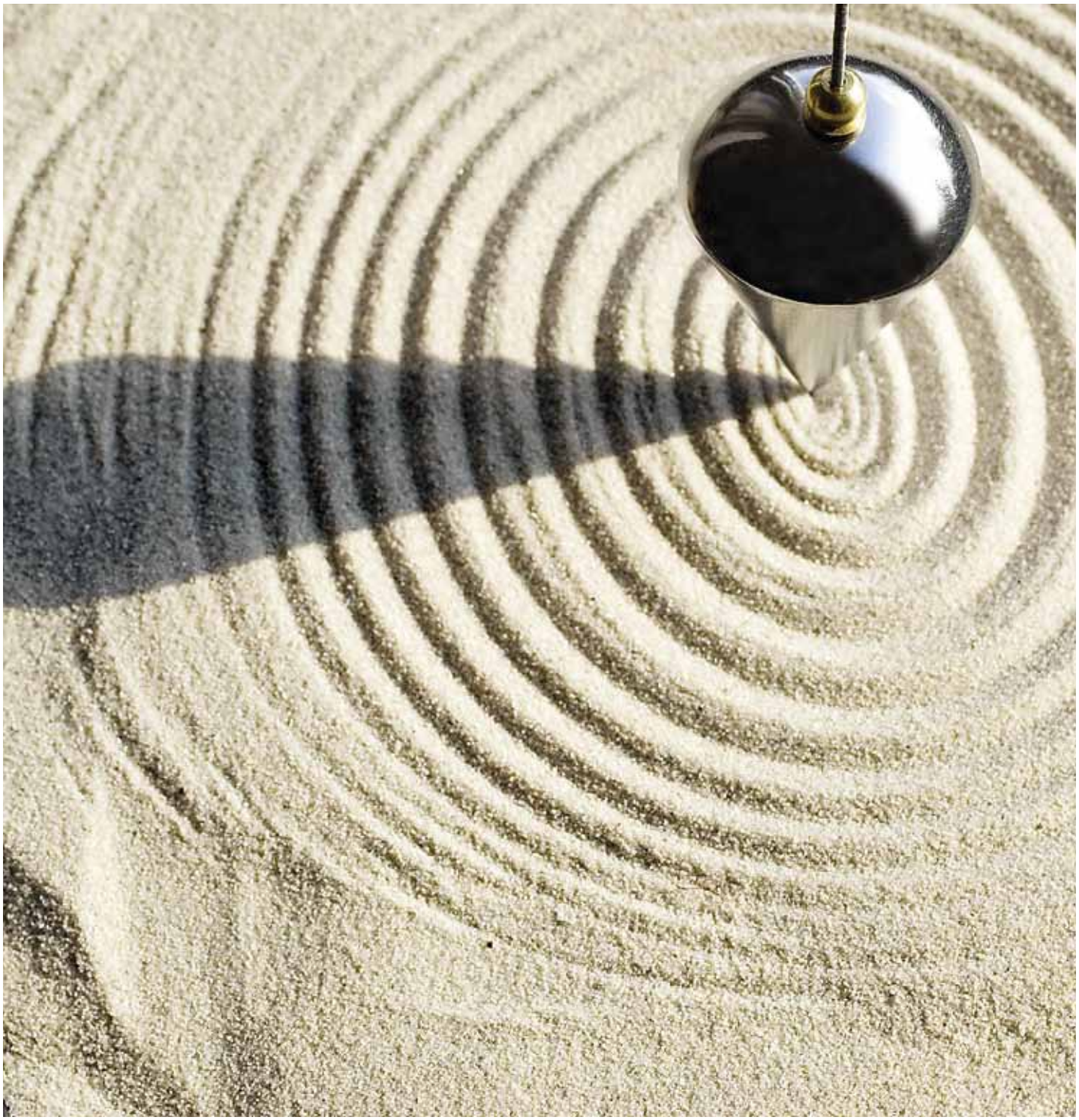
KINDERÄRZTE.SCHWEIZ

Berufsverband Kinder- und Jugendärzte in der Praxis

03/2013

www.kinderaerzteschweiz.ch info@kinderaerzteschweiz.ch



Intern
Jahresberichte

Politik
Neues Epidemie-
gesetz

Fortbildung
Die Entwicklung der
Bindungsbeziehung

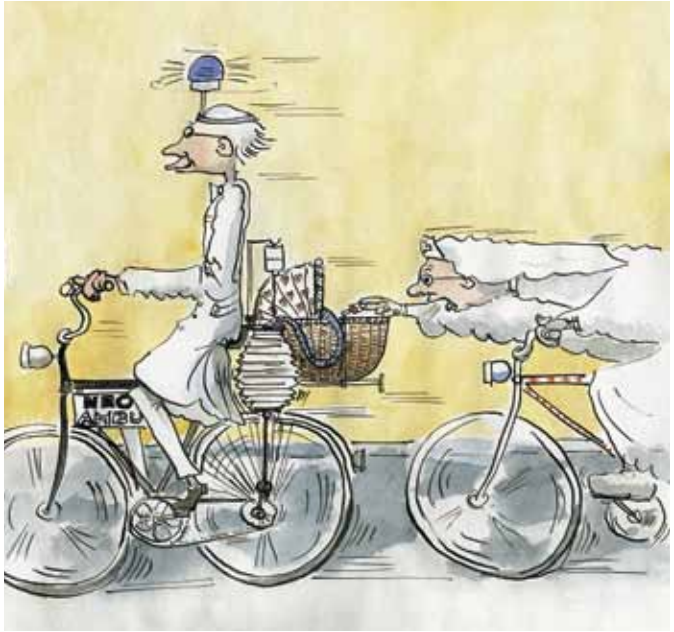
Nicht alle H.A. Milchen sind gleich!

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



VORSTAND/GESCHÄFTSSTELLE

5 Editorial

INTERN

6 Eile mit Weile – Jahrestagung 2013

10 Back to the future: Jahresbericht 2012/2013 Kinderärzte Schweiz

BERUFSPOLITIK

11 Besserer Schutz vor Epidemien dank neuem Gesetz

FORTBILDUNG

12 Wahrnehmungsdiagnostik – Teil II Hören – Sehen – Blicken – Zählen

16 Die Entwicklung der Bindungsbeziehung im ersten Lebensjahr – Bedingungen und Warnzeichen

22 Liebe gute Geister vom A4

FÜR SIE GELESEN

25 Anaphylaxie, Urticaria und Angioödem

KURSE/WORKSHOPS/FORTBILDUNGEN

26 Kurse KIS

SVUPP

28 Jahresbericht der Co-Präsidenten, Geschäftsjahr 2012–2013

29 Kurse SVUPP

LESERBRIEFE/HINWEISE

30 Macht www.meineimpfungen.ch uns glücklich(er)?

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

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. Nadia Sauter Oes, Winterthur; Dr. Rolf Temperli, Liebefeld

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@kinderaerzteschweiz.ch, www.kinderaerzteschweiz.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: 04/2013
Redaktionsschluss: 16. Oktober 2013

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

PERFORMANCE myclimate neutral Drucksache
No. 01-13-948756 – www.myclimate.org
© myclimate – The Climate Protection Partnership

HABEN SIE ANREGUNGEN, KRITIK ODER LOB?

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

PERENTEROL®

Saccharomyces boulardii

Empfohlen von den ESPGHAN 2008 und WGO 2012 Guidelines[1,2]

Wirkt bei Diarrhö

- Zur Behandlung und Vorbeugung[3,4,5]
- Kann mit Antibiotika assoziiert werden
- Auch in Granulatform, ideal für Kinder
- Gleiche Dosierung für Kinder und Säuglinge

Kassenzulässig*

Perenterol® Z: *Saccharomyces boulardii*. I: Diarrhö, auch prophylaktisch bei Antibiotikatherapie oder infolge Sondenernährung. D: Vor dem Essen; Erwachsene, Kinder: 1. Tag 2x tgl. 250 mg, dann 1x tgl. 250 mg; Antibiotikatherapie: bis 1 g/Tag; infolge Sondenernährung: bis 2 g/Tag. KI: Immundefizienz, Zentralvenenkatheter. VM: Für ausreichende Rehydratation sorgen; Kapseln bzw. Beutel nicht in unmittelbarer Nähe von Patienten mit Zentralvenenkatheter öffnen; darf nicht mit zu heissen, eiskalten oder alkoholhaltigen Flüssigkeiten oder Speisen gemischt werden. UW: selten Blähungen. IA: Wirkstoff *Saccharomyces boulardii* ist empfindlich auf Antimykotika; kann möglicherweise falsch-positive Befunde bei mikrobiologischen Stuhluntersuchen verursachen. Schwangerschaft: Es gibt keine Hinweise auf Risiko für Fötus oder Kind. P: Perenterol 250 Plv Btl 10* lim., 20, 10 x 20; Kaps 6, 10* lim., 20, 10 x 20 (D) [August 2011]. Ausführliche Angaben finden Sie auf http://www.swissmedicinfo.ch.

Referenzen: 1. Guarino A, et al. European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition/European Society for Paediatric Infectious Diseases evidence-based guidelines for the management of acute gastroenteritis in children in Europe. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2008 May;46(Suppl 2):S81-S122. 2. World Gastroenterology Organisation Global Guidelines on "Acute diarrhea in adults and children: a global perspective" 2012 athttp://www.worldgastroenterology.org/assets/export/userfiles/Acute%20Diarrhea_long_FINAL_120604.pdf. 3. Szajewska H, et al. Saccharomyces boulardii for treating acute gastroenteritis in children: updated meta-analysis of randomized controlled trials. Aliment Pharmacol Ther. 2009 Nov 1;30(9):960-1. 4. Billoo AG, et al. Role of a probiotic (*Saccharomyces boulardii*) in management and prevention of diarrhoea. World J Gastroenterol. 2006 Jul 28;12(28):4557-60. 5. Szajewska H, et al. Meta-analysis: nonpathogenic yeast *Saccharomyces boulardii* in the prevention of antibiotic-associated diarrhoea. Aliment Pharmacol Ther. 2005 Sep 1;22(5):365-72.

Zambon Schweiz AG, Via Industria 13 - CH-6814 Cadempino, www.zambon-ch.ch

Zambon 1906

Die achtzehnte Jahrestagung und Mitgliederversammlung von Kinderärzte Schweiz steht vor der Tür. Die allermeisten Teilnehmer werden sich des organisatorischen Aufwandes nicht bewusst sein, der jedes Jahr ein bisschen grösser wird. Der riesige Ansturm mit Anmeldungen in den ersten Stunden hat die Geschäftsstelle kurzzeitig lahmgelegt und bei einigen Mitgliedern zu Verärgerung geführt. Dafür möchten wir uns entschuldigen, freuen uns andererseits aber gleichzeitig über die grosse Beliebtheit der Veranstaltung. Die Plätze für die Medizinischen Praxisassistentinnen waren innert weniger Stunden ausgebucht. Die Kapazitäten lassen sich im aktuellen Konzept nicht einfach erhöhen. Eure Einschätzungen sind uns Ansporn, nach Lösungen zu suchen. Der Arbeitsgruppe Jahrestagung und insbesondere Corinne Morger, welche in einer für den Verband schwierigen Situation die Geschäftsstelle bravourös über Wasser hält, sei hier ein spezieller Dank ausgesprochen.

Die Suche nach einer neuen Geschäftsführerin/einem neuen Geschäftsführer läuft. Die Altlasten werden juristisch aufgearbeitet. Über den aktuellen Stand werden wir an der Mitgliederversammlung orientieren.

In dieser Nummer publizieren wir einen Text von Public Health Schweiz zum vor der Abstimmung stehenden neuen Epidemiegesetz. Zusammen mit zahlreichen anderen Verbänden aus dem Gesundheitsbereich unterstützt Kinderärzte Schweiz diese Kampagne ideell und stellt sich gegen das von Impfgegnern ergriffene Referendum. Vereinzelt ist Kritik an diesem Vorstandsbeschluss geäussert worden. An der Mitgliederversammlung soll das Thema «Politisches Engagement» besprochen werden. Der Vorstand wird einen Antrag zur finanziellen Unterstützung der Initiative «Ja zur Hausarztmedizin» zur Diskussion stellen.

Nach dem ersten Teil in Nummer 02/2012 folgt nun der zweite Teil zur Freiburger Wahrnehmungsdiagnostik. Die Materie fordert unser eigenes Wahrnehmungsvermögen. Eine rege Diskussion ist für jede Zeitschrift wünschenswert.

Wir freuen uns auf Reaktionen, Ideen, Unterstützung. Der Verband lebt dank seinen Mitgliedern und für seine Mitglieder.

Bis bald in Bern ROLF TEMPERLI

Eile mit Weile – Jahrestagung 2013

12. September 2013, Hotel Allegro Bern

Wie bringe ich mitten im hektischen Praxisalltag angsterfüllte Kinderaugen zum Strahlen? Wie bewahren wir in lebensbedrohlichen Notfallsituationen den Überblick? Welche Entspannungstechniken eignen sich im Alltag für mich und meine Patienten? Wann eilt es bei Bauchschmerzen, Kopfweh und roten Augen? Eile und Weile im pädiatrischen Praxisalltag bilden das Schwerpunktthema der diesjährigen Jahrestagung.
Kritischer Notfall in der Kinderarztpraxis – was nun? Das Hauptreferat von Iris Bachmann und Martin Stocker wird wesentliche Kommunikations- und Organisationsaspekte in einer pädiatrischen Notfallsituation praxisnah beleuchten und geeignete Hilfsmittel vorstellen. Am Nachmittag bieten Workshops die Möglichkeit, sich dem Schwerpunktthema in verschiedenen Bereichen der Praxispädiatrie vertieft zu widmen.
Wir freuen uns besonders, an der aktuellen Jahrestagung neu Workshops anzubieten, die Pädiater und MPA als Team besuchen können.

Tagungsprogramm

Programmübersicht Kinderärzte

Vormittag

ab 8.00 Uhr	Check-In
08.30 – 09.30	Mitgliederversammlung SVUPP
09.30 – 09.45	Eröffnung Jahrestagung
09.45 – 10.30	Hauptvortrag
10.30 – 10.45	Fragen zum Hauptvortrag
10.45 – 11.30	Pause, Besuch der Industrieausstellung
11.30 – 12.15	Mitgliederversammlung Kinderärzte Schweiz
12.15 – 13.30	Flying Lunch, Besuch der Industrieausstellung

Nachmittag

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

anschliessend Apéro mit Überraschung

Programmübersicht MPAs

Vormittag

ab 8.00 Uhr	Check-In
09.30 – 09.45	Eröffnung Jahrestagung
09.45 – 10.30	Hauptvortrag
10.30 – 10.45	Fragen zum Hauptvortrag
10.45 – 11.15	Pause, Besuch der Industrieausstellung
11.15 – 12.45	Workshop Impfen (für alle)
12.45 – 13.30	Flying Lunch, Besuch der Industrieausstellung

Nachmittag

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

anschliessend Apéro mit Überraschung

Neuerungen im 2013

Dieses Jahr werden erstmals drei verschiedene Kategorien von Workshops angeboten:

- Workshops nur für Kinder- und Jugendärzte
- Workshops nur für MPAs
- Workshops für Kinderärzte und MPAs

Anmeldung

Bitte benützen Sie ausschliesslich die Online-Anmeldung auf

www.jahrestagung.ch

Anmeldeschluss ist der 5. September 2013.

Mitgliederversammlung Kinderärzte Schweiz

Traktanden

1. Genehmigung der Traktandenliste
2. Wahl der Stimmenzähler
3. Protokoll der Mitgliederversammlung vom 6. September 2012
4. Mitgliederbewegungen
5. Jahresbericht der Co-Präsidenten
6. Rückblick Geschäftsjahr 12/13
7. Jahresrechnung und Revisionsbericht
8. Anträge
9. Ziele Geschäftsjahr 13/14
10. Wahlen
11. Varia

Alle Anträge finden Sie hier:
www.kinderaerzteschweiz.ch

Hauptreferat

Kritischer Notfall in der Kinderarztpraxis – was nun?

Dr. med. Iris I. Bachmann Holzinger, Oberärztin Notfallstation Kinderspital Luzern
Dr. med. Martin Stocker, Leitender Arzt Neonatologie/Intensivstation Kinderspital Luzern

Eine gute Team-Kommunikation, vorgängig definierte Abläufe, geeignete Hilfsmittel und klare Zuständigkeiten helfen, die Betreuung von Kindern und ihren Angehörigen in aussergewöhnlichen Situationen in der pädiatrischen Praxis zu optimieren.

