

03/2014

[www.kinderaerzteschweiz.ch](http://www.kinderaerzteschweiz.ch) [info@kinderaerzteschweiz.ch](mailto:info@kinderaerzteschweiz.ch)



© ANGLECONSCIOUS/PIXELO.D.E

**Zukunft der Praxis-  
pädiatrie** – Ein Schritt  
nach dem anderen

**Neue  
Tarifverordnung** –  
Pro und contra

**Neurodermitis** –  
Tricks und Tipps  
aus der Praxis



## Die Lösung für eine wirksame Allergiebehandlung



### Erstlinienbehandlung

#### Aptamil Pregomin Pepti

Bei Nahrungsmittelallergien  
oder -unverträglichkeiten



Kassenzulässig\*

- ▶ Reduzierte Allergenität dank einem extensiven Hydrolysat (Peptide)
- ▶ Erhöhter Nährwert für eine bessere Gewichtszunahme
- ▶ Ohne Lactose
- ▶ Bessere Akzeptanz des Geschmacks dank Molkeneiweiss<sup>1,2</sup>

### Zweitlinienbehandlung

#### Aptamil Pregomin AS

Bei starken und mehrfachen  
Nahrungsmittelallergien



Kassenzulässig\*

- ▶ Keine Allergenität dank einem totalen Hydrolysat (100% freie Aminosäuren)
- ▶ Erhöhter Nährwert
- ▶ Ohne Lactose

## Aptamil, heute für morgen

**Wichtiger Hinweis:** Stillen ist ideal für das Kind. Die WHO empfiehlt ausschliessliches Stillen während der ersten 6 Monate.

Aptamil Pregomin Pepti und Aptamil Pregomin AS nur unter medizinischer Kontrolle verabreichen.

\* gemäss Rückvergütungskonditionen des BAG

1. Mabin D.C. Arch Dis Child 1995; 73 : 208-210

2. Walker Smith J.A. Los Angeles: Raven Press, 1989 : 127-34



## IMPRESSUM

### REDAKTIONSTEAM:

Dr. Stefanie Gissler Wyss, Neuendorf; Dr. Raffael Guggenheim, Zürich; Dr. Cyril Lüdin, Muttens; 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:

angieconscious/www.pixelio.de

### KORRESPONDENZ:

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

### INSERTATE:

Dr. med. Cyril Lüdin, cyril@luedin.eu

### GRAFIK, SATZ UND DRUCK:

Vogt-Schild Druck AG, CH-4552 Derendingen  
Auflage: 1450 Expl.  
Nächste Ausgabe: 04/2014  
Redaktionsschluss: 31. Oktober 2014

## VORSTAND/GESCHÄFTSSTELLE

- 5 Editorial

## INTERN

- 6 Jahresbericht 2013/2014 Kinderärzte Schweiz

## JAHRESTAGUNG 2014

- 8 Programm Jahrestagung 2014 «Nah und Fern»  
9 Von den Grossen lernen

## BERUFSPOLITIK

- 11 Médecins de famille et de l'enfance MFE  
12 Ein Schritt nach dem anderen in die Zukunft der Praxispädiatrie  
13 Verordnung über die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung  
Offener Brief an Herrn Bundesrat Alain Berset

## FORTBILDUNG

- 14 Cortison bei Neurodermitis? What else?  
16 Wo steht die Praxispädiatrie in 10 Jahren  
20 Kutane Virusinfektionen: HPV und Mollusca contagiosa

## FÜR SIE GELESEN

- 26 Von Gröffelo und den Monsterjägern –  
Bilderbücher gegen Kinderängste

## KURSE/WORKSHOPS/FORTBILDUNGEN

- 27 Kurse KIS

## SVUPP

- 28 SVUPP Jahresbericht der Co-Präsidenten für das Geschäftsjahr 2013–2014  
29 Kurse SVUPP  
30 Kursbericht  
Workshop Pädiatrische Sonografie

## LESERBRIEFE/HINWEISE

- 31 Die neue Ausgabe von «Baby & Kleinkind» ist da



## HABEN SIE ANREGUNGEN, KRITIK ODER LOB?

Dann schicken Sie uns eine E-Mail an:

info@kinderarzeschweiz.ch

Wir freuen uns.



# Babies – Schutz durch Pertussis-Boosterimpfungen des Umfelds<sup>1,2,3</sup>



**Boostrix® – 1 Impfdosis = 3-facher Schutz**



  
**boostrix®**

**Referenzen:** 1. Schweizerischer Impfplan 2014. 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.swissmedinfo.ch](http://www.swissmedinfo.ch).

**Boostrix®, kombinierter Diphtherie-Tetanus-azellulärer Pertussis-Impfstoff (dTpa):** I: Boosterimpfung gegen Diphtherie, Tetanus und Pertussis von Personen ab dem 4. Geburtstag. Nicht zur Grundimmunisierung verwenden! **D:** Eine Impfdosis zu 0,5 ml. **Anw.:** Die Injektion erfolgt tief intramuskulär. Nicht intravasal anwenden. Nicht mit anderen Impfstoffen mischen. **KI:** Bekannte Überempfindlichkeit gegen einen der Bestandteile; akute, schwerwiegende fieberhafte Erkrankung; Enzephalopathie unbekannter Ätiologie innert 7 Tagen nach einer vorgängigen Impfung mit einem Pertussis-enthaltenden Impfstoff; vorübergehende Thrombozytopenie oder neurologische Komplikationen nach einer vorgängigen Impfung gegen Diphtherie und/oder Tetanus. **VM:** Wenn nach einer vorherigen Impfung mit einem Pertussis-enthaltenden Impfstoff folgende Ereignisse aufgetreten sind, sollte die Entscheidung zur Gabe des Impfstoffes sorgfältig abgewogen werden: Temperatur  $\geq 40.0^{\circ}\text{C}$  innerhalb von 48 Stunden nach der Impfung ohne sonst erkennbare Ursache, Kollaps oder schockähnlicher Zustand (hypotonisch-hyporesponsive Episode) innerhalb von 48 Stunden nach der Impfung, oder anhaltendes, untröstliches Schreien über mehr als 3 Stunden innerhalb von 48 Stunden nach der Impfung, oder Krampfanfälle mit oder ohne Fieber innerhalb der ersten 3 Tage nach der Impfung. Bei Thrombozytopenie oder Blutgerinnungsstörung, Risiko von Blutung nach i.m.-Injektionen. **IA:** Wenn als nötig erachtet, kann Boostrix gleichzeitig mit anderen Impfstoffen oder Immunglobulinen – jeweils an einer anderen Injektionsstelle – angewendet werden. **UW:** *Sehr häufig:* Reizbarkeit, Schläfrigkeit, Reaktionen an der Injektionsstelle (Schmerz, Rötung, Schwellung), Müdigkeit, Unwohlsein, Kopfschmerzen; *häufig:* Anorexie, Diarrhöe, Erbrechen, gastrointestinale Störungen, Übelkeit, Fieber, Schwindel, Reaktionen an der Injektionsstelle wie Verhärtung und sterile Abszessbildung. *Lag.:* Bei  $+2^{\circ}\text{C}$  bis  $+8^{\circ}\text{C}$  lagern. Nicht einfrieren. **P:** Fertigspritze mit separat beigelegter Nadel. x1 und x10. **AK:** B. **Stand der Information:** Juli 2012. GlaxoSmithKline AG. Ausführliche Angaben finden Sie unter [www.swissmedinfo.ch](http://www.swissmedinfo.ch). Unerwünschte Arzneimittelwirkungen melden Sie bitte unter [pv.swiss@gsk.com](mailto:pv.swiss@gsk.com).



GlaxoSmithKline AG  
Talstrasse 3–5  
CH-3053 Münchenbuchsee

# Was für ein Jahr! KIS-Dampfer quo vadis?



Die fristlose Entlassung des Geschäftsführers vor einem Jahr hat in den Bug des KIS-Dampfers in verschiedener Hinsicht ein Leck geschlagen. Eine Anleitung, wie dieses draussen auf hoher See zu flicken ist, gab es nicht. Eine neue Geschäftsführerin und Sachbearbeiterin mussten gefunden und eingearbeitet werden. Der Vorstand war gefordert, alle haben mit Herzblut ihr Bestes dazu beigetragen, aber es ist an niemandem von uns spurlos vorbeigegangen. Wir alle haben neben unserer Tätigkeit im KIS-Vorstand noch eine Praxis, Familie und andere Aufgaben, welchen wir in unserem Alltag nachgehen. Manchmal ist es wahre Akrobatik dabei das Gleichgewicht zu behalten und gut, wenn man dabei auf festem Boden stehen kann. Einander dabei zu helfen, ist eine Bedingung sine qua non oder wie ein Leuchtturm im Nebel.

An der Mitgliederversammlung 2013 wurden Fr. 60 000.– zur Unterstützung der Hausarztinitiative resp. des Gegenvorschlages gesprochen. Am 18. Mai durften wir uns zusammen mit den Hausärzten mächtig über das super Abstimmungsergebnis von 88% Ja zum Gegenvorschlag und damit zur Grundversorgung freuen. Der Beschluss zur bundesrätlichen Verordnung liess nicht lange auf sich warten. Der Zuschlag auf die Konsultation der Haus- und Kinderärzte wird uns pro Konsultation rund 8.50 Franken zusätzlich bescheren. Sehr erfreulich und endlich eine Aufwertung unserer Tätigkeit. Trotzdem legen wir aber unsere Hände nicht in den Schoss, denn die so wichtigen Vorsorgeuntersuchungen sind leider davon ausgeschlossen!

