KINDERÄRZTE.SCHWEIZ

Berufsverband Kinder- und Jugendärzte in der Praxis

04/2013

www.kinderaerzteschweiz.ch info@kinderaerzteschweiz.ch

Jahrestagung 2013
Fotos und
Workshop-Berichte

Asthmatherapie
Steroidinhalation und
Wachstum

MFE
Neues
aus der Politik

Säuglingsernährung: Einführung der Beikost

Im Laufe des ersten Lebensjahrs geht die anfangs reine Milchnahrung des Säuglings allmählich in eine abwechslungsreiche Beikost über. Denn parallel zu den physiologischen und psychomotorischen Fähigkeiten entwickeln sich auch die spezifischen Ernährungsbedürfnisse des Säuglings.

Ausführliche Informationen zur Beikost Einführung finden Sie im praktischen Nestlé "Ernährungsplan für Babys bis 36 Monate":

Die wichtigste Punkte zur Beikosteinführung finden Sie hier:

1. Stillen ist ideal für Babies. Die WHO empfiehlt ausschliessliches Stillen während 6 Monaten. Wird nicht gestillt, können Säuglingsanfangsnahrungen eingesetzt werden.
2. Kuhmilch hingegen stellt aufgrund des hohen Proteingehalts keine geeignete Alternative für Muttermilch dar und sollte als Getränk nicht vor Ende des ersten Lebensjahres eingeführt werden. In kleinen Mengen kann Joghurt z.B. im Getreide- oder Früchtebrei bereits vorher eingesetzt werden.
3. Frühestens ab Anfang des 5. und spätestens ab dem 7. Lebensmonat sollte die Beikost eingeführt werden. Am besten während noch voll oder teilweise gestillt wird.
4. Um allfällige Unverträglichkeiten oder allergische Reaktionen rasch zu erkennen, sollte die Lebensmitteleinführung schrittweise erfolgen.
5. Es spielt keine Rolle, mit welchem Nahrungsmittel die Einführung der Beikost begonnen und anschliessend fortgesetzt wird.
6. Studien haben gezeigt, dass es sinnlos ist gewisse Lebensmittel zu meiden oder deren Einführung zu verzögern. Dies bietet keinen Schutz gegen Allergien, wie bisher angenommen. Eine Ausnahme bildet Kuhmilch.
7. Glutenhaltige Nahrungsmittel wie Brot, Getreide, Biscuits, etc. sollten noch während der Stillzeit eingeführt werden, da es vor Glutenintoleranz schützen kann.
8. Eisen und Zink sind wichtig für die gesunde Entwicklung des Babys. Deshalb sollten Fleisch, Fisch und Ei berücksichtigt werden.
9. Bis zum 12. Lebensmonat sollte die Nahrung des Säuglings weder gesalzen noch gezuckert werden.
10. Nahrungsmittel wie Nüsse, Samen, Körner, Beeren und Hülsenfrüchte, die aufgrund ihrer Grösse und Konsistenz eine hohe Aspirationsgefahr für den Säugling darstellen, sollten gemieden werden.

Nestlé
Für einen guten Start ins Leben.

Der Ernährungsplan verschafft auf einen Blick Übersicht.

Bestellen Sie Ihre Gratis-Exemplare

auf unserer Website: **www.nestle-medical.ch**
oder senden Sie diesen Ausschnitt an:
Nestlé Suisse S.A, Infant Nutrition, Postfach 352, 1800 Vevey

→Ich bestelle ..... Exemplare

Ihre Adresse:

VORSTAND/GESCHÄFTSSTELLE

5 Editorial

JAHRESTAGUNG 2013

7 Jahrestagung 2013 – Viel Lob für die Workshops
8 Können wir Fehler lieben?
9 Kinderchirurgie: Eile oder Weile?
10 Neurologische Notfälle in der Praxis
11 Rotes Auge: Zuwarten oder Notfall
12 Die Weile von der Eile – Entspannungstechniken für Kinder und Erwachsene
14 Eindrücke vom Zauber-Workshop
15 Eine Weile nicht bewegen/Fixationstechniken in der pädiatrischen Praxis
16 Audiologie
17 MPA und das Telefon
19 Impfen
20 Mitgliederversammlung 2013

INTERN

21 Suche neue Geschäftsführerin
21 Portrait Dr. med. Stefan Roth
21 Portrait Sylvia Locher

BERUFSPOLITIK

22 Haus- und Kinderärzte Schweiz MFE

FORTBILDUNG

23 Das Asthmakind und sein Kortison
29 Allergie im pädiatrischen Alltag
30 Akupunktur in der Kinderarztpraxis
30 Praxisökonomie – Ein Vorsorgekurs der anderen Art!

KURSE/WORKSHOPS/FORTBILDUNGEN

31 Kurse KIS

KURSBERICHTE

34 Kursbericht PPPP-Kurs 2011–2013
34 Forschungfonds Logopädie

SVUPP

36 Mitgliederversammlung SVUPP: Gemeinsame Geschäftsstelle mit Kinderärzte Schweiz bleibt bestehen
37 Kurse SVUPP

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. Katharina Wyss-Senn, Goldau; Sylvia Locher, Geschäftsführerin

HERAUSGEBERIN:
Verlag Praxispädiatrie GmbH,
Badenerstrasse 21, 8004 Zürich

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

TITELFOTO:
www.photosphere.ch

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: 01/2014
Redaktionsschluss: 17. Februar 2014

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

PERFORMANCE myclimate neutral Drucksache
No. 01-13-947778 – 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.

NEU
Jetzt auch als Wasch-Schaum und Shampoo

Excipial Kids®

Beruhigt und regeneriert die Haut

Innovative Waschlösungen für trockene und juckende Baby- und Kinderhaut

Dank **besonders milder Tenside** und der innovativen Kombination der drei Inhaltsstoffe **SymCalmin®, Dexpanthenol und Glycerin** wird die Haut besonders schonend gereinigt und bereits beim Waschen beruhigt und befeuchtet.

Excipial Kids® Shampoo

Excipial Kids® Wasch-Schaum

swiss made

Spirig Pharma AG, CH-4622 Egerkingen, www.excipial-kids.ch

GALDERMA
spirig

Bereits hält ihr die letzte Ausgabe des Jahres in Händen. Traditionsgemäss wirft sie den Blick zurück auf die Jahrestagung und diesmal auch vorwärts auf den für Kinder- und Hausärzte extrem wichtigen Abstimmungstermin vom 18. Mai 2014.

Einmal mehr war der Jahrestagung ein sehr grosser Erfolg beschieden: Rekordteilnehmerzahl, Verdoppelung der teilnehmenden Praxisassistentinnen und immer noch viel zu wenig Platz für sie, Gedränge überall, hervorragende Referate und Workshops, zufriedene Aussteller, gutes Essen und genug davon. Nur der Tag war zu kurz.

Imposant die starke Präsenz an der Mitgliederversammlung, eine Quote, von der jeder Verein nur träumen kann. Eindrücklich die grosse Unterstützung der Mitglieder für den Vorstand. Und überwältigend die Bereitschaft des Verbandes, den Abstimmungskampf für die Hausarztmedizin mit einem grossen finanziellen Beitrag zu unterstützen. Im Namen des Vorstandes Kinderärzte Schweiz und der Arbeitsgruppe Jahrestagung danke ich euch allen für das Interesse am und eure Unterstützung für den Verband. Eure Rückmeldungen sind uns Ansporn für unsere Arbeit. Euer Engagement hält unseren Berufsverband aktiv.

Die Initiative «Ja zur Hausarztmedizin» wurde zugunsten des Masterplans und des parlamentarischen Gegenvorschlags zurückgezogen. Der Masterplan von BR Berset ermöglicht eine fast sofortige Verbesserung des Labortarifs. Genau genommen ist es nur eine teilweise Korrektur von früher erfolgten Tarifsenkungen. Ab Mitte 2014 sollen die Leistungen von Haus- und Kinderärzten in der Praxis mit zusätzlichen 200 Mio. aufgewertet werden.

Am Wochenende des 18. Mai wird das Volk über den Verfassungsentwurf zur Stärkung der Grundversorgung abstimmen können. Im Parlament gab es dazu nur von Teilen der SVP Opposition. Im öffentlichen Abstimmungskampf wird es schwierig sein, gegen die Verankerung der Grundversorgung und der angemessene Abgeltung von Leistungen der Hausarztmedizin in der Verfassung Stellung zu beziehen. Lediglich aus strikt liberaler Sicht ist der Einwand zu erwarten, dass dies nicht Sache des Staates sei.

Bereits gewetzt sind allerdings die Messer der Chirurgen. Sie, die vor Jahren dafür gesorgt haben, dass der Tarmed in letzter Minute zum Nachteil der Grundversorger abgeändert wurde, malen nun das Gespenst der Staatsmedizin an die Wand. Je nach Standpunkt mag man das Eingreifen des Bundesrates in den privatrechtlichen Tarif Tarmed bedauern oder nicht. Tatsache bleibt, dass es die Tarifpartner (FMH, Santésuisse, Spitäler, Militär- und Unfallversicherer) nicht geschafft haben, eine Tarifvereinbarung zu treffen und so das Eingreifen des Bundesrates erst ermöglichten. Gescheitert ist die Tarifvereinbarung daran, dass keine verbindliche Zusage für die Besserstellung der Haus- und Kinderärzte zustande kam.

Wir zählen nun auf den Masterplan und seinen Initianten, Bundesrat Berset.
Im Abstimmungskampf werden die Haus- und Kinderärzte nicht mit viel tatkräftiger Unterstützung rechnen können. Erfolg oder Misserfolg hängen von unserem eigenen Engagement ab. Ab sofort müssen wir bei jeder Gelegenheit für ein JA am 18. Mai 2014 werben. Wir wünschen uns allen viel Erfolg!

Dr. med. Rolf Temperli, Vorstand Haus- und Kinderärzte Schweiz MFE, Bern-Liebefeld

Jahrestagung 2013

Viel Lob für die interessanten Workshops

SYLVIA LOCHER

Die vielen positiven Reaktionen der Teilnehmenden zeigen, dass die diesjährige Tagung ein Erfolg war. Unter dem Motto «Eile mit Weile» fanden 11 praxisorientierte Workshops statt, die grossen Anklang fanden. Das Hauptreferat «Kritischer Notfall in der Kinderarztpraxis – was nun?» von Dr. med. Iris I. Bachmann Holzinger und Dr. med. Martin Stocker vom Kinderspital Luzern erntete viel Beifall. Ihnen ist es gelungen, das anspruchsvolle Thema humorvoll und kompetent zu vermitteln.

Auch dieses Jahr präsentierten unsere Sponsoren eine grosse Produktepalette an ihren Ständen. Die Industrieausstellung wurde von den rund 240 Ärztinnen und Ärzten sowie den 80 MPAs gut besucht und war während der Mittagspause zugleich der Ort der Begegnungen.

Nach diesem erlebnisreichen Event freuen sich die meisten schon wieder auf die nächste Jahrestagung, die am 11. September 2014 stattfindet. ■

Dr. med. Iris Bachmann und Dr. med. Martin Stocker, Kantonsspital Luzern

Können wir Fehler lieben?

Zusammenfassung des Hauptreferates: 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

DR. MED. RALF VON DER HEIDEN, WINTERTHUR

Im diesjährigen Hauptvortrag der Jahrestagung wurde die Teamarbeit in der Praxis in den Vordergrund gestellt. Es war eine Herausforderung für alle, denn Iris Bachmann und Martin Stocker sind beides ausgewiesene Spitalärzte und das Thema lebensbedrohlicher Notfall in der Praxis ist für uns Praktiker nichts Alltägliches.

Wie kann Mann und Frau uns das nicht immer handelbare Thema näherbringen: ganz einfach: mit Humor («unsichtbaren» Gorillas, Mani Matters Liedgut), Anregungen zum Nachdenken und analysierender Reflektion.

Es gelten sowohl im Spital als auch in der Praxis immer die gleichen Aspekte des Teamworks wenn ein schwer erkranktes Kind in die Behandlung gebracht wird:

1. Vorbereitung (Erstellen von Checklisten für Notfallsituationen)
2. Kommunikation und Klärung des Lead
3. «speaking up» und
4. eine gelebte Fehlerkultur.

Wir Mediziner können einiges aus der Aviatik lernen: Das Beispiel des Fluges 1549 der US Airways im Jahr 2009, der fünf Minuten nach dem Start im Hudson River notlanden musste, lehrt uns einiges: Weitergabe der Ideen und eines Planes durch einen Leader, klare und verständliche Äusserungen bzw. Anweisungen und diese zu bestätigen (sogenannte «closed loop communication»). Das scheint alles ganz simpel zu sein, aber oft funktioniert das nicht. Iris Bachmann und Martin Stocker zeigten uns in anschaulicher Weise auch die Fallstricke:

Wie man aneinander vorbeireden kann, wie uns der «Tunnelblick» im Griff hat und wie man sich den Fehlern nicht stellt. Häufiges Training führt zu mehr subjektiver Sicherheit, aber was dann in der wirklichen Notfallsituation geschehen wird, lässt sich oft kaum voraussagen. Bei Fehlern im Operationssaal spielt das medizinische Wissen in über 70% keine Rolle: Ausschlaggebend sind Kommunikationsstörungen oder das blosse Vergessen. Checklisten konnten die Mortalität und Morbidität bei Operationen um 30% reduzieren. So bekamen wir eine klare Empfehlung für Checklisten und Algorithmen. Solche Listen schützen uns vor dem Vergessen, denn Fehler entstehen auch ohne Stress.

Ungewissheiten und Unsicherheiten sind jedoch in Krisensituationen um ein Vielfaches grösser und das sogenannte «speaking up» kann uns vor fatalen Fehlern schützen. Gemeint ist eine Teamkultur, in der es möglich ist, dass Vorschläge, Einschätzungen und Wahrnehmungen von allen Beteiligten benannt werden dürfen. Positiv formuliert verhindern Führungsstärke, Situationsbewusstsein, Priorisierung, Entscheidungskraft, Durchsetzungsvermögen das Auftreten von Fehlern. Wir müssen uns deshalb fortlaufend fragen, wie das Rollenverständnis in unserer Praxis ist.

Ein erster Schritt, um aus Fehlern lernen zu können (und in einem zweiten Fehler zu «lieben»), ist die Simulation. Eine wesentliche Voraussetzung ist für dieses «so tun als ob», dass man sich sicher fühlt («no blame and shame») und kann die Möglichkeit eröffnen kritische Situationen im Nachhinein zu reflektieren und Fehler und Lösungen zu analysieren. Dies kann erneute Fehler vermeiden.

Genau dies konnte im anschliessenden Workshop mit den Referenten erlebt werden. ■

Workshop

Kinderchirurgie: Eile oder Weile?

Dr. med. Claudia Kallfelz, Fachärztin Kinderchirurgie / Dr. med. Johannes Ledergerber

DR. MED. MICHAEL BISCHOFBERGER
FMH FÜR KINDER- UND JUGENDMEDIZIN

In einem abwechslungsreichen und sehr praxisnahen Workshop brachte uns Frau Dr. Claudia Kalfelts, Kinderchirurgin in der kinderchirurgischen Praxis Fällanden praxisrelevante Fälle aus der Kinderchirurgie näher. Die 1½ Stunden standen unter dem Motto «Eile oder Weile», das heisst, ist ein Kind möglichst rasch weiterzuweisen oder kann man warten. Es wurden zehn verschiedene Fälle diskutiert, anhand derer das adäquate Vorgehen des Praxispädiaters herausgearbeitet wurde. Es handelte sich dabei um verschiedenste Fälle von Hoden- über Abdominalschmerzen, Hinken mit oder ohne Schmerzen sowie eine Osteomyelitis, welche bei gleichzeitigem Vorliegen einer toddlers-fracture initial übersehen wurde.

Zusammenfassung der Dringlichkeit einer Zuweisung ins Spital zur weiteren Abklärung:

Hoden

Bei plötzlich auftretenden Scrotalschmerzen mit oder ohne Scrotalschwellung ist sofort eine sonographische Kontrolle nötig. Ist der Hoden gut durchblutet, hat man Zeit, ist beim Hoden die Durchblutung unsicher, so könnte es sich um eine Hodentorsion handeln und man sollte den Patienten schnell zuweisen.

Abdomen

Chronisch rezidivierende Abdominalschmerzen lassen eher an ein schon länger bestehendes Problem denken (Obstipation), deshalb hat man Zeit. Bei akuten und zunehmenden Abdominalschmerzen ist Eile angesagt (Ausschluss einer Appendizitis, stumpfes Bauchtrauma oder ähnliches).