Kurzbiografien

Dr. med. Iris I. Bachmann Holzinger

FMH Kinder- und Jugendmedizin

2004–2006
Weiterbildung Pädiatrie im Kinderspital Luzern
2007–2010
Weiterbildung Pädiatrie und Schwerpunkt Kindernotfallmedizin auf der interdisziplinären Notfallstation der Universitätskinderklinik Zürich
2007–2010
Oberärztin i.V. auf der interdisziplinären Notfallstation Universitätskinderklinik Zürich
Seit 2010
Oberärztin pädiatrische Notfallstation Kinderspital Luzern
PALS-Instruktorin AHA ITC REA2000 und AHA ITC Sirmed (seit 2007)
PALS-Kursdirektorin AHA ITC Sirmed (seit 2011)
ATLS Student Course (als Provider) 2008
Reanimationskurse für Praxispädiater, organisiert durch Kinderärzte Schweiz (seit 2011)
PEMS pediatric emergency medecine switzerland (im Vorstand als Assessor seit 2010)
Gründung iSTaRT (interdisciplinary Simulated Team and Resuscitation Training) am Kinderspital Luzern; zusammen mit Dr. med. M. Stocker (Leitung)

Dr. med. Martin Stocker

FMH Kinder- und Jugendmedizin
FMH Intensivmedizin
Schwerpunkt Neonatologie

1996–1998
Kinderchirurgie, Kinderspital Luzern
1998–2000
Pädiatrie, Kinderspital Luzern
2001
Kinderintensivstation, Kinderspital Zürich
2002
Neonatologie, USZ
2003–2009
Oberarzt NeoIPS, Kinderspital Luzern
2009–2011
Kinderintensivstation, Royal Brompton Hospital, London
Seit 2011
Leitender Arzt NeoIPS, Kinderspital Luzern
PALS-Instruktor AHA ITC Sirmed (seit 2011)
PALS-Kursdirektor AHA ITC Sirmed (seit 2012)
Master of Medical Education-Studium (seit 2012)
Leitung iSTaRT (interdisciplinary Simulated Team and Resuscitation Training) am Kinderspital Luzern (seit 2011)
Leitung start4neo (nationales Neugeborenen-Reanimationskurs-Projekt, seit 2013)

Workshops für Kinder- und Jugendärzte

Workshop 1

Kinderchirurgische Notfälle in der pädiatrischen Praxis
Dr. med. Claudia Kallfelz, Fachärztin Kinderchirurgie
Dr. med. Johannes Ledergerber

Workshop 2

Neurologische Notfälle in der Praxis
Dr. med. Tobias Iff
Dr. med. Thomas Ehrbar

Workshop 3

Rotes Auge – zuwarten oder Notfall?
Dr. med. Gabriela Wirth Barben
Dr. med. Claudia Giger-Keller

Workshop 4

Normale Sprechunflüssigkeit oder beginnendes Stottern?
Jürgen Kohler, dipl. Psychologe & Logopäde
Dipl. med. Marleen Grosheintz

Workshop 5

«Die Weile von der Eile» – oder: Wie entspanne ich mich im Alltag?
Dr. med. Mercedes Ogal
Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin
Akupunktur – Trad. Chin. Medizin (ASA)
Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (SAPPM)

Workshop 6

Zauber-Workshop
Pascal Dénervaud
EXTREME MAGIC
www.magic-p.ch

Workshops für Ärzte + MPAs

Workshop 7

Eine Weile nicht bewegen – Fixationstechniken in der pädiatrischen Praxis
Dr. med. Nadia Sauter Oes
Team der Kinderorthopädie/Traumatologie des Kinderspitals Bern

Workshop 8

Audiologie
Dr. med. Tomislav Stojan, Facharzt ORL
Dr. med. Elsbeth Burch

Workshop 9

Notfälle meistern – Teamtraining für die Kinderarztpraxis
Dr. med. Iris I. Bachmann Holzinger, Oberärztin
Dr. med. Martin Stocker, Leitender Arzt
Notfallstation Kinderspital Luzern

Workshops für MPAs

Workshop 10

MPA und das Praxis-Telefon: Spagat zwischen tausend Fragen und optimaler Organisation des Sprechstundenalltags
Dr. med. Kilian Imahorn
MPA aus dem Praxisteam

Workshop 11 (für alle MPAs)

Impfworkshop für pädiatrische MPAs
Prof. Dr. med. Christoph Berger, Co-Leiter Infektiologie und Leiter Vakzinologie, Kinderspital Zürich
Dr. med. Peter Schibler

Back to the future: Jahresbericht 2012/2013 Kinderärzte Schweiz

KATHARINA WYSS
ROLF TEMPERLI

Im Geschäftsjahr 2012/2013 haben wir uns motiviert auf verschiedenen Ebenen dem Thema Zukunft gewidmet: der Zukunft der von uns betreuten Kinder, der Zukunft der Praxispädiater und der Grundversorger im Allgemeinen. Wir haben alte Vernetzungen gepflegt und neue geknüpft und auch im Bereich unserer Weiterbildung fortschrittliche Projekte in Angriff genommen.

Fast täglich greifen die Medien das Thema Kinder- und Hausärztemangel auf. Der Vorstand hat sich deshalb konzentriert diesem Thema gewidmet und sich Gedanken gemacht, welchen Aufgaben sich unser Berufsverband zu dieser grossen Herausforderung stellen kann und will. An der Januartagung begrüssten wir langjährige Praxispädiater, Assistenz-, Ober- und Chefärzte einiger grosser Kinderkliniken sowie Praxiseinsteiger, welche uns eindrücklich ihre Befindlichkeit in der Praxis, ihre Vorstellungen und Anliegen für die Zukunft der Praxispädiatrie, aber auch ihre Ängste und mögliche Hindernisse für einen Einstieg in die Praxis präsentierten.

Unter der Leitung von Stefan Roth wurde eine Arbeitsgruppe gegründet, die in Zusammenarbeit mit den Kliniken konkrete, überschaubare Projekte zur Förderung unseres Berufstandes umsetzen will.

Politik

Mit der Wahl von Heidi Zinggeler und Rolf Temperli in den Vorstand von MFE im Mai 2013 werden wir unsere pädiatrischen Anliegen ganz konkret auch dort einbringen können, wo es um die Zukunft der Grundversorger geht. Heidi Zinggeler und Rolf Temperli leiten zusammen das Ressort Tarifwesen im Vorstand von MFE. Die pädiatrische Vertretung ist gesichert, dennoch müssen die Pädiater ihr Engagement weiter verstärken. Die Nachfolge von Marco Belvedere als Tarifdelegierter der SGP ist nach wie vor offen. Es ist essentiell,dass seine hervorragende Arbeit weitergeführt wird.

Im Herbst wird sich entscheiden, ob die zentralen Forderungen der Grundversorger zur Sicherung der Hausarztmedizin von Stände- und Nationalrat ernst genommen werden und ob die Initiative Ja zur Hausarztmedizin zur Abstimmung gelangt. Bis dann wird auch unter den Tarifpartnern noch heftig um die (finanzielle) Stärkung der Hausarztmedizin und den Masterplan von Bundesrat Berset gestritten. Würde es 2014 zur Abstimmung kommen, wären nicht nur die Berufsverbände, sondern jeder Einzelne stark gefordert, um der Initiative zum Durchbruch zu verhelfen.

Unsere Präsenz in den Medien und die Pflege von Kontakten und Vernetzungen mit anderen pädiatrischen Interessengruppen hat dazu geführt, dass wir nun auch von offizieller Seite vermehrt um unsere Meinung und Anliegen angefragt werden. Neben einer Vertretung im Masernkomitee des BAG haben wir an einem Gespräch mit Vertretern der TAK (tripartite Agglomerationskonferenz BA) unsere Schwierigkeiten im praxispädiatrischen Alltag mit Immigrantenfamilien darstellen können.

Mit dem Vorstand der SGP und den Delegierten und dem Vorstand von MFE stehen wir in regelmässigem Kontakt und versuchen, Synergien zu nutzen.

Kurswesen

Das Angebot für MPAs an der letzten Jahrestagung ist auf grosse Begeisterung gestossen. Wir werden deshalb an der aktuellen Jahrestagung auf «Altbewährtes» zurückgreifen und haben das Angebot für Ärzte und ihre MPAs mit Teamworkshops bereichert.

Altbewährtes und Neues konnten wir dank dem grossen Engagement von Heidi Zinggeler und Markus Bigler auch im Kurswesen anbieten. Vom Vorsorgekurs bis zur neuen Kursform der Update-Tage (was ist neu und praxisrelevant in verschiedenen pädiatrischen Spezialgebieten, Referate und Workshops) fanden alle Angebote grossen Anklang und waren meist innert Kürze ausgebucht! Neue, zukunftsorientierte Kursprojekte sind in Arbeit.

Interna

Die Geschäftsstelle mit Corinne Morger und Simon Hubacher hat im Bereich Kurswesen, Jahrestagung und Zeitschrift grosse Arbeit geleistet, dafür gebührt ihnen unser Dank.

Leider ist kurz vor Abschluss des Geschäftsjahres der Verdacht auf ungetreue Geschäftsbesorgung von Seiten des Geschäftsführers aufgekommen. Wie im Rundmail mitgeteilt, wurde der Vertrag mit Simon Hubacher sofort gekündigt und weitere Abklärungen eingeleitet. Wir werden an der Jahrestagung über die aktuelle Situation berichten. Eine Nachfolge wird gesucht.

Corinne Morger hat sich verdankenswerterweise sofort bereit erklärt, ein höheres Arbeitspensum zu übernehmen, und mithilfe aller Vorstandsmitglieder versuchen wir, alle anfallenden Anfragen und Aufträge möglichst zeitgerecht zu bearbeiten.

Zuverlässige, kreative und grosse Arbeit haben alle Mitglieder der Arbeitsgruppe Jahrestagung und Redaktionskommission geleistet, ihnen sei hiermit herzlich gedankt!

Und jetzt doch noch zu Erfreulichem: Im Gegensatz zu anderen Verbänden ist unser Verband gewachsen, plus 23 Mitglieder in einem Jahr.

Sowohl im Vorstand wie auch in den Arbeitsgruppen freuen wir uns über jedes Mitdenken und Mitarbeiten.

Vielleicht wäre ja die Arbeitsgruppe «Zukunft Praxispädiatrie» etwas für dich?

Besserer Schutz vor Epidemien dank neuem Gesetz

ABSTIMMUNG VOM 22. SEPTEMBER 2013

Am kommenden 22. September stimmt die Schweiz über das neue Epidemiengesetz ab. Dieses will die Bevölkerung besser vor gefährlichen Infektionskrankheiten schützen als dies mit dem heutigen, veralteten Gesetz möglich ist. Eine breite Allianz von Organisationen aus allen Bereichen des Gesundheitswesens ist überzeugt, dass es das neue Gesetz braucht und setzt sich für ein Ja ein.

Die Muster des Auftretens und die Verbreitung von übertragbaren Krankheiten haben sich in den letzten Jahrzehnten markant verändert. Epidemien wie SARS, Schweine- und Vogelgrippe haben gezeigt, dass neue Krankheitserreger sich in der modernen, globalisierten und mobilen Welt sehr schnell verbreiten können. Das geltende Epidemiengesetz aus dem Jahr 1970 ist diesen Herausforderungen nicht mehr gewachsen.

Deshalb wurde es umfassend überarbeitet. National- und Ständerat haben dem neuen Epidemiengesetz (EpG) mit grossen Mehrheiten zugestimmt. Es kommt am 22. September 2013 zur Abstimmung, weil dagegen das Referendum ergriffen worden ist.

Besserer Schutz der Bevölkerung

Das neue Epidemiengesetz sieht Massnahmen vor, um übertragbare Krankheiten besser zu verhüten, zu bekämpfen, zu überwachen und früher zu erkennen. Unter anderem sollen nationale Programme den Schutz der Bevölkerung verbessern, Infektionen im Spital bekämpfen und die Entwicklung von Antibiotikaresistenzen verhindern.

Ein dreistufiges Eskalationsmodell regelt die Zuständigkeiten von Bund und Kantonen in Krisensituationen, ein ständiges Koordinationsgremium stellt deren Zusammenarbeit im Alltag sicher. Die Kompetenz, Impfungen für obligatorisch zu erklären, wird eingeschränkt. Neue Datenschutzbestimmungen definieren zudem, welche Daten von wem zu welchen Zwecken gesammelt werden dürfen und wie stark sie anonymisiert sein müssen.

Rund 20 Organisationen aus allen Bereichen des Gesundheitswesens und weiteren Kreisen setzen sich für ein Ja zum neuen Epidemiengesetz ein. Sie haben unter Federführung von Public Health Schweiz, der nationalen Organisation der öffentlichen Gesundheit, ein grosses Abstimmungskomitee gebildet. Darunter sind unter anderem die Ärzteverbindung FMH, der Schweizerische Apothekerverband pharmaSuisse, der Schweizerische Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK, das Konsumentenforum sowie auch Kinderärzte Schweiz.

Sie alle sind gemeinsam der Überzeugung, dass die Schweiz das neue Epidemiengesetz braucht, weil es die Bevölkerung besser vor den heutigen Gefahren von Epidemien schützt. Ansteckende Krankheiten können frühzeitig erkannt und wirksamer bekämpft werden. Patientinnen und Patienten wie auch das Personal können besser vor Ansteckungen im Spital geschützt werden. Gegen die zunehmenden Antibiotika-Resistenzen werden Massnahmen ergriffen. Bund und Kantone können Krisensituationen besser bewältigen.

Impfobligatorium ist kein Impfzwang

Die Referendumsführer konzentrieren ihre Kritik hauptsächlich auf das Thema Impfen. Sie behaupten, das neue Gesetz führe einen Impfzwang ein. Dies trifft aber in keiner Weise zu. Im Gegenteil: Während das heutige Gesetz es den Kantonen ohne nähere Bedingungen erlaubt, Impfungen für obligatorisch zu erklären, schränkt das neue Gesetz diese Möglichkeit klar ein. Neu dürfen solche Obligatorien nur noch bei einer erheblichen Gefahr und nur für einzelne Personengruppen erlassen werden. Und auch dann gilt wie bereits heute: Jede Person kann frei entscheiden, ob sie sich impfen lassen will oder nicht. Einen Impfzwang gibt es nicht. Bei einer Ablehnung des neuen Epidemiengesetzes könnten die Kantone jedoch wie bisher uneingeschränkt Obligatorien verfügen.

Aus diesen Gründen ruft das Abstimmungskomitee die Bevölkerung auf, am 22. September 2013 Ja zu stimmen. Nur so kann die Schweiz wirksam vor den ansteckenden Krankheiten der heutigen Zeit geschützt werden. ■

Für weitere Informationen: www.JAzumEPG.ch

Wahrnehmungsdiagnostik – Teil II
Hören – Sehen – Blicken – Zählen

Die *sprachfreie* Hörwahrnehmung ist Gegenstand dieses Artikels.

DR. MED. PHILIPP TREFNY, LUZERN

Aus der Praxis kennen Sie vielleicht den einen oder anderen sprachbasierten Test zur Prüfung der auditiven Wahrnehmung: Mottier-Silbentest und Silbendiktat, Münchner auditiver Screening-Test MAUS, auditive serielle Merkfähigkeit aus Kaufmann-ABC, HAWIK-III und -IV. Die Forschung im Bereich der auditiven Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen AVWS ist weit fortgeschritten. Ein Abklärungsprogramm mit Empfehlungen zur Behandlung sind in einem Positionspapier der Deutschen Phoniatrischen Gesellschaft festgehalten (Nickisch und Brunner et al. 2007). Eine AVWS liegt vor, wenn bei normalem Tonaudiogramm zentrale Prozesse des Hörens gestört sind. Bei Kindern mit dieser «Störung» können Probleme in der auditiven Wahrnehmung folgender Qualitäten gefunden werden: Lokalisation, Selektion, binaurale Summation, Separation, Zeitauflösung und Differenzierung. Die Verarbeitung von Geräuschen und Tönen wird von unserem Gehirn ähnlich der Fourier-Analyse bewerkstelligt. Diese Tests sind äusserst aufwendig und verlangen dem Kind sehr viel kognitive Arbeit ab und prüfen nicht die ersten basalen Sinnesverarbeitungsqualitäten, welche bei der Analyse und Synthese von Sprache benötigt werden. Ist ein Kind in einem oder mehreren Untertests des MAUS-Tests auffällig, so ist mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit eine Entwicklungsverzögerung in der basalen Hör-Verarbeitung vorhanden. Die erwähnten Tests bieten lediglich die Möglichkeit einer Bestimmung des Grades der Abweichung von der Norm und es lassen sich daraus nur ansatzweise therapeutische Empfehlungen für die Unterstützung der weiteren Entwicklung oder gar ein Aufholen eines Entwicklungsrückstandes der auditiven Wahrnehmungsfunktionen ableiten. Zumeist geht dann ein Training über das logopädische Einüben von Phonemen (Phonem-Identifikation und -Differenzierung) und Verfahren zur Kompensation gestörter Funktionen durch metakognitive Trainingsverfahren! Schliesslich werden Kindern auch Hörapparate angepasst, welche die akustischen Signalqualitäten verbessern sollten (Störgeräuschfilterung usw.) *(Abb. 1).*

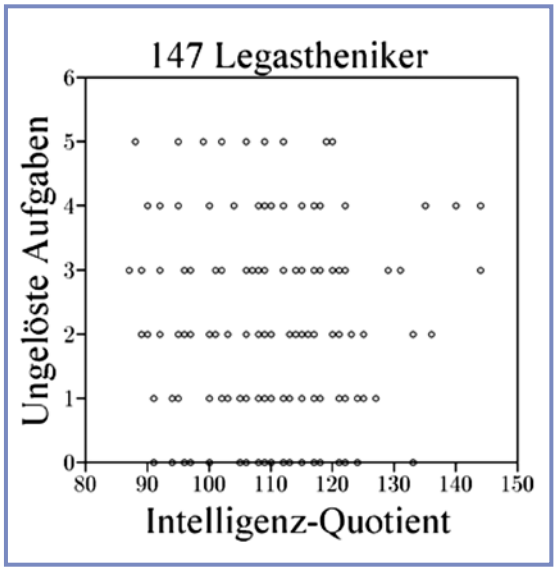


Abb. 1: Anzahl ungelöster Aufgaben (Blicksteuerung, Hörverarbeitung, Simultanerfassung) in Bezug auf den IQ bei 147 Legastheniker: selbst höher begabte Kinder mit Legasthenie (IQ über 120) wiesen Schwächen in einigen geprüften Wahrnehmungsbereichen auf. Es kann kein Zusammenhang hergestellt werden zwischen IQ und Legasthenie und Wahrnehmungsproblemen. Es ist ein Trugschluss, zu glauben, dass Legastheniker einfach nur dumm seien!