Als Kinderärzte haben wir bei MFE mehr als Fuss gefasst und haben dadurch als Praxispädiater die Möglichkeit uns in der Politik und der Bevölkerung Gehör zu verschaffen: Eine Einladung in die Projektgruppe Bildung und Forschung gab uns die Gelegenheit, vor wichtigen Playern die Bedürfnisse der Praxispädiatrie darzulegen. Wir beteiligen uns an Vernehmlassungen, arbeiteten dabei mit MFE und mit der SGP eng zusammen. Erstmals wurden wir am SGP-Kongress für ein KIS-Symposium eingeladen. Sepp Holtz hat über den therapeutischen Gebrauch der Sprache und Joe Greisser über die sonografischen Möglichkeiten in der Pädiatrie gesprochen. Kontakte wurden geknüpft, gefestigt, Grundsteine zum Gesundheitscoaching und der pädiatrischen palliativen Care gelegt, ebenso das Erarbeiten von Vorsorgemodulen für Hausärzte begonnen, an Kongressen für Haus- und Kinderärzte mitgearbeitet sowie am politischen Roundtable am KHM-Kongress teilgenommen... Die Liste ist lang und sollte von allen Mitgliedern mitgetragen und mitbeeinflusst werden. Im Vordergrund steht dabei der Einsatz für uns alle, für die Zukunft der Praxispädiatrie.

Wir erfreuen uns an vielen Passagieren und interessierten Gästen auf unserem KIS-Dampfer! Nur die Liste der Matrosen ist leider kurz. An der Januartagung sollten neue Leute angeheuert werden, aber es war gähnende Leere am Quai. Wenn der Dampfer weiter mit voller Fahrt unterwegs sein und nicht untergehen soll, müssen alle in der einen oder anderen Art etwas dazu beitragen. Am liebsten mit aktiver Mitarbeit, im Grossen oder Kleinen, mit mehr oder weniger Verantwortung, aber mindestens mit einem adäquaten Mitgliederbeitrag. Fast alle im aktuellen Vorstand sind seit vielen Jahren engagiert und irgendwann müssen andere ans Ruder. Es hat Wechsel gegeben und wird noch weitere geben, jetzt und in einem Jahr. Engagiert zu sein ist schön, gibt aber Arbeit.

Also: wer ist bereit, den Dampfer auf Kurs zu halten und die Kessel einzufeuern?

*Dr. med. Heidi Zinggeler Fuhrer, Co-Präsidentin Kinderärzte Schweiz*



6

# Jahresbericht 2013/2014 Kinderärzte Schweiz

Berufs- und verbandspolitisch liegt ein erfolgreiches, spannendes, aber auch herausforderndes und arbeitsintensives Jahr hinter uns.

Die am 18. Mai 2014 mit grosser Mehrheit gewonnene Abstimmung «Ja zur medizinischen Grundversorgung» zeigt einerseits, dass sich ein berufspolitisches Engagement von Haus- und Kinderärzten lohnt. Dass die Vorsorgeuntersuchungen in der ab 1. Oktober 2014 erlassenen Tarifverordnung zur Besserstellung der hausärztlichen Leistungen nicht enthalten sind, ist andererseits enttäuschend und fordert weiterhin ein aktives, vorausdenkendes und vernetztes Einbringen unserer spezifisch pädiatrischen Anliegen auf allen Ebenen.

DR. MED. KATHARINA  
WYSS-SENN,  
DR. MED. HEIDI  
ZINGGELER FUHRER,  
CO-PRÄSIDENTINNEN  
KINDERÄRZTE SCHWEIZ

**E**in intensiver Austausch mit den Vorständen von SGP und MFE bezüglich aktueller berufspolitischer Themen, die Mitarbeit an mehreren Projekten von Interessengruppen, die pädiatrische Anliegen vertreten sowie die erneut deutlich zugenommenen Anfragen durch Medien zu berufspolitischen und fachlichen Fragen prägten die Arbeit von Vorstand und Geschäftsstelle im letzten Jahr.

## Politik

Im Hinblick auf die finanzielle Besserstellung der praktizierenden Kinderärzte besonders wichtig war und ist für unseren Berufsverband und die SGP der Einsatz, den Heidi Zinggeler Fuhrer und Rolf Temperli als Co-Leiter im Ressort Tarifwesen bei MFE leisten. Im Mittelpunkt ihrer Arbeit steht aktuell die Umsetzung des Tarifkapitels 40, das die haus- und kinderärztlichen Leistungen besser abbilden wird.

Gemeinsam mit der SGP hat unser Berufsverband Stellung genommen zu verschiedenen Vernehmlassungen des Bundes: so zum Beispiel zur seit 30. April 2014 neu gültigen Verordnung im Arbeitsgesetz, dass Stillen am Arbeitsplatz entlohnt werden muss oder zur Vernehmlassung zur Änderung des Zivilgesetzbuches im Hinblick auf Kinderschutzmassnahmen. Wesentliche Voraussetzung für unsere Stellungnahmen waren jeweils die von MFE erarbeiteten Vorlagen, bei Bedarf wurden spezifisch pädiatrische Aspekte ergänzt oder betont.

Die erneuten Lieferunterbrüche für Impfstoffe und die damit verbundene Gefahr von Impflücken, sinkendem Impfschutz und Mehrkosten durch Nachimpfungen führten auf unsere Initiative zu einem gemeinsamen Brief von SGP und KIS an Bundesrat Berset und den Direktor des BAG, Pascal Strupler. Die Antwort von BR Berset wurde in den News 2/2014 publiziert, das BAG wird prüfen, ob die Verordnung zur obligatorischen Pflichtlagerhaltung auf eine Minimalreserve für Impfstoffe ausgedehnt werden wird.

Mitte Juni hat die Tripartite Agglomerationskonferenz (politische Plattform von Bund, Kantonen, Städten und Gemeinden) Empfehlungen zur Optimierung der Rahmenbedingungen für die körperliche, seelische und so-

ziale Entwicklung im frühen Kindesalter verabschiedet, im Brennpunkt stehen Massnahmen zur Verbesserung der Gesundheit von Kindern und Familien mit Migrationshintergrund. Sabine Heiniger hat als Vertreterin von KIS und SGP in der Arbeitsgruppe mitgewirkt, die diese Empfehlungen erarbeitet hat. KIS wird sich mit Fortbildungsangeboten zur Verbesserung der transkulturellen Kompetenz engagieren, z. B. an der Jahrestagung 2014 mit dem Workshop «fremde Kulturen in unserer Praxis».

Die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz erarbeitet in Zusammenarbeit mit verschiedenen Berufsgruppen rund um Mutter und Kind Projekte auf nationaler Ebene, die ein gesundes Gewicht bei Säuglingen und Kindern fördern. George Marx hat KIS und SGP in der Arbeitsgruppe vertreten, die aktuell mit der Ausarbeitung konkreter Projekte beschäftigt ist.

Für die gemeinsame Arbeitsgruppe von KIS und SGP zur Förderung von Qualitätsmassnahmen in der pädiatrischen Praxis konnte trotz Suche keine Nachfolge gefunden werden. Ebenso vakant ist eine pädiatrische Vertretung im Ressort Qualität von MFE.

Die nach der Januartagung 2013 gegründete Arbeitsgruppe Zukunft Praxispädiatrie konnte ihre Arbeit mangels interessierten Mitarbeitenden leider noch nicht aufnehmen, auch hier suchen wir weiterhin engagierte Pädiater aus Praxis und Klinik, die konkrete, überschaubare Projekte zur Förderung unseres Berufstandes planen und umsetzen möchten.

Der Kontakt zu Frau Catherine Gasser, der Leiterin der Abteilung für Gesundheitsberufe am BAG, anlässlich einer gesundheitspolitischen Veranstaltung führte zu Einladungen an Veranstaltungen von SIWF (Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung) und der Projektgruppe Bildung und Forschung, wo unseren Anliegen und Vorschlägen bezüglich der Förderung unseres pädiatrischen Praxisnachwuchses Gehör geschenkt wird.

## Jahrestagung, Januartagung, Kurswesen, News

Die Jahrestagung 2013 wies einen neuen Teilnehmerrekord auf: 340 Teilnehmende stellten für Organisation und Platzverhältnisse eine Herausforderung dar, die



Carsten Peters,  
Rolf Temperli,  
Katharina Wyss-Senn,  
und Heidi Zinggeler  
Fuhrer an der Jahres-  
tagung 2013.

aber gemäss den eingegangenen Feedbacks insgesamt gut gemeistert wurde.

Eine Enttäuschung erlebte der Vorstand bezüglich der traditionellen Januartagung; wegen zu geringer Teilnehmerzahl musste die Veranstaltung unter dem Thema «Verbandsarbeit – zauberhafte Last» abgesagt werden. Dank gebührt den vier Mitgliedern, die stattdessen an der erweiterten Vorstandssitzung teilgenommen und wertvolle Inputs beigesteuert haben.

Wie in den Vorjahren waren unsere Kurse meistens innert Stunden oder Tagen ausgebucht. Dank grossem zusätzlichem Engagement von Heidi Zinggeler, Markus Bigler, Sylvia Locher und Corinne Morger konnte das Kursangebot trotz der Neubesetzungen auf der Geschäftsstelle und den damit verbundenen Umständen im gewohnten Rahmen weitergeführt werden. Ein Ausbau des Kurswesens ist von Seiten der Mitglieder nachvollziehbar erwünscht, bedarf aber auch einer aktiven Mitarbeit: neue Kursideen werden mithilfe der Geschäftsstelle und der Ressortleitung Kurswesen gerne umgesetzt und zukünftige Kursleiter erhalten in allen organisatorischen Bereichen Unterstützung!

Ganz herzlich gedankt sei an dieser Stelle allen Mitgliedern der Arbeitsgruppen Redaktionskommission, Jahrestagung und Jubiläumstagung. Ohne ihre kreative Unterstützung und unermüdliche Arbeit wäre dieser Teil der Verbandsarbeit schlicht nicht möglich.

Ein besonderer Dank gebührt Carsten Peters, der als Leiter der Redaktionskommission zusammen mit der Geschäftsstelle für das zuverlässige Erscheinen unserer Verbandszeitung verantwortlich ist.