Hinken

Bei Knochenschmerzen ohne Hinken denkt man an sogenannte Wachstumsschmerzen und hat Zeit. Bei Schmerzen mit Hinken ist das Alter des Kindes entscheidend. Bei gesundem afebrilen Kind unter 10 Jahren denkt man am ehesten an eine Coxitis fugax und hat Zeit. Bei gesundem afebrilen Kind über 10 Jahren ist die Anamnese entscheidend und man muss unter Umständen schnell zuweisen (Ausschluss einer Epiphysiolyse capitis femoris). Kranke, febrile Kinder jeden Alters sollte man möglichst bald einer Abklärung zuführen.

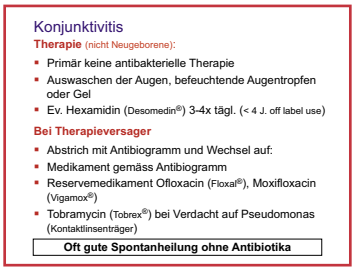
So ging ein lehrreicher Workshop zu Ende, aus dem jedermann etwas mitnehmen konnte. Nochmals herzlichen Dank an die Organisation und die Referentin. ■

HANDOUTS

Zur Jahrestagung 2013 finden Sie auf unserer Homepage **www.jahrestagung.ch** verschiedene Handouts. Hier Ausschnitte aus «Rotes Auge».

Rotes Auge
zuwarten oder Notfall?

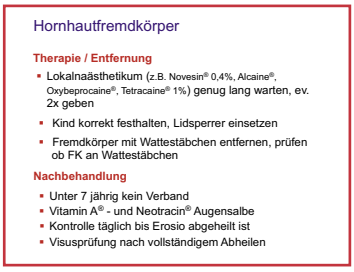
Gabriela Wirth Barben, St. Gallen
gabriela.wirth@hin.ch


Konjunktivitis

Therapie (nicht Neugeborene):
- Primär keine antibakterielle Therapie
- Auswaschen der Augen, befeuchtende Augentropfen oder Gel
- Ev. Hexamidin (Desomedin®) 3-4x tägl. (< 4 J. off label use)

Bei Therapieversager
- Abstrich mit Antibiogramm und Wechsel auf:
- Medikament gemäss Antibiogramm
- Reservemedikament Ofloxacin (Floxal®), Moxifloxacin (Vigamox®)
- Tobramycin (Tobrex®) bei Verdacht auf Pseudomonas (Kontaktlinsenträger)

Oft gute Spontanheilung ohne Antibiotika


Hornhautfremdkörper

Therapie / Entfernung
- Lokalnaästhetikum (z.B. Novesin® 0,4%, Alcaine®, Oxybeprocaine®, Tetracaine® 1%) genug lang warten, ev. 2x geben
- Kind korrekt festhalten, Lidsperrer einsetzen
- Fremdkörper mit Wattestäbchen entfernen, prüfen ob FK an Wattestäbchen

Nachbehandlung
- Unter 7 jährig kein Verband
- Vitamin A® - und Neotracin® Augensalbe
- Kontrolle täglich bis Erosio abgeheilt ist
- Visusprüfung nach vollständigem Abheilen

Workshop

Neurologische Notfälle in der Praxis

Dr. med. Tobias Iff / Dr. med. Thomas Ehrbar

DR. MED.
RALF SCHÖPKE

Der Workshop «Neurologische Notfälle in der Praxis» wurde durch Dr. med. Tobias Iff und Dr. med. Thomas Ehrbar, beides praxisorientierte Kinderneurologen, geführt. Es gelang in diesem Kurs pragmatische und alltagsorientierte Konzepte zu vermitteln. Der Workshop beschränkte sich auf die akuten Gangstörungen, sowie die akuten Bewusstseinsveränderungen. Für weitere Themen hätte der Zeitrahmen ganz einfach keinen Platz gelassen.

Bei den akuten Gangstörungen gilt es, zunächst zwischen muskuloskelettalen Ursachen (Trauma, Entzündung, orthopädische Erkrankung,...) und neurologischen Ursachen zu unterscheiden. Die muskoloskelettalen Ursachen führen zu dem Bild des Hinkens, die neurologischen zu verschiedenen Veränderungen des üblichen Ganges. Die neurologisch bedingten Gangstörungen wiederum lassen sich in vier Kategorien einteilen: ataktisch, paretisch, spastisch, dyskinetisch.

An Häufigkeit überwiegen hier die ataktischen Gangstörungen deutlich. Am besten bekannt ist wohl die akute postinfektiöse cereberale Ataxie wie sie nach einer Varizellenerkrankung auftreten kann. Sie tritt mit einer Latenz von 10 bis 15 Tagen nach der akuten Erkrankung auf. Es liegt eine rein cerebrale Dysfunktion vor, das Bewusstsein ist normal und es zeigt sich keine Hirnnerven-Beteiligung. Ist diese Klinik eindeutig, so kann auf weiterführende Abklärungen verzichtet werden. Insbesondere in Anbetracht der Tatsache, dass die Erholung über Monate dauern kann, wird häufig zur Beruhigung und absoluten Absicherung ein MRI durchgeführt. Wichtig ist hier die Abgrenzung zur akuten Cerebellitis während der Infektion, weil diese mit meningitischen Zeichen und Hirndruck einhergehen kann, sodass die weitergehende Abklärung und stationäre Beobachtung dringend empfohlen ist. Nicht unterschätzt werden darf die Häufigkeit an Medikamentenintoxikationen. So gilt es dringlich nach Medikamenteneinnahmen in der Familie zu fragen.

Bei den akuten paretischen Gangstörungen muss als erstes an das Guillain-Barré-Syndrom gedacht werden. Die sichere Diagnostik ist nur mittels LP möglich und die stationäre Aufnahme ist ohnehin indiziert, weil durch die intravenöse Immunglobulingabe die Prognose, insbesondere die Dauer, günstig beeinflusst werden kann. Das akute Guillain-Barré-Syndrom beginnt mit einer Paraperese oder Paraplegie. Demgegenüber ist die akute Hemiplegie am häufigsten postiktal oder stroke bedingt und somit ein dringlicher Notfall, der sofortiger Hospitalisation bedarf.

Bei den akuten Bewusstseinsveränderungen müssen an erster Stelle natürlich epileptische Anfälle in Betracht gezogen werden. Anamnestische Beschreibungen durch die Eltern sind häufig nicht konklusiv, sodass als wichtigster Input mitzunehmen ist, dass Eltern, wenn immer möglich, Videoaufnahmen dieser Anfälle mitbringen sollen. Dies ermöglicht häufig schon die Unterscheidung zu anderen paroxysmalen Störungen (Schlafmyoklonien, Tagträumereien, Ticks oder psychogenen und Hyperventilations-Attacken). Die vasovagalen Synkopen lassen sich häufig schon anamnestisch durch die Kombination von längerem Stehen und warmer Umgebungstemperatur («church syncope») ermitteln. Tritt allerdings eine Synkope unter Belastung auf, so könnte es sich um kardial vermittelte Synkopen handeln, welche mit einer erhöhten Mortalität und Inzidenz vom plötzlichen Tod einhergehen. Somit sind in dieser Situation in jedem Fall weitere Abklärungen mittels Echokardiographie und Holter-EKG durchzuführen.

Die Vorträge waren gut strukturiert und prägnant. Ich selber habe aber am meisten von der lebhaften Diskussion und den Fragen zwischen Workshop-Teilnehmern und Kursleitern profitiert. Damit hat es sich natürlich für diejenigen, die diesen Workshop besucht haben, besonders gelohnt! ■

Workshop

Rotes Auge: Zuwarten oder Notfall

Dr. med. Gabriela Wirth Barben / Dr. med. Claudia Giger-Keller

DR. MED. WOLFGANG BRUNSCHWILER,
SUHR

Es war schwieriger als ich dachte, diesen spannenden, sehr lebhaften und interaktiven Workshop einigermassen systematisiert und gekürzt wiederzugeben.

Ein rotes Auge beunruhigt Eltern und Krippenpersonal rasch, ist aber meistens harmlos. Wir alle haben uns nach und nach Beurteilungs- und Behandlungskonzepte zurechtgelegt. Was aber meint die Spezialistin? Der häufigste Grund für ein rotes Auge ist eine Konjunktivitis: Infektiös, allergisch, oder irritativ z. B bei Tabakrauch.

Infektiöse Konjunktivitiden sind fast immer viral, lokale Antibiotika werden kaum benötigt und viel zu häufig verordnet. Ein Abstrich ist empfehlenswert im NG-Alter oder in der späteren Adoleszenz beim Vd. auf Chlamydien oder Gonokokken, und beim Nichtansprechen auf eine Antibiotikatherapie. Übertragungen von Chlamydien im Schwimmbad sind gemäss Fr. Wirth Barben sehr selten. Es genügt also in den meisten Fällen eine desinfizierende Behandlung (Desomedintropfen 3–4 × tgl.) oder befeuchtende Tropfen (wenn möglich ohne das Konservierungsmittel Benzalkoniumchlorid). Empfehlenswert sind z. B.: Cellufluid, Lacrifluid od. Lacrycon-/Bepantheneinzeldosen. Superinfekte sind sehr selten. Sind die Augen verklebt, können sie mit Schwarztee oder NaCL physiologisch ausgewaschen werden (Muttermilch kann ein Nährboden für Bakterien sein, Kamillentee beinhaltet meist auch Pollen). Eine virale Konjunktivitis kann 2–4 Wochen dauern. Von einer Infektiosität ist auszugehen, solange das Auge vermehrt tränt. Falls doch einmal topische AB gegeben werden, vorzugsweise Fucithalmic oder Spersapolymyxin. Floxal und v. a. Vigamox sollte ein Reservemedikament sein. Gefürchtet ist die *Keratokonjunktivitis epidemica (Adenoviren):* Hier braucht es zwingend eine Separation von sicher 2 Wochen und entsprechende Isolation in der Praxis. Zeichen sind schmerzhafte, stark tränende Augen, vermehrtes Blenden oder sogar ein Visusverlust wegen der Punkt/Fleckförmigen Hornhauttrübungen (Nummuli). Typisch sind auch vergrösserte präauriculäre LN: Die Nummuli können allenfalls mit der Lupe des Ophtalmoskops (+20) gesehen werden. Manchmal braucht es eine topische Behandlung mit Steroiden, die sollte aber augenärztlich verordnet werden. Ein weiterer Notfall ist die *Konjunktivitis bei Kontaktlinsenträgern.* Hier besteht das Risiko einer Pseudomonas Kerato-Konjunktivitis bei Hornhautläsionen. Ein Fall für den Augenarzt, behandelt wird mit Floxal und Tobrex halbstündlich. Sonderformen sind: die *Herpes simplex Keratoconjunktivitis:* einseitig, Hornhautsensibilität vermindert, ev. dendritische Hornhautläsionen im Fluoreszintest. Therapie: Zovirax Augensalbe 5 × tgl. 7–14 Tg., die *Konjunktivitis/Uveitis bei Herpes Zoster:* Vorausgehende Schmerzen, ein positives Hutchinsonzeichen (Bläschen auf der Nasenspitze) zeigen das Risiko einer Uveitis an, über den Nervus Nasoziliaris: Auch hier braucht es den Augenarzt. Bei *Varizellen* empfiehlt Fr. Wirth Barben Zoviraxaugensalbe sofern die Bläschen auf der Lidkante sind. *Mollusken* in der Wimpernreihe können die Ursache einer chronischen Konjunktivitis sein. Sie müssen genau, mit der Lupe gesucht und entfernt werden. Eine *Blepharitis* (Hordeolum, Chalazion) wird am besten mit warmen Umschlägen und Fucitalmic (ev. über längere Zeit) behandelt. Bei häufigen Rezidiven, Nasenabstrich und Bactroban-Nasensalbe, wegen über den Ductus nasolacrimalis aufsteigenden Infekten.

Allergische Konjunktivitiden: Gut wirksam sind Ketotifenhaltige Tropfen (Zaditen Monodosen) ergänzt durch feuchthaltende Tropfen. Bei einer sehr langen Saison ist eine Mastzellstabilisierung z. B. mit Opticrom oder Allergocomod ergänzend sinnvoll. Eine Sonderform stellt die Conjunktivitis vernalis dar: Typisch findet man einen papillären Saum am Limbus und einen starken Juckreiz; hier helfen oft nur noch topische Steroide, Erhaltungsbehandlung wieder mit Mastzellstabilisatoren, Desensibilisierung empfohlen.

Zum Schluss ein praktischer Tipp:

Ein geschlossenes oder geschwollenes Auge kann geöffnet werden, indem die Haut des Oberlids und Unterlids mit einem tangential angelegten Wattestäbchen «aufgerollt» wird. (Vorher üben, damit man in die richtige Richtung dreht). ■

Workshop

Die Weile von der Eile

Entspannungstechniken für Kinder und Erwachsene

Dr. med. Mercedes Ogal

DR. MED. SYLVIA SCHÄRER, ALTDORF

Dr. med. Mercedes Ogal eröffnete den Workshop und erklärte, warum ein Entspannungsurlaub uns gut tue und Kraft gebe. Im Leben brauche es sowohl Aktivität als auch Entspannung, wenn wir in einem gesunden Gleichgewicht sein möchten.

Dieser Entspannungsurlaub könne durchaus nur gedanklich stattfinden: z. B. bewirke eine bestimmte Vorstellung eine reale körperliche Veränderung in unserem Körper. Ein Beispiel: Wir stellen uns vor, wie wir in eine Zitrone beissen und schon beginnt unser Speichel zu fliessen.

Die Kindheit von heute bietet leider immer weniger Raum für das Ausleben von menschlichen Bedürfnissen wie Geborgenheit, Sinnlichkeit, Naturerleben und Bewegung.

Mehr «Haben» als «Sein» ist heute leider Priorität und die Konsumorientiertheit ruft nach immer mehr Haben. Deswegen fragen wir uns: «Wie weiter?»

Eltern können mit Bewegungsspielen abwechselnd mit Ruheübungen den Wechsel des Anspannens und Entspannens zeigen und vorleben.

Wir können die Kinder ermuntern auf ihre Gefühle zu hören und auf den gesunden Wechsel von Anspannung und Entspannung zu achten.

Die Frage ist nun: «Können Kinder entspannen?» Die Antwort ist: «*Ja,* schon ab dem Säuglingsalter können Kinder entspannen und ab 3 Jahren kann man mit den Kindern spielerisch arbeiten». Kinder lernen Entspannung sogar leichter als Erwachsene. Modifikation für Kinder: Je kleiner das Kind, desto mehr integriert man die Entspannung in Entspannungsgeschichten oder *Fantasiereisen*.

Es gibt 3 verschiedene Entspannungsformen

1. Sensorische Entspannung: Die sensorische Entspannung beinhaltet körperbezogene Verfahren, progressive Muskelentspannung, Atementspannung und bewegungsorientierte Verfahren.
2. Imaginative Entspannung: Phantasie- und Entspannungsgeschichten und Visualisieren.
3. Kognitive Entspannung: bei der kognitiven Entspannung kommen Meditation, Yoga und Autogenes Training zum Einsatz.

Wie unterstützt Entspannung die Entwicklung?

– Kinder haben einen angeborenen Bewegungsdrang, wodurch sich Gehirnstrukturen immer mehr vernetzten. Durch Wiederholungen festigen sich diese Nervenverbindungen.
– «Auszeiten» sind wichtige Erholungszeiten für den Organismus. In der Ruhe und Stille werden Befindlichkeiten bewusst und Erlebnisse verarbeitet.

Einfache Achtsamkeitsübungen mit Kindern

1. Eine Minute lang Augen schliessen und lauschen.
2. Ins Laub liegen und lauschen.
3. Die Kinder können auch die Stille selber herstellen mit z. B.: «Kann ich eine Stecknadel fallen hören?»

Entspannungsübungen mit unserer Gruppe

Kuscheltierhaltung: Wir legen uns auf eine weiche Unterlage und setzen unser Lieblingskuscheltier auf unseren Bauch. Wir atmen ganz ruhig in den Bauch und betrachten unser Kuscheltier wie es langsam auf und ab geht.
Diese Übung kann auch helfen, einzuschlafen oder allgemein zu entspannen.

Es gibt verschiedene Entspannungstechniken für Kinder und Erwachsene

– *Atemübungen:* sensibilisiert die Kinder auf ihre eigene Atmung. *Ab 3J.:* Liegend eine Hand auf die Brust halten und die andere auf den Bauch. Oder die Kuscheltierhaltung, wo das Lieblingskuscheltier auf den Bauch gesetzt wird. *Ab 4J.:* Blumenamtung (Fersensitz, die Hände wie beim Yoga gefaltet, dann beim Einatmen Hände öffnen wie eine Blume.