Einen weitgehend kognitionsfreien Wahrnehmungstest bietet das Freiburger Blicklabor. Zudem kann daraus direkt ein einfaches Training zur Verbesserung der basalen Sinnesverarbeitungsqualitäten abgeleitet und installiert werden. Am Anfang steht wie immer das Problem, dass die Sinnesorgane wohl normal funktionieren, aber das Gehirn die Sinneseindrücke nicht richtig oder anders verarbeitet, als es dem Entwicklungsstand des Kindes entsprechen würde. Bei Lese-Rechtschreibe-Schwäche und Dyskalkulie sind Probleme der auditiven Verarbeitung und Wahrnehmung schon lange bekannt. Diese Wahrnehmungsprobleme führen letztlich zu einem verzögerten oder falschen Erlernen der sogenannten phonologischen Bewusstheit. Eine gute auditive Verarbeitung und Wahrnehmung ist wichtig für den Spracherwerb und später für das Erlernen der Kulturtechniken wie Lesen, Schreiben und Rechnen.

Also: Was wir erlauschen, ist nicht immer das, was wir gehört haben, denn wir hören nicht mit den Ohren, sondern mit dem Gehirn.

Was muss das Gehirn, wenn es (zu)hört, zuerst leisten können, bevor es die komplexe Fourier-Analyse aller ankommenden Druckwellen bewerkstelligt? Kinder können je nach Alter folgende grundlegende Hörqualitäten mehr oder weniger gut leisten: *(Abb. 2).*

1. Lautstärken-Unterscheidung von Geräuschen: Unterschiedlich laute Geräusche und Töne sind ein wichtiger Teil der Aussprache einzelner Wörter und Sätze. Die phonologische Bewusstheit hat viel mit der Betonung von einzelnen Silben zu tun. Lautstärkenunterschiede am Satzende signalisieren, ob eine Frage gestellt oder eine Feststellung gemacht wurde.
2. Tonhöhen-Differenzierung: Vokale unterscheiden sich z. B. nur ganz minimal durch ihre Tonhöhe. Das Wort «verlesen» hat drei «e», aber jedes davon wird an-

ders ausgesprochen: das erste wie ein kurzes «ä», das zweite wie ein richtiges «e» und das letzte wie ein kurzes «ö». Letzteres ist übrigens der häufigste Laut in unserer Sprache; dafür haben wir gar kein Zeichen!

3. Geräusch-Lückenerkennung: In der gesprochenen Sprache kommen sehr viele tonlose Konsonanten vor, welche wir nur anhand von kurzen Pausen (Millisekunden) und dem darauffolgenden Geräusch voneinander unterscheiden können: b – p, d – t, g – k.
4. Tonhöhen-Zeitordnungsunterscheidung: Damit die Laute in der Reihenfolge wahrgenommen werden, wie sie erzeugt wurden, muss das Gehirn die Fähigkeit haben, zwei deutlich voneinander verschiedene, aber rasch aufeinanderfolgende Töne nach ihrer zeitlichen Reihenfolge richtig einzuordnen.
5. Die Prüfung der Seitenlokalisation ist wohl möglich, ist aber in den späteren Arbeiten zum Training und dem Transfer in das schulische Lernen wieder herausgefallen, da es keinen signifikanten Anteil an der regelrechten Verarbeitung von akustischen Signalen hat.

Alle Sinnesleistungen unterliegen einer starken Entwicklung: Erstklässler haben noch deutlich mehr Mühe, Tonhöhen-, Lautstärken-Differenzen und Geräuschunterbrechungen wahrzunehmen als Jugendliche. Erst im Alter von 20 Jahren erreicht das Gehirn die maximale Leistungsfähigkeit. Schon nach 35-jährig nimmt die Leistungsfähigkeit wieder ab. Die U-förmigen, altersabhängigen Leistungskurven lassen sich für alle vier Tests klar belegen *(Abb. 3)*.

Kinder und Jugendliche mit spezifischen Lernschwierigkeiten wie Legasthenie und Dyskalkulie, aber auch ADHS-Patienten, zeigen häufig Probleme in der auditiven Sinnesverarbeitung (60 – 80 %). Herausstechend sind die Probleme in der Tonhöhen-Unterscheidung und in der Aufgabe «Zeitordnung». So können die beiden Töne des Kuckuck-Rufs (kleine Terz, c″-a′) für einen Legastheniker gleich tönen. Manchmal können Kinder die Töne einigermassen korrekt nachsingen, wissen aber nicht, welches der höhere oder der tiefere Ton ist: Wahrnehmung kann nicht reflektiert werden. Alles tönt irgendwie gleich wie ein Brei aus Geräuschen und Tönen. Andere Kinder brummeln in monotoner Tonlage beim gemeinsamen Singen mit oder bewegen einfach nur die Lippen, da sie sich ihrem Problem bewusst sind. Im Bitonaltest (e′ und g′) des Neuromotorik-Testkoffers von Frau Prof. Ruf fallen immer wieder Kinder auf, welche es einfach nicht fertigbringen, den richtigen Anfangston zu treffen: sie raten einfach. In der Abklärung mittels FonoTest des Freiburger Blicklabors kann oftmals die Einstiegsaufgabe einer grossen Sext (c′-a′) nicht gehört werden (ca. 258 Hz in mittlerer Tonlage). Kann diese Aufgabe altersgemäss gelöst werden, stellt dies das Eintritts-Ticket dar für eine weitere gute Entwicklung der Hörverarbeitung und -wahrnehmung *(Abb. 4 bis 7)*.

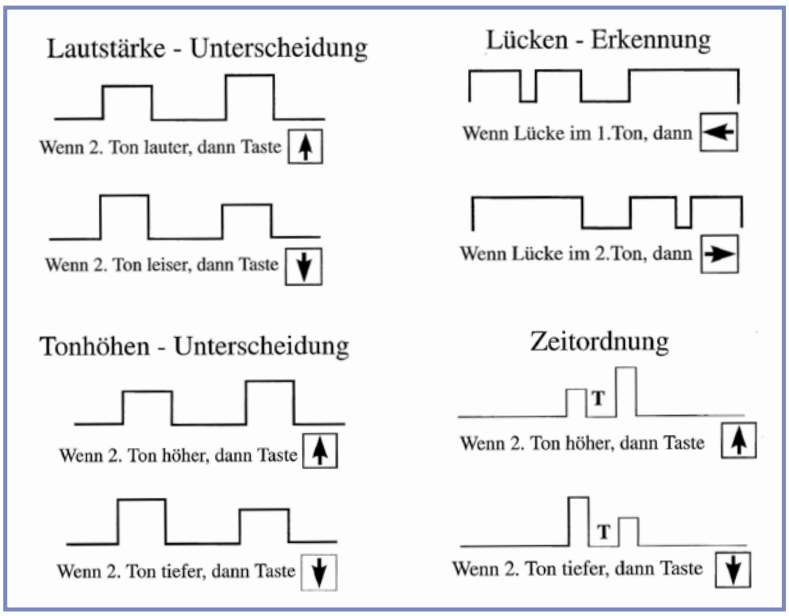


Abb. 2: Die vier grundlegenden Verarbeitungen von Tönen und Geräuschen. Es wird jeweils nach dem 2. Ton/Geräusch gefragt: leiser/lauter, höher/tiefer, unterbrochen/vollständig, höher/tiefer. Zeitordnung: die beiden Töne (c′-a′) werden in immer kürzeren Abständen angeboten. Lückenerkennung: die Unterbrechung des Geräusches wird immer kürzer.

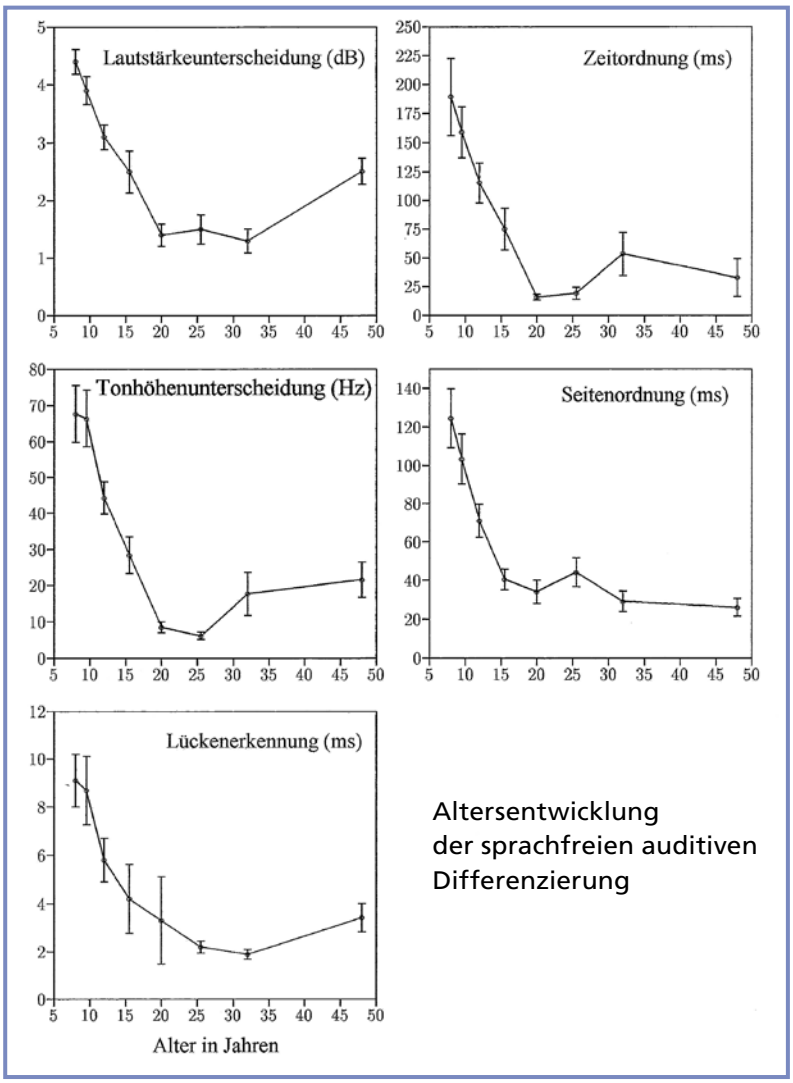


Abb. 3: Deutliche Entwicklung der Hörunterscheidung im Verlaufe der Schulzeit mit nur geringer Varianz. Musiker sind oftmals sogar viel besser als auf der Kurve angegeben. Beachte die Anzahl Probanden (n = 728 bzw. 205).

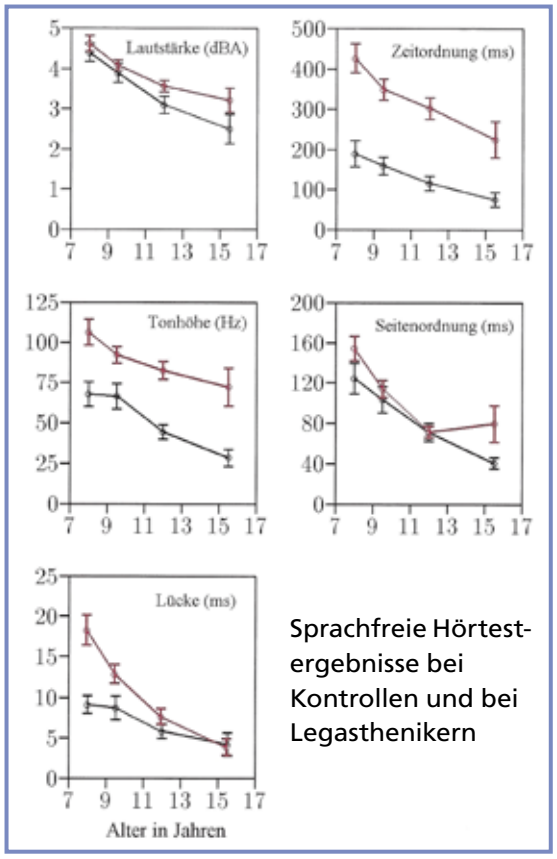


Abb. 4: Ausser in der Lautstärken-Diskrimination unterscheiden sich Legastheniker schon sehr früh von Kontroll-Kindern (N = 432, bzw. 250). Die Seitenordnung wird nicht mehr geprüft, da diese keinen Effekt zeigte auf die weitere Hörverarbeitung und den Transfer in das tägliche Lernen.

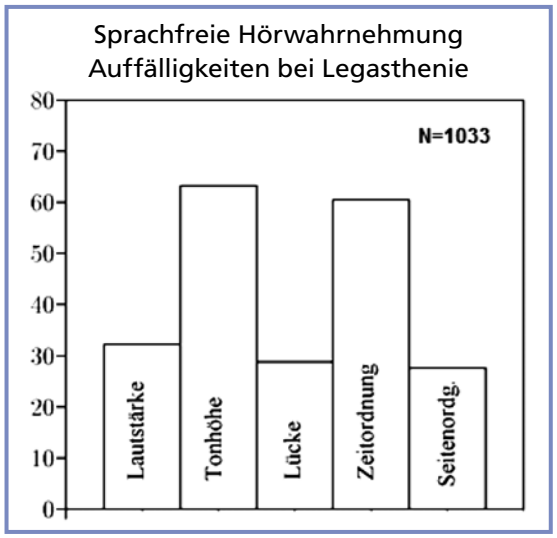


Abb. 5: Prozentangaben von nicht gelösten Aufgaben bei Legasthenikern. Beachte die Anzahl Probanden n = 1033.

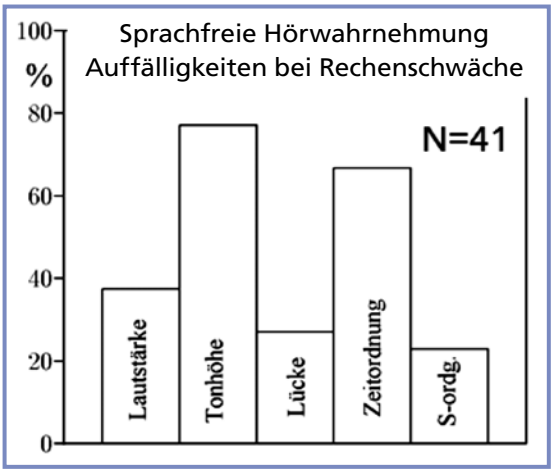


Abb. 6: Prozentangaben der nicht gelösten Aufgaben bei Kindern mit Dyskalkulie (selten nur isoliert vorkommend, zumeist mit Lese-Rechtschreibe-Schwäche LRS kombiniert, deshalb geringe Probandenzahl).

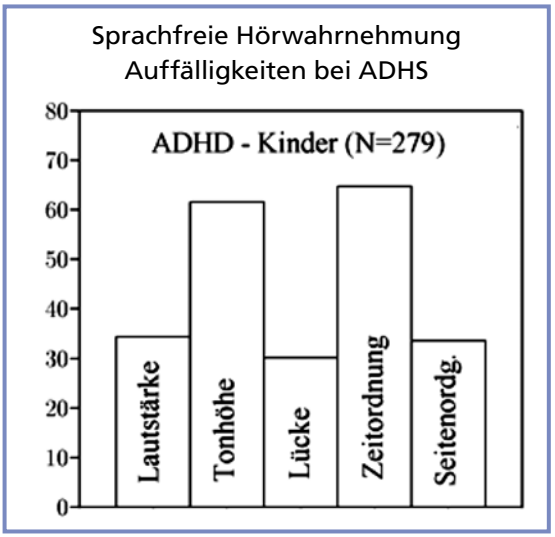


Abb. 7: Auch ADHS-Kinder zeigen typische Schwierigkeiten für die Hörverarbeitung.