## Finanzen

Anlässlich der letzten Mitgliederversammlung wurde die finanzielle Unterstützung des Abstimmungskampfes «Ja zur Hausarztmedizin» beschlossen. Die Auszahlung des gesprochenen Unterstützungsbeitrages, dramatisch sinkende Einnahmen im Bereich des Sponsorings sowie leicht steigende Kosten an der Geschäftsstelle und die seit Jahren vorgesehene und nun konsequent umgesetzte Entschädigung des Vorstandes werden zu einem Jahresabschluss mit Defizit führen. Die seit Längerem angekündigte Erhöhung des Mitgliederbeitrages wird nun unumgänglich, um die berufspolitische Arbeit und die Verbandsaktivitäten im gewohnten Umfang weiter

zu ermöglichen. Anlässlich der Mitgliederversammlung am 11. September 2014 wird der Vorstand einen Antrag zur Erhöhung der Mitgliederbeiträge stellen.

## Internes

Eine zusätzliche Herausforderung bedeutete im vergangenen Jahr die Neubesetzung der Geschäftsstelle. Glücklicherweise konnte mit Sylvia Locher im Oktober 2013 eine erfahrene, motivierte Geschäftsführerin gefunden werden und mit Beatrice Kivanc ist nun auch die Stelle der Sachbearbeiterin seit Juni 2014 wieder definitiv besetzt. Corinne Morger hat sich nach mehrjährigem, zuverlässigem Engagement für unseren Verband beruflich neu orientiert, wir danken ihr nochmals herzlich für ihren Einsatz und wünschen ihr alles Gute für die Zukunft.

Wie bereits im Rundmail an die Mitglieder anfangs Juni mitgeteilt, haben Jakob von Känel und George Marx ihre Mitarbeit im Vorstand aus persönlichen Gründen beendet. Für ihre Mitarbeit sei ihnen nochmals herzlich gedankt! Ihr Rücktritt war überraschend und wird vom Vorstand bedauert. Länger und auf die Mitgliederversammlung 2014 geplant war der Rücktritt von Katharina Wyss aus Co-Präsidium und Vorstand aus persönlichen Gründen und bei unerwarteter beruflicher Mehrbelastung. Das letzte Geschäftsjahr war für den Vorstand ein schwieriges. Zeitlicher Mehraufwand und unterschiedliche Meinungen über verschiedene Aspekte der Vorstandsarbeit waren belastend. Die Verbandsgeschäfte konnten trotzdem fortlaufend erledigt werden, die Finanzen sind unter Kontrolle. Die verbleibenden Vorstandsmitglieder werden sich weiterhin mit vollem Elan für den Verband einsetzen und zählen auf die Unterstützung der Mitglieder. Erfreulicherweise konnte sowohl für das Co-Präsidium wie auch für das Amt des Kassiers bereits eine Nachfolge gefunden werden. Beide Verbandsmitglieder werden sich an der Mitgliederversammlung in Bern zur Wahl in den Vorstand zur Verfügung stellen. Im September 2015 werden weitere langjährige Vorstandsmitglieder aus dem Vorstand zurücktreten. Unser erfreulich wachsender Berufsverband (ordentliche Mitglieder 494, ausserordentliche Mitglieder 152, Stand 30. Juni 2014) ist deshalb weiterhin auf die aktive Mitarbeit seiner Mitglieder dringend angewiesen.

Interessierte Mitglieder dürfen sich für jegliche Form eines Engagements (Arbeitsgruppen, Kurse, Vorstand) gerne bei Vorstand oder Geschäftsstelle melden! ■

# Jahrestagung 2014 «Nah und Fern»

11. September 2014, Hotel Allegro/Kursaal Bern

## Tagesprogramm

### Programmübersicht Kinderärzte

#### Vormittag

|             |                                                |
|-------------|------------------------------------------------|
| ab 8.00 Uhr | Check-In                                       |
| 08.30–09.30 | Mitgliederversammlung SVUPP                    |
| 09.30–09.45 | Eröffnung Jahrestagung                         |
| 09.45–10.30 | Hauptreferat                                   |
| 10.30–10.45 | Fragen zum Hauptreferat                        |
| 10.45–10.55 | Referat                                        |
| 10.55–11.30 | Pause, Besuch der Industrierausstellung        |
| 11.30–12.30 | Mitgliederversammlung Kinderärzte Schweiz      |
| 12.30–13.30 | Flying Lunch, Besuch der Industrierausstellung |

#### Nachmittag

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

anschliessend Apéro

Die Details der Referate sowie der Workshops wurden Ihnen am 3. Juni 2014 per Mail mitgeteilt.

Link: [http://www.jahrestagung.ch/JT2014/Workshops\\_1](http://www.jahrestagung.ch/JT2014/Workshops_1)

### Programmübersicht MPAs

#### Vormittag

|             |                                                                 |
|-------------|-----------------------------------------------------------------|
| ab 8.00 Uhr | Check-In                                                        |
| 08.30–09.30 | Mitgliederversammlung SVUPP                                     |
| 09.30–09.45 | Eröffnung Jahrestagung                                          |
| 09.45–10.30 | Hauptreferat                                                    |
| 10.30–10.45 | Fragen zum Hauptreferat                                         |
| 10.45–10.55 | Referat                                                         |
| 10.55–11.30 | Pause, Besuch der Industrierausstellung                         |
| 11.30–12.30 | Workshop (für alle) Praktische Tipps für das Reisen mit Kindern |
| 12.30–13.30 | Flying Lunch, Besuch der Industrierausstellung                  |

#### Nachmittag

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

anschliessend Apéro

### Anmeldung

Bitte benützen Sie ausschliesslich die Online-Anmeldung auf

[www.jahrestagung.ch](http://www.jahrestagung.ch)

Anmeldeschluss ist der 4. September 2014.

### Mitgliederversammlung Kinderärzte Schweiz

#### Traktanden

1. Genehmigung der Traktandenliste
2. Wahl der Stimmenzähler
3. Protokoll der Mitgliederversammlung vom 12. September 2013
4. Mitgliederbewegungen
5. Jahresbericht der Co-Präsidentinnen
6. Rückblick Geschäftsjahr 2013/14
7. Jahresrechnung 2013/14 und Revisionsbericht
8. Anträge  
Festsetzung des Mitgliedsbeitrags
9. Ziele Geschäftsjahr 2014/15
10. Wahlen
11. Varia

Alle Anträge finden Sie hier: [www.kinderaerzteschweiz.ch](http://www.kinderaerzteschweiz.ch)





*Wir freuen uns sehr, dass es uns gelungen ist, Prof. Moritz Daum, Lehrstuhl für Entwicklungspsychologie der Uni Zürich, für ein Referat an unserer diesjährigen Jahrestagung zu gewinnen. Mit dem vorliegenden Artikel von Katja Rauch möchten wir den Teilnehmenden jetzt schon einen spannenden Einblick in die Forschung von Prof. Daum vermitteln.*

*(Quelle: Magazin der Universität Zürich)*

# Von den Grossen lernen

Kleine Kinder lernen von anderen Menschen, indem sie sie nachahmen. Über die Imitation entdecken sie neue Handlungen und Fähigkeiten. Sie sind aber durchaus kritisch, wenn es um die Auswahl ihrer Vorbilder geht.

VON KATJA RAUCH

Das 14 Monate alte Kleinkind beobachtet aufmerksam, was der am Tisch sitzende Mann tut. Etwas sehr Seltsames nämlich: Er schaltet eine vor ihm stehende Lampe nicht mit der Hand ein, sondern beugt sich hinunter und drückt mit dem Kopf darauf. «Hmm», könnte das Kind nun denken, «wieso macht er das so? Ich versuche es auch einmal, vielleicht hat das Ganze ja irgendeinen Sinn.» Oder es denkt: «Was für ein Blödsinn, der hat ja überhaupt keine Ahnung! Ich zeige ihm jetzt, wie das geht, und drücke mit der Hand.» Was wird das Kind tun?

Der Entwicklungspsychologe Moritz Daum hat diese Frage untersucht. Er war auch deshalb gespannt auf die Reaktion des Kindes, weil er das Experiment vorher manipuliert, indem er die vorzeigenden Männer als unterschiedlich glaubwürdig erscheinen liess. Bei der einen Hälfte der Versuchskinder liess er den Mann zunächst in Socken hereinkommen und ihn laut sagen: «So, ich ziehe jetzt meine Schuhe an.» In die dieser dann korrekt mit den Füssen hineinschlüpfte. Bei der anderen Hälfte stülpte sich der Mann die Schuhe über die Hände.

## Schuhe an den Händen

Wie sich zeigte, unterscheiden Kleinkinder schon mit 14 Monaten sehr genau, von wem sie etwas lernen können und von wem nicht: Sie vertrauten dem «kompetenten» Erwachsenen (jenem mit den Schuhen an den Füssen) und imitierten in der grossen Mehrheit seinen Kopfdruck auf die Lampe, obwohl sie den Sinn dahinter (noch) nicht verstanden. Beim «inkompetenten» Vorbild (jenem mit den Schuhen an den Händen) hielten sie sich lieber ans Gewohnte und zündeten die Lampe mit der Hand an.

Dass Kinder über Nachahmen lernen, beschäftigt die Forschung schon länger. «Zunächst ging es aber nur darum, ob und was die Kinder imitieren», erklärt Moritz Daum. «Die Frage, unter welchen Umständen und wen sie imitieren, fand erst in den letzten Jahren Eingang in die Imitationsforschung.» Wer von Kindern imitiert werden will, das heisst, pädagogisch etwas bewirken

möchte, sollte also erstens kompetent rüberkommen. Und zweitens sympathisch: «Andere Versuche der Imitationsforschung arbeiteten mit zwei Leitern, von denen der eine dem anderen mehrere Dinge wegnahm», erzählt Daum. «Danach wurde die «unsympathische» Person von den Kindern wesentlich seltener nachgeahmt als die «sympathische».

Auch von kulturell vertrauten Personen scheinen die Kinder eher Neues lernen zu wollen als von weniger vertrauten. Eine Person, die ihnen zuvor eine Geschichte auf Deutsch erzählt hat, ahmen deutschsprachige Kinder häufiger nach als eine, die Russisch spricht. Die Vertrautheit mit dem Vorbild scheint beim sozialen Lernen sehr wichtig zu sein.