– *Yoga:* Beherrscht man seine Sinne und Triebe ist man Herr im eigenen Körper, man ist Wagenlenker in seinem Leben. *Hatha Yoga:* «Ha» steht für Sonne und «Tha» für den Mond. Das männliche und weibliche Prinzip, welches jeder in sich trägt. *Kinderyoga:* Kinder wollen sich bewegen. An erster Stelle ist das Wohlbefinden. Bewegung und Bilder sind für Kinder wichtig.
– *Progressive Muskelrelaxation:* Ein Körper kann sich mehr entspannen, wenn man vorher eine Körperpartie stark anspannt.
– *Autogenes Training: AT* Ich bin ganz ruhig/ich bin ganz schwer. Autogenes Training muss konsequent geübt sein, dann kann man sich in kürzester Zeit immer und überall entspannen. Kinder: *4–7J:* Phantasiereisen, immer mit gleichen Worten beginnen und enden (Ritual).
– Mit Rücken beginnen, nicht so gern: Kopf und Bauch.

Die Kuscheltierhaltung kann auch helfen, einzuschlafen oder allgemein zu entspannen.

Der Workshop war entspannend und praxisnah. Wir konnten selber Entspannungstechniken ausprobieren. ■

Workshop

Eindrücke vom Zauber-Workshop

Pascal Dénervaud, EXTREME MAGIC

DR. MED. JACQUELINE SCHNEITER, MÄNNEDORF,
DR. MED. CHRISTOF HALTER, OBERWIL

Erwartungsvoll sassen rund 25 Praxispädiater im Zauber-Workshop, vor ihnen auf den Tischen verschiedene Seile (dazu später mehr) und blickten zu Pascal Dénervaud. Pascal, Künstlername MagicP, ist ein sympathischer und talentierter Zauberkünstler aus Bern, der auf eine langjährige Karriere im In- und Ausland zurückblicken kann.

Zunächst verblüffte uns Pascal mit einem Trick, wie die «Erleuchtung» – im wahrsten Sinn des Wortes – zu einem Zauberkunststück entsteht. Anschliessend waren wir an der Reihe, denn kleine Zauberkunststückchen eignen sich sehr gut, um Kinder abzulenken oder bei ängstlichen Patienten ein wenig ihr Vertrauen zu gewinnen.

Als erstes zauberten wir mit Jasskarten, die hinter dem Rücken von einem Ass zu einem Karo 10 wurden. Dass es zu eindrucksvoller Zauberei gar keine aufwändigen Requisiten braucht, zeigte uns Pascal mit drei wirkungsvollen Tricks:

Ein Haargummi springt «magisch» von Finger zu Finger, ein Fingerhut verschwindet unter dem Arm und taucht hinter dem Kopf wieder auf und eine Münze «wandert» durch den Tisch.

Ein wenig mehr Fingerfertigkeit brauchte das Kunststück, aus drei ungleich langen Seilen drei gleich lange zu zaubern. Doch nach einem kurzen Training und viel geduldiger Hilfe von Zaubermeister Pascal, schafften es alle. Auch beim Zaubern gilt: Übung macht den Meister!

Es gab viel zu Staunen und zu Lachen während diesen 90 Minuten und sicher die meisten von uns sind mit dem einen oder anderen Trick im Kopf wieder in den Praxisalltag zurückgekehrt

Ich habe bereits bei einigen Kindern die Angst vor einer Impfung ein klein wenig abbauen können, indem ich blitzschnell vor ihren erstaunten Augen einen Fingerhut verschwinden liess und ihn hinter meinem Kopf wieder hervorzauberte. ■

Workshop

Eine Weile nicht bewegen / Fixationstechniken in der pädiatrischen Praxis

Dr. med. Andreas Bartenstein und Team der Kinderchirurgie des Inselspitals/ Dr. med. Nadia Sauter Oes

DR. MED. ISO MORGER,
OSTERMUNDIGEN

Momentan schaue ich noch auf die Altstadt von Bern, bei schönstem Wetter, die Kinder sind jetzt sicher auf dem Trampolin am Spielen. Zeit sich wieder mal den Frakturen und ihren Behandlungsmethoden zu widmen.

Dr. med. A. Bartenstein, Oberarzt Kinderchirurgie am Inselspital Bern, informiert uns zuerst präzise und kurz über die häufigsten Frakturen und deren Einteilungen nach Salter-Harris. Ich weiss jetzt auch wieder, wo die Epiphysen, Diaphysen und Metaphysen beginnen und enden.

Nach der Einführung machen wir uns ans Basteln. Zuerst beginnen wir mit der Oberarmgipsschiene. Diese kommt meist bei Unterarmfrakturen zum Einsatz, insbesondere bei Kleinkindern um die schmerzhafte Supination und Pronation zu verhindern. Der Unterarm wird dabei in Supinationsstellung gehalten. Damit kann man die Schiene viel besser anpassen. Bei instabilen Frakturen empfehlen die Insulaner nach einer Woche eine Röntgenkontrolle. Diesbezüglich folgender Merksatz: Alle stabilen Frakturen vom Typ Fissur, Wulstfraktur metaphysär, achsgerecht stehende inkomplette Frakturen brauchen KEINE Stellungs- und Konsolidationsröntgen und KEINE poliklinische Kontrolle.

Angeleitet und kontrolliert werden wir vom Team der Kinderchirurgie. Es wird jeweils eine dorsale wie auch volare Schiene mittels Primacast Longuetten angepasst. Auf eine Zirkularisation bei stabilen Frakturen wird verzichtet. Allenfalls bei instabilen Frakturen nach Röntgenkontrolle.

Nachher zeigte uns Dr. Bartenstein wie man einen Daumenkännel anfertigt. Dieser kommt bei Daumenfrakturen oder auch Skidaumen zum Einsatz. Kurz streifen wir auch die Anpassung einer Alu-Fingerschiene.

Etwas mehr Zeit widmen wir dann wieder dem Anfertigen eines OSG-Soft-Cast-Stiefels. Primär wird an der Insel nach einer OSG-Distorsion eine Unterschenkelschiene angepasst, um dann nach einer Woche auf den Soft-Cast umzustellen. Zuerst wird dabei ein Tricotschlauch zugeschnitten und dann sekundär mittels Scotchcast eine Bandage angelegt. Der Vorderfuss sollte dabei rechtwinklig zur Unterschenkellängsachse stehen.

Die Instruktionen und die Unterlagen waren sehr informativ und sehr praxisbezogen. Herzlichen Dank dem Team.

In der Zwischenzeit sind hoffentlich keine Unfälle erfolgt, andernfalls sind wir jetzt wieder darauf vorbereitet. ■

Workshop

Audiologie

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

DR. MED. DORIS AUF DER MAUR, FINSTERSEE

Im Audiologie Workshop wurden hauptsächlich das Ohr und das Gehör besprochen. Zu Beginn hat uns Herr Stojan in die Untersuchungsmethoden OAE, ERA, Tympanometrie und Audiogramm eingeführt. Er hat uns erörtert was die einzelnen Geräte messen und wie sie ungefähr funktionieren. So zum Beispiel lernten wir, was bei einer Tympanometrie bei eingelegten «Röhrli» angezeigt wird: LEAK oder das Volumen beträgt 3–5 ml, statt nur ca. 1 ml. Leider hatten wir wenig Zeit um auf die verschiedenen Kurven der Tympanometrie und Audiometrie einzugehen.

Wir haben darüber gesprochen, wie das Screening des Gehörs mittels Otoakustischen Emissionen (OAE) genau funktioniert und welche Vorteile dieses Screening für die Kinder bringt. Es profitieren ca. 1,5–2% pro Jahr der Neugeborenen davon, was ungefähr 120 Kinder entspricht. Bei diesen Kindern ist eine frühe Hörgeräteanpassung angezeigt, damit eine gute Sprachentwicklung möglich ist. Wir haben uns der akuten und chronischen Mittelohrentzündung mit und ohne Symptome zugewandt und haben gelernt, dass ein Tubenmittelohrkatarrh (Mittelohrentzündung ohne Symptome) bis 3 Mt. nach einer akuten Mittelohrentzündung (AOM) bei 10% der Kinder noch vorkommt und nicht aussergewöhnlich ist. Besonders häufig betroffen sind dabei Kinder im 1. und 2. Lebensjahr, bei denen ein gutes Gehör für die Sprachentwicklung besonders wichtig wäre und wahrscheinlich oft nicht erkannt wird. Ich habe daraus gelernt, vermehrt die Tympanometrie bei 2-jährigen Kindern einzusetzen, insbesondere dann wenn eine Spracherwerbsverzögerung und St. n. AOM vorliegt. Wir haben diskutiert, wann und wie oft eine Tympanometrie nach AMOE sinnvoll ist. Konsequenzen hat die Tympanometrie erst nach 3 Monaten bei Kindern mit eingeschränkter Hörleistung, da dann eine Zuweisung an den HNO-Arzt empfohlen wird zur Einlage von Paukenröhrchen. Die Therapie des Tubenmittelohrkatarrhs besteht in NaCl-Spülungen, topischen Steriden, Otovent-Ballonen. Abschwellende Nasensprays haben gemäss Studien keinen Einfluss auf den TMK. Im Weiteren haben wir über die Akute Otitis media gesprochen. Schlechtere Prognose für rezidivierende Otitiden (Otitis prone) und deren Folgen besteht bei Kindern, welche vor dem 1. LJ eine AOM erleiden. Verschiedene Faktoren nehmen Einfluss auf das Risiko an einer AOM zu erkranken. Es sind dies anatomische Faktoren, Umgebung (Day-care, Rauchen), und host factors (Geschlecht, Rasse, Methode des Fütterns, usw.). Säuglinge, welche im Liegen gefüttert oder gestillt werden, haben ein erhöhtes Risiko für eine AOM. Bei einer akuten Otitis media können schwere Komplikationen auftreten. Das Risiko für eine Mastoiditis ist mit und ohne antibiotische Therapie praktisch gleich. Die Mastoiditis kann auch als Erstsymptom auftreten. Antibiotika sollten bei Kindern mit schweren Allgemeinsymptomen und/oder bakteriell gesicherter AOM eingesetzt werden. 1. Wahl ist Amoxicillin, 2. Wahl Amoxicillin/Clavulansäure. Die Dauer beträgt 5 Tage, ausser bei Kindern unter 2 Jahren, Otitis prone-Kindern, Immundefekten. Dann beträgt sie 10 Tage. Leider hatten wir am Schluss keine Zeit mehr für die Diskussion der Therapie und Begutachten der mitgebrachten Geräte. Alles in Allem war es ein interessanter Workshop, etwas zu technisch für meine Bedürfnisse. ■

Workshop

MPA und das Telefon

Dr. med. Kilian Imahorn

NICOLA NAULA, MPA
BERN

MPA und das Praxis-Telefon: «Spagat zwischen tausend Fragen und optimaler Organisation des Sprechstundenalltags» nennt sich der Workshop bei Herrn Dr. Kilian Imahorn und beschreibt damit ein weites Feld in den Aufgaben der MPA.

«Noch ein Telefontraining» denke ich mir insgeheim, gebe dabei aber die scheue Hoffnung auf die schon lang ersehnte «Patentlösung» nicht auf, die mich angesichts des bevorstehenden Winters davor bewahren möge, dass der Spagat nicht zur Zerreissprobe würde.

Es ist aber eben kein Training, sondern ein Workshop: Die «Expertinnenrunde», wie uns Herr Dr. Imahorn bezeichnete, macht sich bald an die Arbeit, um unter schwungvoller Moderation gemeinsam die Fragen, die uns am dringlichsten erscheinen, zu erarbeiten. Dabei zeigt sich ganz deutlich, was für eine zentrale Rolle das Telefon in der Arztpraxis spielt. Eine Frage führt zur nächsten und verknüpft die verschiedensten Bereiche miteinander. Im Mittelpunkt stehen später die folgenden drei Fragen:

- Wieviel Beratung ist wann sinnvoll? Und wie viel Zeit sollte eine Beratung in Anspruch nehmen, ohne dass die telefonische Erreichbarkeit der Praxis und nicht zuletzt auch die anwesenden Patienten darunter leiden?
- Wie unterscheide ich am Telefon eine harmlose Erkältung von einem «Notfall», also einem Kind, das am gleichen Tag noch einen Termin benötigt?
- Wie schaffe ich es, dass ich für diese akuten Termine noch geeignete Zeiten in der Agenda finde?

Um es gleich vorweg zu nehmen: Eine Patentlösung lässt auch heute wieder auf sich warten.

Dafür diskutieren wir in Kleingruppen verschiedene Lösungsansätze. In der abschliessenden Präsentation unserer Ergebnisse wird deutlich, wie viele verschiedene Herangehensweisen es zur Beantwortung einer Frage gibt. Nachfolgend eine Auswahl an Möglichkeiten:

- Bei der Beratung, besonders am Telefon, ist eine klare Kommunikation wichtig. Es muss deutlich werden, was der Patient möchte, was sein Auftrag an das Praxisteam ist. Das hilft auch dem Chef, in einer allfälligen späteren Konsultation Zeit zu sparen. Bei sehr unsicheren, unentschiedenen Eltern hilft die direkte Frage, ob eine Beratung oder ein Termin gewünscht wird. Freundliche Entschiedenheit in der Gesprächsführung der MPA hält das Telefonat in einem zeitlich angemessenen Rahmen.
- Bei der Unterscheidung des echten «Notfalls» vom banalen Infekt sind nach wie vor das gute alte Bauchgefühl und der Eindruck der Eltern entscheidend. Alle MPAs sind sich darin einig, dass bei dieser Entscheidung sehr viel Aufmerksamkeit und Sensibilität notwendig sind. Im Zweifelsfall sollte das Kind noch für den gleichen Tag einbestellt werden.
- Aber wann? Die Planung der Agenda stellt für alle MPAs die Grundlage für die Sprechstunde dar. Hier sollten Termine für akut erkrankte Kinder feste Plätze einnehmen. Klare Absprachen im Praxisteam helfen, diese Planung auch einzuhalten. Durch eine Entlastung der Ärzte durch die MPA wird wieder Zeit für die Behandlung von «Notfällen» frei.

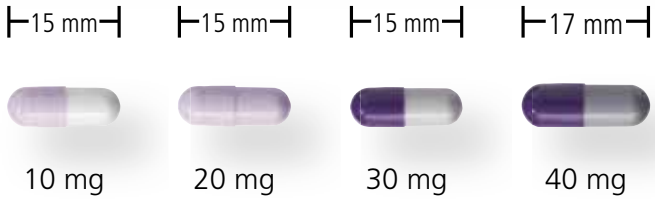
Die gute Nachricht also ist: Es gibt viele Möglichkeiten, um das Telefon gut in den Sprechstundenalltag zu integrieren. Viele kleine Massnahmen helfen dem Praxisteam, sich erfolgreich durch die Sprechstunde, auch eines langen, kalten und grauen Wintertags, zu manövrieren. Je nach Bedarf der Praxis können sie kombiniert, erweitert oder auch ganz unterlassen werden. Und das Beste daran ist: Alle diese Massnahmen sind nicht bahnbrechende Neuigkeiten, für die aufwendige Telefontrainings notwendig sind – sie stammen aus dem gesammelten Wissen und der Erfahrung der «Expertinnenrunde».

Das weckt den Wunsch nach mehr solcher Expertinnenrunden im Sinne eines fruchtbaren gegenseitigen Erfahrungsaustausches zwischen den MPAs verschiedener Kinderarztpraxen. Vielen herzlichen Dank an Herrn Dr. Imahorn und seinem Team! ■

Medikinet® MR auch in der 100er Packung

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

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



Die Abbildungen der Kapseln entsprechen der Originalgröße und -farbe.