Kurz nach einem Wahrnehmungstraining zeigten die Kinder deutlich weniger Probleme im Erkennen von Unterschieden zwischen den verschiedenen Lauten wie: b - p, d - t, g - k, a - o, e - i, usw. Dadurch verbesserten sich auch die Rechtschreibefehler. Gering waren die Effekte auf die Erkennung von Dehnungen (ie, h), Schärfungen (tt, ss) und Grammatikregeln. Das Training der Hörwahrnehmung wirkt daher spezifisch auf die Wahrnehmung; die Grammatikregeln müssen aber weiterhin gelernt werden! Erst durch das Lese-Rechtschreibe-Training der Freiburger Rechtschreibeschule (FRESCH-Methode nach Günter J. Renk) waren auch in diesen höheren Kulturleistungen Verbesserungen zu erzielen. Es ist wichtig, hier festzuhalten, dass nach einem basalen Wahrnehmungstraining, sei es die Blicksteuerung, die Hörwahrnehmung oder die Simultanerfassung, das Lernen weiter gehen muss mittels einem dem Leistungsstand des Kindes entsprechenden pädagogisch-didaktischen Lehrmittel. Eine Liste für solche Lehrmittel kann bei mir bezogen werden *(Abb. 8 und 9)*.

Um nochmals auf die eingangs erwähnte AVWS zurückzukommen: Bevor ein Training der AVWS mittels metakognitiver Kompensationsstrategien und Hörgeräteversorgung erfolgt, müsste mE eine Abklärung und

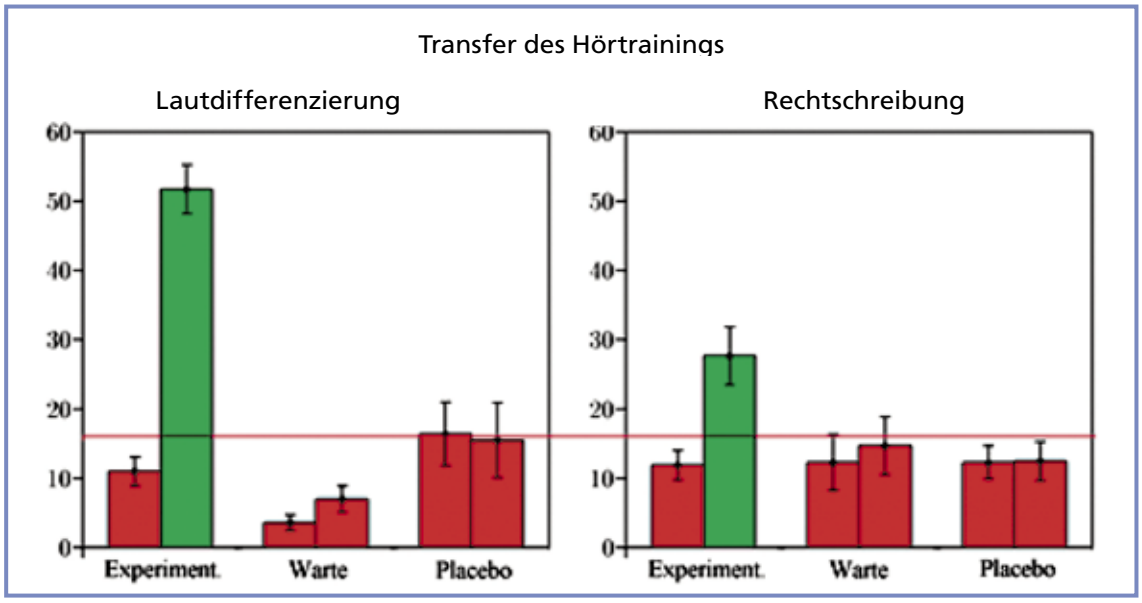


Abb. 8: Placebo-kontrollierte Studie mit Crossover: Wartegruppe, Trainingsgruppe im Wechsel und eine Placebo-Gruppe, welche ein anderes Training durchführte (z. B. Musikinstrument spielen oder Blicksteuerung üben). Prozentangaben der Verbesserung (Fehlerreduktion) in spezifischen LRS-Tests.

allenfalls ein Training mittels Freiburger Blicklabor erfolgen. Kann ein Kind die einfachen Aufgaben des Fono-Tests nicht erfüllen, dann sind auch die Voraussetzungen für ein AVWS-Training nicht erfüllt.

Zusammenfassung:

- Die basalen Hörverarbeitungsleistungen unterliegen einer starken und raschen Entwicklung im Kindesalter.
- Bei Kindern und Jugendlichen mit spezifischen Lernproblemen (sog. schulische Teilleistungsstörungen) können in 60–80% Entwicklungsdefizite in der Hörwahrnehmung gefunden werden. Kinder mit allgemeinen Lernstörungen haben in 100% Probleme in der Hörwahrnehmung.
- Zumeist sind Tonhöhen-Unterscheidung und Tonhöhen-Zeitordnung betroffen.
- Ein spezifisches Hörwahrnehmungstraining verbessert zuerst die Wahrnehmung, erst sekundär die Anwendung der Grammatik-Regeln.
- Ein adaptiertes schulisches Lernprogramm muss nachfolgen.
- Ein Transfer der Wahrnehmungstrainings in die Schule ist möglich.

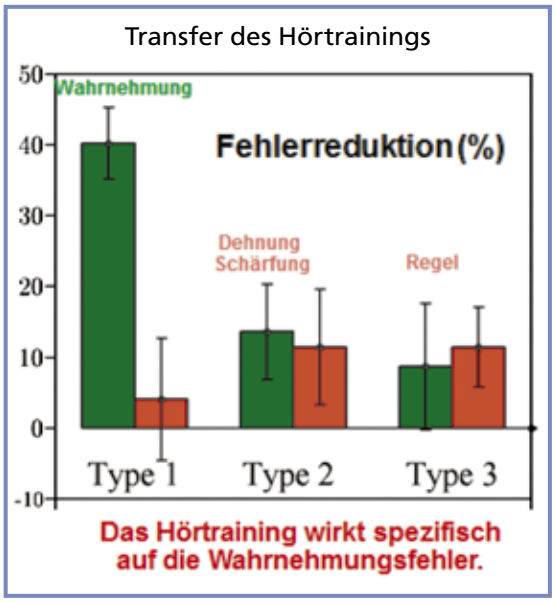


Abb. 9: Prozentangaben und Varianz der Fehlerreduktion nach dem Hörtraining in Bezug auf typische Rechtschreibe- und Lesefehler. Dehnungen mit «h» und Schärfungen «ss» waren nicht signifikant besser, aber Wahrnehmungsfehler bezüglich p – b, d – t, a – e usw. waren deutlich vermindert.

BÜCHER:
Blick-Punkte, Burkhart Fischer, Verlag Hans Huber, 1999, Neurobiologische Prinzipien des Sehens und der Blicksteuerung.
Hören-Sehen-Blicken-Zählen, Burkhart Fischer 2. Auflage 2007, Verlag Hans Huber, Teilleistungen und ihre Störungen.
Wahrnehmungs- und Blickfunktionen bei Lernproblemen, Burkhart Fischer, Verlag Centaurus, 2010, Besser werden im Schreiben-Lesen-Rechnen.

INTERNET:
www.blickzentrum.de
www.blicklabor.de
www.optomotorik.de

KONTAKTE:
Dr. med. Philipp Trefny
FMH für Pädiatrie, spez. Entwicklungspädiatrie
Maihofstrase 95 c, 6006 Luzern
Tel. 041 370 31 28, Fax 041 370 33 91
luzern@blicklabor.de,
www.kinderarzt-rotsee.ch

Blicklabor und Blickmobil
Schwarzwaldstrasse 13
D-79117 Freiburg im Breisgau
+49(0)761-38 41 95 1-0
sekretariat@blicklabor.de

Die Entwicklung der Bindungsbeziehung im ersten Lebensjahr

Bedingungen und Warnzeichen

Eine gelingende Bindungsbeziehung in den ersten Lebensjahren ist ein zentraler Schutzfaktor für die gesunde Entwicklung von Kindern. In der Praxis stellt sich die Frage, welche Voraussetzungen gegeben sein müssen, damit eine ausreichend gute Bindungsbeziehung zwischen Kind und Eltern entstehen kann. Weiterhin müssen wir wissen, welche Warnzeichen auf eine gefährdete und gefährdende Entwicklung hinweisen, um frühzeitig Hilfe und Unterstützung anbieten zu können.

DR. BIOL. HUM. ANGELIKA SCHÖLLHORN
DOZENTIN MASTERSTUDIENGANG FRÜHE KINDHEIT
PÄDAGOGISCHE HOCHSCHULE THURGAU

Die Forschung zeigt, dass zwischen einer sicheren Bindungsbeziehung und einer gesunden Entwicklung im Kindesalter ein bedeutsamer Zusammenhang besteht (Grossmann, et al., 1989; Grossmann, 2004). Eine solche positiv wirkende Bindungsbeziehung zwischen Kindern und ihren Eltern entwickelt sich über die gelingende Gestaltung vieler alltäglicher Eltern-Kind-Interaktionen, beim Füttern, beim Wickeln, beim Baden und in der spielerischen Interaktion. Darin kann das Kind im günstigen Fall erfahren, dass die Eltern es im Umgang mit entwicklungsgemäss belastenden, verunsichernden oder ängstigenden Situationen unterstützen, bis es selbst ausreichende Bewältigungskompetenzen erworben hat. Zentrale Voraussetzungen für eine gelingende Bindungsentwicklung liegen also darin, dass Eltern die feinen Zeichen der Befindlichkeit ihres Babys erkennen und feinfühlig darauf antworten können.

Die «Sprache» der Babys

Tim, gerade drei Monate alt, wird ausgezogen. Er quengelt mit abgewandtem Kopf und reibt sich die Augen. Bei Veränderungen seiner Körperposition rudert er ausfahrend mit Armen und Beinen, ansonsten wirkt er eher steif. Seine Haut ist fleckig gerötet, seine Atmung immer wieder hörbar gepresst, zudem hat er Schluckauf.

Lara, im gleichen Alter, zeigt ein anderes Bild. Sie scheint beim Ausziehen wach und aufmerksam für ihre Umgebung. Immer wieder sucht sie den Blick ihrer Mutter, lächelt und vokalisiert dann im Austausch mit ihr. Wenn sie bewegt wird oder sich selbst bewegt, sehen wir weiche und gerundete Bewegungen. Ihre Haut wirkt rosig, die Atmung ist nicht hörbar.

Wie in den Fallvignetten deutlich wird, können wir die Befindlichkeit von Kindern bereits ab der Geburt an ihrem körperlichen und emotionalen Verhaltensausdruck ablesen. Für die differenzierte Beobachtung wurden aus der Arbeit mit besonders stressanfälligen frühgeborenen Kindern vier psycho-physische Verhaltenssysteme beschrieben (Als, 1982). Diese reifen und entwickeln sich in einer vorgegebenen Reihenfolge und geben uns über die sogenannten «Feinzeichen der Befindlichkeit» Aufschluss, inwieweit Säuglinge und Kleinkinder zum aktuellen Zeitpunkt interaktionsbereit und offen für ihre Umwelt oder aber belastet sind. Sie entschlüsseln uns die Sprache der Babys.

- Das *autonome* oder *physiologische System,* über das Atmung, Körpertemperatur, Kreislauf und Verdauung reguliert werden, bildet den ersten Kern dieser Verhaltenssysteme. Einen gut regulierten Zustand des Kindes erkennen wir in diesem System beispielsweise an rosiger Haut und einer gleichmässigen, wenig hörbaren Atmung. Belastung kann sich durch gerötete, blasse, marmorierte oder wechselnde Hautfarbe, durch unregelmässige, gepresste Atmung oder Zittern zeigen.
- Innerhalb des *motorischen Systems* werden die Energetisierung, Tonusbalance und die Modulierung der Körperhaltung und -bewegung koordiniert. Kinder in einem balancierten Zustand zeigen weiche, gut modulierte Bewegungsabläufe bei einem mittleren Muskeltonus. Belastung äussert sich in einer schlaffen oder hoch angespannten Muskulatur beziehungsweise in einem wechselnden Tonus sowie durch unkoordinierte und ausfahrende Bewegungen.
- Die deutliche Differenzierung der *Wach- und Schlafzustände* von wacher Aufmerksamkeit über Schreien bis zum Schlaf bildet den dritten Meilenstein innerhalb dieses Entwicklungsmodells. Im ausgereiften Zustand sind die Erregungs- und Bewusstseinsniveaus klar unterschieden, die Übergänge an Zuständen wie Quengeln oder Dösen erkennbar. Zeichen einer guten Regulation des Kindes finden sich in einer stabilen emotionalen Balance, in der das Kind kleinere oder grössere Veränderungen gut abfangen kann. Belastung zeigt sich in einer brüchigen emotionalen Balance, in der die Verhaltenszustände abrupt oder

häufig wechseln, das Kind beispielweise von hoher Aufmerksamkeit direkt ins Schreien wechselt.

- Das *interaktive System,* das die kognitive Aufmerksamkeit und die soziale Aufgeschlossenheit beinhaltet, bildet das letzte Subsystem dieser Verhaltensorganisation. Befindet sich das Kind in einem ausbalancierten Zustand, kann es aufmerksam, aktiv und interessiert mit der Umgebung oder der Kontaktpersonen interagieren. Bei Belastung ist es zurückgezogen, nicht ansprechbar, unzugänglich oder auch erregt und «überwach».

Wie in *Abbildung 1* dargestellt, bietet das Modell in umgekehrter Reihenfolge die Grundlage für eine systematische Beschreibung kindlicher Reaktionen auf innere und äussere Stressfaktoren wie Müdigkeit oder Überstimulation. Überfordern Reize die Anpassungsfähigkeiten eines Säuglings innerhalb eines bestimmten Verhaltenssystems, so versucht er, sich auf dem darunter liegenden System wieder zu stabilisieren. Gelingt dies aufgrund anhaltender Stressreize nicht, ist das nächste Subsystem betroffen (Ziegenhain et al., 2004). Fühlt das Kind sich beispielsweise durch ein hohes Tempo beim Ausziehen gestresst, versucht es sich im interaktiven System zu regulieren, indem es den Blickkontakt unterbricht. Wird dieses Signal nicht wahrgenommen oder nicht als Zeichen der Belastung interpretiert, versucht das Kind auf der Ebene der Wach- und Schlafzustände sein Gleichgewicht wieder zu finden, beginnt beispielsweise zu quengeln. Folgt auch darauf keine Anpassung der Situation, können physiologische Belastungszeichen wie gepresste Atmung oder fleckig gerötete Haut sichtbar werden.

Darüber hinaus informieren uns Verhaltenszeichen darüber, ob das Kind in der jeweiligen Situation in der Lage ist, sein psychophysiologisches Gleichgewicht mithilfe selbstberuhigender Verhaltensformen aufrecht zu erhalten oder wiederherzustellen. Die Fähigkeiten des Kindes zur eigenaktiven Stabilisierung im Umgang mit Stressoren werden als *selbstregulatorische Kompetenzen* bezeichnet. Saugen und Nuckeln, das Zusammenführen von Händen und Füssen, Selbstberührungen oder die Suche nach Halt mithilfe von Gegenständen oder Personen helfen dem Kind, sich in der Situation zu stabilisieren. Dem gegenüber zeigt sich Belastung und Überforderung, indem das Kind beispielsweise den Blick oder den Kopf abwendet («Pause macht»), die Hand vor das Gesicht legt, Fäustchen macht, Finger oder Zehen spreizt, den Körper wegdreht, sich windet, sich überstreckt, sich von Arm oder Hand der Bezugsperson wegdrückt. Kinder sind je nach Temperament und Reife in unterschiedlichem Masse in der Lage, sich selbst zu regulieren. Gelingt die Selbstregulation noch nicht ausreichend, sind insbesondere Kinder im frühen Alter auf Hilfe und Unterstützung bei der Regulation ihres Verhaltens und ihrer Gefühle angewiesen.

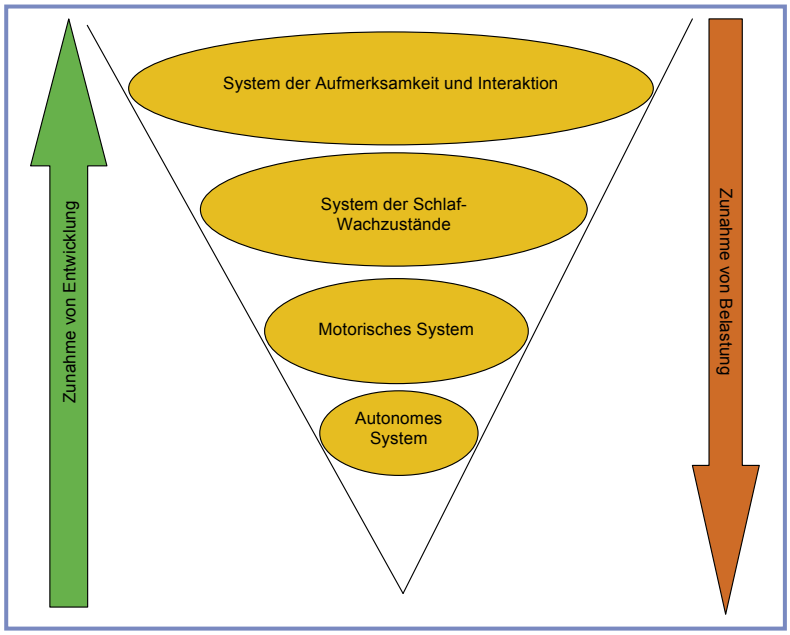


Abbildung 1: Die Verhaltenssysteme in einem Entwicklungs- und Belastungsmodell (nach Als, 1982).