Spannend ist die Frage, ob kleine Kinder beim Lernen von neuen Handlungen am ehesten von gleichaltrigen oder leicht älteren Kindern beflügelt werden oder eher von Erwachsenen. Für gleichaltrige Kinder als beste Vorbilder würden die sogenannten Spiegelneuronen im Gehirn sprechen. «Wenn ich Sie schreiben sehe», sagt Moritz Daum zur Journalistin, «wird mein fürs Schreiben zuständiges Hirnareal ebenfalls aktiv, obwohl ich die Bewegung selber nicht ausführe. Dadurch verstehe ich, was Sie machen.» Je näher die beobachtete Tätigkeit den eigenen Fähigkeiten komme, desto ausgeprägter falle diese Spiegelreaktion aus. So wird das betreffende Hirnareal eines klassischen Balletttänzers stärker reagieren, wenn er einen anderen klassischen Balletttänzer sieht, als wenn er einem Capoeiratänzer zuschaut. Entsprechend, so die Hypothese, wäre das Spiegelareal eines Kleinkindes am aktivsten wenn es einem anderen Kleinkind zuschaut, und das Imitieren von neuen Handlungen müsste ihm deshalb am leichtesten fallen.

Eine zweite Hypothese, die für ein wenig ältere Kinder als beste Vorbilder plädiert, stützt sich auf die vom Psychologen Vygotsky beschriebene «Zone der proximalen Entwicklung». Danach wären Handlungen eines leicht älteren Kindes für das jüngere besonders spannend, weil sie gerade noch erreichbar sind, während das Tun von Erwachsenen viel zu weit weg liegt.

Oder, dies die dritte Hypothese, lernen Kinder doch am besten von Erwachsenen? Weil sie davon ausgehen können, dass ein Erwachsener, der ihnen etwas vor-macht, dafür einen bestimmten Grund hat und ihnen etwas vermitteln möchte.

### Den Erwachsenen trauen

Die Versuche am Lehrstuhl für Entwicklungspsychologie der UZH haben die ersten beiden Hypothesen jeweils nur teilweise bestätigt. Im Alter von 14 Monaten ahmen Kinder ihre kleinen Kameraden vor allem dann nach, wenn diese etwas tun, das sie schon können: klatschen, winken, auf den Tisch klopfen. Dabei geht es weniger um neue kognitive Kompetenzen als vielmehr um den sozialen Austausch. «Ich mache dich nach, weil ich dich lässig finde», scheinen die Kleinen damit auszudrücken, ganz so, wie erwachsene Gesprächspartner bei gegenseitiger Sympathie oft unbewusst die gleiche Körperhaltung einnehmen. «Bei neuartigen Handlungen hingegen sind Kleinkinder anderen Kindern gegenüber eher

## *Kleinkinder lernen am besten von Erwachsenen, die sie für kompetent und sympathisch halten.*

skeptisch», erklärt Moritz Daum, «hier vertrauen sie tatsächlich vor allem den Erwachsenen.»

Im Alter zwischen neun und zwölf Monaten, so Moritz Daum, beginnen Kinder die Handlungen von anderen Menschen zu imitieren. Um dabei im psychologischen Sinn von Imitation sprechen zu können, müssen die Kinder verstehen, was der andere tut und welches Ziel seine Handlung hat. Dieses Verstehen unterscheidet die Imitation von blosser Mimikry, wie sie zum Beispiel bei Fischen im Schwarm vorkommt: Die ahmen Bewegungen ständig nach, ohne irgendeine Ahnung zu haben, weshalb und wozu. Im Gegensatz dazu wird soziales Lernen erst mit der kognitiv verstehenden Imitation ermöglicht.

### Mamas Stimme

Kein Wunder also, interessiert sich die Entwicklungspsychologie so sehr dafür, wie Kinder sich dieses Verständnis erwerben. Verblüffende Fähigkeiten schon bei kleinsten Babys wurden dabei entdeckt. «Bis vor etwa vierzig Jahren ging man davon aus, dass Kinder als rudimentäre Zellbündel auf die Welt kommen: blind, taub, und von Denken gar nicht zu sprechen», erzählt Moritz Daum. Dann kam der revolutionäre Befund, dass schon Neugeborene die Stimme der Mutter erkennen: Indem sie schneller oder langsamer am Schnuller saugten, konnten sie bestimmen, welche Stimme sie hören wollten. Sie wählten die der Mutter.

Auch einiges an physikalischem Wissen scheint angeboren zu sein, zum Beispiel, dass sich zwei Objekte nicht durch einander hindurch bewegen können. Für Daum ist das gut nachvollziehbar, schliesslich haben die Babys

schon im Mutterleib neun Monate lang die begrenzende Erfahrung von Solidität machen können. Ganz erstaunlich findet der Entwicklungspsychologe hingegen, dass auch das Erkennen von Gesichtern eine angeborene Kompetenz ist: Vom ersten Tag an betrachten die Neugeborenen lieber einen Kreis, in dem drei Punkte so wie Augen und Mund angeordnet sind, als einen anderen, in dem die Punkte «auf dem Kopf stehen». Woher mag das kommen, wenn die Babys doch zeitlebens noch nie ein Gesicht gesehen hatten?

Ab zwei bis drei Monaten (Piaget glaubte noch, das sei erst mit acht Monaten der Fall) gibt es Hinweise, dass die Säuglinge über eine sogenannte Objektpermanenz verfügen, dass sie sich also an Objekte erinnern, obwohl sie diese nicht mehr sehen können. Ein klassisches Experiment dafür arbeitet mit einer beweglichen Platte, die zuerst waagrecht auf einer Unterlage liegt und dann per Scharnier über 180 Grad auf die andere Seite geklappt wird. Dann legt die Versuchsleiterin vor den Augen des Kindes einen Klotz hinter die Platte, so dass sich diese nicht mehr ganz hinunterklappen lässt. Heimlich, ohne dass das Kind es merkt, entfernt sie darauf den Klotz wieder. Nun zeigt sich der Säugling ganz erstaunt, wenn sich die Platte doch wieder vollständig hinunterklappen lässt, obwohl dahinter doch vermeintlich ein Klotz liegt. Dieses Erstaunen, das auf einer verletzten Erwartung basiert, kann mit dem Messen der Blickzeiten oder der Pupillengrösse festgestellt werden.

Mit frühestens sechs Monaten sind Kinder dann auch fähig, das Ziel von einfachen menschlichen Handlungen innerlich vorwegzunehmen. «Wenn ich ein Glas Wasser ergreife, erwartet das Kind, dass ich daraus trinke», illustriert Daum. «Wenn ich Ihnen stattdessen das Wasser über den Kopf leere, wundert es sich und schaut sich die Situation länger an.» Solche Erwartungsverletzungen offenbaren die kognitiven Mechanismen, über die Kinder schon verfügen und die sie schliesslich bis zur Fähigkeit der Imitation und damit zum sozialen Lernen weiterentwickeln.

Ist soziales Lernen auch über die modernen Medien möglich? Hilft es, wenn man einem Kleinkind ein iPad gibt, auf dem ihm Film-Menschen oder Spiel-Menschen etwas vorzeigen? Im Prinzip könnten Kinder mit einem solchen Gerät umgehen, sobald sie in der Lage seien, auf einen Knopf zu drücken, meint Moritz Daum. Dennoch hält er dezidiert fest: «Kinder lernen von anderen Menschen sehr viel besser als von künstlichen Medien, weil ein Mensch sein Verhalten und seine Sprache dem Kind anpasst.» Ein Medium dagegen spult nur seinen eigenen Rhythmus ab. ■

KONTAKT: Prof. Moritz Daum, [daum@psychologie.uzh.ch](mailto:daum@psychologie.uzh.ch)

STUDIEN-TEILNAHME: Der Lehrstuhl für Entwicklungspsychologie freut sich über Anmeldungen von Kindern im Alter zwischen 4 Monaten und 6 Jahren. Die Kinder haben meist grossen Spass an den Studien. Weitere Informationen auf [www.kleinelweltentdecker.ch](http://www.kleinelweltentdecker.ch)

# Médecins de famille et de l'enfance MFE

DR. MED.  
ROLF TEMPERLI,  
VORSTAND HAUS- UND  
KINDERÄRZTE SCHWEIZ

Arbeit in Politik und Verbänden braucht viel Geduld, Hartnäckigkeit und eine gewisse Kompromissbereitschaft. Die Arbeit findet manchmal in der Öffentlichkeit statt – so im Rahmen der Hausarztinitiative und der Abstimmung über die medizinische Grundversorgung – viel öfter aber im Hintergrund. Die Arbeit führt selten zu grossen Erfolgen – so geschehen mit dem überwältigenden Ja zum Verfassungsartikel 117b inklusive Stärkung der Hausarztmedizin –, manchmal zu kleinen Teilerfolgen – wie der Umsetzung des Masterplans. Vergebens ist sie kaum je, auch wenn ein sofortiges positives Resultat ausbleibt.

Die Hausarztinitiative fand grosse Unterstützung. Hätte sie bei einer Abstimmung bestehen und innert nützlicher Frist eine positive Auswirkung haben können? Sie wurde zugunsten des Masterplans und des in der Folge mit 2,5 Mio. Ja-Stimmen angenommenen Verfassungsartikels zurückgezogen, der von 12 % der Bevölkerung und einem Teil der Ärzteschaft abgelehnt wurde.