GEMEINSAM ADHS BEGEGNEN

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

Medikinet®
Medikinet® MR
Wirkstoff: Methylphenidathydrochlorid

Salmon Pharma
Ein Unternehmen der
MEDICE

Workshop

Impfen

Prof. Dr. med. Christoph Berger / Dr. med. Peter Schibler

STEFANIE HARTMANN, SARAH HEUSSER, MPAs, STÄFA

Alle pädiatrischen MPA kommen zusammen für diesen interessanten Impf-Workshop. Die Referenten Dr. Prof. Dr. med. Christoph Berger, Co-Leiter Infektiologie und Leiter Vakzinologie, Kinderspital Zürich und Dr. med. Peter Schibler, Kinder- und Jugendarzt von Stäfa haben beide langjährige Erfahrung im Bereich Impfen. Das Thema ist spannend und mit so vielen MPA von unterschiedlichen Praxen und Methoden kommt einiges an Fragen und verschiedenen Antworten zusammen. Impfen JA, warum? Mit dieser Frage beschäftigen wir uns während des Workshops. Christoph Berger beginnt mit seinem Referat und berichtet über den Impfplan und wie hoch die Ansteckung der einzelnen Krankheiten vor allem in den ersten Monaten für ein Neugeborenes ist. Diese Fakten sind sehr hilfreich für die Teilnehmer, sie spielen eine grosse Rolle für die Beratung gegenüber den Eltern bei einem Erstgespräch über das Impfen ihres Kindes. Wir arbeiten uns fort bis zum Impfschema eines Jugendlichen. Zwischen dem Referat von Christoph Berger hat Peter Schibler einige Fragen zum Thema Impfen vorbereitet. Bei den Grundimpfungen spürt man gut, dass das Wissen schon sehr gross ist und es werden wenig Fragen gestellt, bei den ergänzenden Impfungen gibt es Differenzen, was man aus den gestellten Fragen heraushört. Ebenso ist das Impfschema bei den Frühgeborenen ein grosses Thema. Anhand der Fragen von Peter Schibler, können wir untereinander gute Beispiele besprechen. Es geht z. B. um Fragen wie:

- Wie müssen einzelne Impfungen angewendet werden bei verschieden alten Kinder, die alle die gleiche Impfung brauchen, und wie viele Dosen sind überhaupt noch nötig?
- In welchen Abständen müssen Impfungen verabreicht werden, z. B. Lebendimpfstoffe?
- Welches sind die häufigsten Impfreaktionen und wann treten sie auf?

Diese und andere Fragen waren dem Praxisalltag sehr nah. Am Telefon oder auch bei den Konsultationen treten bezüglich dem Impfen immer wieder Fragen auf. Dieses Gebiet ist für viele Eltern ein grosses Fragezeichen und sie wollen meist sehr genau informiert sein. Dank dem in diesem Workshop aufgefrischten Wissen, können wir nun vielleicht die eine oder andere Frage selber und besser beantworten.

Auch Fragen zum Impfen bei Schwangeren kann man hin und wieder antreffen und es war gut, dass wir dies kurz einbezogen haben. Die Pertussis hat für eine Schwangere eine besondere Bedeutung, wie auch die Influenza. Beide Impfungen kann man während der Schwangerschaft im 2. und 3. Trimenon impfen. Ebenso die Impfreaktionen haben wir für interessant und auch relevant empfunden. Denn auch diese sind ein Thema! Es ist wichtig zu wissen, dass Wirkung und auch Nebenwirkung bei der MMR-Impfung nach 7–10 Tagen einsetzen respektive auftreten.

Bei vielen MPA sitzt der Schweizerische Impfplan gut im Gedächtnis, jedoch sind die speziellen Schemen immer wieder ein wenig verwirrend, manchmal etwas kompliziert. Es kommt während des Workshops immer wieder zu interessanten angeregten Gesprächen und Diskussionen.

Wir schauen sehr positiv auf diesen Workshop zurück. Und wir können wirklich sagen, viel aus diesem Workshop profitiert zu haben. ■

Der Vorstand (von links): George Marx, Carsten Peters, Katharina Wyss-Senn und Heidi Zinggeler Fuhrer (Co-Präsidentinnen), Rolf Temperli, Stefan Roth, Jakob von Känel.

Mitgliederversammlung 2013

Das Protokoll der 18. Mitgliederversammlung vom 12. September 2013 ist auf unserer Website aufgeschaltet. Hier das Wichtigste in Kürze:

- Der Berufsverband zählt 476 ordentliche und 146 ausserordentliche Mitglieder; 187 waren an der MV anwesend.
- Die rechtlichen Verfahren um den entlassenen Geschäftsführer laufen, weshalb keine weiteren Informationen geliefert werden können.
- Ein in diesem Zusammenhang möglicher Verlust von maximal 88 500 Franken könnte vom Verband verkraftet werden.
- Der Jahresabschluss 2012/13 ist – ohne Berücksichtigung der obgenannten Unsicherheit – ausgeglichen.
- Lohn- und Infrastrukturkosten steigen, Sponsoringeinnahmen gehen beträchtlich zurück. Sparmöglichkeiten sind beschränkt, eine erhöhte Kostenbeteiligung von Seiten der Mitglieder steht bevor.
- Mit grossem Mehr spricht die Mitgliederversammlung einen Betrag von 60 000 Franken zur Unterstützung der Abstimmungskampagne für die Hausarztmedizin (Initiative oder Gegenvorschlag).
- Heidi Zinggeler Fuhrer tritt die Nachfolge von Rolf Temperli im Co-Präsidium an. Neu im Vorstand ist Stefan Roth.

DR. MED. ROLF TEMPERLI, VORSTAND

Neues Co-Präsidium: Katharina Wyss, Heidi Zinggeler Fuhrer.

Philipp Jenny beantragt CHF 60 000 für die Abstimmungskampagne.

Co-Präsidentin Katharina Wyss verabschiedet Rolf Temperli als Co-Präsident.

Suche neue Geschäftsführerin

DR. MED. HEIDI ZINGGELER FUHRER, CO-PRÄSIDENTIN

Nachdem anfangs Juli die Zusammenarbeit mit dem früheren Geschäftsführer für alle Beteiligten ein unerfreuliches und abruptes Ende genommen hatte, waren Vorstand und Geschäftsstelle mit der Übernahme der gesamten Arbeit vor allem im Hinblick auf den Jahresabschluss und die Vorbereitungen für die Jahrestagung stark gefordert.

Gleichzeitig begann die Suche nach einem neuen Geschäftsführer. Die Stelle wurde auf Jobs.ch ausgeschrieben und schon bald flatterten zahlreiche Bewerbungen ins Haus. Aufgrund der Vorkommnisse waren wir uns im Vorstand einig, dass es eine grosse Herausforderung sein würde, aus über 60 Bewerbungen die richtige Person für die Leitung unserer Geschäftsstelle herauszupicken. Der ganze Vorstand legte die Entscheidungskriterien fest und war an der Vorselektion beteiligt.

Folgende Kernpunkte für die Neubesetzung der Geschäftsführung waren uns wichtig:

1. Nachvollziehbare Motivation für die Bewerbung als Geschäftsführer von Kinderärzte Schweiz.
2. Hohe Dienstleistungsbereitschaft gegenüber Mitgliedern und Vorstand.
3. Fähigkeit, selbstständig und vorausdenkend zu arbeiten.
4. Angemessene IT-Fähigkeiten.
5. Operative Kenntnisse in der Buchhaltung.
6. Gute schriftliche Ausdrucksfähigkeit.

Nach umfangreicher Auseinandersetzung mit den zahlreichen Bewerbungen haben wir zu dritt sechs Kandidatinnen zum persönlichen Vorstellungsgespräch eingeladen.

Rasch zeichneten sich drei Favoritinnen ab. Unsere Wahl fiel am Schluss einstimmig auf Sylvia Locher. Sie bringt sehr viel Erfahrung in der Verbandsführung mit. So hat sie z. B. die Geschäftsstelle des Schweizerischen Frauensportverbands mit über 25 000 Mitgliedern während 4 Jahren aufgebaut und sehr erfolgreich geführt.

Sie ist eine Frau der Tat. Das hat sie bereits an unserer diesjährigen Jahrestagung gezeigt. Zwischenzeitlich hat Sylvia Locher nun auch offiziell ihre 60%-Stelle per 1. Oktober 2013 angetreten und stellt ihre Kompetenz, rasche Auffassungsgabe und ihr Organisationstalent bereits engagiert und umsichtig unter Beweis. ■

PORTRAIT DR. MED. STEFAN ROTH

Seit der letzten Jahrestagung bin ich als neues Vorstandsmitglied der Kinderärzte Schweiz gewählt. Nach drei Jahren in der Praxis bin ich bereit für zusätzliche Aufgaben. Nachdem ich während der Weiterbildung bereits immer wieder innerhalb der Kinderklinik Engagements inne hatte, war es naheliegend, dies auch weiterzuführen.

Beruflicher Werdegang

Nach dem Medizinstudium an der Universität Bern absolvierte ich meine Weiterbildung an den Kinderkliniken in Davos, Luzern und Bern. Nach der Facharztprüfung 2007 war ich noch drei Jahre als klinischer und pneumologischer Oberarzt an der Universitätskinderklinik des Inselspitals in Bern tätig. Seit Sommer 2010 bin ich zufrieden in einer Gruppenpraxis in Bern-Liebefeld gelandet. Daneben bin ich als Belegarzt im Engeriedspital und als externer Oberarzt im Inselspital tätig.

Zur Person

Geboren und aufgewachsen bin ich in Bern. Ich bin verheiratet und wir haben eine Tochter. In der Freizeit betätige ich mich gerne sportlich. Im Sommer bin ich mit dem Fahrrad in der Natur unterwegs, mit dem Mountainbike gerne auch auf langen Touren oder rennmässig, im Winter steht das Skifahren im Vordergrund. Den kreativen Ausgleich finde ich in der Fotographie.

Ich freue mich auf die neuen Aufgaben.

PORTRAIT SYLVIA LOCHER

Es gibt zwei Gründe, weshalb ich mich um die Stelle bei Kinderärzte Schweiz beworben habe. Zum einen widme ich mich seit vielen Jahren mit Herzblut der Vereins- und Verbandsarbeit, denn ich bin ein politischer Mensch. Dank meinem kaufmännischen Hintergrund wurde ich in diesem Bereich mit verschiedenen Sekretariats- und Geschäftsstellenleitungen betraut.

Auf der anderen Seite kenne ich das berufliche Umfeld der Kinderärztinnen und -ärzte aus meinem früheren Engagement beim Schul- und Sportdepartement der Stadt Zürich. Ich durfte für den Schulärztlichen Dienst – damals noch als Bewegungstherapeutin – ein Bewegungs- und Ernährungsprojekt mit entwickeln und leiten. In dieser Zeit habe ich eine Vielzahl von Kindergruppen unterrichtet. Gleichzeitig stand ich in engem Kontakt mit Eltern und Schulärztinnen und -ärzten.

Im Berufsverband der Kinderärzte Schweiz engagieren sich kompetente Fachleute mit einer grossen Berufserfahrung. Ihr Wissen sollte bei Entscheidungen in politischen Gremien unbedingt zum Tragen kommen. Ich freue mich darauf, wenn ich meinen Beitrag zu einem guten Gelingen leisten darf.

Haus- und Kinderärzte Schweiz MFE

Der Masterplan wertet unsere Arbeit finanziell auf. Die Abstimmung über den parlamentarischen Gegenvorschlag zur Hausarztmedizin muss gewonnen werden.

DR. MED. ROLF TEMPERLI, VORSTAND

Die gute Nachricht ist verbreitet und ausführlich kommentiert worden. Ist sie auch angekommen? Die Initiative «Ja zur Hausarztmedizin» hat auf Seiten der Politik erstaunliche Aktivitäten zugunsten der Hausarztmedizin ausgelöst. Die Zusagen von Bundesrat Berset haben den Rückzug der Initiative ermöglicht. Andererseits war der Rückzug auch Voraussetzung dafür, den Masterplan von BR Berset umzusetzen.

Der Masterplan führt bereits ab 1.1.2014 zu einer finanziellen Besserstellung vieler Grundversorger. Die von Bundesrat Couchepin verordneten Tarifsenkungen im Praxislabor werden teilweise rückgängig gemacht. Das Praxislabor wird um 35 Millionen aufgewertet, vorerst via Erhöhung der Übergangszuschläge. Die Betreiber von Praxislabors werden sofort vom Masterplan profitieren, noch bevor die Analyseliste und der neue Labortarif zu Ende beraten sind.

Die Besserstellung Fachärzte Allgemeine Innere Medizin AIM und Kinder- und Jugendmedizin KJM wird Mitte 2014 erfolgen. 200 Millionen stehen nach dem Willen des Bundesrates für unsere Praxen zur Verfügung. Ein Erfolg, für den viele über Jahre intensiv gekämpft haben, ein Erfolg, den alle sofort im Portemonnaie verspüren werden, ein Erfolg, der einigen – den Nichtmitgliedern in den Berufsverbänden – fast gratis in den Schoss gelegt wird.

Dieser Erfolg war nur möglich, weil ein mitgliedsstarker Verband mit hohem finanziellen und personellen Einsatz Unterschriften gesammelt, mit Parlamentariern diskutiert und mit dem Bundesrat verhandelt hat. Die Pädiater werden gleichermassen wie die Allgemeinmediziner begünstigt. Dies ist nicht dem Zufall, sondern dem Engagement der Pädiater im Hausärzteverband zu verdanken. Engagement zahlt sich aus.

Noch offen – und somit ein potenzieller Stolperstein – ist die Frage, aus welcher Kasse die 200 Mio. für AIM und KJM berappt werden sollen. Die Auflage von BR Berset ist, dass die Besserstellung innerhalb des Tarmed kostenneutral zu erfolgen hat. Diese Knacknuss konnten die Tarifpartner nicht lösen und ist nun dem Bundesrat überlassen.

Der finanziellen Besserstellung muss nun noch die politische folgen. Voraussichtlich am 18. Mai 2014 gelangt der Gegenvorschlag des Parlaments zur zurückgezogenen Initiative «Ja zur Hausarztmedizin» zur Abstimmung. In der Bundesverfassung soll festgehalten werden, dass Bund und Kantone für «eine allen zugängliche medizinische Grundversorgung von hoher Qualität» sorgen und der Bund Vorschriften «für eine angemessene Abgeltung der Leistungen der Hausarztmedizin» erlässt.

QUELLE: INTERNET

Diese Abstimmung muss gewonnen werden! Dazu braucht es Geld und persönliches Engagement, bei unseren Patienten, in unserem Umfeld, in den Medien. Alle sind aufgefordert, sich für eine Annahme des parlamentarischen Vorschlags stark zu machen. «JA zur Hausarztmedizin» gilt unverändert, statt mit der Initiative jetzt mit dem parlamentarischen Gegenvorschlag und dem Masterplan. ■

Mit dem Wissen um die entzündliche Komponente des Asthma bronchiale wurde auch in der Kinderheilkunde die Verwendung inhalativer Steroide rasch zum Standard. Während in internationalen Arbeitsgruppen lange um standardisierte Therapiempfehlungen und Stufenschemata gerungen wurde, war man sich über die Gefahr einer Wachstumsverzögerung auch durch inhalative Steroide rasch einig. Dass die Erkrankung selbst einen Einfluss auf das Längen-Wachstum haben kann, ist ebenso unbestritten, wird im Einzelfall aber schwierig zu beurteilen sein.

Verschiedene Studien belegen beim Einsatz hoher Steroiddosen den erwarteten Effekt: das Wachstum verzögert sich in unterschiedlichem Ausmass. Der nachfolgende Artikel beschreibt dies nochmals eindrücklich aus Sicht der Endokrinologen. Allerdings werden auch in der Schweiz die Kinder in der Regel nach den GINA-Richtlinien therapiert, sodass die in den Studien verwendeten Steroiddosen nur in äusserst seltenen Fällen eingesetzt oder gar gerechtfertigt wären.

Impliziert das beschriebene Fallbeispiel, dass uns für sämtliche eventuellen Verluste von 0,5 bis 3 cm Wachstum nach inhalativer Steroidtherapie nun Haftpflichtfälle drohen oder wir, aus Entgegenkommen, in Zukunft die Wachstumshormontherapien übernehmen werden?

Wir sind gespannt auf die Reaktionen aus der Leserschaft. Sicher wird sich auch der eine oder andere Pneumologe einen Kommentar nicht verkneifen können.

Die Redaktionskommission

Das Asthmakind und sein Kortison –

Neueste Studien bestätigen: auch inhalative Steroide können Wachstum und Endgrösse massiv beeinflussen!

Nicht nur die perorale Behandlung, nein auch die inhalative Anwendung von Steroiden kann das kindliche Wachstum bremsen – und entgegen bisheriger Annahme wird ein solcher Rückstand auch in der Pubertät nicht wieder aufgeholt. Dies zeigt die Nachbeobachtung einer US-Studie, die im New England Journal of Medicine 2012 veröffentlicht wurde.

PROF. DR. MED. URS EIHOLZER, CHRISTIANE FRITZ, DR. MED. UDO MEINHARDT,
PÄDIATRISCH-ENDOKRINOLOGISCHES ZENTRUM ZÜRICH PEZZ

Inhalative Steroide (IS) sind aus der Behandlung des kindlichen Asthmas nicht mehr wegzudenken. Seit ihrer Einführung in den frühen 1970er-Jahren hat sich kein anderes ebenso wirksames Medikament durchgesetzt. Asthma ist eine chronisch entzündliche Erkrankung der Atemwege und Steroide gehören zu den effektivsten entzündungshemmenden Medikamenten die im Moment zur Verfügung stehen. Klinische Studien haben gezeigt, dass Steroide die Entzündung der Atemwege deutlich reduzieren, die Lungenfunktion verbessern, die Hyperreaktivität der Schleimhäute verringern, die Schwere der Symptome abschwächen und das Auftreten akuter Asthma-Exazerbationen wirksam dämpfen. Verschiedene Leitlinien für Asthma-Management empfehlen heute niedrig dosierte inhalative Steroide als Basistherapie bei leichtem persistierendem Asthma, welche dann nach Bedarf auf mittlere oder hohe Dosierungen gesteigert oder in Kombination mit anderen Mitteln (z. B. langwirksamen β2-Agonisten) verabreicht werden können.

