuen Pakets für die deutsche Schweiz und bemüht sich, die hohen Erwartungen seitens der Eltern, der Verteilpartner und natürlich auch der zukünftigen Buchstart-Kinder zu erfüllen. Die Sicherstellung der Projektfinanzierung wird die Verantwortlichen auch in Zukunft beschäftigen und nach kreativen Lösungen suchen lassen. Und nicht zuletzt: Der Ausbau und die Pflege des Buchstart-Verteilnetzwerkes bleibt weiterhin ein wichtiges Anliegen der Projektverantwortlichen, damit die Dynamik des Projekts langfristig erhalten bleibt. ■

Babies – Schutz durch Pertussis-Boosterimpfungen des Umfelds^{1,2,3}



Boostrix® – 1 Impfdosis = 3-facher Schutz




boostrix®

Referenz: 1. Schweizerischer Impfplan 2013. 2. Bundesamt für Gesundheit (BAG). Anpassung der Impfpflichtung gegen Pertussis: für Jugendliche, Säuglinge in Betreuungseinrichtungen und schwangere Frauen. Bull BAG 2013; 9: 118-123. 3. Arzneimittelinformation Boostrix® (www.swissmedinfo.ch).

Boostrix® (dTpa): I: Boosterimpfung gegen Diphtherie, Tetanus und Pertussis von Personen ab dem 4. Geburtstag. Bei früherer Tetanus Grundimmunisierung auch zur Tetanus-Prophylaxe bei Verletzungen mit Tetanusrisiko anwendbar. 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 (Schmerz, Rötung, Schwellung), Fieber, Müdigkeit, Anorexie, gastrointestinale Störungen, Diarrhöe, Übelkeit, Erbrechen, 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 finden Sie unter www.swissmedinfo.ch**
Unerwünschte Arzneimittelwirkungen melden Sie bitte unter pv.swiss@gsk.com



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