Nun stehen wir vor der Einführung eines Zuschlags von 10 Taxpunkten für jede Grundversorgerkonsultation, was zu einer Umsatzerhöhung von 8–9 % führen sollte. Können wir zufrieden sein? Die Argumente pro und contra die bundesrätliche Verordnung und deren Ausgestaltung wurden wiederholt dargelegt:

- *Ja, der Tarifeingriff setzt endlich ein positives Zeichen.*
- *Ja, der Zuschlag soll den Haus- und Kinderärzten ab 1. Oktober 200 Mio. Fr. mehr Umsatz bringen. Der Zuschlag 00.0015 ist an die Position 00.0010 (Grundkonsultation erste 5 Minuten) gebunden.*
- *Nein, der Zuschlag kann nicht zusammen mit den Vorsorgepositionen und dem Besuch verrechnet werden. Ein krasser Fehlentscheid des Bundesrates, der damit seinen eigenen Absichten widerspricht.*
- *Ja, Haus- und Kinderärzte haben sich heftig gegen diesen Beschluss gewehrt und tun es weiterhin.*
- *Ja, es braucht einen neuen Tarif. Dieser muss sachgerecht sein und die Arbeit aller Ärzte korrekt abbilden. Er muss zu einer definitiven Besserstellung der Haus- und Kinderärzte führen.*
- *Nein, dies wird nicht automatisch passieren.*
- *Ja, die Tariffkommission MFE ist am Ball.*
- *Ja, es braucht immer wieder Leute aus unseren Reihen, die sich um Tarife und andere standespolitische Aufgaben kümmern.*



Bis am Ende des Sommers sollten die Details bezüglich Zuschlagsposition 00.0015 geklärt und die Softwareprogramme angepasst sein.

Am 28. September wird über die Volksinitiative «Für eine öffentliche Krankenkasse» (Einheitskasse) abgestimmt werden. Die Umfrage unter den MFE-Mitgliedern ergab ein Unentschieden, der Verband beschloss folglich die Stimmfreigabe, gleich wie die FMH.

Im Vernehmlassungsverfahren befinden sich unter anderem folgende Gesetzes- und Revisionsvorschläge:

- Bundesgesetz über das Zentrum für Qualität in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.
- Bundesgesetz über Tabakprodukte.
- Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Steuerung des ambulanten Bereichs.
- Teilrevision der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) und der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV).
- Änderung der Verordnung vom 12. April 1995 über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung (VORA).

Die Details sind auf der Website des Bundes einsehbar: <http://www.admin.ch/ch/d/gg/pc/pdent.html>

Alle sind eingeladen, ihre Meinung einzubringen. Die Stellungnahmen von MFE erfolgen je nach Thema selbstständig oder in Absprache mit der FMH, dem KHM und der SGP. Interessierte sind gebeten, sich mit ihren Verbänden in Verbindung zu setzen. ■



# Ein Schritt nach dem anderen in die Zukunft der Praxispädiatrie

DR. MED. HEIDI  
ZINGGELER FUHRER,  
CO-PRÄSIDENTIN KIS

Frau Dr. jur. Catherine Gasser, Leiterin der Abteilung Gesundheitsberufe, BAG, hat Heidi Zinggeler Fuhrer und Rolf Temperli zur Sitzung der Projektgruppe Bildung und Forschung (Masterplan) eingeladen, weil wir in vorausgehenden Diskussionen die fehlende Präsenz der Pädiatrie bzw. deren Anliegen in diesem und anderen Gremien bemängelt hatten.

Anwesend waren neben sämtlichen Leitern der Institute für Hausarztmedizin (IHAM), Christoph Hänggeli (Geschäftsführer des Schweizerischen Institutes für Weiter- und Fortbildung, SIWF), Dr. Christian Häuptle (Stiftungsratspräsident Weiterbildung in Hausarztmedizin, WHM), Dr. Stéphane Luyet (Gesundheitsdirektorenkonferenz, GDK), Prof. Dr. Rainer Weber (Dekan der Medizinischen Klinik der Uni Zürich), Vertreter der MPA, der Schweizerischen Universitätskonferenz (SUK) sowie von MFE.



Kinderärzte – Hausärzte für Kinder und Jugendliche.

## Wir erhielten Gelegenheit, die Sichtweise der Praxispädiatrie darzulegen:

- Im Schweizer Gesundheitssystem sind die Praxispädiater Grundversorger bzw. die Hausärzte der Säuglinge, Kinder und Jugendlichen. Die Praxispädiater sind primäre Anlaufstelle für ein (abgesehen vom Alter) unselektioniertes Patientengut und vermögen die Probleme in über 90% der Fälle selbstständig zu lösen.
- Wie bei den Hausärzten bedroht der fehlende Nachwuchs die Versorgung der Bevölkerung.
- Wie die Hausarztmedizin kann auch die Praxispädiatrie nicht im Spital gelehrt und gelernt werden.
- Die Praxisassistenten sind im Weiterbildungsprogramm Kinder- und Jugendmedizin im Praxisarm möglich, im Weiterbildungsprogramm Allgemeine Innere Medizin bereits in der Basisweiterbildung mindestens vorgesehen, ein Obligatorium soll reevaluiert werden, ebenso ein obligatorischer Praxisbesuch für Studenten der Medizin (an einigen Universitäten schon implementiert).
- Notwendigkeit von fixen Quoten für pädiatrische Praxisassistenten im Rahmen der verschiedenen kantonalen Programme.
- Die fünf Hausarztinstitute konzentrieren sich auf Hausarztmedizin für Erwachsene, die Praxispädiatrie ist nicht vertreten. Die Pädiater wünschen sich eine Abteilung Praxispädiatrie unter Führung der Pädiatrie, als ersten Schritt dazu die Aufnahme von Pädiatern in den IHAMs.
- Wie in der Hausarztmedizin besteht auch in der Praxispädiatrie Bedarf an Forschung, Finanzierung via IHAM.
- Die Rolle der (pädiatrischen) MPA muss gestärkt werden.

## FAZIT

- Vermehrte Präsenz der Pädiatrie ist nützlich und nötig und von den Diskussionspartnern auch erwünscht.
- Bis vor Kurzem war dem BAG nicht bewusst, dass die Pädiatrie eigene Bedürfnisse hat, die nicht zwingend und automatisch von seinen Diskussionspartnern (MFE, SIWF, FMH) wahrgenommen werden, und dass Hausarztmedizin von Ärzten mit verschiedenen Facharzttiteln ausgeübt wird.
- Das BAG ist sich der Bedeutung der Pädiatrie bewusst und stellt die Prävention in den Vordergrund.
- Das BAG wünscht ausdrücklich pädiatrische (Versorgungs-)Forschung und würde Projekte wie zum Beispiel das Gesundheitscoaching finanziell unterstützen.
- Die Anliegen der Pädiater werden gehört. Von den Pädiatern wird aber mehr Engagement für ihre eigenen Interessen gefordert.
- Die IHAM sind an der Pädiatrie interessiert, verstehen sich aber nicht als Konkurrenz zu den pädiatrischen Instituten.
- Die Praxisassistenten müssen für Assistenten, Praxen und vor allem für die Kliniken attraktiver werden. Ein Obligatorium kann diskutiert werden.

Herr  
Bundesrat Alain Berset  
Eidgenössisches Departement des  
Innern EDI  
Generalsekretariat GS-EDI  
Inselgasse 1  
3003 Bern

11. Juli 2014

## **Verordnung über die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung**

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset

Die obengenannte Verordnung wird per 1.10.2014 in Kraft gesetzt werden und zu der von Ihnen im Masterplan in Aussicht gestellten, dringend nötigen und von der Schweizer Bevölkerung mit überwältigender Mehrheit gewünschten Besserstellung der Haus- und Kinderärzte führen.

Wie im Masterplan vereinbart, sollen die haus- und kinderärztlichen Leistungen erfreulicherweise um CHF 200 Millionen pro Jahr aufgewertet werden. Trotzdem stösst die Umsetzung der Verordnung bei den Kinderärzten auf grosses Unverständnis und wirft Fragen auf:

- Warum werden die kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen von der Aufwertung ausgenommen? Die Vorsorgeuntersuchungen bilden einen wesentlichen Bestandteil der kinderärztlichen Grundversorgertätigkeit. Die Kinderärztinnen und Kinderärzte der Schweiz sind befremdet über die Tatsache, dass der Bundesrat die kinderärztliche Vorsorgeuntersuchung nicht aufwertet. Die faktische Abwertung der Vorsorgeuntersuchungen im Vergleich zu den anderen Grundversorgerleistungen widerspricht allen politischen, sozialen und gesundheitlichen Zielen. Im Tarmed haben die Vorsorgeuntersuchungen eigene Pauschalpositionen, die nicht mit der Konsultationsposition zusammen angewendet werden dürfen. Es ist deshalb zwingend, dass der Konsultationszuschlag 00.0015 auch zusammen mit den Vorsorgepositionen verwendet werden kann.
- Warum werden Zweitkonsultationen am selben Tag vom Zuschlag ausgeschlossen? Zweitkonsultationen am selben Tag sind an sich selten, manchmal aber zur Verhinderung einer Hospitalisation zwingend notwendig. Es ist nicht einzusehen, weshalb eine solche Zweitkonsultation, z.B. zur erneuten Beurteilung einer akuten Situation, welche darüber entscheiden kann, ob eine Hospitalisation notwendig ist oder nicht, weniger wert sein soll als eine Erstkonsultation. Jeder haus- oder kinderärztliche Patientenkontakt sollte gleich entschädigt und aufgewertet werden.
- Warum werden gerade die fast ausschliesslich von Haus- und Kinderärzten durchgeführten und für die Bevölkerung besonders wertvollen Haus- und Heimbefuche von der Aufwertung ausgenommen?

Wir hoffen, dass eine Korrektur der Umsetzung mit Integration dieser Punkte noch möglich ist, damit die haus- und kinderärztliche Tätigkeit wirklich konsequent und nachvollziehbar aufgewertet wird.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anliegen.

Mit freundlichen Grüssen

Schweizerische Gesellschaft  
für Pädiatrie

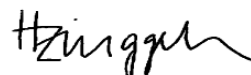


Dr. Nicole Pellaud  
Präsidentin

Kinderärzte Schweiz



Dr. Katharina Wyss  
Co-Präsidentin



Dr. Heidi Zinggeler Fuhrer  
Co-Präsidentin

Kopie: - Herr Jürg Schlup, Präsident FMH  
- Herr Marc Müller, Präsident Hausärzte Schweiz

# Cortison bei Neurodermitis? What else?

## Alternativen, Tricks und Tips, Dos and Don'ts aus der Praxis

DR. MED.