Inhalative Steroide sind im Gegensatz zu oralen Steroiden nebenwirkungssicherer, da sie direkt an den entzündeten Schleimhäuten wirken. So wurden in früheren Untersuchungen von Kindern unter inhalativen Steroiden denn auch keine negativen Einflüsse auf das Wachstum gefunden. Neue randomisierte und kontrollierte Studien widersprechen diesen früheren Studien nun aber klar. Inhalative Steroide können nicht nur das Wachstum bremsen, sondern auch zu einer länger dauernden Suppression der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse (HPA) mit einem erhöhten Risiko einer Addison Krise führen, insbesondere wenn die empfohlenen therapeutischen Dosen überschritten werden. Ganz prinzipiell gilt: Nicht nur peroral angewendete, sondern auch inhalative Steroide gehen ins Blut und auch inhalierte Steroide bremsen das Wachstum und können die Endgrösse negativ beeinflussen. In dieser Arbeit wollen wir den Stand der aktuellen Studienlage beleuchten und praktikable Ansätze für Ärzte und Eltern bei der Behandlung des kindlichen Asthmas geben.

Wie wirken Wachstumshormone und Kortison auf die Regulierung des Wachstums?

Im Zentrum der hormonellen Steuerung steht der Hypothalamus. Er ist verantwortlich, dass die inneren Bedingungen des Körpers konstant gehalten werden. Er wirkt als Schaltstelle zwischen Nerven- und Hormonsystem und reguliert über sogenannte «releasing» und «inhibiting» Hormone, wann und welche Menge eines Hormons gebildet wird. Mit dem Growth Hormone Releasing Hormon (GHRH) stimuliert er die Freisetzung des Wachstumshormons (GH). Dabei befinden sich im Hypothalamus nur kleinste Mengen des Hormons und nur ein Bruchteil davon wird an die Hypophyse weitergeleitet. Das reicht aber, dass in den Zellen des Hypophysenvorderlappens ein Tausendfaches an GH produziert wird. GH ist essenziell für das Längenwachstum der Knochen, wirkt aber auch an allen anderen Organen im Organismus. Das Längenwachstum wird aber nicht nur durch GH selbst gesteuert, sondern noch vielmehr indirekt, indem das GH die Bildung von Insulin-like growth factor (IGF1) in der Leber stimuliert. IGF1 regt die Chondrozyten in den Epiphysenfugen sowie die Osteoblasten zu vermehrter Zellteilung an. Erhöhte Spiegel von Cortisol oder von anderen Steroiden hemmen nicht nur

die HPA-Achse, sondern auch das Wachstum über verschiedene direkte und indirekte Mechanismen. So wird beispielsweise zentral die Wachstumshormonsekretion über die Ausschüttung von Somatostatin gebremst und lokal wird die Bindungsfähigkeit der Rezeptoren auf der Ebene der Wachstumsfugen abgeschwächt.

Glukokortikoide werden in der Rinde der Nebennieren aus Cholesterin gebildet. Da die Nebennieren diese kaum speichern können, erfolgt die Synthese immer bei Bedarf. Der speziell für Stressreize zuständige Hypothalamuskern ist der Nucleus paraventricularis. Er schüttet bei einem Stress das Corticotropin-Releasing Hormon (CRH) aus. Das CRH gelangt in die benachbarte Hypophyse und veranlasst hier, dass das Adreno-Cortico-Tropin Hormon (ACTH) in den Blutkreislauf abgegeben wird. Von dort gelangt es an die Nebennierenrinde, wo es die Bildung und Ausschüttung von Glukokortikoiden verursacht.

Die Regulation des Cortisols erfolgt wie auch beim Wachstumshormon durch eine negative Rückkopplung: Steigt die Cortisol-Konzentration im Plasma, wird die Ausschüttung von CRH und ACTH gehemmt. Die tägliche Cortisolproduktion beträgt rund 6 mg/m² Körperoberfläche und folgt einem zirkadianen Rhythmus mit Spitzenwerten in der Früh (etwa 6–8 Uhr) und einem Minimum um Mitternacht. Die Ausschüttung des Cortisols hängt aber nicht nur vom ACTH ab, sondern lässt sich auch durch körperlichen und psychischen Stress stimulieren. Die Stimulation der HPA-Achse durch Stress kann innert Sekundenbruchteilen zu einer bis 10-fach gesteigerten Kortisolsekretion führen. Werden exogene Glucocorticoide zugeführt, erfolgt in der gleichen Weise wie beim endogenen Cortisol ein negativer Feedback, welcher die normale Funktion der HPA-Achse unterdrückt.

Mögliche Nebenwirkungen bei Langzeittherapie mit Steroiden

Damit die Behandlung mit Steroiden oder Glucocorticoiden (beide Begriffe bedeuten in diesem Kontext das gleiche) ihren gewünschten therapeutischen Effekt erreicht, wird durch die Medikamentengabe ein Hormonüberschuss geschaffen. Dieser künstlich verstärkte Cortisoleffekt bremst nicht nur das Wachstum, sondern kann unter anderem die Blutzucker- und Blutfettwerte erhöhen, Gewichtszunahme und Wassereinlagerungen im Gewebe fördern, aber auch zu Stimmungsveränderungen, Wundheilungsstörungen oder auch zu einer Verdünnung der Haut und Fragilität der Gefässe führen. Und zu beachten ist auch: Übergewicht, insbesondere eine Zunahme des Gewichtes in Bezug zur Grösse, ist kein Kriterium, ob die Dosis zu hoch ist oder nicht. Zu hohe Dosen von inhalativen Steroiden führen oft zu schweren Nebenwirkungen, auch ohne dass diese Kinder übergewichtig sind oder lange bevor sie übergewichtig werden.

Die Unterdrückung der HPA-Achse ist eine der am wenigsten vorhersehbaren Nebenwirkungen – da scheinbar keine Korrelation zwischen der Dosis oder Dauer der Therapie und der Funktion der HPA-Achse besteht. Nach kurzzeitiger und hochdosierter Gabe von Glukokortikoiden, ist bei 40% der Patienten die adrenale Cortisolproduktion während rund zwei Wochen supprimiert und in Stresssituationen besteht die Gefahr einer Addisonkrise [1]. Pathophysiologisch kommt es ausserdem zu einer Hemmung der Kalziumabsorption aus dem Darm. Zudem werden die für den Knochenaufbau wichtigen Zellen (Osteoblasten) gehemmt. Die HPA reagiert dynamisch, sie kann sich erholen wenn die Therapie gestoppt wird. Dabei erholen sich zuerst der Hypothalamus und die Hypophyse – die Nebenniere erfolgt erst Monate später.

Quelle: Internet

Messungen der Funktion der HPA-Achse

Die Überprüfung der HPA-Achse ist wegen der ausgeprägten tageszeitlichen Schwankungen und ihrer grossen «Stressempfindlichkeit» sehr schwierig. Das Testprozedere muss nach dem zu prüfenden Aspekt der Achse ausgewählt werden: Falscher Test – falsche Aussage. Beim Studieren der verschiedenen Studienresultate rund um die Nebenwirkungen von inhalativen Steroiden könnte man manchmal denken, es sei bewusst der falsche Test ausgewählt worden, um eine falsche Sicherheit zu suggerieren.

Für die Beurteilung der Nebennierenrindenfunktion stehen die Messung der Plasma-Cortisol-Konzentration (morgens oder integriert), die Messung der Cortisolausscheidung im Urin, sowie der ACTH-Stimulationstest (High-Dosis/250 µg und Low-Dosis/0,5–1,0 µg) zur Verfügung. Die Messung von Blut-Cortisol an einem bestimmten Zeitpunkt kann bei einzelnen Patienten verwendet werden, solange man beachtet, dass es grosse Schwankungen in der zirkadianen Sekretion von Cortisol gibt. Wird der Blut-Cortisolspiegel während eines 24h-Zeitraumes gemessen, sind die interindividuellen Schwankungen des Tagesrhythmus ausgeglichen. Bei der Messung des Cortisols im 24h-Urin liegt der Vorteil darin, dass sie nicht invasiv ist und sehr sensibel für die Beurteilung einer dosisabhängigen Suppression der HPA-Achse. Allerdings müssen diese Messungen sorgfältig überwacht und für die Kreatinin-Ausscheidung hin korrigiert werden. Der konventionelle hochdosierte ACTH-Stimulation-Test ist hilfreich bei der Bestimmung einer schweren Nebennierenrindeninsuffizienz. Allerdings hat sich herausgestellt, dass dieser eine milde oder kurzfristige Nebennieren Suppression nur unzureichend erfasst. In niedriger Dosierung (0,5–1,0 µg) entspricht der ACTH-Stimulationstest etwa der normalen physiologischen Reaktion des Körpers auf Stress und ist empfindlicher als der herkömmliche hochdosierte Stimulationstest um Auffälligkeiten der Nebennieren-

funktion zu erkennen. Diese Methode ist allen anderen Methoden überlegen, wenn es darum geht, eine Beeinflussung der Nebennierenrinde durch inhalative Steroiden zu suchen. Dieser Test muss dann benutzt werden, wenn das Wachstum eines Kindes auffällig ist und es um die Frage geht, ob die IS die Wachstumsproblematik verursacht oder ob eventuell ein anderer Grund für die Wachstumsauffälligkeit besteht. Andere Methoden, wie z. B. der CRH-Stimulationstest, der Insulin-Toleranz-Test, der Metopiron-Test sowie Messungen von Cortisolmetaboliten und Cortisol im Urin, haben sich als nicht genügend sensible Tests erwiesen.

Studien über die Therapie mit inhalativen Steroiden

Die Wirkung von inhalativen Steroiden auf die Körpergrösse ist in verschiedenen Altersgruppen, mit verschiedenen IS-Produkten, in verschiedenen Dosierungen und für verschiedene Laufzeiten untersucht worden. Ganz besonders bemerkenswert ist die Tatsache, dass unabhängig davon, ob in einer Studie ein Einfluss der inhalativen Steroide auf das Wachstum gefunden wird oder nicht, alle unisono am Schluss fordern, dass das Wachstum ganz genau halbjährlich kontrolliert werden muss! Die Regeln der FDA (American Food and Drug Administration), wonach auf jedem Beipackzettel von inhalativen Steroiden darauf hingewiesen werden muss, dass es zu einer möglichen Einschränkung des Längenwachstum kommen kann, bestätigen die Unsicherheiten.

Einen Grund für die unterschiedlichen und sich teilweise widersprechenden Studienergebnisse sehen Ying Fan und Lia Ma im Studiendesign. Um die Auswirkungen von inhalativen Steroiden auf die HPA-Achse zu testen, überprüften sie in 106 klinischen Studien den Einfluss des Studiendesigns bei acht zugelassenen inhalativen und intranasalen Steroiden (Beclomethasondipropionat, Budesonid, Ciclesonid, Flunisolid, Fluticasonfuroat, Flucticasone Propionat, Mometasonfuroat und Triamcinolonacetonid) und veröffentlichten ihre Ergebnisse im August 2013 im Journal of Pharmaceutical Sciences [3]. Faktoren mit Auswirkungen auf die Studienergebnisse waren die Art des Medikaments (pharmakokinetische / pharmakodynamische Eigenschaften), die Art der Verabreichung (Typ des Geräts und Aerosol-Formulierung), Art und Schwere der Erkrankung beim Kind, das gewählte Testverfahren, Höhe der Dosis, Studiendauer, Stichprobengrösse, Behandlungskontrollen, statistische Analyseverfahren und die Compliance über den gesamten Studienverlauf. Nur eine konsequente Beachtung dieser Kriterien wird Schwankungen bei den Ergebnissen minimieren und die Interpretierbarkeit der Ergebnisse verbessern.

Einer strengen Überprüfung der Einschlusskriterien unterzogen P. Sharek und David Bergmann alle Studien, die sie in ihrer Metaanalyse im Jahre 2000 in PEDIATRICS veröffentlichten [5]. Die Auswertung ergab, dass bereits eine moderate Dosis von Beclometason und Fluticason die lineare Wachstumsgeschwindigkeit von Kindern mit leichtem bis mittelschwerem Asthma signifikant verringert. Die Wirkung von inhalativen Steroiden auf das Wachstum war in allen ausgesuchten Studien konsistent, trotz Unterschieden bezüglich des Alters, ethnischer Zugehörigkeit, der Inhalationssysteme und der Behandlungsdauer.

Bensch et all überprüften qualitativ hochstehende Studien, die die Wirkung von inhalativen Steroiden über einen Zeitraum von mindestens 7 Monaten bei Kindern mit Asthma untersuchten und präsentierten die Ergebnisse 2011 in einer Tabelle in «Annals of Allergy, Asthma and Immunology». Bei ausnahmslos allen inhalativen Steroiden (Beclomethason CFC, Budesonid, Flunisolid HFA, Fluticason CFC, Flucticason, Mometason und Triamcinolon CFC) zeigte sich eine signifikante Reduktion des Wachstums [6].

Über die letzten 15 Jahre hatten Querschnittsstudien die Hoffnung genährt, dass inhalative Steroide das Wachstum nur verzögern, die Kinder in der späten Pubertät jedoch noch ihre volle Körpergrösse erreichen würden. Diese Ansicht muss heute definitiv revidiert werden. Die Studie des «National Heart, Lung and Blood Institute» zum Thema «Childhood Asthma Management Program» (CAMP), die 2012 veröffentlicht wurde, ist die grösste Studie, die bei Kindern mit leichtem bis mittelschwerem Asthma durchgeführt wurde [7]. Die 1041 Probanden dieser Studie hatten im Alter zwischen 5 und 13 Jahren randomisiert für 4 bis 6 Jahre entweder Budesonid (400 µg), Nedocromil oder ein Placebo erhalten. Obwohl die Untersuchung der erreichten Körpergrösse nicht das primäre Ziel war, wurde die Höhe regelmässig gemessen. Budesonid erzielte damals die bessere Asthmakontrolle, doch waren die mit Budesonid behandelten Kinder durchschnittlich um 1,1 cm kleiner als in der Placebo-Gruppe. Das Wachstumsgeschwindigkeitsdefizit zeigte sich auch hier wiederum vor allem in den ersten 2 Jahren bei präpubertären Kindern. Viele Jahre später wurden bei 943 dieser Patienten die erreichte Körpergrösse nachgemessen. Verglichen mit der Placebo-Gruppe waren die mit Budesonid behandelten Patienten im Gruppenmittel exakt 1,2 cm kleiner. Frauen waren stärker betroffen – sie büssten durchschnittlich 1,8 cm an Körpergrösse ein. Insgesamt entsprachen die in der Budesonid-Gruppe dokumentierten Einbussen des Längenwachstums ziemlich genau dem, was man schon viel früher nach einer zweijährigen Steroidbehandlung gesehen hatte. Das bedeutet, dass die Kinder nicht weiter in Rückstand gerieten, aber eben auch nicht zu einem kompensatorischen Wachstumsspurt ansetzten. Bei kleinen Asthmatikern mit höheren Steroiddosierungen wird es noch dramatischer: Hier beschreibt die CAMP-Studie ganz klar,

dass jedes Mikrogramm pro Kilogramm mehr, 0,1 cm Wachstumsverlust bedeutet.

Die negativen Auswirkungen von inhalativen Steroiden auf die Knochendichte und den Knochenstoffwechsel bei Kindern mit Asthma sind noch nicht genügend ausgeleuchtet, aber Effekte scheinen auch hier dosisabhängig zu sein. Bei einer 6-monatigen Behandlung mit hochdosiertem Fluticasonpropionat (FP) bei Kindern (5–19 Jahre) konnte keine signifikante Reduktion des Knochenstoffwechsels oder der Knochendichte nachgewiesen werden. Dies steht jedoch im Gegensatz zu den Ergebnissen einer früheren Studie, in der Kindern im Alter von 5–14 Jahren hohe Dosen von Budesonid oder Beclomethason (Dosisbereich 400–2000 g/Tag) über einen Zeitraum von einem Jahr verabreicht bekamen und einen verminderten Knochenstoffwechsel aufwiesen. Ebenso zeigte eine Step-Down-Studie bei Kindern im Alter von 6–10 Jahren, die mit FP (1000 g/Tag) für 2 Monate behandelt wurden, eine Reduktion im Knochenstoffwechsel sowie eine Unterdrückung der HPA-Achse. Alle nachteiligen Auswirkungen verschwanden aber nach Dosisreduktion.