Selbstverständlich gibt uns kein einzelnes der benannten Zeichen eine ausreichende Grundlage für die Einschätzung der kindlichen Befindlichkeit. Erst der Gesamtzusammenhang und das Zusammenwirken einzelner Verhaltensweisen stellen eine ausreichende Informationsbasis zur Beurteilung der aktuellen Situation des Kindes dar.

Das Antwortverhalten der Eltern

Komplementär zu diesen Verhaltenssystemen des Kindes sind Eltern mit intuitiven elterlichen Kompetenzen (Papoušek et al., 2010) und der Fähigkeit zur Feinfühligkeit ausgestattet. Während die intuitiven elterlichen Kompetenzen vorwiegend auf die allgemein bei der Geburt vorhandenen Kompetenzen von Säuglingen und Kleinkindern ausgerichtet sind, entwickelt und zeigt sich die Feinfühligkeit im Kontakt und der Interaktion mit dem individuellen Kind. So meinen die intuitiven elterlichen Kompetenzen beispielsweise die universell zu beobachtende Tendenz von Erwachsenen, sich Neugeborenen auf den Abstand zu nähern, in dem Babys dieses Alters scharf sehen können oder die Mimik stark zu übertreiben, damit Babys sie erkennen und ausreichend differenzieren können. Diese Abstimmung wird durch die Besonderheiten des kindlichen Verhaltens und seines Aussehens ausgelöst («Kindchenschema»), erfolgt sehr rasch und wird von Eltern meist nicht bewusst erlebt und gesteuert.

Demgegenüber beinhaltet das Konzept der Feinfühligkeit zusätzlich interpretierende und damit dem Bewusstsein zugängliche kognitive Funktionen der Eltern. Es beschreibt die Fähigkeit der Eltern, Signale ihres spezifischen Kindes wahrzunehmen, richtig zu interpretieren und prompt und angemessen auf die kindlichen Si-

gnale zu reagieren (Ainsworth, 1969). Eltern nehmen beispielsweise das Schreien ihres Babys wahr und interpretieren es im jeweiligen Kontext richtig (Hunger, Müdigkeit, Unwohlsein, Langeweile, …). Sie reagieren prompt, das heisst innerhalb der Zeitspanne, in der das Baby einen Zusammenhang zwischen seinem Schreien und der Reaktion des Elternteils herstellen kann, mit entsprechenden Massnahmen wie füttern, schlafen legen, wickeln oder spielen. Die angemessene Reaktion entspricht dann dem geäusserten Bedürfnis, ist dem Alter des Kindes entsprechend und weder zu stark noch zu schwach. Im Beispiel des Schreiens aus Hunger bei einem dreimonatigen Baby wäre eine angemessene Reaktion der Eltern, wenn sie ihr Baby stillen oder mit der Flasche füttern, bis das Kind signalisiert, dass es satt ist. Feinfühligkeit ist damit eine vom Kind ausgehende Beschreibung der elterlichen Kompetenzen. Die Qualität der Feinfühligkeit misst sich im Ergebnis an den individuellen Reaktionen und Antworten des Kindes (Derksen & Lohmann, 2009).

In der Praxis zeigt sich, dass eine feinfühlige Reaktion von Eltern an unterschiedlichen Punkten erschwert oder beeinträchtigt sein kann. Auf der Ebene der *Wahrnehmung* ist es für die meisten Eltern einfach, deutliche Signale des Kindes wie Quengeln oder Schreien wahrzunehmen. Sehr viel anspruchsvoller sind die oben beschriebenen feinen Zeichen des Kindes im Rahmen des Alltagsgeschehens zu erkennen. Der gepresste Atem des Kindes oder die angespannten Finger und Hände können in einer Wickelsituation leicht übersehen werden.

Bei der *Interpretation* des kindlichen Verhaltens ist die Herausforderung oft noch grösser. Einzelne Verhaltensweisen können sehr unterschiedliche Bedeutungen haben. Durch Schreien kann das Baby unter anderem signalisieren, dass es hungrig oder müde ist, dass ihm etwas weh tut oder dass ihm langweilig ist. So kann es zu Missverständnissen in der Interaktion zwischen Eltern und Kind kommen. Wendet das Baby beispielsweise den Blick aus einem Zwiegespräch ab, weil es viele Reize aufgenommen hat und nun eine Pause braucht, können Eltern dies entsprechend interpretieren. Sie warten dann ab, bis das Kind wieder einen balancierten Zustand erreicht hat und aus eigener Initiative in die Interaktion zurückkommt. Oder aber Eltern missverstehen das Wegschauen und interpretieren, dass die Interaktion dem Baby langweilig ist, es nach neuen Anregungen ausserhalb der Interaktion sucht. Diese Eltern werden versuchen, das Baby durch gesteigerte Aktivität wieder in den Kontakt zu bringen und das Baby mit noch mehr Reizen konfrontieren, auf die das Baby mit verstärkter Abwendung reagiert. So können ungünstige Entwicklungen ihren Anfang nehmen. Eine weitere Quelle von Fehlentwicklungen kann in einem eingeschränkten Interpretationsrepertoire und damit einseitigen Interpretationen der Eltern liegen, beispielsweise wenn Eltern das Schreien ihres Säuglings ausschliesslich als Hungersignal interpretieren.

Auf der *Handlungsebene* ist die prompte und angemessene Reaktion unter anderem abhängig vom Entwicklungsalter und den individuellen Fähigkeiten des Kindes. Eltern reagieren beispielsweise rascher auf das Schreien ihres Säuglings und langsamer auf das Quengeln ihres Kleinkindes; der Trost wird für das Kleinkind eher verbal ausfallen und weniger durch direkten körperlichen Kontakt wie bei einem Säugling. Die Handlungsebene lässt damit ebenfalls viel Spielraum für Möglichkeiten elterlichen Verhaltens, und es ist im Einzelfall nicht immer leicht zu entscheiden, ob die Reaktion der Eltern als prompt und angemessen zu beurteilen ist. Nicht zuletzt hängt die Handlung der Eltern auch von ihren persönlichen Erziehungszielen und damit verbundenen gesellschaftlichen Normen und Erwartungen ab. Die bei uns weit verbreitete gesellschaftliche Idealvorstellung von möglichst selbstständigen und autonomen Menschen bewirkt, dass Eltern ihren nächtlich schreienden Säugling nach der Beruhigung frühzeitig wieder in dessen eigenem Bettchen schlafen legen. Demgegenüber wählen Eltern, die sich auf relationale (d.h. auf Verbundenheit orientierte) Erziehungsziele hin ausrichten, die Möglichkeit, den Säugling und auch das Kleinkind im elterlichen Bett schlafen zu lassen. *Tabelle 1* fasst die allgemeinen Kennzeichen feinfühliger und weniger feinfühliger Reaktionen der Eltern auf die Signale des Kindes zusammen.

Das alltägliche Zusammensein von Eltern mit ihren Kindern setzt sich aus entspannten und überfordernden Situationen, guten und schlechten Tagen, aus erholsamen und durchwachten Nächten zusammen. Gefühle wie Freude, Glück und Harmonie gehören ebenso dazu

Tabelle 1: Feinfühlige und weniger feinfühlige Reaktionen der Eltern

Feinfühlige Reaktion	Weniger feinfühlige Reaktion
Signale des Kindes …	Signale des Kindes …
… wahrnehmen,	… werden verzögert oder nicht wahrgenommen, die Wahrnehmungsschwelle der Eltern ist hoch.
… richtig interpretieren,	… werden unangemessen interpretiert, d. h. die kindlichen Signale werden missverstanden, einseitig oder verzerrt interpretiert.
… prompt beantworten,	… werden verzögert beantwortet, d.h. nicht in einem Zeitraum, in dem das Kind einen Zusammenhang zwischen seinen Signalen und der Reaktion der Eltern herstellen kann.
… angemessen beantworten.	… werden inadäquat beantwortet, d. h. die Reaktion der Eltern ist nicht angepasst an das signalisierte Bedürfnis des Kindes, das Entwicklungsalter oder die Kompetenzen des Kindes.

Tabelle 1: Feinfühlige und weniger feinfühlige Reaktionen der Eltern.

wie Überforderung und Ungeduld. Eltern reagieren vor diesen unterschiedlichen Hintergründen auf die Signale ihrer Kinder teilweise feinfühlig, teilweise werden Signale missverstanden oder auch übersehen. Für die Entwicklung einer guten Bindungsbeziehung ist entscheidend, dass Eltern überwiegend feinfühlig reagieren, dass sie insbesondere nach Missverständnissen oder schwierigen Situationen den Kontakt und die Balance in der Beziehung wieder herstellen und zu einer positiv geprägten Beziehung zurückkommen können. Um mit Winnicott (1953) zu sprechen: Eltern müssen nicht perfekt, aber «gut genug» sein. Kinder haben die Fähigkeit, sich trotz Belastungen gut zu entwickeln, «wenn die ungünstigen Bedingungen nicht zu lange andauern, nicht alle Entwicklungsbereiche betreffen und die Beeinträchtigungen nicht zu massiv sind» (Derksen & Lohmann, 2009, S. 95).

Die Interaktion zwischen Eltern und Kindern im Entwicklungsverlauf

In den ersten Lebensjahren verläuft die Entwicklung von Kindern rasant. Damit wird ein weiteres wichtiges Kriterium für die gelingende Interaktion deutlich. Inwieweit gelingt es Eltern und Kind, sich an die ständig verändernden Anforderungen anzupassen und Übergänge gemeinsam zu meistern? Nach Crittenden (2006) steht beispielsweise während der ersten drei Monate die physiologische Regulation des Kindes im Mittelpunkt, um Interaktionen zwischen Kind und Eltern zu ermöglichen und allmählich zeitlich auszudehnen. Von drei bis sechs Monaten lernt das Kind, seinen Part in der Interaktion zu übernehmen, von den Eltern eingeräumte Pausen für den eigenen Beitrag zu nutzen und selbst wieder Pausen für die Eltern zu lassen. Zwischen dem sechsten und dem neunten Lebensmonat geht es darum, Interaktionen zeitlich, in der Art der Reaktion oder der Rolle zu variieren. Es folgen weitere Aufgaben wie die Aufmerksamkeit in der Interaktion gemeinsam auf etwas Drittes wie Spielobjekte oder die Umgebung zu richten (neun bis zwölf Monate), die Sprache ins Spiel zu integrieren (zwölf bis fünfzehn Monate), Konflikte zwischen Kind und Eltern zu regulieren (fünfzehn bis vierundzwanzig Monate) und die sprachliche Kommunikation und Aushandlung innerhalb der Beziehung zu entwickeln (ab zwei Jahren).

Zeigt das Kind im Rahmen dieser Entwicklungsaufgaben Belastungen, die es selbst nicht ausreichend regulieren kann, kommt den Eltern die Aufgabe zu, es zu unterstützen, sodass es wieder in einen gut balancierten Zustand kommen kann. Dieses Wechselspiel erfordert entlang der beschriebenen Entwicklungsschritte beständige Anpassungen. Über die feinfühlige Unterstützung lernt das Kind, sich zunehmend flexibler auf unterschiedliche Bedingungen einzustellen. Es lernt, seine physiologischen und emotionalen Erregungszustände und sein Verhalten zu regulieren und Stress zu bewältigen (Ziegenhain et al., 2009). Gelingende oder weniger gelingende Interaktionen entwickeln sich damit aus dem gemeinsamen Beitrag der Mutter bzw. des Vaters und des Kindes. Die Abstimmung bzw. Nicht-Abstimmung zwischen den jeweiligen Signalen und Ausdrucksverhaltensweisen des Kindes und dem elterlichen Verhalten kann als mehr oder weniger gut gelingende Passung beschrieben werden (Brandstädter, 1985).

Zusammenfassend sind Säuglinge und Kleinkinder in hohem Masse abhängig und auf ihre Beziehungsumwelt angewiesen. Gleichzeitig gibt es jedoch eine grosse Bandbreite an Entwicklungsmöglichkeiten. Gelingende alltägliche Eltern-Kind-Interaktionen hängen davon ab, dass die kindlichen Kompetenzen weder entscheidend über- noch unterfordert werden.

Ungünstige Entwicklungen und Warnzeichen in der Interaktion

In einer gelingenden Eltern-Kind-Interaktion werden die Eltern als sensitiv und die Kinder als kooperativ beschrieben (Crittenden, 2005). Sensitive Eltern passen ihr Verhalten an das Verhalten des Kindes an; beispielsweise zeigen sie ein angemessenes Handlungstempo, eine zugewandte Körperhaltung, sie verbalisieren Gefühle. Kooperative Säuglinge zeichnen sich durch eine mittlere emotionale Erregung aus, sie wirken freundlich, aktiv, einladend und zeigen interessierte Aufmerksamkeit für ihre Umgebung. Es gibt Hinweise auf ihr beständiges Engagement in der Interaktion und ihr Muskeltonus wirkt insgesamt weich und entspannt.

Dem gegenüber gibt es vielfältige Ursachen, warum sich Interaktionen zwischen Eltern und Kindern ungünstig entwickeln. Kinder bringen konstitutionelle Belastungen mit, sind beispielsweise zu früh geboren, in ihren Feinzeichen uneindeutig und schwer zu lesen. Andere Kinder sind aufgrund ihres Temperaments leicht irritierbar und können sich an die alltäglichen und wechselnden Anforderungen, beispielsweise beim Anziehen, schwer anpassen. Eltern haben, vielleicht auf der Grundlage biografischer Belastungen, einen geringen oder erschwerten Zugang zu ihren intuitiven elterlichen Kompetenzen. Oder sie sind aufgrund aktueller Belastungen in ihrer Feinfühligkeit eingeschränkt. Auf der Grundlage dieser Erschwernisse entstehen Muster in der Interaktion, in denen Eltern und Kinder nicht zu einem befriedigenden Austausch gelangen. Crittenden (ebd.) beschreibt verschiedene, häufig nicht offensichtliche Risiken in der Interaktion zwischen Eltern und ihren Säuglingen: Passive Freundlichkeit (Nicht-Responsivität) bei Eltern ist häufig gepaart mit Passivität oder Irritierbarkeit bei den Kindern. Auf offen oder verdeckt feindselige Eltern reagieren die Kinder überangepasst oder schwierig.

Die Nicht-Responsivität bei Eltern und die Passivität oder Irritierbarkeit bei den Kindern zeigen sich an Hinweisen in verschiedenen Bereichen:

- *Nicht-responsive Eltern* sind sprachlich, mimisch und körperlich zurückgezogen. Sie schauen weg, schweigen, bieten wenig Körperkontakt an und zeigen wenig Aktivität in Bezug auf ihre Kinder.
- *Passiv reagierende Kinder* zeigen sich insgesamt niedrig erregt und ruhig. Ihr Gesichtsausdruck wirkt leer, die Mundwinkel hängend, sie initiieren wenig Kontakt. Sie zeigen wenig Aufmerksamkeit für ihre Umgebung, spielen nur eingeschränkt und tolerieren Umgebungsereignisse ohne eigene Aktivität. Im Tonus wirken sie schlaff und hypoton.
- Manche *Kinder* wirken unter diesen Bedingungen im Kontakt *irritiert,* wenn ihre Signale und Kontaktangebote mehrfach nicht beantwortet werden. Sie drücken ihr Unwohlsein durch vermehrte Aktivität oder Jammern im Wechsel mit zurückgezogenem Verhalten aus.

Auch auf den offen oder verdeckt feindseligen Verhaltensstil von Eltern und überangepasstes oder schwieriges Verhalten von Kindern gibt es Hinweise:

- *Offen feindselige Eltern* beschimpfen beispielsweise ihre Kinder, starren sie an oder schütteln sie. Ihr Verhalten wirkt mehr oder weniger beängstigend.
- *Verdeckte Feindseligkeit der Eltern* ist demgegenüber schwerer zu erkennen. Sie zeigt sich unter dem Anschein der Freundlichkeit. Diese Eltern hänseln oder ärgern ihre Kinder, bieten beispielsweise ein Spielzeug an und ziehen es wieder weg, wenn das Kind danach greift, kneifen sie «im Spass» oder unterbrechen kindliche Aktivitäten abrupt.
- Die *überangepasst reagierenden Kinder* scheinen auf den ersten Blick emotional ruhig, bei genauerer Beobachtung zeigen sie jedoch ein hohes Erregungsniveau und sie wirken wachsam. Sie akzeptieren die intrusiven Verhaltensweisen der Eltern aktiv, zeigen unter Umständen jedoch Anzeichen von Furcht. Sie wirken in ihren Bewegungen gehemmt, oder, im frühen Säuglingsalter, starr angespannt, «eingefroren». Ihr Tonus kann als angespannt, aber ruhig beschrieben werden.
- Die als *schwierig* bezeichnete *Reaktion der Kinder* umfasst ein emotional hohes Erregungsniveau, die Kinder zeigen sich gesteigert aktiv. Sie vermeiden den Kontakt, sind abwehrend, widerständig und vermehrt ärgerlich. Bei Angeboten verweigern sie sich aktiv oder protestieren häufig. Im Tonus sind sie angespannt und insgesamt reaktiv.