CHRISTIAN KNOLL

Mitarbeit von Dr. med.  
Raffael Guggenheim,  
Dr. med. Nadia Sauter  
Oes und Dr. med.  
Stefanie Gissler

### Bei der Betreuung von Kindern mit Neurodermitis stossen wir immer wieder an Grenzen!

Juckreiz ist schlimmer als Schmerz, denn er lässt sich viel schlechter unterdrücken respektive behandeln. Aufgekratzte Kinder, superinfizierte Haut, Eltern am Rande des Nervenzusammenbruchs, durchjuckte und -wachte Nächte, hilflose (Kinder)Ärzte, die irgendwann zu der von den Eltern meist kritisch beäugten Cortisoncreme greifen müssen, welche die Haut meist stark beruhigen, aber selten grundlegend heilen kann. Jeder von uns hat sich im Laufe der Zeit ein paar Tricks oder Speziallösungen angeeignet, um den betroffenen Kindern mehr Komfort und den Eltern Entlastung zu bieten. Die 3 Säulen der ND-Behandlung sind ja hinreichend bekannt: 1. intensive Hautpflege 2. Juckreizprävention (keine Synthetik/Wolle auf die Haut, nicht zu warm kleiden) resp. -behandlung (Feniallerg, Atarax) und 3. stadiengerechte Therapie der betroffenen Hautareale mit den nicht-cortisonhaltigen Entzündungshemmern (hier ist Parfenac, obwohl von den Dermatologen nicht mehr empfohlen, gar nicht so schlecht wirksam; Protopic und Elidel sind jetzt auch schon bei jüngeren Kindern ohne Risiken einsetzbar) oder den Steroiden, wenn es sich nicht vermeiden lässt.

Im Folgenden eine subjektive Zusammenstellung, die liebend gern durch Eure Zuschriften ergänzt werden kann/soll/muss (is ja nich so schwierig, ein kurzes Mail an [info@kinderaerzteschweiz.ch](mailto:info@kinderaerzteschweiz.ch) zu schreiben, oda?).

### 1. Die tägliche zum Teil mehrmals tägliche Hautpflege mit Feuchtigkeitsspendern ist essenziell!

Lotionen lassen sich gut und schnell verstreichen und sind aus praktischen Spendern (wie für Handseife in der Praxis) am einfachsten anzuwenden (evtl. von der Apotheke umfüllen lassen). Von der Kasse übernommen werden:

Präparate mit Urea (brennen leider manchmal): Exipial Lipolotio U, Prurimed Lipolotio.

Präparate mit Milchsäure: Antidry Lotio, Antidry calm. Ohne beides: Dexeryl.

Alternativen ohne Kostenübernahme: Trixera und XeraCalm AD von Avene, Remederm von Widmer, Lipikar Baume von Roche Poissy.

Hierbei gibt es eine «wichtige Information für den Verschreiber»: wenn Remederm mit 5% Carbamid oder Triclosan 1% (antiseptisch) oder Polidocanol 5% (antipruriginös) als Magistralrezeptur verschrieben wird, zahlt es die Kasse.

Für ganz trockene Stellen Salben oder Fettcremes verwenden: Antidry Salbe, Exipial Fettcreme, Linola fett (Linola halbfett wird nicht von Kasse übernommen).

Baden regelmässig, d.h. alle 1–2 Tage mit rückfettenden Ölbädern als Basispflege, 5 Min. nur im Wasser, dann z.B. Balmamol, Antidry, Balneum Hermal usw. dazu und nochmals 5 Min. baden. Danach nur abtupfen, nicht rubbeln. Wichtig: Nach dem Baden immer sofort eincremen und dann nochmals 1 Stunde danach.

Am besten immer «Package» mit genauer Anleitung abgeben: Lotio, Fettcreme/Salbe und Badezusatz.

Wenn die ND symmetrisch am Körper ausgeprägt ist, kann man zum Ausprobieren, was am besten geht, seitengetrennt linken und rechten Arm/Bein/Gesichtshälfte mit zwei verschiedenen Präparaten behandeln. Nach frühestens drei Tagen evaluieren, welches Produkt besser wirkt. Problem ist meistens nicht das Präparat, sondern wie es aus der Tube auf die Haut kommt ...

Cave «natürliche Wundermittel» aus Indien, China, Thailand usw. Die wundersame Wirkung beruht oft auf den (nicht deklarierten) hochpotenten Steroiden, die reingemischt wurden!

Viele Eltern sind besorgt, dass sie die Haut «verwöhnen» würden mit zu viel fetten und cremen. Deshalb ist es wichtig, ihnen möglichst gut die Ursache der Neurodermitis («Hautbarrierendefekt») zu erklären und ihnen mit auf den Weg zu geben, dass sie nie zu viel, sondern nur zu wenig fetten können (Ausnahme bakterieller Hautinfekt). Die Info-Flyer respektive die Eltern- und Kinderschulung von aha! bieten hier sehr gute Dienste! [www.aha.ch](http://www.aha.ch). Meist braucht es mehrere Konsultationen, um alle Aspekte und Therapie-Grundpfeiler der Neurodermitis verständlich zu machen.

### 2. Wenn die alltägliche Pflege nicht ausreicht (was ja meistens irgendwann der Fall ist) zur Beruhigung der gereizten Haut:

APP-Kindersalbe von Dr. Beckmann (aus D, über die Lieferapotheke in der Regel beziehbar).

Kompressen mit kaltem Schwarztee, der 5 Minuten gezogen hat oder Tannosynt liquid z.B. als Bad.

Bei ausgeprägtem Befund kann man auch eine Intensivbehandlung mit Folie über Nacht machen, dazu Arm oder Bein mit Creme einschmieren und mit normaler Haushaltsplastikfolie umwickeln.

Bei sehr hartnäckig trockener Haut empfehle ich auch mal feuchte Umschläge über die Linolasalbe zu legen und diese z.B. über Nacht zu belassen.

Bei nächtlichem Juckreiz und entsprechender Kratzerei besteht die Möglichkeit einen mit Silber imprägnierten Seidenpyjama (Dermasilk) zu verordnen. Die Kassen zahlen zwei Garnituren pro Jahr ([www.allergycare.ch](http://www.allergycare.ch)).

Bodys verkehrt herum anziehen, mit den Nähten nach aussen, und aus allen Kleidern die meist syntheti-





Fetten, fetten  
und etwas gegen  
den Juckreiz ...



Zerkratzte Kinder,  
durchwachte Nächte.

schen Etiketten im Nackenbereich heraustrennen, hilft ebenfalls dem Juckreiz vorzubeugen.

Mit den Kindern können die Eltern «alternative Kratztechniken» trainieren: mit der flachen Hand auf die juckenden Hautstellen klopfen statt zu kratzen beruhigt meist auch sehr gut.

Und wenn es sich nicht vermeiden lässt, müssen wir die Eltern überzeugen, dass es für einen begrenzten Zeitraum nötig ist, Steroide meist kombiniert mit desinifizierenden Massnahmen einzusetzen. Vor Beginn mit Steroiden lohnt es sich 1–2 Tage intensiv zu cremen, da Steroide brennen und dann vom Kind abgelehnt werden. Z.B. Vita-Merfen Salbe 3x täglich auf die Läsionen, dann erst mit dem Steroid beginnen. Bei der Wahl der Cortisoncreme lohnt es sich (ausser am Gesicht) ein potentes Präparat mit günstigem (= gering hautatrophisierendem) Profil zu wählen (z.B. Elocom, Prednitop).

Kindern mit ausgeprägtem Ekzem sollte die Varizellen-Impfung (z. B. zusammen mit MMR als Priorix-Tetra) dringend empfohlen werden. Ein schwerer und komplikationsreicher Verlauf ist bei gestörter Hautabwehr wahrscheinlicher.

### «Ursächliche» Therapie:

Neben der empfohlenen (Ver)meidung von reizenden und provozierenden Faktoren versuchen die Eltern ja noch die verschiedensten Sachen zu eliminieren, die aus ihrer Sicht «Das Übel» der Erkrankung sein sollen, z. T. mit für die Kinder schädlichen Folgen. So werden nicht selten extrem einschränkende und zur Fehlernährung führende Auslassdiäten durchgeführt oder inadäquater Kuhmilchersatz (Ziegenmilch, Mandel«milch») eingesetzt. Die Eltern müssen deshalb unbedingt aktiv von uns darauf angesprochen werden.

Gute Erfahrung habe ich am eigenen Sohn mit der Ernährungsumstellung nach Tönnis gemacht. Hierbei werden nicht Lebensmittel vermieden, sondern je nach lokaler Ausbreitung der ND, bestimmte Lebensmittel, die reich an spezifischen Spurenelementen, Aminosäuren und Vitaminen sind, individuell vermehrt angeboten resp. gefüttert. In der Regel braucht es eine Schulung der Eltern durch erfahrene Berater/innen. Adressen sind unter [www.boe-online.ch](http://www.boe-online.ch) zu finden.

Bei einem langdauernden Verlauf oder ausgeprägten Befund werden alle Eltern früher oder später alternativmedizinische Methoden in Erwägung ziehen und die dementsprechenden Anbieter aufsuchen. Für die zukünftige Compliance und Zusammenarbeit mit Eltern lohnt es sich, diese Wege aktiv anzusprechen und eventuell Adressen von Therapeuten, deren Arbeitsweise man kennt und die nicht komplett diametral zum

schulmedizinischen Vorgehen stehen, zu vermitteln. So können wir vermeiden, dass die Eltern sich selber an «Heiler» wenden, die dann jede Impfung, den Weizen, die Milch usw. und v. a. die tägliche Hautpflege verdammen und somit die Eltern in ständige Konflikte stürzen.