Zusammenfassung der Studienresultate

Durch inhalative Steroide verlieren präpubertäre Kinder in den ersten Jahren der Therapie 0,5 bis 3,0 cm an Längenwachstum – danach normalisiert sich die Wachstumsgeschwindigkeit in der Regel wieder und der Rückstand kumuliert nicht, wird aber auch nicht aufgeholt. Dieser Effekt scheint in den ersten sechs Monaten am ausgeprägtesten zu sein.

Eine umfassende Erklärung für diese anfängliche Wachstumsverzögerung wurde noch nicht gefunden. Dieses Phänomen ist auch dadurch erschwerend zu erklären, da asthmakranke Kinder aufgrund der schlechteren Atmung häufig ohnehin eine verzögerte Knochenreifung und einen späteren Beginn der Pubertät aufweisen.

Die Konstellation in einer wissenschaftlichen Studie spiegelt aber nie den Anwendungs-Alltag der Patienten wieder. Dosierung, Applikation, Einnahmezeitpunkt werden von den Studienärzten den Patienten und ihren Eltern ganz genau und eingehend erklärt. Im weiteren Studienverlauf wird sehr engmaschig und rigoros kontrolliert und zwar wahrscheinlich nicht primär zum Wohl des Kindes, sondern zum Wohl der Studie, denn die Resultate sollen verwertbar und publizierbar werden. Deshalb kann man davon ausgehen, dass in einer Studie die meisten Kinder die vorgeschriebene Dosis auch wirklich einhalten. Dies ist in der täglichen Praxis jedoch ganz anders. Da gibt es viele Kinder, die deutlich zu wenig Steroide benutzen und andere deutlich zu viel. Letzteres als Folge der Ängstlichkeit und Unwissenheit der Eltern oder der mangelnden Kompetenz des verschreibenden Arztes: «Nein, dieses Medikament geht nur in die Lunge und nicht ins Blut …» oder «Brauchen sie den Spray einfach dann, wenn das Kind Mühe beim Atmen hat …».

Ein kurzes Wort zur Therapie des Asthmas

Für die Behandlung des kindlichen Asthmas existieren klare Richtlinien. Die medikamentöse Therapie erfolgt stufenweise, wobei nach Alter, Risikofaktoren und Phänotyp differenziert wird. Auf welcher der fünf Stufen ein Kind beginnt, orientiert sich jeweils an der vorherrschenden Symptomatik. Das Ziel der Therapie ist eine Asthma-Kontrolle mit einem Minimum an Nebenwirkungen zu erreichen. Das heisst, die Funktion der Lunge zu verbessern und die Symptome sowohl am Tag als auch in der Nacht so zu reduzieren, dass für das Kind ein möglichst normales Alltagsleben möglich ist.

Das entscheidende ist aber der Behandlungsplan, den der Arzt zusammen mit dem Patienten und seinen Eltern aufstellt. Das beinhaltet nicht nur die entsprechende Dosis und die Wahl des Inhalationsgerätes. Viel wichtiger ist, dass den Eltern und dem Patient klar ist, dass sie sich exakt an die Dosierung, die Applikation und den Einnahmezeitpunkt der Medikamente halten müssen. Die tägliche Anwendung gibt den meisten Patienten die subjektive Sicherheit, dass sie alles richtig machen. Das ist oft ein Trugschluss. Denn hauptsächlich entscheidet die Inhalationstechnik über den Behandlungserfolg und unnötige Nebenwirkungen. Wenn die Eltern die Dosis erhöhen, muss das schriftlich festgehalten werden. Auf keinen Fall darf eine Verschreibung auf Nachfrage erlaubt werden. Dann stehen der Überdosierung Tür und Tore offen.

Dem Arzt sollte auch bewusst sein, dass die zuverlässige Einnahme zusätzlich von der jeweiligen Familienstruktur, dem Angstniveau und dem Alter des Kindes abhängt. Ängstliche Eltern von kleinen Kindern machen eher genau das, was der Arzt sagt. In Familien mit grossem Angstniveau ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass sie ihren Kindern höhere Dosen geben. Bei älteren Kindern und in Familien, die nicht so medizingläubig sind, wird die Therapie eventuell zu lasch und nach Bedarf gehandhabt.

Wenn ein Kind auf einer entsprechenden Behandlungsstufe mehrere Monate (> 3 Monate) symptomfrei ist, kann die Behandlung auf einer Stufe tiefer fortgesetzt werden. Die Steroidgabe sollte dabei aber stets in kleinen Schritten (25–50% der Dosis) reduziert werden. Eltern von Asthmapatienten müssen darauf hingewiesen werden, dass jede Beendigung der Langzeittherapie mit inhalativen Steroiden eine Gefährdungssituation (Addison-Krise) darstellt.

Fazit

– Steroide (und auch die inhalativen Steroide) sind hochpotent – bei der Behandlung des Asthmas und anderen Entzündungen. Wegen ihrer hohen Potenz sind sie aber auch hochgefährlich, wenn es um Nebenwirkungen geht.

- In den letzten zwei Jahrzehnten gab es deutliche Fortschritte in der technischen Ausreifung der Inhalationsgeräte und der Abscheidung der Steroidmoleküle. Trotzdem bleibt die Tatsache bestehen: Auch inhalative Steroide gehen ins Blut und unerwünschte Nebenwirkungen nehmen mit der Länge der Therapiedauer und der Höhe der Dosis zu.
- Eltern und Kind müssen verstanden haben, dass sie sich exakt an die Dosierung, die Applikation und den Einnahmezeitpunkt der Medikamente halten müssen.
- Alle 6 Monate sollen Wachstumskontrollen mit genauer Messung der Grösse, die immer zur gleichen Tageszeit stattfinden unbedingt eingehalten werden. Bei Unklarheiten muss zusätzlich das Knochenalter bestimmt werden.
- Bei Wachstumsauffälligkeiten, insbesondere bei längerer Exposition von mittleren bis hohen Dosen, macht es Sinn, die Funktion der HPA-Achse mit einem Low-dose-ACTH-Test zu testen.

LITERATUR

[1] Henzen, C. et al. Suppression and recovery of adrenal response after short-term, high-dose glucocorticoid treatment. Lancet 355, 542–545, doi:10.1016/S0140-6736(99)06290-X (2000).

[2] Zollner, E. W. et al. Screening for hypothalamic-pituitary-adrenal axis suppression in asthmatic children remains problematic: a cross-sectional study. BMJ Open 3, doi:10.1136/bmjopen-2013-002935 (2013).

[3] Fan, Y. et al. Impact of Study Design on the Evaluation of Inhaled and Intranasal Corticosteroids' Effect on Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis Function, Part I: General Overview of HPA Axis Study Design. J Pharm Sci 102, 3513–3527, doi:10.1002/jps.23689 (2013).

[4] Gradman, J. & Wolthers, O. D. A randomized trial of lower leg and height growth in children with asthma treated with inhaled budesonide from a new dry powder inhaler. Pediatr Allergy Immunol 21, e206–212, doi:10.1111/j.1399-3038.2009.00875.x (2010).

[5] Sharek, P. J. & Bergman, D. A. The effect of inhaled steroids on the linear growth of children with asthma: a meta-analysis. Pediatrics 106, E8 (2000).

[6] Bensch, G. W., Greos, L. S., Gawchik, S., Kpamegan, E. & Newman, K. B. Linear growth and bone maturation are unaffected by 1 year of therapy with inhaled flunisolide hydrofluoroalkane in prepubescent children with mild persistent asthma: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Ann Allergy Asthma Immunol 107, 323–329, doi:10.1016/j.anai.2011.07.017 (2011).

[7] Kelly, H. W. et al. Effect of inhaled glucocorticoids in childhood on adult height. The New England journal of medicine 367, 904–912, doi:10.1056/NEJMoa1203229 (2012).

[8] Wang, T. et al. [Effects of inhaled corticosteroids on bone age and growth in children with asthma]. Zhongguo Dang Dai Er Ke Za Zhi 14, 359–361 (2012).

Anna

Wir haben in den letzten Jahren recht oft Kinder gesehen, deren Wachstum durch inhalative Steroide beeinträchtigt wurde. Das Irritierende daran ist, dass die meisten von ihnen gar keine Steroide nötig hatten oder auch mit viel kleineren Dosen symptomlos leben konnten. Die ultimative Ursache für die Überdosierung ist eigentlich immer die falsche Überzeugung des verschreibenden Arztes, dass inhalative Steroide nicht ins Blut gelangen. Wir zeigen hier stellvertretend für all diese Patientinnen und Patienten ein einziges, dafür extremes Fallbeispiel – Anna.

Anna wurde im Alter von 10,5 Jahren wegen ungenügendem Wachstum vom Kinderarzt zugewiesen. Sie klagte auch über vermehrte Müdigkeit, erhöhtes Schlafbedürfnis, nachmittägliche Kopfschmerzen sowie saures Aufstossen. Anna wurde wegen ihres Asthmas seit dem Alter von 6,5 Jahren mit verschiedenen Medikamenten behandelt. Zur Zeit ihrer Zuweisung erhielt sie Pulmicort Turbohaler 400 µg morgens und abends. Singulair war gerade erst von 5 auf 10 mg pro Tag erhöht worden. Zirka vier- bis fünfmal jährlich musste die Inhalationstherapie wegen interkurrenten Infekten intensiviert werden. Die Mutter war ursprünglich wegen der inhalativen Steroide besorgt gewesen. Der behandelnde Arzt habe ihr aber gesagt, dass diese keine systemische Wirkung hätten.

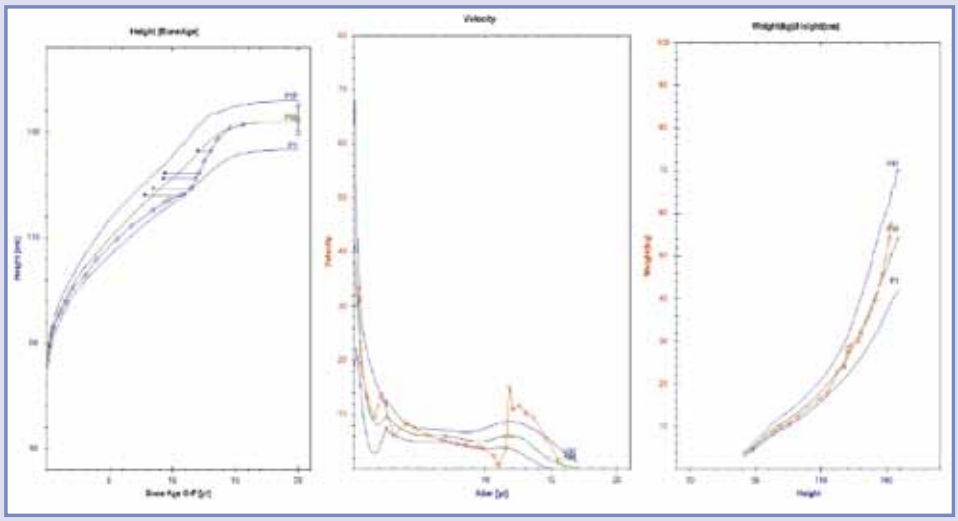
Bei der körperlichen Untersuchung lag die Grösse auf der 3. Perzentile (Mutter 172 cm, Vater 174 cm). Gewicht pro Grösse war mit 0,9 SD (P. 70) etwas überdurchschnittlich. Im Gesicht fielen runde, etwas gerötete Backen auf. Die Knochenreifung war deutlich um drei Jahre verzögert. Die Wachstumsgeschwindigkeit war eindeutig ungenügend. Auf Nachfrage hin sagte die Mutter, dass ihre Tochter früher sehr schlank gewesen sei und keine so rötliche Backen gehabt habe.

Mit der Vermutungsdiagnose «iatrogener Cushing» wurde ein ACTH-low-dose-Test durchgeführt. Dabei war das basale Cortisol deutlich erniedrigt und der Anstieg nach 20 Minuten eindeutig ungenügend. Die Messung der Knochendichte (auf dem Hologic Gerät) ergab eine Osteoporose mit einem Z-Score von –2,7 sd, welche auch grössenkorrigiert ungenügend war.

In der Folge wurde die Medikation mit topischen Steroiden komplett gestoppt unter Beibehaltung der Behandlung mit Singulair. Und – eine Erfahrung, die wir immer wieder machen – es traten trotzdem keine Asthmasymptome auf.

Leider zeigte sich aber auch nach dem Stopp der inhalativen Steroide kein genügendes Aufholwachstum und wir mussten annehmen, dass Anna durch die Steroid-Behandlung etwa 7 bis 10 cm Endgrösse verloren haben könnte.

Dank dem Entgegenkommen des behandelnden Arztes und seiner Haftpflichtversicherung konnte Anna bis zum Wachstumsabschluss mit Wachstumshormonen behandelt werden – und zwar mit durchschlagendem Erfolg, wie die unterstehenden Kurven zeigen. Anna wuchs denn auch in den familiären Zielgrössenbereich hinein. Es gab später Zeiten, in welchen sie intermittierend wieder inhalative Steroide brauchte, aber ganz selten mehr als 200 mcg pro Tag. Sie handelte dabei strikt nach dem Schema, einem 4 Stufenplan, des behandelnden Pneumologen.



Legende Wachstumskurve und Wachstumsgeschwindigkeitskurve:
- Wachstum vor Behandlung mit inhalativen Steroiden (Beginn mit 6,5 Jahren) in einem Perzentilenkanal zwischen P. 15 und P. 20
- Abfall des Wachstums unter der Behandlung mit inhalativen Steroiden (mit 6,5 Jahren) während 4 Jahren (bis 10,5 Jahre) bis auf P. 3.
- Wachstum auf P. 3 nach Absetzen der Steroide, aber kein Aufholwachstum
- Beeindruckendes Aufholwachstum unter Wachstumshormon (Beginn mit 11,5 Jahren) in den elterlichen Zielgrössenbereich.
- Massive Knochenreifungsverzögerung, welche mit dem Aufholwachstum abnimmt.

Legende Kurve Gewicht pro Grösse
- Gewicht pro Grösse vor Behandlung mit inhalativen Steroiden (Beginn mit 6,5 Jahren) zwischen P. 10 und P. 15
- Unter Behandlung (6,5 Jahre bis 10,5 Jahre) relativ geringe Zunahme in den Normbereich auf etwa P. 50.

Sinupret® Sirup

Befreit die Atemwege

Ab 2 Jahren

Speziell für Kinder geeignet

- Pflanzliche Wirkstoffe
- Guter Geschmack
- Zahnschonend

kassenpflichtig

BioMed®

Biomed AG CH-8600 Dübendorf
Tel +41 (0)44 802 16 16
Fax +41 (0)44 802 16 00
biomed@biomed.ch
www.biomed.ch

Gekürzte Fachinformation Sinupret® Sirup (pflanzliches Arzneimittel). **Z:** Enzianwurzel, Schlüsselblumenblüten, Sauerampferkraut, Holunderblüten, Eisenkraut. **I:** Entzündungen von Nasennebenhöhlen und Atemwegen. **D:** ≥12 J.: 3 x tgl. 7.0 ml; ≥6 J.: 3 x tgl. 3.5 ml; ≥2 J.: 3 x tgl. 2.1 ml. **Schwangerschaft:** Über die Anwendung entscheidet der Arzt. **KI:** Überempfindlichkeit auf einen der Inhaltsstoffe. **UW:** Gelegentlich Magen-Darm-Beschwerden, selten Überempfindlichkeitsreaktionen der Haut, selten schwere allergische Reaktionen. **P:** Sinupret® Sirup 100 ml*. **Warnhinweis:** Enthält 8 Vol.-% Alkohol. **Liste C.** Ausführliche Angaben siehe Arzneimittel-Kompendium der Schweiz. ***kassenpflichtig**

Allergie im pädiatrischen Alltag –

Eine Zusammenarbeit zwischen Kinderärzte Schweiz und CK-CARE

Immer mehr Menschen, vor allem Kinder und Jugendliche, haben teilweise schwere Allergien und stellen weltweit sowohl für die Forschung wie auch in der Versorgung eine grosse Herausforderung dar. Allergien nehmen in der modernen Gesellschaft zu. CK-CARE unterstützt die Forschung und fördert die Fortbildung, damit Ärztinnen und Ärzte ihre Patienten optimal versorgen können. In Kooperation können Kinderärzte Schweiz und CK-CARE gemeinsam einen wertvollen Beitrag in der Allergologie-Fortbildung leisten.