(nach Crittenden, 2006)

Die in *Abbildung 2* dargestellten Verhaltensstile von Bezugsperson und Kind zeigen sich auf unterschiedlichen Ausdruckskanälen. Gesichtsausdruck, Tonfall, Körperhaltung bzw. Körperkontakt und Gefühlsausdruck weisen auf die affektiven Aspekte der Interaktion hin, während die zeitliche Aufeinanderfolge und die Kontingenz in der Interaktion, die Steuerung der Aktivität und die Wahl einer entwicklungsangemessenen Aktivität kognitive Aspekte der Interaktion beinhalten (Crittenden, 2005). Für die Beurteilung der Passung zwischen Eltern und Kind liefern diese Ausdruckskanäle wichtige Hinweise: Entsprechen sich der Gesichtsausdruck der Mutter und der des Kindes? Oder zeigt die Mutter ein strahlendes Lächeln, während das Kind traurig wirkt? Wirken Mimik und Tonfall abgestimmt oder diskrepant? Ist der Gefühlsausdruck positiv oder negativ oder schwankend?, usw. Entsprechungen oder Diskrepanzen zwischen Elternteil und Kind können dabei wichtige Hinweise auf die Dynamik der Interaktion und die Verhaltensstile von Eltern und Kind geben.

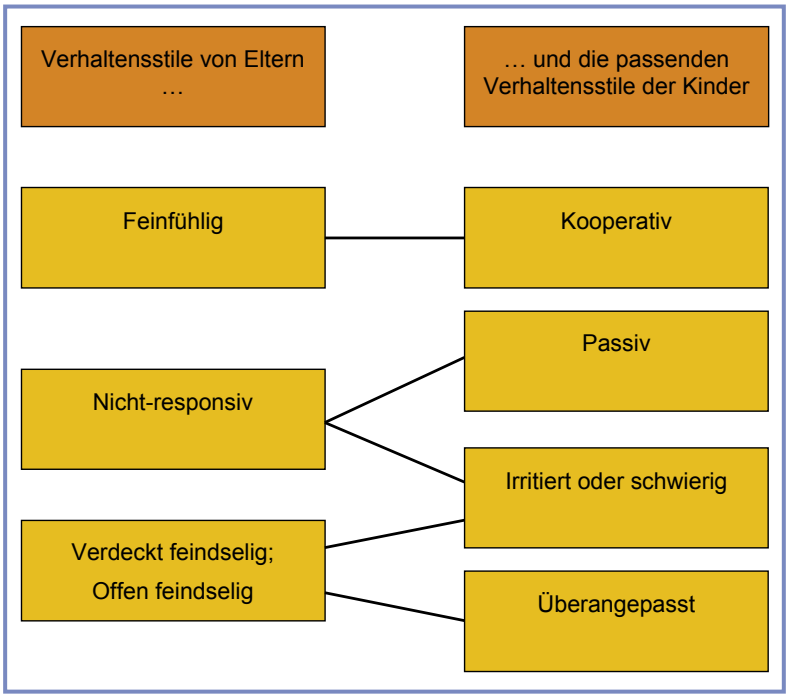


Abbildung 2: Interaktionsmuster zwischen Eltern und Kindern (nach Crittenden, 2006).

Die beschriebenen Konstellationen in der Interaktion zwischen Eltern und Kind stellen in milder Form zunächst keine Gefährdung für das Kind dar. Sie sind für das Kind weniger günstige Entwicklungsbedingungen und können kompensiert werden. In Kombination mit anderen Belastungsfaktoren und auf längere Sicht können sich jedoch negative Folgen für die Entwicklung des Kindes zeigen. Jede dieser Formen birgt zudem spezifische Gefahren der Entgleisung, wenn weitere Belastungen für die Familie auftreten und keine geeignete Hilfe und Unterstützung angeboten wird. Während dann in nicht-responsiv/passiven Eltern-Kind-Paaren das Risiko der Vernachlässigung gegeben ist, laufen kontrollierend/schwierige Interaktionen insbesondere Gefahr, in

Misshandlungen zu entgleisen. Vernachlässigung und Misshandlung stellen dabei die Endpunkte einer Entwicklung dar, in deren Verlauf die sich entwickelnde Bindungsbeziehung zwischen Eltern und Kind schrittweise entgleist (Ziegenhain et al., 2007). In der Regel zeigen sich bereits lange vorher die beschriebenen Hinweise auf den nicht gelingenden Kontakt zwischen den Eltern und dem Kind.

Unterstützung und Hilfe

Die Beobachtung und Einschätzung der Interaktion zwischen Eltern und ihrem Säugling bieten in der kinderärztlichen Begleitung die Chance, Belastungen und ungünstige Entwicklungen frühzeitig wahrzunehmen. Je nach Bedarf kann die Familie dann im kinderärztlichen Rahmen unterstützt oder in ein geeignetes Angebot vermittelt werden.

In vielen Konzepten der Frühen Hilfen ist die Stärkung der kindlichen und der elterlichen Kompetenzen ein zentrales Ziel. Auch in Familienbildungsprogrammen und Eltern-Säuglings-Beratungen wird der Fokus häufig auf die kindlichen Entwicklungsmöglichkeiten, die elterlichen Ressourcen und die Beziehung zwischen Eltern und Kind gelegt.

Netzwerke Frühe Hilfen, wie sie in vielen Kommunen inzwischen initiiert wurden, vernetzen und koordinieren die unterschiedlichen Angebote und Träger, insbesondere aus dem Gesundheitswesen und der Jugendhilfe. Mit dem Ziel, Familien frühzeitig, niedrigschwellig und passgenau zu unterstützen, bieten sie Fachpersonen eine Plattform, systematische Wege zu ergänzenden und weiterführenden Angeboten zu knüpfen. Das Spektrum reicht dabei von primärpräventiven Angeboten wie Hebammenhilfe oder Mütterberatung bis zu spezialisierten Angeboten im teilstationären und stationären Bereich.

Für ein Risikoscreening zum Einsatz im Umfeld der Geburt hat Heinz Kindler (2009) im Rahmen des Projektes «Guter Start ins Kinderleben» den sogenannten «Anhaltsbogen für ein vertiefendes Gespräch» entwickelt. Anhand von fünf Punkten, die eine erhebliche Bandbreite möglicher Risikofaktoren abdecken, entstand ein einfach und schnell auszufüllendes Grobscreening, das sich auch für den Einsatz in der kinderärztlichen Praxis eignet. Das Instrument soll insbesondere die Qualitätskriterien Zuverlässig (Reliabilität), Vorhersagestärke (prädiktive Validität) und Praktikabilität erfüllen. Es bietet eine Grundlage, den potenziellen Bedarf für Hilfe und Unterstützung im Gespräch mit den Eltern zu thematisieren und Übergänge zu möglichen Anbietern einzuleiten.

Letztlich zeigt sich, dass der weitaus grösste Teil der Kinder sich positiv beziehungsweise unauffällig entwickelt. Viele Eltern sind jedoch unsicher in der Erziehung ihrer Kinder (Deutsche Shell, 2000) oder bringen gar Belastungen mit. Mit dem Wissen um die Feinzeichen der Befindlichkeit von Säuglingen und Kleinkindern und um die Bedingungen der Interaktion zwischen Eltern und Kindern können Eltern unterstützt werden, die Sprache ihrer Babys zu verstehen und eine angemessene Antwort darauf zu geben. Damit kann ein wichtiger Beitrag zur gesunden Entwicklung der Kinder geleistet werden. ■

LITERATUR

Ainsworth M. & Wittig B. (1969). Attachment and exploratory behavior of one-year-olds in a strange situation. In: Foss B (Hg.): Determinants of infant behaviour. Bd 4. London: Mehuen.

Als H. (1982). Towards a synactive theory of development: Promise for the assessment of infant individuality. Infant Mental Health Journal, 9, 653–677.

Brandstädter J. & Gräser H. (1985). Entwicklungsberatung unter dem Aspekt der Lebensspanne. Göttingen: Hogrefe.

Crittenden P.M. (2005). Der CARE-Index als Hilfsmittel für Früherkennung, Intervention und Forschung. Frühförderung interdisziplinär 24/3, 99–106. München: Ernst Reinhardt.

Crittenden P.M. (2006). CARE-Index Infants und CARE-Index Toddlers. Unveröffentlichte Coding Manuale für die Weiterbildung.

Derksen B. & Lohmann S. (2009). Baby-Lesen. Die Signale des Säuglings sehen und verstehen. Stuttgart: Hippokrates.

Deutsche Shell (Hrsg.) Jugend 2000 (2000). 13. Shell Jugendstudie. Opladen: Leske & Budrich.

Grossmann K.E., Fremmer-Bombik E., Friedl A., Grossmann K., Spangler G. & Suess G (1989). Die Ontogenese emotionaler Integrität und Kohärenz. In: E. Roth (Hrsg.): Denken und Fühlen. Berlin: Springer, 36–55.

Grossmann K. (2004). Bindung. Das Gefüge psychischer Sicherheit. Stuttgart: Klett-Cotta.

Kindler H. (2009). Wie könnte ein Risikoinventar für frühe Hilfen aussehen? In: Meysen T., Schönecker L., Kindler H.: Frühe Hilfen im Kinderschutz. Rechtliche Rahmenbedingungen und Risikodiagnostik in der Kooperation von Gesundheits- und Jugendhilfe. Weinheim, München: Juventa.

Papoušek M., Schieche M., Wurmser H. (2010). Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen. Bern, Göttingen: Hans Huber

Winnicott, D. (1953). Transitional objects and transitional phenomena, International Journal of Psychoanalysis, 34: 89–97.

Ziegenhain U., Fries M., Bütow B., Derksen B. (2004). Entwicklungspsychologische Beratung für junge Eltern. Grundlagen und Handlungskonzepte für die Jugendhilfe. Weinheim, München: Juventa.

Ziegenhain U., Fegert J.M., Ostler T., Buchheim A. (2007). Risikoeinschätzung bei Vernachlässigung und Kindeswohlgefährdung im Säuglings- und Kleinkindalter. Chancen früher, beziehungsorientierter Diagnostik. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 410–428.

Ziegenhain U., Gebauer S., Ziesel B., Künster A.K., Fegert J.M. (2009). Die Chance der ersten Monate. Feinfühlige Eltern – gesunde Kinder. Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie, Universitätsklinikum Ulm.

Als ich vor (ein paar) Jahren als UHU erstmals Pädiatrieluft schnupperte, war Petrign Töndury Oberarzt auf der Onkologie. Sein ausserordentliches Engagement für die Kinder fiel auch dem Frischling auf, ein Engagement, von dem viele Kinder und Familien und auch die Praxispädiatrie über Jahrzehnte profitieren sollten. Sein untenstehender Bericht ist quasi Petrigns Abschiedsvorlesung an die Belegschaft der Geburtsabteilung des Salemspitals Bern. Einsatz- und Risikobereitschaft, Flexibilität, Freude am Beruf und Verbundenheit mit den Menschen: die Ingredienzien der Praxispädiatrie mit ihren zahlreichen Nebengeleisen. *Rolf Temperli*

Liebe gute Geister vom A4

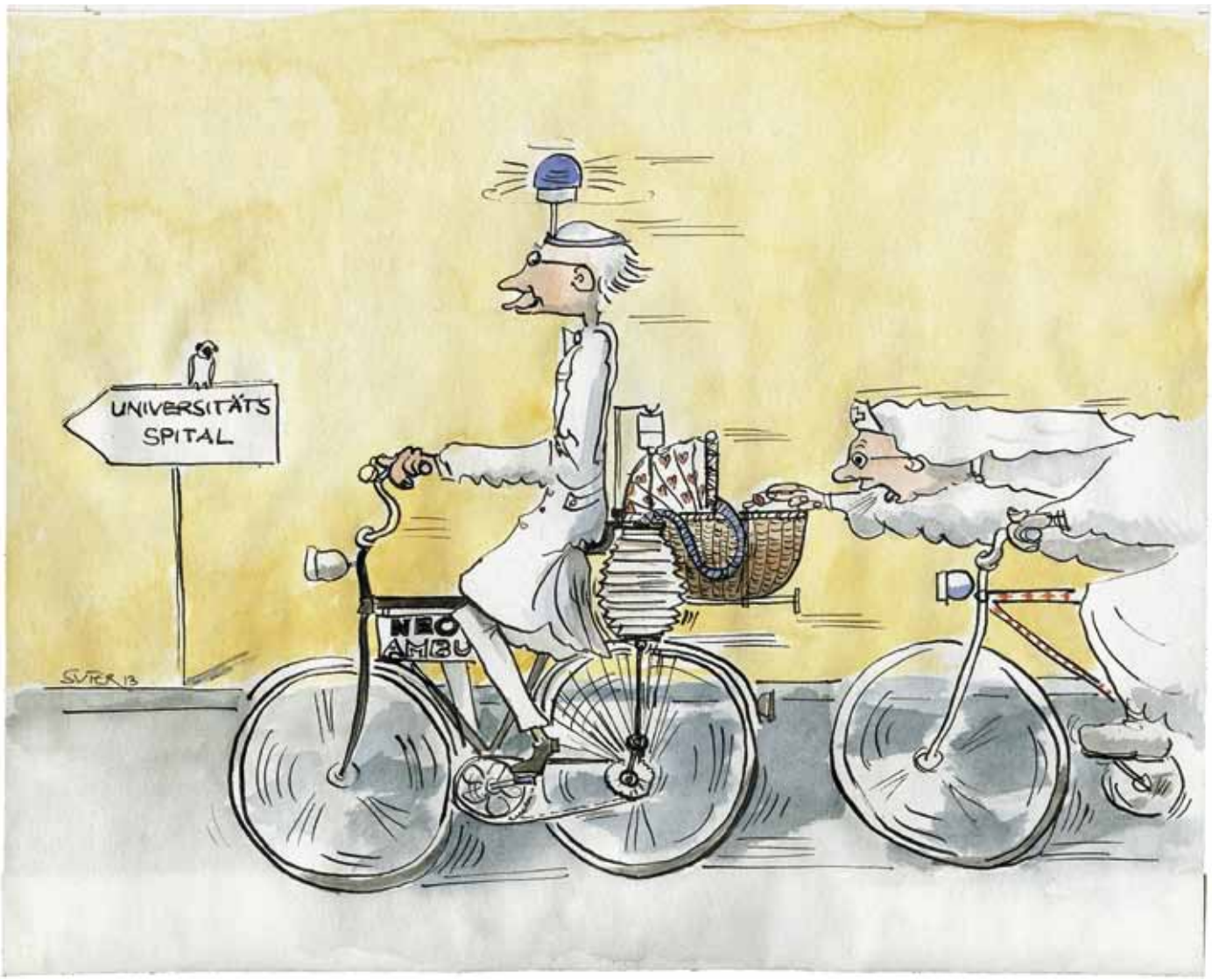
DR. MED. PETRIGN TÖNDURY,
BERN

Eigentlich bin ich nicht mehr da und doch bin ich es noch; darum habe ich mich, nach dreissig langen, aber scheinbar schnell verflogenen Salemjahren, gar nicht so recht von Euch verabschieden mögen. Fünf weitere Ultraschalljahre habe ich mir vorgenommen, darum werdet Ihr mich ja noch ab und an auf dem A4 erblicken. Heute aber möchte ich Euch ein wenig von den dreissig Jahren erzählen. Das sind gemeinsame Reminiszenzen für die Altgedienten, ein Blick zurück ins «finstere Mittelalter» für die Jungen, in eine Zeit, da es noch keine Handys gab, als ich quasi als Pionierleistung für meine neue Praxis einen Computer anschaffte, Commodore hiess er, der sage und schreibe zwei ganze Megabyte Kapazität hatte und mehr kostete, als ein heutiger mit zwei Terabyte.

Es war Ruedi König, der mich einlud, im Salem mitzumachen. Vielleicht wäre ich sonst im Viktoriaspital gelandet, das einige Jahre später den Schirm zumachte. Nun stellt Euch mal vor: In meiner ersten Salem-Dienstwoche gabs eine Sectio am Dienstag, Mittwoch, Donnerstag und Freitag. Tönt vertraut, fast wie 2013, nicht wahr? Am Montagabend nach Dienstende war ich dann im Kino, zur Erholung nach der «Feuertaufe». In «La Notte di San Lorenzo» hörte ich die «filastrocca», den Kindervers, der mich seither begleitet hat: «Medicina, medicina, un po' di caca di gallina, un po' di cane, un po' di gatto, domattina è tutto fatto.» Jetzt wisst Ihr, woher ich meine Zuversicht genommen und im Salem «Sachen gemacht» habe, die heute schlicht ausgeschlossen wären. Wie jener partielle Austausch bei einem arrhythmischen Kind mit einem Hk von 70%, mitten in der Nacht des 30./31.12. nach einem feuchtfröhlichen Nachtessen bei Freunden. Regine half mir dabei, verlor kein Wort über meine Fahne, alles lief rund und die Arrhtyhmie verschwand. Oder die Walther-Buben mit ihrer schweren Ichthyose, die wir einfach im Salem behielten, trotz ihrer lederigen, hochproblematischen Haut, befeuchtet von einem «Giraff», alle paar Stunden eingeschmiert mit antidry. Für diese Kinder holte ich die Insel ins Salem, eine OAe der Dermatologie mit Pfupf, statt die Kinder in die Insel zu bringen. Ja, genau das kann man heute auch kaum mehr. Wie viele Neugeborene habe ich doch in meinem alten, verrosteten R14 selber in die Kinderklinik verlegt, eine «Schwester» auf dem Rücksitz neben dem Kind, das in seinem Krättli auf dem Boden lag. Maxi-Cosy gabs noch nicht. – 2012 habe ich von einer Leitenden der Insel für so eine Aktion ganz schön aufs Dach gekriegt. Eben, tempi passati.