Und wer von uns hat es nicht schon erlebt, dass es im Verlauf einer ND plötzlich zu einer «wundersamen» Verbesserung gekommen ist? Häufig berichten die Eltern dann, dass sie zur Behandlung bei X oder Y waren und es seitdem deutlich besser gehe. Einen spontan günstigen Verlauf von einer «Heilung» zu unterscheiden, ist wahrscheinlich unmöglich, sollte aber für das betroffene, symptomfreie Kind ja auch keine Rolle spielen. Positive Feedbacks habe ich bisher von vernünftig mit Bioresonanz behandelten Kindern (wenn dann nicht eine monatelange Auslassdiät «verordnet» wird) und Homöopathie erhalten. Die homöopathische Behandlung ist v.a. bei kleineren Kindern nicht ganz einfach, da die noch so eindrücklichen Hautbefunde meist nicht zur Mittelwahl herangezogen werden können, sondern «innere Symptome» gesucht werden, die bei kleinen Kindern auf Interpretationen der Eltern beruhen. Die homöopathische Theorie zu den Hauterscheinungen ist hierbei nicht ganz uninteressant: Die Haut steht in der Gewebehierarchie des Körpers auf der untersten Stufe, d. h. Erkrankungen, die sich auf diesem Niveau abspielen, sind für den Körper am «billigsten». Werden die Symptome auf dieser niedrigen Stufe unterdrückt, wird sich die Erkrankung auf einer höheren (problematischeren) Stufe wieder zeigen. Kommt uns das vom «Marche d'allergie» nicht bekannt vor ... ?

Hüten wir uns davor, so borniert zu sein wie die Hautärztin, die in einem kürzlich erschienenen Heft für Hausärzte als Handlungsmaxime bei Neurodermitis die Verhinderung von alternativmedizinischen Methoden postulierte. Wir wissen und können nicht alles und die Behandlung der Neurodermitis wird sich immer auf mehreren Ebenen abspielen. Wenn es uns gelingt, gute Teamplayer zu sein und dabei auch den Lead zu übernehmen, können wir den betroffenen Kindern substanziell helfen. Der eine oder andere Trumpf in der Hinterhand, um schwierige Phasen gemeinsam zu überstehen, hilft dabei sicher, uns kompetent zu zeigen und dann auch die Akzeptanz für die Verordnung von «kritischen» Mitteln, wenn sie nötig sind, zu steigern. ■

**Eure Tips und Tricks an:**  
[info@kinderaerzteschweiz.ch](mailto:info@kinderaerzteschweiz.ch)

Wir werden sie sammeln und in einem zweiten Teil veröffentlichen.

# Wo steht die Praxispädiatrie in 10 Jahren

Gedanken von Prof. Dr. med. Thomas Neuhaus, Luzern, an der Januartagung Praxispädiatrie 2013

Vor 10 Jahren haben wir in der Klinik häufig diskutiert, ob es in 10 Jahren die Praxispädiatrie als solche noch geben wird. 10 Jahre später bin ich selbst in der Praxis und Thomas Neuhaus ist Chefarzt der Kinderklinik Luzern. Beide Teile der Pädiatrie haben sich weiterentwickelt und wir haben uns wieder getroffen, um unsere Ideen über die Zukunft der Pädiatrie in der Praxis an der Januartagung 2013 auszutauschen. Die Gedanken von Thomas Neuhaus waren wie immer prägnant, fordernd und vorausschauend. Wir haben sie für «Kinderärzte Schweiz» zusammengefasst.

BEARBEITET VON DR. MED.  
RAFFAEL GUGGENHEIM

Ich konzentriere mich auf fünf Bereiche, die ich als die aktuellen Herausforderungen für die Pädiatrie in der Praxis sehe: 1. Praxisalltag und Praxisorganisation; 2. Umfeld; 3. Weiterbildung; 4. Netzwerkpädiatrie; 5. Notfalldienst.

## 1. Der Praxisalltag

### Akutsomatikpädiatrie/Langzeitpädiatrie/ Beratungspädiatrie/Servicepädiatrie

Der Pädiater wird weiterhin zuständig für die längerfristige ganzheitliche Betreuung von Familien und ihren Kindern bleiben. Ich nenne diese Funktion des Pädiaters die «Langzeitpädiatrie». Aufgrund der Migration, der Zunahme von chronischen Krankheiten, der Integration von behinderten Kindern und multimorbiden Kindern in den Familienalltag erfordert dies ein breites Wissen in vielen Bereichen der Pädiatrie sowie einen kompetenten Umgang in einem multikulturellen Umfeld. Praktisches Wissen über exotischere Krankheiten wie z. B. FMF, HIV, Sichelzellanämie oder TBC werden wieder vermehrt vom Praxispädiater gefordert. Neben der «Akutsomatikpädiatrie» mit ihren klassischen häufig infektiologischen Krankheitsbildern wird die «Bera-

derchirurgie, wie z. B. Frakturdiagnostik und -Behandlung inkl. Gipsen, Wundversorgung sowie in Kinderorthopädie anzubieten.

Grundsätzlich bleibt also alles beim Alten. Die grossen Fortschritte in der Pädiatrie sind vor allem in der Behandlung seltener Krankheiten zu erwarten, wie der Gentherapie von Stoffwechselstörungen und der aufgrund der Genetik einzuführenden «personalised medicine». Im praxispädiatrischen Alltag wird es eher eine Umlagerung in Richtung «Beratungspädiatrie» geben mit vermehrtem Wissensbedarf um psychosoziale Störungen und Umgang mit gesellschaftlichen Problemen wie z. B. Adipositas.

### Geräte und Technik

Weiterhin wird das Angebot technischer Leistungen in der Praxis beschränkt bleiben. Sicher müssen weiterhin dazugehören: Allergietestung (Prick, RAST) und Desensibilisierung, Kleines Labor für Urin- und Entzündungsdiagnostik, EKG und Lungenfunktionstestung, Röntgen und Ultraschalluntersuchung sowie sicher vermehrt auch Testungen im Rahmen der Entwicklungsabklärung. Erweiterte technische Leistungen wie z. B. Bodyplethysmografie, EEG, Echokardiografie, weitgehendere bildgebende Diagnostik werden wohl weiterhin sinnvollerweise bei den Subspezialisten und Zentren bleiben.

Die Umstellung auf eine elektronische Krankengeschichte und Korrespondenz wird bereits grossteils erfolgt sein. Dies ermöglicht die Vernetzung auch untereinander unter anderem auch mit raschem und effizientem Zugriff auf Daten anderer Behandler (Spezialisten) oder von Zentren. Eine ganz neue Entwicklung wird das «Quality Management» in der Praxis sein. Dazu wird einerseits die Zertifizierung und Akkreditierung sowohl der technischen wie auch der medizinischen Leistung gehören, andererseits wird die ärztliche Fortbildung für alle Kollegen aufgrund von e-logbooks und auch regelmässigen Prüfungen mehr standardisiert werden. Zu erwarten ist dadurch die Durchsetzung von

*Die grossen Fortschritte in der Pädiatrie sind vor allem in der Behandlung seltener Krankheiten zu erwarten.*

tungspädiatrie» einen immer wichtigeren Teil der kinderärztlichen Tätigkeit einnehmen. Dazu gehören die Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen, die Behandlung von Adipositas und Essstörungen, Sportmedizin, die psychosomatische Medizin mit ihren Themen Sucht und ADHS, wie auch der Umgang von Familien mit somatischen und psychischen Störungen als Folge von Schulproblemen oder erschwerten Umgang mit modernen Medien. Als «Servicepädiatrie» bezeichne ich die Fähigkeit des Pädiaters die Grundversorgung in Kin-



Prof. Dr. med. Thomas J. Neuhaus

verbindlichen Guidelines in der Behandlung und auch eine klarere Struktur der Praxisorganisation und des Bedarfs von technischen Leistungen. Die Einführung einer Fallkostenpauschale, ähnlich wie wir sie im Spitalbereich als DRG kennen, ist – aus meiner Sicht – nur eine Frage der Zeit.

## 2. Politisches und gesellschaftliches Umfeld

Wir erleben zurzeit einen Verteilungskampf der Ressourcen. Dabei gehts einerseits um das liebe Geld, andererseits auch um gesundheitspolitische Ansprüche. Die Gelder im Gesundheitswesen werden immer mehr in Richtung «Versorgung der Alten» verteilt. Hier wird über die gesellschaftliche Nachhaltigkeit der Investition von Geldern in die Kinder- und Jugendmedizin kaum nachgedacht. Dies sieht man auch an der zunehmenden Schere zwischen Leistungen der Allgemeinversicherung und der Privatversicherungen, von welcher Kinder (und damit auch die Kinderärzte) kaum profitieren. Die Diskussion um die Breite des Leistungskatalogs des KVG und auch einer kindsgerechten Gestaltung des IV-Katalogs sind weitere Bereiche des Gesundheitswesens, in welchem kinderärztliches Engagement und Lobbying dringlich notwendig sein werden, um die Interessen der Patienten und der Praxispädiatrie zu verteidigen.

Auch die Ansprüche der Eltern haben sich deutlich gewandelt. Waren Kinder ein «Geschenk» oder im schlechteren Fall ein «notwendiges Übel», so sind sie heute zu einem «Projekt» der Eltern geworden. Dies

ist neben der sozialen Besserstellung der Mütter und der Möglichkeit der Familienplanung auch auf die Erfolge der Pränatalmedizin zurückzuführen. Ein gesun-

*Waren Kinder ein «Geschenk» oder im schlechteren Fall ein «notwendiges Übel», so sind sie heute zu einem «Projekt» der Eltern geworden.*

des Kind «kann geplant werden». Viele Eltern sehen es daher heute als Recht an, ein gesundes Neugeborenes zu haben und sehen somit auch den Kinderarzt in der Pflicht, diese Gesundheit stets sofort zu gewährleisten. Die Aufgabe des Praxispädiaters, auch hier für einen vernünftigen Umgang mit den Gesundheitsvorstellungen und Ansprüchen der Eltern zu sorgen, wird zunehmend anspruchsvoller werden.