PROF. DR. MED. ROGER LAUENER, CHEFARZT PÄDIATRIE, OSTSCHWEIZER KINDERSPITAL ST. GALLEN; DIREKTOR CK-CARE, DAVOS
DR. MED. MICHAEL HITZLER, BAARER KINDERARZTPRAXIS UND KINDERSPITAL LUZERN
DORIS STRAUB PICCIRILLO, LEITERIN CONTINUING PROFESSIONAL DEVELOPMENT CK-CARE, DAVOS

Das Curriculum für den Blockkurs «Allergie im pädiatrischen Alltag» wurde in enger Zusammenarbeit mit den Fortbildungsverantwortlichen von Kinderärzte Schweiz sowie einem Gremium von Fachexperten und Praxispädiatern entwickelt – der erste Kurs war ein Erfolg. In drei 2-tägigen Modulen, einem separaten Halbtages-Workshop und einem Webinar konnten die 31 Teilnehmenden aktiv von den 21 Fachexperten in interaktiven Präsentationen, Workshops und Diskussionen Allergologie-Inhalte erlernen und auf den neuesten Stand gebracht werden. Wertvolle Feedbacks helfen uns dabei, eine noch bessere Balance zwischen Wissensvermittlung und aktivem, praxisnahem Lernen zu erreichen. Der zweite Kurs ist in dieser Ausgabe angekündigt.

Portrait CK-CARE

Im Jahre 2009 wurde CK-CARE als Projekt der Kühne Stiftung gegründet. Unser Hauptsitz und die Geschäftsstelle sind in Davos. Von hier aus wie auch in Zürich und München wollen wir aktiv zu einer verbesserten medizinischen Versorgung der betroffenen Patienten über Forschung und Fortbildung beitragen; nach dem Motto «Mastering Allergies – Changing Patients' Lives».

Die Themenschwerpunkte der Forschung sind Prävention, Diagnose und Therapie – diese werden in fünf Forschungsbereichen bearbeitet: Umwelt, Allergene und Exposition (1), Immun-Epidemiologie allergischer Erkrankungen im Kindesalter (2), Innovative Diagnostik und Therapie (3), Mechanismen schwerer Allergien (4) und Therapie und Rehabilitation (5). Durch die exzellente weltweite und fachspezifische Vernetzung unserer Direktoriumsmitglieder sowie eine enge Zusammenarbeit mit Internationalen Organisationen, Fachverbänden, nationalen Patientenorganisationen und universitären Institutionen hat CK-CARE das Ziel, proaktiv zu einer verbesserten Versorgung beizutragen.

Wir wollen die bestehende Kluft zwischen der «scientific community» und der praktischen Umsetzung im gesamten sozialen Umfeld sowie beim praktizierenden Arzt überbrücken – das Potenzial für den Wissenstransfer in die Behandlung von Allergiebetroffenen ist enorm. Allergologie wird an vielen Orten weder im Medizinstudium noch in der Weiterbildung zum Facharzt strukturiert und im Zusammenhang vermittelt. Gerade der Praxispädiater ist aber sehr oft die erste Anlaufstelle für betroffene Kinder und Jugendliche. CK-CARE liegen die Kinderärztin und der Kinderarzt ganz besonders am Herzen – wir wollen die Praktiker in den Bereichen Erkennung von Allergien, Behandlung und Rehabilitation von allergiebetroffenen Menschen durch gezielte und nachhaltige Fortbildung unterstützen. ■

Akupunktur in der Kinderarztpraxis –

Wie einfache Techniken den Arbeitsalltag erleichtern

DR. MED.
MERCEDES OGAL

Nachdem der geplante Kurs über Akupunktur in der Kinderarztpraxis im April 2013 mangels Teilnehmerzahl nicht zustande kam, möchten wir gerne einen «zweiten Anlauf» nehmen und die Inhalte des Kurses zum besseren Verständnis – und zum «gluscht machen» – genauer erläutern:

Dass Akupunktur wirkt, ist medizinisch inzwischen erwiesen und wird uns täglich von Patienten und deren Eltern bestätigt. Aber ist Akupunktur einfach anwendbar? Ist Akupunktur leicht erlernbar?

Manchem von Euch ging bei der Kursausschreibung allenfalls durch den Kopf, dass der Kurs ja nur zum Einstieg in eine Akupunkturausbildung gedacht sei. Das ist bei der Komplexität der Materie nachvollziehbar. Die beiden Referentinnen sind jedoch Meister darin, schwierige Zusammenhänge einfach darzulegen und Inhalte verständlich zu vermitteln. So ist der Kurs für Interessierte gedacht, Kinderärzte, die noch nie oder nur wenig mit Akupunktur in Berührung kamen. Für Kinderärzte, die gerne alternative Behandlungsoptionen bei Schlafstörungen, Bauchschmerzen, Appetitmangel, Sinusitiden u.a. typische funktionelle Krankheitsbilder des täglichen Praxisalltags erlernen möchten. Der Kurs ist dafür gedacht, dass man am Montag danach einzelne Akupunkturpunkte direkt in der eigenen Praxis anwenden kann – mit Nadeln oder durch Massagetechniken. Und dass man sich bei diesen Anwendungen sicher fühlt, ohne das ganze Gedankengebäude der Traditionellen chinesischen Medizin vollständig erlernt zu haben.

Ja, es kann sein, dass man nach diesem Kurs eine Akupunkturausbildung beginnen möchte. Es ist aber genauso legitim und gut möglich, dass der oder die Einzelne mit den für die Kinderarztpraxis direkt anwendbaren Punkten zufrieden sein/ihr Praxisrepertoire erweitert – mit Patienten und Eltern, die jedem sehr dankbar dafür sein werden.

Kursdatum 2014: 21./22. November 2014 .
Kursort: Raum Zürich.

Referentinnen

Dr. Med. Sabine Schierl, Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, Zusatzbezeichnung Akupunktur
Dozentin für Akupunktur der Deutschen Ärztegesellschaft für Akupunktur (DÄGfA)
Vorstandsmitglied der DÄGfA, Systemische Familientherapeutin.
Dr. Med. Mercedes Ogal, Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, Fähigkeitsausweis für Akupunktur und traditionelle chinesische Medizin (ASA), Fähigkeitsausweis für psychosomatische und psychosoziale Medizin (SAPPM)
Dozentin für Akupunktur der Deutschen Ärztegesellschaft für Akupunktur (DÄGfA). ■

Praxisökonomie – Ein Vorsorgekurs der anderen Art!

DR. MED.
ANDREA HOHL
DR. MED.
CHRISTIAN KNOLL

Bestimmt hat sich jeder von uns schon einmal Gedanken darüber gemacht, wie er seine Zeit, seine Ressourcen aber auch seine Finanzen optimieren und trotzdem lustvoll arbeiten kann. Aber wie bringe ich Beruf, Freizeit, Familie, Hobbies unter einen Hut? Wie kann ich meine Präsenzzeit in der Praxis optimal gestalten, damit am Ende einer Arbeitswoche auch die persönlichen Bedürfnisse nicht auf der Strecke geblieben sind? Welches sind Zeitfresser und Stressoren, die uns Energie rauben? Wie können wir sie umgehen? Wie können wir verhindern, dass wir nicht erst die Notbremse ziehen, wenn es (zu) spät ist, oder uns äussere Umstände (Ehe, Familie, Gesundheit) zum Nachdenken und Innehalten zwingen?

QUELLE: INTERNET

Der zweitägige Kurs im Wellnesshotel auf dem Stoos soll sowohl Anregungen geben und auch ein Austausch sein, wie eine kinderärztliche Praxis unter ökonomischen Aspekten geführt werden kann. Wir suchen Antworten auf alle obigen Fragen, entspannen uns mit verschiedenen Techniken und muntern uns auf durch Humor, ebenfalls ein wichtiger Bestandteil unserer täglichen Arbeit.

Praxisökonomie: In gewissem Sinne ein Vorsorge-Thema, bei dem es einmal nicht um entwicklungspädiatrische sondern um alltagspraktische Fragen geht, die uns persönlich, unser Auskommen und unsere Zukunft, ja unsere ganz persönliche Work-Life-Balance betreffen, verknüpft mit Fakten, wie wir uns diese leisten können.

Entspannen wir uns im schönen Wellnesshotel auf dem Stoos und gönnen uns zwei Tage Auszeit, um gestärkt in den strengen Praxiswinter zurückzukehren. ■

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

Leitung: Frau Dr. med. Andrea Hohl, Uznach
Herr Dr. med. Christian Knoll, Biel

Ort: Seminar- und Wellnesshotel Stoos

Datum: 16./17. Januar 2014

Teilnehmende: max. 30 Teilnehmer

Kosten: CHF 950.– inkl. Referate, Handouts, Mittagessen, Zwischenverpflegung, Getränke zu den Mahlzeiten, Übernachtung (CHF 1150.– für Nichtmitglieder).

Rheumatologie Update

Thema: Wann müssen wir an eine rheumatologische Erkrankung denken?
Triage: rheumatologische Notfälle – reguläre Überweisung an Rheumatologin/-en?
Was können und sollen wir bereits in der Praxis selber abklären? Eine komprimierte Darstellung der Krankheitsbilder mit altersbezogener Differentialdiagnose werden unseren Wissensstand wieder up-to-date bringen. Ebenso werden Neuerungen in der Therapie aufgezeigt und die häufigsten Medikamente, mit für uns in der Praxis relevanten Nebenwirkungsprofilen, erwähnt. Was müssen wir über Alltagsprobleme der Kinder/Adoleszenten, insbesondere auch im Zusammenhang mit Schule und Sport wissen? In interaktiven Workshops üben wir die «rheumatologische» Untersuchung des Bewegungsapparates und erfahren mehr über Schmerzen, auch nicht rheumatischer Ursache, am Bewegungsapparat, inklusive «Wachstumsschmerzen».

Leitung: Dr. med. Kathi Zogg Matt, Uster

Referierende: Dr. med. Traudel Saurenmann, Kinderklinik Kantonsspital Winterthur
Dr. med. Daniela Kaiser, Kinderspital Luzern

Ort: Luzern

Datum: 20. März 2014

Zeiten: 9.00 – 17.00 Uhr

Teilnehmende: max. 50 Personen

Kosten: CHF 350.–, inklusive Referate, Workshops, Handouts, Zwischenverpflegung, Mittagessen/Getränke (CHF 450.– für Nichtmitglieder).

Allergie im pädiatrischen Alltag – Blockkurs; eine Zusammenarbeit zwischen Kinderärzte Schweiz und CK-CARE

Thema: Diagnosestellung, Therapie und das Leben mit Allergien sind eine Herausforderung für Ärztinnen, Ärzte, die Kinder und ihre Eltern. Der Kurs «Allergie im pädiatrischen Alltag» ist auf drei Blöcke verteilt – diese sind interaktiv, praxisrelevant und aufeinander abgestimmt; vermittelte und erarbeitete Inhalte sollen bei der rechtzeitigen Erkennung, einer gezielten Behandlung und der Prävention helfen. Kurze Einführungsreferate dienen der Wissensvermittlung, aktuelle und relevante Fälle sollen von Teilnehmern und Referenten präsentiert und diskutiert werden, in praktischen Anwendungen können Fertigkeiten geübt und überprüft werden. Zudem wird ausreichend Gelegenheit und Freiraum für den Erfahrungsaustausch untereinander und mit Fachexperten sein.

Inhalte:
Block 1: Diagnostische Grundlagen Allergologie, Prävention, Nahrungsmittelallergien, Atopische Dermatitis und andere Hauterkrankungen
Block 2: Asthma, Allergische Rhinokonjunktivitis, funktionelle Atemprobleme, Lungenfunktionsdiagnostik, Inhalationsmethoden, Immuntherapie
Block 3: Insektengiftallergien, Medikamentenallergien, Anaphylaxie, Milben- und Schimmelpilzallergien, Psychosoziale Aspekte

Lernziele: Zu den aufgeführten Inhalten sollen die Teilnehmenden
- die theoretischen Grundlagen kennen und beschreiben können
- einen adäquaten Abklärungsgang einleiten können
- diagnostische Grundtechniken anwenden können
- Therapien indizieren und sinnvoll anwenden können

Leitung / Co-Moderation: Prof. Dr. med. Roger Lauener
Dr. med. Michael Hitzler

Ort / Datum:
Block 1 10./11. April 2014, Seminar- und Wellnesshotel Stoos
Webinar (Pseudoallergien), Juni 2014
Block 2 6./7. November 2014, Seerose Resort & Spa am Hallwilersee
Block 3 19./20. März 2015, Schatzalp Davos (Anreise am Vorabend)

Teilnehmende: max. 30 Personen
Der Blockkurs richtet sich an PraxispädiaterInnen, die evidenzbasierte Basiskenntnisse in den Bereichen Diagnostik, Immuntherapie und Prävention von der Haut bis zu den Atemwegen erlernen wollen, um sie dann effektiv im Alltag umsetzen zu können.

Kosten: Die Ausschreibung mit den definitiven Kosten wird im Dezember 2013 per Rundmail verschickt und auf unserer Homepage aufgeschaltet. Anmeldungen vorher sind leider nicht möglich. **www.kinderaerzte.schweiz**

Pädiater und MPA: von der Zweckgemeinschaft zum Dreamteam!

Thema: Der 2-tägige Kurs richtet sich an niedergelassene KinderärztInnen zusammen mit einer oder mehreren ihrer PraxisassistentInnen. Themenschwerpunkte sind die Zusammenarbeit, Teambildung, Wertschätzung und kommunikative Fähigkeiten innerhalb der Praxis und gegen aussen (z. B. Telefontriage). Zudem sollen organisatorische Themen wie Sprechstundenplanung, Arbeitsabläufe sowie der Umgang mit «schwierigen» Patienten/Situationen diskutiert werden.
Unter fachkundiger Leitung werden in aktiver Mitarbeit mit den Teilnehmern die obengenannten Themen angegangen.
Der Kurs soll der Stärkung des im Alltag strapazierten Praxisteams dienen und den Austausch mit anderen ermöglichen, mit dem Ziel, die Freude an unserer täglichen Arbeit zu bewahren.

Leitung: Dr. med. Denise Guldimann Linggi, Therwil
Dr. med. Stefanie Gissler Wyss, Neuendorf

Referierende: Dr. med. Urs Fellmann, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, Basel
Ursula Pasche, langjährige MPA in Kinderarztpraxis in Zürich

Ort: Hotel und Bildungszentrum Matt, Schwarzenberg

Datum: 15./16. Mai 2014

Kosten: CHF 750.– pro Person inkl. Referate, Kursunterlagen, Frühstück, Mittag- und Abendessen, Übernachtung im Einzelzimmer, Zwischenverpflegungen (CHF 950.– für Nichtmitglieder).

Pädiatrisches Praxiseröffnungsseminar 2014

Thema: 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: Zürich

Datum: 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.

ALLE AKTUELLEN KURSE UND ONLINE-ANMELDUNG

www.kinderaerzteschweiz.ch

ANMELDETALON

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

- ☐ **Praxisökonomiekurs, 16./17. Januar 2014, Seminar- und Wellnesshotel Stoos**
- ☐ **Rheumatologie Update, 20. März 2014, Luzern**
- ☐ **Pädiater und MPA: von der Zweckgemeinschaft zum Dreamteam! 15./16. Mai 2014, Schwarzenberg**
- ☐ **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

Kursbericht PPPP-Kurs 2011–2013

DR. MED. NADIA SAUTER OES, WINTERTHUR

PPPP – Psychische, psychosomatische und psychiatrische Probleme in der pädiatrischen Praxis

Ein grosses, ein wichtiges Thema; eines, für das ich mir unbedingt ein besseres Rüstzeug, einige neue Werkzeuge und mehr Wissen zulegen wollte. Mit dieser Motivation war ich nicht ganz alleine, wie sich schon am ersten Kurstag herausstellte. Dreissig Pädiaterinnen und Pädiater aus der halben Schweiz trafen bei schönstem Wetter zum ersten Kursblock auf dem Appenberg ein. Die Abgeschiedenheit dieses und auch der folgenden Kursorte war bewusst gewählt. In den drei Jahren, über die sich der Kurs erstreckte, ergaben sich so immer wieder Inseln im Praxisalltag, Weit- und Überblicke – und es wurde viel mehr als nur der medizinisch-pädiatrische Horizont erweitert.

Kommunikation war das Einstiegsthema. R. Torriani brachte uns dieses wohl wichtigste Instrument in der Praxis auf sehr interaktive, kritische und unkonventionelle Art näher. Neben verschiedenen Fragetechniken und Hilfsmitteln für die Gesprächsführung war auch der eigene Komfort in Gesprächen ein wichtiges Thema. Dass wir vor, während und nach jeder Konsultation immer wieder auf unsere eigene Befindlichkeit achten und auch rasch reagieren sollen, wenn diese ungenügend ist, war eine der zwar simplen, aber für mich wichtigen take home messages.