Das gilt auch für die Rea. Meine ersten neonatologischen Erfahrungen habe ich 1975 in New York gemacht. Noch sehe ich die Anästhesistin vor mir, die ein apnoisches Neugeborenes an den Fussgelenken hielt, kopfüber, und auf die Fusssohlen schlug. Stellt Euch das mal vor! Damals gabs auch noch keine perkutane O_2-Messung. Man musste jedes Mal eine Arterie punktieren, um den pO_2 zu erfahren, manchmal zehnmal oder mehr am selben Tag beim gleichen Kind. – Von jenen zwei Jahren am Roosevelt Hospital in Manhattan ist mir auch die Begegnung mit John Driscoll, einem Pionier der modernen Neonatologie, im Gedächtnis geblieben. Er sagte ganz freimütig, auch nach zwanzig Jahren müsse er seine Pobacken fest zusammenpressen, wenn er zu einer Rea gerufen werde. Die Verantwortung, die man da trägt, muss man tatsächlich ein wenig verdrängen, um handlungsfähig zu bleiben. Das war damals so und wird sich nicht ändern.

Damals im Salem gab es noch kein «rooming-in» und das «maternal-infant bonding» war eine neue Erkenntnis. Einmal war eine Adoleszente zur Geburt angemeldet, die seinerzeit von einer «mehrbesseren» Akademikerfamilie adoptiert worden war. Ihr Kind sollte gleich nach der Geburt einer Pflegefamilie übergeben werden, die Geburt, wie die Schwangerschaft, geheim bleiben. Ich fragte die junge Frau, ob sie ihr Kind nach der Entbindung sehen und an sich nehmen wolle oder nicht, denn sie müsse damit rechnen, dass



Ja, früher, da …
(N. B. kein E-Bike!)

sie dabei vom Wunsch überwältigt werde, es zu behalten. Sie wollte, behielt ihren Sohn – und hat es nie bereut. Das war die unwiderstehliche Macht des ruhigalerten Neugeborenen. Bonding eben. So ging es auch der hochintelligenten, beruflich ehrgeizigen mexikanischen Mutter, die im Salem ihr zweites Kind bekam und von dessen Trisomie 21 völlig überrumpelt wurde. Was mein Zureden, meine Versuche, sie zu unterstützen, nicht zustande brachte, schaffte ihr Mädchen problemlos. So sagte sie mir bei einer Vorsorgeuntersuchung in der Praxis, dieses Kind sei das Beste, das ihr im Leben passieren konnte.

Der Papierkrieg war in meinen ersten zehn oder mehr Salemjahren auch erheblich bescheidener. Für ein Kind gabs ein A5-Halbkartonblatt, auf dem «alles» vermerkt wurde, das heisst, fast nichts. Den NApH machte man ja auch noch nicht, und die O_2-Sättigung erst recht nicht. Die Einführung der pH-Messung führte dann zur Erkenntnis, dass viele Sectiokinder in der Frühzeit der Epiduralanästhesie sauer waren, offenbar weil die Mütter zu wenig Volumen bekamen. In den allerersten Jahren gab's auch die epidurale und die spinale Anästhesie noch nicht. Sectio hiess Vollnarkose, und es wurde mir bald mal klar, dass man bei gewissen Anästhesisten mit einem deprimierten Neugeborenen rechnen musste. Deshalb war es durchaus gerechtfertigt, dass wir Pädiater damals bei jedem Kaiserschnitt anwesend sein mussten. Nur: Was wir da so alles taten, du meine Güte. Absaugen, Sauerstoff geben. Stimulieren … Diesen Aktivismus habe ich mir dann über die Jahre abgeschminkt. Übrigens habe ich auch Jahre gebraucht, um gewisse Dinge zu merken. Zum Beispiel, dass das Kind im Mutterleib gezwungenermassen zyanotisch ist, weil es einen pO_2 von nur 28 Torr hat (die Mama 95 Torr). Oder dass es die Darmbakterien sind, die das Neugeborene am Anfang noch nicht hat, die uns das Vitamin K liefern.

Ich habe den Papierkrieg erwähnt. Da gab es aber noch einen anderen Krieg, den zwischen Gynäkologen und Hebammen, dio mio, das kann man sich heute kaum mehr vorstellen. Ich unterstützte die Hebammen, sodass ich für einige Frauenärzte zur persona non grata wurde. Das ist lange her, das Kriegsbeil bleibt (meistens) begraben, der militärische Befehlston von einst ist passé. Mit einigem, aber nicht durchschlagendem Erfolg haben wir Kinderärzte dafür gekämpft, von den Gynäkologen alle wichtigen Informationen zu bekommen. (Unverbesserliche gab es immer und wird es immer geben.) Auch die Sectiorate war von jeher ein Thema. Sie hat über meine Salemjahre gewiss noch erheblich zugenommen, dafür sind schwere Asphyxien ganz eindeutig seltener geworden, und das ist doch ein riesiger Benefit, der in den Medien, die immer wieder über den hohen Sectioanteil lästern, nicht erwähnt wird. In meinen frühen Jahren passierte stets vor meinen Ferien irgend eine Katastrophe, da konnte ich quasi Gift drauf nehmen! Da war die Nähe meiner Praxis zum Salem manchmal ein unerhörter Vorteil, und das Velo natürlich völlig unschlagbar. So schnell wie an jenem Montag nach der Meldung, das neugeborene Mädchen mit Status nach Asphyxie habe einen BZ von 0,1 und krampfe, war ich aber nie mehr im Salem. Der Vater schaute dann zu, wie ich dem Kind einen Nabelvenenkatheter verpasste, was für mein Empfinden unendlich lange dauerte; doch er insistierte, ich hätte seiner Tochter das Leben gerettet. Was aus ihr geworden ist ? Ein blitzgescheiter, sprachlich virtuoser, frecher Fratz!

Ja, der Tö kam (fast) immer per Velo: Die unvergessene Vera Reichle sah mich mal, mit einer irischen Mütze auf dem Kopf, heranfahren, war aber ganz überrascht, als ich plötzlich vor ihr stand. Sie hatte gemeint, es (ich) sei der «Bund»-Verträger, der da vorfuhr. Mit einem Jaguar oder Merz wäre mir das nicht passiert…

In diesen dreissig Jahren hat das Salem zahllose Umbauten erlebt, zeitweise mit einem unerträglichen Lärmpegel. Die Zimmer wurden umnumeriert. Auch die Besitzer haben mehrmals gewechselt. Und wer weiss heute noch, dass das Salem früher ein Diakonissenhaus war? Die Diakonissen haben sich jedenfalls den schönsten Platz von ganz Bern ergattert, und ich habe von der Aussicht nie genug gekriegt. Eine weit über achtzigjährige Diakonisse musste ich mal spätnachts verarzten, in der Zeit, da man noch Nachtarztdienst leisten musste, vor der Einführung der 24-Stunden-Präsenz der Anästhesisten. Die gute alte Frau war nachts aufgestanden und wegen einem Schwindelanfall mit der rechten Gesichtsseite auf die Ecke des Nachttisches aufgeschlagen. Ich nähte die riesige Wunde und die Patientin gab keinen einzigen Klageton von sich.

Im Säuglingszimmer geht das ja ganz anders zu und her. Manchmal schreit es, bis man halb taub ist. Bisher ist aber noch niemand auf die Idee verfallen, man könnte den Pflegenden beim Antritt ihrer Stelle und dann jährlich einen Hörtest verpassen. Wer weiss, was da rauskäme. Das Gerät dazu haben wir ja seit bald fünfzehn Jahren. Der Anfang des OAE-Screenings war aber gar nicht so einfach. Ich hatte das erste verfügbare Gerät angeschafft, nachdem ich bei zwei intelligenten, intuitiven kleinen Mädchen erlebt hatte, wie sie die Eltern (und mich auch) völlig hinters Licht führten. Viele von Euch haben die Anekdote schon hundertmal gehört, sorry, aber die Geschichte von der kleinen Laura verblüfft immer wieder. Ihr konnte der Grossvater sagen: «Chumm Schätzeli, chumm mer uf d'Chnöi und gib mer es Müntschi», und sie machte das. Hörte aber nix. Darum finde ich dieses OAE-Screening sehr wertvoll, auch wenn es öfters mal aus rein technischen Gründen nicht bestanden wird und damit grosse Beunruhigung auslöst. – Ich wollte damals das neu erstandene Gerät im Salem einsetzen und mir seinen stolzen Preis von fast 8000 Franken vom Salem vergüten lassen. Uh, da wurde mir grässlich an den Karren gefahren, weil ich ausserhalb des Budgets so was machen wollte und nicht mal den heiligen Dienstweg einhielt. Draussen wurde unterdessen für zig Millionen das riesige Loch gegraben, aus dem nach über einem Jahr die Tiefgarage entstand.

Ich hätte gewiss noch manche Geschichte zu erzählen, denn ich habe in den dreissig Jahren Salem vermutlich über 6000 Neugeborene und ihre Eltern erlebt, eingeschlossen das Kind, das am 25. Dezember vor dem Haupteingang im Bärentaxi geschlüpft ist. Seine Mutter hat sich ein paar Jahre später vor einen Zug geworfen und steht für mich seither als Beispiel dafür, dass wir oft nicht wissen, wie das Leben der uns im Salem anvertrauten Menschen weitergeht. – Ich bin aber durch diese ganze, lange Zeit von Unbill weitgehend verschont, meine (möglicherweise verbrochenen) Kunstfehler sind unentdeckt geblieben, und ich habe allen Grund, dankbar zu sein. Euch dankbar zu sein, denn Ihr guten Geister habt mich stets grossartig unterstützt und seid unglaublich freundlich mit mir umgegangen, sodass ich sprichwörtlich mit einem lachenden (wegen der neuen Freiheit) und einem weinenden Auge «den Hut genommen habe»: Ich habe immer sehr gern mit Euch zusammengearbeitet!

Heissen Dank für alle Unterstützung, allerbeste Wünsche und ganz herzliche Grüsse! ■

Anaphylaxie, Urticaria und Angioödem

DR. MED. RAFFAEL GUGGENHEIM, ZÜRICH

Anaphylaxie ist potenziell tödlich – in den USA versterben jährlich rund 200 Kinder an nahrungsmittelinduzierter und rund 50 Kinder an insektenstichbedingter Anaphylaxie. Wichtig ist es, überhaupt eine mögliche Anaphylaxie zu erkennen und entsprechend zu behandeln. Dazu gehört die genaue Anamnese nach einem Ereignis, die entsprechende allergologische Abklärung und vor allem die wiederholte und richtige Instruktion der Patienten. Die häufigste Ursache für eine Anaphylaxie im Kindesalter sind Nahrungsmittel, u.a. Erdnüsse, Nüsse, Fische, Meeresfrüchte, Kuhmilch, Soja und Eier. Weitere Ursachen können Medikamente (NSAR, Antibiotika), Insektengifte (Wespen, Bienen, Hornissen), seltener Impfungen, Latex und Kontrastmittel sein. Beschrieben sind auch Reaktionen nach Training, im Rahmen einer Desensibilisierung und die idiopathische Anaphylaxis. Die klinischen Zeichen sind neben den obligaten Hautsymptomen (Urticaria, Pruritus, Angioödem) bei Kindern häufig Atemprobleme wie ein Stridor, Husten, Atemnot. Auch Bauchkrämpfe und Erbrechen kommen vor. Synkope und Kreislaufkollaps sind bei Kindern eher ein Spätzeichen. Die Abklärung einer möglichen Ursache sind für Arzt und Patient wichtig und vereinfachen die Instruktion der weiteren Therapie. Diese umfasst immer die *Abgabe und sorgfältige Instruktion* eines gewichtangepassten *Adrenalin-Pens (Epipen®, Jext®: < 30 kg: 0,15 mg i.m.; >30 kg: 0,3 mg i.m.),* welcher im Falle einer Reaktion auch mehrfach gegeben werden muss. Des Weiteren die Abgabe und Instruktion eines Notfallsets, welches immer ein Antihistaminikum der 2. Generation (z. B. Cetirizin) und in Europa eines oralen Steroids einschliesst. Die Amerikaner geben second line eher einen H2-Blocker. Nicht zu vergessen sind bei Atemproblemen auch eine Sauerstoffgabe und inhalative Therapie mit einem Betamimetikum (z. B. Ventolin®). Eine spezifische Therapie und ggf. Immunotherapie ist je nach Ursache notwendig. Patienten mit Anaphylaxie sollten mind. 1 × jährlich kontrolliert und reinstruiert werden. Die Beratung umfasst auch entsprechende Information an weitere Betreuungsstellen des Kinds, d. h. Grosseltern, Krippe, Hort und natürlich Kindergarten und Schule.

In den zwei weiteren Unterkapiteln werden die Ursachen, Abklärung und Therapien von akuter und chronischer Urtikaria sowie des isolierten Angioödems kurz und präzis besprochen. Es folgen zur Illustration praktische Fälle mit einem kleinen Quiz. ■

KOMMENTAR

Eine gut lesbare und im Praxisalltag brauchbare Zusammenfassung für drei Themen, welche der praktisch tätige Pädiater immer wieder sieht. Die Gliederung in drei Kapitel ermöglicht das Lesen in ca. 3 × 15 Minuten und auch eine Teilpräsentation z. B. im Rahmen einer praxisinternen Fortbildung. Die Medikamente sind US-orientiert, werden aber auch in der Schweiz ähnlich empfohlen. Leider sind gerade bezüglich Anaphylaxie die Daten weiterhin sehr unklar. In Deutschland, Österreich und der Schweiz werden diese daher nun systematisch erfasst. Die Zuweisung und die Information von Verdachtsfällen auf Anaphylaxie an ein Zentrum sind daher sehr wichtig.

(Weitere Info:
www.anaphylaxie.net oder bei alice.koehli@kispi.uzh.ch).

Quelle: Anaphylaxis, Urticaria and Angioedema
PediatricsinReview 2013; 34; 247.

KURSE KINDERÄRZTE SCHWEIZ

Praxisökonomiekurs

Thema:
Viel verdienen, wenig und lustvoll arbeiten und keine Steuern zahlen, das wären doch die Ziele von uns allen! Aber wie können wir das erreichen und wo können wir lernen, unsere Ressourcen (körperlich, finanziell, zeitlich …) gut einzuteilen? – Work-Life-Balance, Stressmanagement und Burnoutprophylaxe sind Themen, die wir an diesem Seminar aufgreifen möchten. Mit einem Mix von Referenten möchten wir Euch Informationen, Denkanstösse und Ideen geben, wie wir einerseits unsere Praxis, Abrechnungsweise, Steuern und Versicherungen besser organisieren und planen können, andererseits wie wir mit unseren Energien im stressigen Praxisalltag ökonomischer umgehen können.
Neben der theoretischen und praktischen Auseinandersetzung nutzen wir das Thema Humor sowie verschiedene Entspannungsmomente, um den Workshop abzurunden.
Das Seminar- und Wellness(!)hotel Stoos bietet den idealen Rahmen, mit zwei entspannten und spannenden Tagen den ersten Schritt in diese Richtung zu tun. *Andrea Hohl und Christian Knoll*

Datum:	16./17. Januar 2014
Ort:	Seminar- und Wellnesshotel Stoos
Kursleitung:	Frau Dr. med. Andrea Hohl Herr Dr. med. Christian Knoll
Teilnehmende:	max. 30 Teilnehmer
Kosten:	CHF 950.– inkl. Referate, Handouts, Mittagessen, Zwischenverpflegung, Getränke zu den Mahlzeiten, Übernachtung (CHF 1150.– für Nichtmitglieder).

Kinderorthopädie für die Praxis

Der Kurs startet wieder neu!

Allgemeines: In jährlichen Abständen werden wieder wichtige orthopädische Probleme und Fragestellungen aus der pädiatrischen Praxis behandelt. Jeder Kurstag ist jeweils einer Körperregion gewidmet. Theorie und praktische Anwendung ergänzen sich (Videos, Rx-Bilder, Untersuchungstechnik direkt am Kind, eigene Fälle).
Der erste Kurstag ist dem Kinderfuss gewidmet.

ANZEIGE

Praxisräumlichkeiten zu verkaufen

Sie suchen die ideale Praxisräumlichkeit.
Dann sind Sie hier in richtig!

Grosszügige 110m² im Erdgeschoss, verteilt auf 7.5 Arbeitszimmer an zentraler Lage nähe Aarau im Herzen von Muhen. Bestens angeschlossen an den privaten sowie den öffentlichen Verkehr.