Der zweite Kursblock stand im Zeichen des Kleinkindes. Egal ob es trotzt, nicht schläft, nicht isst, sich langsam entwickelt – meist kommt es zu Stress im System Familie. Sepp Holtz hat uns mit seiner überaus grossen Erfahrung und einem eindrücklichen Videofundus mit vielen Beispielen durchs Thema geführt.

Der folgende Block auf dem winterlichen Stoss zum Thema Eltern-/Kind-Kommunikation und Bindungsverhalten mit Gunda Wolter und Annina Hess (damals beide noch in Affoltern tätig) bot zwar wiederum Vorträge, Rollenspiele und Diskussionen, er verlangte uns aber auch einiges an Selbsterfahrung ab. Überhaupt staunte ich in diesem ganzen Kurs immer wieder, wie oft ich mit dem Gefühl nach Hause reiste, nicht nur etwas für den Praxisalltag gelernt und mitgenommen zu haben, sondern auch für mich persönlich. Da kamen stets Denkanstösse, die über das Medizinische hinausgingen, äusserst interessant waren und zu angeregten Diskussionen während und auch nach dem Kurs führten.

Der vierte Block auf dem Herzberg war dann wieder ganz nahe an der alltäglichen pädiatrischen Medizin: Kopfschmerzen, Bauchschmerzen und andere psychosomatische Krankheitsbilder. Zu meinem Rüstzeug gehört nun das Wissen, wie wichtig es ist, im Gespräch bei solchen Problemen stets nach dem Krankheitsverständnis des Patienten und seiner Familie zu fragen. Einmal mehr sind wir zudem auf die gute Gesprächs- und Fragetechnik gestossen. Bei psychosomatischen Beschwerden scheint die Methode des Fragens bereits eine Form der Intervention zu sein und sollte nicht unterschätzt werden. Christian Wüthrich führte mit viel Erfahrung auf dem Gebiet der Psychosomatik und mit noch mehr Beispielen aus seinem Alltag sehr abwechslungsreich und interaktiv durch diesen und auch alle folgenden Blocks. Eine beeindruckende Leistung, vielen Dank!

Für Interaktion war bei jedem Block bewusst gesorgt. Drei bis vier Teilnehmer erhielten jeweils die Aufgabe, ein schwieriges Gespräch oder eine Konsultation zu einem bestimmten Thema in der Praxis zu filmen. Nicht für jeden von uns war dies eine einfache Aufgabe, der Aufwand hat sich aber jedes Mal gelohnt. Die Diskussion der mitgebrachten Fälle und Videos machte einen wichtigen Teil jedes Kursblockes aus.

Das Thema des 5. Blockes war schwer und schwierig zugleich: Kinderschutz, das Kind psychisch kranker Eltern und Scheidungskinder. Kinderschutzmassnahmen wurden sehr praxisnah und genau erläutert, auf das Vermeiden von Alleingängen in solchen Situationen hingewiesen und trotz allem die Wichtigkeit der Eltern-Arzt-Beziehung betont. Erträglicher und leichter verdaulich wurde das Thema dank des strahlend blauen Himmels über unserem Kurslokal auf der Rigi und dank eines tollen Rahmenprogrammes.

Ich kann hier schon vorweg nehmen, dass der ganze PPPP-Kurs inhaltlich sehr gut war. Das Rahmenprogramm jedoch war überragend! Ein so intensiver Kurs mit solch schwierigen Themen setzt voraus, dass sich die Teilnehmer aufeinander einlassen, sich trauen, auch nicht so geglückte Situationen und Gespräche zu schildern, offen sind für Neues. Dass unserer Gruppe im Laufe der Zeit einen so guten Zusammenhalt gefunden, ein so reger Austausch stattgefunden hat und so intensive, zum Teil persönliche Diskussionen geführt wurden, hat sicherlich auch damit zu tun, dass wir ausser des fachlichen Austausches so einiges miteinander erlebt haben in den drei Kursjahren: Schneeschuhlaufen bei Vollmond, Cüpli-Trinken mit Aussicht, Schlitteln auf dem Stoos, Spieleabend auf dem Herzberg, Fitness am Vierwaldstättersee und eine sagenhafte Märchenstunde auf der Rigi. Für all dies, die tolle Organisation des ganzen Kurses und den grossen Einsatz ein herzliches Dankeschön an Katharina Wyss und Rolf Temperli.

Auch der sechste Block versprach spannend zu werden: systemische, analytische und Verhaltenstherapie war das Thema. Christian Wüthrich, der «Systemiker»

zeigte das Bild der Familie als Mobile auf. Wenn etwas angestossen wird, bewegt sich alles. Deshalb ist es auch so wichtig, in der Systemtherapie die ganze Familie, das ganze System einzubeziehen. Dem gegenüber stellte die «Analytikerin» Anna Wyler die psychoanalytische Therapie, die sich von der Realität des Patienten leiten, ihn reden und frei assoziieren lässt. Die Verhaltenstherapie wiederum zielt auf die Veränderung eines Verhaltens und nicht auf das Verstehen oder Lösen eines Problems. Für mich war dieser Block mit den vielen Beispielen und angeregten Diskussionen einer der interessantesten und tiefgründigsten.

Im siebten Block zum Thema Schulverweigerung und Angst stellte Regina Renggli unter anderem das Neue Autoritätskonzept von Haim Omer vor, das Eltern, Lehrpersonen und Ärzten ermöglichen soll, einen anderen Umgang mit Konflikten und Gewalt zu pflegen.

Einige interessante Themen blieben nach diesen sieben Blöcken noch unbehandelt. Und da sowohl Kursleitung, als auch Referent und vor allem wir Teilnehmer noch nicht genug hatten von alle den «P»s, wurde kurzerhand ein zusätzlicher achter Block organisiert. Und dieser hatte es wirklich in sich! Umgang mit suizidalen und anorektischen Patienten und solchen mit chronischen (Kopf-)Schmerzen sowie mit Familien in Trennungs- und Scheidungssituationen. Nicht ganz einfache Themen, die Christian da für uns vorbereitet hatte. Was wir schliesslich nach zwei Tagen mit nach Hause nehmen konnten, war ein ausgesprochen praxistaugliches, gut verständliches Extrakt. Das Rahmenprogramm bildete zusätzlich einen wunderschönen Abschluss dieses ganzen Kurses: ein Konzert des Schweizer Liedermachers Gustav, in der Mühle Hunziken.

Neben den sieben zweitägigen Blöcken gehörten auch Supervisionen in kleinen Gruppen, verteilt über die halbe Schweiz, zum Kursinhalt. Hier konnten mit einer kinderpsychiatrischen Fachperson eigene Fälle aus der Praxis intensiv diskutiert werden.

Nach dem Besuch des ganzen Kurses und der Supervisionen ist es möglich, den Fähigkeitsausweis für Delegierte Psychotherapie zu beantragen.

Zusammengefasst kann ich sagen: Dies ist definitiv ein Kurs, der mehr bietet, als er verspricht! Allen Beteiligten herzlichen Dank. ■

FORSCHUNGSFONDS LOGOPÄDIE

Der Deutschschweizer Logopädinnen- und Logopädenverband DLV hat neu einen Forschungsfonds eingerichtet. Der Fonds finanziert oder beteiligt sich finanziell an Forschungsprojekten zur Gewinnung von Erkenntnissen in allen Bereichen der Logopädie, sowohl fachspezifisch wie berufspolitisch.

Damit soll die Forschungstätigkeit gestärkt und deren Bedeutung unterstrichen werden. In der Schweiz besteht Nachholbedarf in der logopädischen Forschung; dieser kann durch den DLV-Forschungsfonds etwas gemildert werden. So unterstützt der Fonds Forschungsaktivitäten betreffend den Bereich Logopädie, welche in der Schweiz und durch Personen mit Sitz in der Schweiz durchgeführt werden.

Informationen und Gesuchsformular: www.logopaedie.ch

Mitgliederversammlung SVUPP

Gemeinsame Geschäftsstelle mit Kinderärzte Schweiz bleibt bestehen

DR. MED.
RAOUL SCHMID,
CO-PRÄSIDENT

Zum allerersten Mal waren (vermutlich) die arithmetischen Fähigkeiten unserer bewährten Stimmenzählerin Doris gefragt. Sie konnte ein klares Votum vermelden: die überwiegende Mehrheit der anwesenden Mitglieder war für die Weiterführung der traditionell gemeinsamen Geschäftsstelle von SVUPP und Kinderärzte Schweiz. Allerdings soll in den nächsten Monaten der Kosten-Verteilschlüssel einer kritischen Prüfung unterworfen werden, ist doch die Praxispädiatervereinigung im Vergleich überproportional gewachsen.

Bei allen anderen Geschäften waren die Verhältnisse klar. Die Mitglieder sind offensichtlich mit der Arbeit des Vorstandes zufrieden und dieser wiederum ist dankbar für das Vertrauen und nimmt es als Motivation für die künftigen Anstrengungen. Das Protokoll der MV ist auf der Homepage www.svupp.ch einsehbar.

Eine erneute grosse Anerkennung wurde dem mit Hilfe der SVUPP initiierten Mongolei-Projekt ausgesprochen. Der Betrag von Fr. 15 000.–, resultierend aus dem unerwartet guten Geschäftsverlauf, wurde der SMOPP zugesprochen. Das SwissMongolian Pediatric Project ist seit 2007 aktiv, in der Mongolei ein Screening- und Therapieprogramm für Hüftdysplasien (DDH) zu lancieren. Die grossen Anstrengungen sind sehr erfolgreich und konnten in einer grossen Studie dokumentiert werden. Diese ist inzwischen in einem offen zugänglichen Internet-Journal (peer reviewed) zugänglich. Den entsprechenden Link kann man auf www.smopp.net finden. Ebenso enthält die Homepage die seit 2013 gültigen Kontoverbindungen für Spenden und die Einladung zur Mitgliedschaft. SMOPP ist nämlich seit diesem Jahr ein eigenständiger Verein! Treten Sie bei, unterstützen Sie uns! Die Hilfe kommt unmittelbar dort an, wo sie dringend gebraucht wird. ■

HINWEIS FÜR NUTZER DIGITALER ULTRASCHALLGERÄTE

Vergessen Sie nicht, regelmässig ca. alle 6 Monate die Luftfilter zu reinigen. Die Geräte überhitzen sonst und das kann teuer werden! Im Zweifelsfall erkundigen Sie sich bei Ihrem Gerätehersteller.

ULTRASCHALLKURSE

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
Datum	14./15. März 2014
Kosten	CHF 800.– inkl. Referate, Zwischenverpflegung, Mittagessen/Getränke (CHF 900.– für Nichtmitglieder)

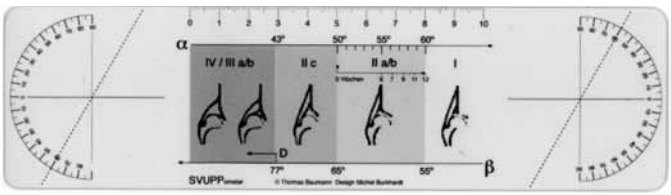
Refresherkurs Hüftsonografie 2014

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

SVUPP-o-Meter



Preis CHF 20.– plus Porto und Verpackung.

ANMELDETALON

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

ULTRASCHALLKURSE

☐ **Refresherkurs Hüftsonografie, 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

kinderärzte.schweiz
Berufsverband Kinder- und Jugendärzte in der Praxis
Association professionelle de la pédiatrie ambulatoire
Associazione professionale dei pediatri di base

BEITRITTSERKLÄRUNG

Ich melde mich an als

☐ ordentliches Mitglied (Pädiatrie FMH mit Praxistätigkeit), CHF 250.–/Jahr

☐ ausserordentliches Mitglied (Fachärzte anderer Gebiete, Assistent/-innen, Kliniker), CHF 100.–/Jahr

Vorname, Name

Titel

Facharzt

Adresse

PLZ/Ort

Telefon Praxis Telefon Privat

Fax E-Mail

Datum/Unterschrift:

Schwerpunkte in meiner Praxistätigkeit:

Vorschläge für Projekte im Rahmen von Kinderärzte Schweiz:

Ich bin bereit, an einem Projekt mitzumachen: ☐ Ja ☐ Nein

Bitte Talon retournieren an:
Kinderärzte Schweiz, Badenerstrasse 21, 8004 Zürich
Telefon 044 520 27 17 (Mo.–Do.), Fax 043 317 93 64
info@kinderaerzteschweiz.ch, www.kinderaerzteschweiz.ch

neo-angin junior hilft Kindern bei Halsschmerzen.

neo-angin®

Kassen-zulässig

ab 6 J. ab 6 J. ab 12 J. ab 12 J.

DG
DOETSCH GRETHER AG · BASEL

Ganz ohne Antibiotika.

Gekürzte Fachinformation von neo-angin junior: **Wirkstoffe:** Cetylpyridinium chloridum, Lidocaini hydrochloridum. Hilfsstoffe: Isomaltum, Color: E110, Aromatica, Excipiens pro compresso. **Produkt:** Liste D; 1 Halspastille neo-angin junior enthält: Cetylpyridinii choridum 1,0 mg, Lidocaini hydrochloridum 1,0 mg. Gesüsst mit Isomalt. **Indikationen:** Als Adjuvans bei der Behandlung von Entzündungen und Infektionen im Bereich der Mund- und Rachenhöhle sowie des Kehlkopfes: zur symptomatischen Behandlung bei Schluckbeschwerden und Heiserkeit sowie nach zahnärztlichen und chirurgischen Eingriffen. **Dosierung/Anwendung:** Kinder ab 6 Jahren alle 1 bis 2 Stunden eine Halspastille langsam im Munde zergehen lassen. **Kontraindikationen:** Bekannte Überempfindlichkeit auf einen der Inhaltsstoffe. Patientinnen und Patienten, die auf Azofarbstoffe, Acetylsalicylsäure sowie Rheuma- und Schmerzmittel (Prostaglandinhemmer) überempfindlich reagieren, sollen neo-angin junior und neo-angin nicht anwenden. **Warnhinweise:** Bei Kindern unter 6 Jahren wird neo-angin nicht empfohlen. Bei blutenden Wunden in der Schleimhaut soll das Präparat nicht eingenommen werden. **Interaktionen:** Es liegen keine Daten vor. **Unerwünschte Wirkungen:** Im Falle von frischen Verletzungen im Munde besteht die Gefahr von Blutungen. Doetsch Grether AG, Basel. Ausführliche Informationen im Arzneimittel-Kompendium der Schweiz.

milupa

Aptamil

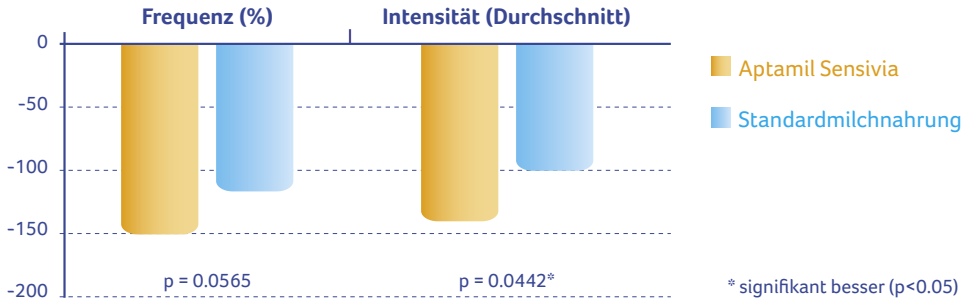
Zwischen 50 und 90% der Säuglinge weisen Symptome von Verdauungsproblemen auf*

Die neue Ernährungsalternative:
Aptamil Sensivia

Bei leichten Verdauungsproblemen[2]:

- ✓ physiologischem Spucken
- ✓ Gasen
- ✓ Blähungen
- ✓ Symptomen von Koliken

Rückgang der leichten Verdauungsprobleme mit Aptamil Sensivia



Studie Roy, P. et al.[2]

• n = 109 Säuglinge (0-3 Mt.) - 93 Studie beendet • Symptome: leichte Verdauungsprobleme wie Reflux, Aufstossen, Schluckauf, Gasen, Blähungen und/oder Koliken/unerklärliches Weinen
• multizentrische, randomisierte, doppelblinde Studie (Standardmilchnahrung 1 im Vergleich zu Aptamil Sensivia 1) • Interventionszeitraum: 15 Tage

Aptamil, heute für morgen.

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

*leichte funktionelle Verdauungsprobleme, zwischen 2 und 4 Monaten[1]

1 Hyman PE et al, Gastroenterology 2006 ; 130 : 1519 ; 2 Roy, P., et al. (2004): Benefits of a thickened infant formula with lactase activity in the management of benign digestive disorders in newborns. Arch Pediatr. 11(12): p. 1546-54

HAVAS WORLDWIDE GENEVE

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