Für weitere Informationen bitten wir Sie, sich mit uns in Verbindung zu setzen.

Verkaufspreise:	**Praxis:**	**CHF 490'000.-**
	Tiefgaragenplatz:	**CHF 25'000.-**
	Aussenparkplätze à je:	**CHF 10'000.-**

Gübeli Immobilien

Gübeli - Immobilien
Strickweg 14
5722 Gränichen

062 535 35 50
info@guebeli-immobilien.ch
www.guebeli-immobilien.ch

1. Teil: Orthopädische Probleme des Kinderfusses und der Beinachsen
Typische kinderorthopädische Krankheitsbilder und altersspezifische Differentialdiagnosen im Bereich der Füsse und Beinachsen werden vorgestellt und eine kurze Übersicht über Bildgebung und Therapie gezeigt.
Ein wichtiger Teil des Kurses ist wie immer der Untersuchungsblock, bei dem direkt am Kind die gelernten Untersuchungstechniken geübt werden können.
Die Diskussion mitgebrachter eigener Fälle und Fragen aus der Praxis ist erwünscht und jeweils besonders spannend.

Datum/Zeit:	Donnerstag, 30. Januar 2014, 9–17 Uhr
Kursort:	Auditorium der Schulthess Klinik, Zürich
Referenten:	Kinderorthopädie-Team der Schulthess Klinik: Dr. med. R. Velasco, Dr. med. H. Manner, Frau Dr. med. S. Dähn. Frau Dr. med. E. Lamprecht, Kinderorthopädie Kantonsspital Winterthur
Preis:	CHF 300.– für Mitglieder (für Nichtmitglieder CHF 400.–) inkl. Mittagessen, Getränke und Zwischenverpflegung
Teilnehmende:	50 Personen
Moderation/Infos:	Dr. med. Nadia Sauter Oes, Winterthur, nadia.sauter@oes.ch

Pädiatrisches Praxiseröffnungsseminar 2014

Inhalte: Was müssen «Einsteiger» in die pädiatrische Praxis wissen? Erfahrene Praxispädiater und Fachleute aus dem administrativen Bereich vermitteln wichtige und erprobte Tipps. Das Seminar ist die ideale Vorbereitung auf die Eröffnung einer eigenen Praxis für Kinder- und Jugendmedizin.

Zielgruppe: Das Seminar richtet sich in erster Linie an Oberärztinnen und Oberärzte, Assistentinnen und Assistenten, die sich mit dem Gedanken auseinandersetzen, in den nächsten Jahren eine Praxis zu eröffnen oder in einem anderen Praxismodell mitzuarbeiten.
Im Weiteren sind auch Pädiater/-innen angesprochen, die erst seit Kurzem in der Praxis sind.

Leitung:	KD Dr. med. Sepp Holtz, FMH Kinder- und Jugendmedizin, Zürich
Ort / Daten:	Zürich, 27./28. Juni 2014
Kosten:	CHF 500.– für Mitglieder (Nichtmitglieder können zu einem reduzierten Preis Mitglied werden)

FORTBILDUNGSNACHWEIS

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

ANMELDETALON

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

☐ **Praxisökonomiekurs, 16./17. Januar 2014, Seminar- und Wellnesshotel Stoos**

☐ **Kinderorthopädie für die Praxis, 30. Januar 2014, Schulthess Klinik, Zürich**

☐ **Pädiatrisches Praxiseröffnungsseminar 2014, 27./28. Juni 2014, Zürich**

ANMELDUNG FÜR KURSE KINDERÄRZTE SCHWEIZ

Name/Vorname: _____

Adresse: _____

PLZ/Ort: _____

E-Mail: _____

Datum/Unterschrift: _____

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

VERLAG PRAXISPÄDIATRIE GMBH

Die Bestellung ist verbindlich.

☐ Testmaterial: **Neuromotorik-Testkoffer** zu CHF 560.– plus NK

Name/Vorname: _____

Adresse: _____

PLZ/Ort: _____

E-Mail: _____

Datum/Unterschrift: _____

Verlag Praxispädiatrie GmbH
Badenerstrasse 21, 8004 Zürich, Fax 043 317 93 64
info@kinderaerzteschweiz.ch

ALLE AKTUELLEN KURSE UND ONLINE-ANMELDUNG

www.kinderaerzteschweiz.ch

Jahresbericht der Co-Präsidenten, Geschäftsjahr 2012–2013

DR. MED. RAOUL SCHMID
DR. MED. BERND ERKERT
CO-PRÄSIDENTEN

WWW.SVUPP.CH

1. Vorstand, gewählt an der Mitgliederversammlung 2012, für 2 Jahre

Raoul Schmid, Baar. Co-Präsident (Praxis)
Bernd Erkert, Münsterlingen. Co-Präsident (Klinik)
Johannes Greisser, Aarberg. Kasse, Homepage
Thomas Baumann, Solothurn. Gründungsmitglied, Beisitzer
Magdalena Hürlimann, Allschwil, Beisitzerin

Anlässlich der MV 2012 konnte das Amt des Co-Präsidenten wieder besetzt werden. Erstmals wird das Amt von einem Klinikvertreter bekleidet. Dies ist ein klares Bekenntnis in Richtung der Kinderspitäler der Schweiz, denn die SVUPP vertritt als Sektion Pädiatrie der SGUM auch die Interessen der an Kliniken Tätigen!

2. Mitglieder

Per Ende des Geschäftsjahres betrug der Mitgliederbestand 291 ordentliche und 61 ausserordentliche Mitglieder.

3. Kurswesen

Auch im abgelaufenen Jahr fand eine vollständige Kursreihe für Hüftsonografie statt, aufgrund der grossen Nachfrage zusätzlich ein Refresherkurs. Auch wenn es sich dabei um eine Pflichtübung im Rahmen des Rezertifizierungsprocederes handelt, verlaufen diese Refresherkurse immer sehr lebhaft und es entstehen interessante Diskussionen. Die positiven Kursfeedbacks lassen darauf schliessen, dass für die Meisten eine Teilnahme nicht verlorene Zeit bedeutet. Die pädiatrische Sonografie wurde erneut in einem Kombikurs angeboten, daneben fanden wieder die beliebten themenspezifischen Halbtages-Workshops statt. Allen Organisatoren und Ausbildnern sei an dieser Stelle gedankt, ihre Leistungen verdienen grossen Respekt.

4. Vernetzung der SVUPP

Die Beziehungen zu der SGUM wurden weiter gepflegt. Die Zusammenarbeit mit der Hüftkommission und der Weiterbildungskommission mit direkter Einsitznahme von SVUPP-Vorstandsmitgliedern in beiden Gremien erfuhr ihre Fortsetzung. Mit der Hüftkommission konnte eine Finanzabgeltung für Tätigkeiten von SVUPP-Tutoren in deren Auftrag erzielt werden – mit positiver Auswirkung auf die Jahresrechnung.
Die Liste der SVUPP-Tutoren wurde aktualisiert und kann auf der Homepage www.svupp.ch eingesehen werden.

5. Finanzen

Die Zahlen werden an der Mitgliederversammlung präsentiert und kommentiert. SVUPP strebt ein ausgeglichenes Budget an; aufgrund diverser Faktoren dürfte diese Vorgabe gar leicht übertroffen worden sein.

6. Mongolei-Projekt

Bis 2012 war die SMOPP (Swiss Mongolian Pediatric Project) logistisch dem Swiss Surgical Team angeschlossen. Dieses zieht sich von seinen Aktivitäten in der Mongolei zurück und setzt andere Tätigkeitsschwerpunkte. Als Konsequenz wurde am 13. April 2013 der unabhängige Verein SMOPP gegründet. Die begonnene Arbeit wird so mit unverändertem Engagement und neuer Energie weitergeführt. Im Juli 2013 hat eine Delegation von fünf Gründungsmitgliedern die Aufgabe in Angriff genommen, in den ländlichen Gebieten der Mongolei die Diagnostik und Therapie der DDH zu ermöglichen. Zudem soll die bereits durchgeführte Inzidenzstudie (kurz vor Publikation) durch weitere Untersuchungen untermauert und ergänzt werden. Die enge Zusammenarbeit zwischen SVUPP und SMOPP wird natürlich beibehalten. Die finanzielle und ideelle Unterstützung bleibt unser Rückgrat! Wir sind auf Ihre Spende oder Ihre Mitgliedschaft angewiesen! ■

www.smopp.net

ULTRASCHALLKURSE

Aufbaukurs pädiatrische Sonografie 2013

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

Abschluss pädiatrische Sonografie 2013

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

Refresherkurs Hüftsonografie 2013

Leitung Dr. med. Thomas Baumann
Ort Solothurn
Datum 5. Dezember 2013
Kosten CHF 300.– inkl. Referate, Zwischenverpflegung, Mittagessen/Getränke (CHF 400.– für Nichtmitglieder)

Abschlusskurs Hüftsonografie 2014

Leitung Dr. med. Thomas Baumann
Ort Solothurn
Daten 14./15. März 2014
Kosten CHF 800.– inkl. Referate, Zwischenverpflegung, Mittagessen/Getränke (CHF 900.– für Nichtmitglieder)

Refresherkurs Hüftsonografie 2014

Leitung Dr. med. Thomas Baumann
Ort Solothurn
Datum 15. März 2014
Kosten CHF 300.– inkl. Referate, Zwischenverpflegung, Mittagessen/Getränke (CHF 400.– für Nichtmitglieder)

ALLE AKTUELLEN KURSE UND ONLINE-ANMELDUNG

www.svupp.ch

ANMELDETALON

Ihre Anmeldung ist verbindlich.
Die Annullation bis 30 Tage vor Kursbeginn ist kostenfrei.
Bei Abmeldungen von weniger als 30 Tagen vor dem Kurs oder bei Nichterscheinen muss der volle Kursbetrag verrechnet werden.

ULTRASCHALLKURSE

☐ **Aufbaukurs pädiatrische Sonografie, 8./9. Nov. 2013, Aarberg**

☐ **Abschluss pädiatrische Sonografie, 8./9. Nov. 2013, Aarberg**

☐ **Refresherkurs Hüftsonografie, 5. Dezember 2013, Solothurn**
Rezertifizierung ☐ **Ja** ☐ **Nein**

☐ **Abschlusskurs Hüftsonografie, 14./15. März 2014, Solothurn**

☐ **Refresherkurs Hüftsonografie , 15. März 2014, Solothurn**
Rezertifizierung ☐ **Ja** ☐ **Nein**

☐ **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

Macht www.meineimpfungen.ch uns glücklich(er)?

DR.MED. CHRISTIAN KNOLL,
BIEL

Im März dieses Jahres wurden wir alle aufgefordert, uns kostenlos bei www.meineimpfungen.ch zu registrieren, um in Zukunft unseren Patienten elektronische Impfausweise erstellen oder validieren zu können. Vom BAG wird die Aktion offiziell gepuscht mit der Viavac-Lizenz für 2013 als kostenlose Zugabe (ab 2014 dann 79 Fr. jährlich). Als zusätzliche Partner sind die Ärztekasse, der Apothekerverband und die SGP aufgeführt. Die Kinderärzte Schweiz wurden nicht angefragt, ob sie in Zukunft auch so begeistert elektronische Impfausweise ausstellen oder für ihre Patienten validieren wollen, wie es Kollege A. Diana aus Genf in der letzten Paediatrica beschreibt. Die Idee ist eigentlich bestechend gut: Statt einen Papierimpfausweis, der ständig vergessen oder verloren wird, ist alles zentral gespeichert und beliebig oft ausdruckbar. Wer sich mal durch das Tutorial zur Neuerfassung eines Patienten und seinen Impfungen (auf französisch) durchgeklickt hat, merkt, dass das dann doch recht aufwendig ist und einiges an Zeit beansprucht. Bisher ist ein Import von im Viavac bereits erfassten Patienten möglich (wie aufwendig ist da die Eingabe?) und der Import aus anderer Ärztesoftware versprochen, aber ob das funktioniert, wissen nur die Software-Götter.

Diejenigen unter uns, die die kostenlose Registrierungswoche im April für ihre Kinder genutzt hatten, haben als Experten auch 10 Minuten gebraucht, bis das Procedere im Kasten war. Eine echte Erleichterung ist das bisher also nicht wirklich. Aufwand (für uns Pädiater) und Nutzen (für uns und unsere Patienten) stehen m. E. noch nicht in einem sinnvollen Verhältnis. Und mir graut vor dem Moment, wenn immer mehr meiner Patienten finden, dass ihr Doktor doch jetzt bitte ihre Daten validieren soll und ich dann am Abend noch länger Administration machen darf. Die Apotheker dürften das dann übrigens auch. Sie müssen einen eineinhalbtägigen Kurs für 550 Fr. absolvieren und Abonnenten von Info- und Viavac sein. Ob sie dann auch selber gerade die fehlenden Impfungen machen dürfen, geht aus den Kursunterlagen nicht hervor…

Und noch eine Kleinigkeit, die mir etwas aufstösst: Es ist ja gut und schön, dass Frau Professor Siegrist mit ihrem Spin-off-Unternehmen Viavac privat noch etwas Kohle machen kann; dass das BAG dann aber mit (meinen) Steuergeldern die grosse Werbetrommel dafür rührt…? ■

Eure Erfahrungen?

Bitte um Feedback an info@kinderaerzteschweiz.ch

Gratis für alle Kinderarztpraxen in der Schweiz:

Die neue Ausgabe von «Baby & Kleinkind» ist da

REDAKTION
BABY & KLEINKIND

Die neue Ausgabe des Ratgebers «Baby&Kleinkind» enthält Informationen und praktische Tipps von Fachpersonen rund um die Gesundheit, Ernährung, Entwicklung und Erziehung des Kindes in den ersten fünf Lebensjahren. So erfahren Eltern zum Beispiel, weshalb viel Bewegung in den ersten fünf Lebensjahren so wichtig ist, was bei Übelkeit und Erbrechen hilft, wann sie mit einer Schnittwunde zum Arzt müssen oder wie man Nasenbluten am besten stoppt.

«Baby&Kleinkind» steht unter dem Patronat von Kinderärzte Schweiz. Der attraktive Ratgeber im A5-Format erscheint einmal pro Jahr auf Deutsch, Französisch und Italienisch. Möchten Sie «Baby&Kleinkind» in Ihrem Wartezimmer auflegen, sich aber vorher ein Bild der neuen Ausgabe machen? Gerne können Sie einen Blick in das PDF der neuen Ausgabe werfen (www.baby-und-kleinkind.ch/d.pdf). Eine kostenlose Bestellung ist über www.baby-und-kleinkind.ch möglich. ■

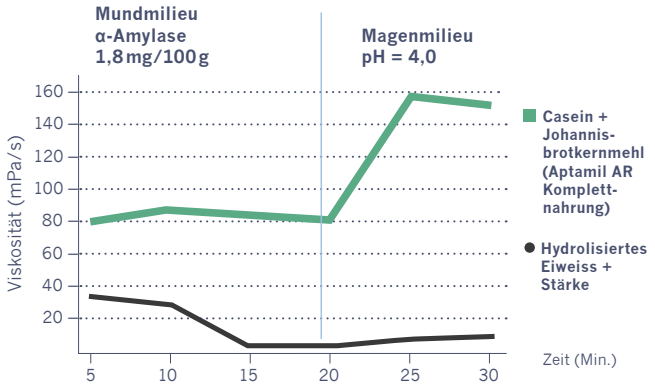
milupa

Aptamil

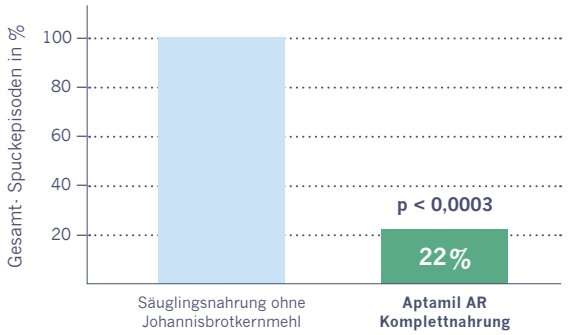
Fast zwei Drittel aller Kinder leiden in den ersten Lebensmonaten unter Refluxbeschwerden[1]

Johannisbrotkernmehl: Bewiesene Wirksamkeit beim Spucken

Deutlich gesteigerte Viskosität, auch im sauren Magen[2]



Signifikante Reduktion von Spuckepisoden[3]



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

Bei Aufstossen und Spucken

Aptamil AR Komplettnahrung

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 angedickten 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.

HAVAS WORLDWIDE GENÈVE

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 Impfempfehlung gegen Pertussis: für Jugendliche, Säuglinge in Betreuungseinrichtungen und schwangere Frauen. Bull BAG 2013; 9: 118-123. **3.** Arzneimittelinformation Boostrix® (www.swissmedicinfo.ch).

Boostrix® (dTp$_a$): 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 ≥ 40.0°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°C bis +8°C lagern. Nicht einfrieren. **Packungen:** Fertigspritze mit separat beigelegter Nadel. x1 (Liste B)
Ausführliche Angaben finden Sie unter www.swissmedicinfo.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