## 3. Weiterbildung

Die Weiterbildung der Kinderärzte wird weiterhin vorwiegend in den Kinderkliniken erfolgen. Diese bieten ein 4–5-jähriges Curriculum für *alle* zukünftigen Pädiater an, in welches neben einer breiten pädiatrischen Weiterbildung inkl. Notfall und NeolPS, auch Kurse in Psychosozialer Medizin und Entwicklungspädiatrie integriert sein werden. *Einige* der Pädiater werden eine Weiterbildung zu einem oder mehreren Schwerpunkten machen können. Ebenso wird es unter den gegenwärtigen Ressourcen nicht allen zukünftigen Pädiatern möglich sein, eine pädiatrische Praxisassistentin zu absolvieren. Über deren anrechenbare Dauer von 6 bis vielleicht 24 Monate der pädiatrischen Weiterbildung wird noch diskutiert werden müssen. Nur (zu) *wenige* der künftigen Pädiater werden über eine genügende Weiterbildung in den Bereichen Kinderchirurgie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Entwicklungspädiatrie sowie bildgebende pädiatrische Diagnostik und Genetik verfügen.

Neben dieser fachspezifischen Weiterbildung wird es zwingend vermehrt Angebote im Bereich der Führung, Organisation und Betriebswirtschaft einer Praxis geben. Ebenso sind aus meiner Sicht Weiterbildungen im Bereich der Persönlichkeitsbildung und des Self-Managements für eine «lebenslange» gute Life-Balance und zur Burn-out-Prophylaxe dringlich notwendig. Über deren Einbindung in den Weiterbildungskatalog kann aber zurzeit nur spekuliert werden.

## 4. Netzwerkpädiatrie

Ob es in 10 Jahren die pädiatrische Einzelkämpferpraxis noch geben wird? Sicher ist, dass sie nur eines von verschiedenen möglichen Modellen der Praxisführung sein wird und dass die anderen Modelle vermehrt den



Die **BEBA Schweizer Original**-Folgemilchen, sättigend und gut verträglich, werden in der **Schweiz** produziert.



WICHTIGER HINWEIS: Stillen ist ideal für Ihr Kind. Die WHO empfiehlt ausschliessliches Stillen während 6 Monaten. Informieren Sie sich beim Fachpersonal des Gesundheitswesens, falls Ihr Kind eine Zusatznahrung benötigt, oder wenn Sie nicht stillen.

  
**BEBA**®, Babys verstehen  
[www.nestlebaby.ch](http://www.nestlebaby.ch)



Markt beherrschen werden. So bleibt das Modell der *Gruppenpraxis* mit Pädiatern verschiedener Fachgebiete oder mit tieferprozentiger Anstellung attraktiv; ebenso die Gruppenpraxen von Pädiatern in Verbindung mit anderen Grundversorgern und Spezialisten. Die damit verbundene Zentralisierung wird auch zur An- oder Einbindung therapeutischer Angebote wie Kinderphysiotherapie oder Kinderpsychologie führen. Neben diesen als KMU geführten selbstständigen Praxismodellen, werden immer mehr Kinderärzte in Gruppenpraxen angestellt sein. Diese sind im Besitz der Ärzte selbst oder auch von Krankenkassen, Spitälern oder privaten Investoren. Mit der Umstellung zur Berufstätigkeit beider Eltern und auch der zunehmenden Feminisierung der Pädiatrie wird sich die Teilzeitarbeit in der Pädiatrie als Standard etablieren. Dies bedingt aber eine gute or-

### *Die Vernetzung erfolgt aber nicht nur innerhalb der Praxen, sondern auch innerhalb des gesamten Umfelds der Patienten.*

ganisatorische und elektronische Vernetzung innerhalb der betreuenden Praxis, um die Patienten weiterhin gut zu behandeln. Aus Sicht des Patienten wird dann der ständig gleichbleibende Ansprechpartner fehlen, und es droht ein Qualitätsverlust in der Betreuung.

Die *Vernetzung* erfolgt aber nicht nur innerhalb der Praxen, sondern auch innerhalb des gesamten Umfelds der Patienten. So ist die gute Zusammenarbeit mit Behörden und Schularztdienst notwendig, um Impfplücken zu schliessen, das Engagement mit Ämtern, Heimen und Schulen, um Kindern in schwierigen sozialen Verhältnissen eine angepasste bio-psycho-soziale Entwicklung zu ermöglichen und auch die verbesserte Informationseinbindung der Krankenkassen und IV-Stellen, um eine rasche und angepasste therapeutische Betreuung der Patienten zu ermöglichen. Last but not least ist die *Zusammenarbeit* zwischen Zentrumspraxis mit seinen Spezialisten und grundversorgendem Pädiater die wichtigste Schnittstelle für eine gute Betreuung der Patienten. Neben der bereits beschriebenen elektronischen Vernetzung wird die vermehrte *Einbindung von Médecins adjoints*, d.h. spezialisierten Praxispädiatern in einem Zentrumspraxis, die heutige Situation möglicherweise verbessern.

## 5. Kindernotfälle

Während in der Vergangenheit der Kinderarzt stets auch ausserhalb der regulären Arbeitszeit Ansprechpartner für Notfälle mit Kindern war, hat sich diese Anbindung an Haus- und Kinderarzt in den letzten 10 Jahren deutlich verändert. Der Notfalldienst wird zunehmend an die Spitäler delegiert, und Notfälle wer-

den vermehrt durch die Notfallstationen oder spezialisierten Notfallpraxen gesehen. Diese sehen weiterhin eine steigende Anzahl sog. «Walk-in»-Notfälle bei stabilen Zahlen, was echte medizinische Notfälle betrifft. Auch zugenommen haben die telefonischen Notfallanfragen, was gezwungenermassen zu einer Anpassung des Angebots geführt hat (kostenpflichtiges Beratungstelefon).

Diese Systeme werden in den nächsten Jahren noch weiter ausgebaut werden: 1. Zentralisierte Notfallpraxen vorwiegend durch und in den Spitälern in Zusammenarbeit mit Praxispädiatern und häufig auch durch diese selbst mit erweiterten Öffnungszeiten betrieben. 2. Das Management der Notfälle durch kostenpflichtige Beratungstelefonnummern wird noch erweitert. Dies wird durch die Kinderspitäler und über ausgelagerte Angebote durchgeführt. Hauptunterschied wird die Ansprechperson sein, welche bei den Kinderspitälern ein erfahrener Pädiater, bei anderen Angeboten eine erfahrene Pflegefachperson oder MPA sein wird. Dadurch werden die Praxispädiater entlastet.

Insgesamt sind wir also auf vielen Ebenen gefordert. Es gilt vorausschauend zu sein und sich den spannenden Aufgaben für die erfolgreiche Praxispädiatrie in der Zukunft zu stellen. Das beherrschte Engagement von Kinderärzten und Kinderärztinnen in den Verbänden und den angesprochenen Netzwerken wird dann eine von uns selber gestaltete Praxispädiatrie mit Vorteilen für Patienten und Ärzte ermöglichen. ■

# Kutane Virusinfektionen: HPV und Mollusca contagiosa

Neben den bakteriellen Infektionen, für die vornehmlich *Staphylococcus aureus* und *Streptococcus pyogenes* verantwortlich sind, zählen Virusinfektionen zu den häufigsten Hauterkrankungen im Kindesalter. Zu unterscheiden sind die viral ausgelösten Exanthemerkrankungen (Varizellen, Masern, Röteln, Ringelröteln, Exanthema subitum u.a.), bei denen die Hautbeteiligung meist Ausdruck und Folge einer Virämie ist, von den auf die Haut beschränkten Virusinfektionen, bei denen es im Regelfall nicht zu einer Virämie kommt und die Gegenstand dieser Übersicht sind. Die häufigsten Erreger dieser primär kutanen Virusinfektionen sind Papillomviren und Molluscum contagiosum-Viren.



Prof. Dr. med.  
Peter H. Höger

## Infektionen mit humanen Papillomaviren

Bisher sind etwa 125 Subtypen humaner Papillomviren (HPV) bekannt. Es handelt sich um kleine, doppelsträngige DNA-Viren, die Keratinozyten der Epithelien von Haut und Schleimhäute befallen. Man unterscheidet kutane und mukosale Typen; viele HPV-Typen lassen sich jedoch nicht strikt spezifischen Erkrankungen zuordnen. Auch asymptomatische Infektionen sind möglich. Damit ist eine HPV-Typisierung in aller Regel weder diagnostisch noch therapeutisch hilfreich. Die Erreger werden durch symptomatisch oder asymptomatisch infizierte Personen über Kontakt-/Schmierinfektion übertragen. Häufig kommt es bei Kindern zu einer Autoinokulation aus bereits infizierten Geweben. In intertriginösen Bereichen können HPV-Viren von einer Haut- oder Schleimhautregion auf die andere übertragen werden („kissing warts“). Aufgrund der variablen Inkubationszeit ist der Übertragungsweg im Einzelfall häufig schwer zu rekonstruieren. Sub partu kann es zur Übertragung auf das Neugeborene kommen; dabei ist auch eine aerogene Übertragung und eine Infektion des Larynxbereiches möglich.

Papillomviren transformieren die Wirtszellen, indem sie die Apoptose hemmen und so deren unkontrolliertes Wachstum bewirken. Die entstehenden Tumoren sind meist gutartig (Warzen/Epitheliome); durch die Proliferation der Keratinozyten entsteht ein hyperkeratotischer Wall um die infizierten Zellen, der sie zumindest über lange Zeit vor der Erkennung und Elimination durch das Immunsystem schützt. Bei Erwachsenen können bestimmte HPV-Typen insbesondere im Anogenitalbereich Karzinome induzieren (Zervix-, Penis-, Analkarzinome). Humane Papillomviren gehören zu den onkogenen Viren (wie auch das Hepatitis B- bzw. C-Virus, EBV, HTLV-1, HHV8). Zu den sog. „Hochrisiko-Typen“ zählen in erster Linie die HPV-Typen 16, 18, 31, 33, aber auch weitere sind eng mit der Karzinomentstehung assoziiert (35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73, 82). Eine Übersicht über die Bedeutung unterschiedli-

cher HPV-Typen bei verschiedenen Krankheitsbildern gibt **Tabelle 1**. Bei bestimmten genetisch bedingten Erkrankungen besteht eine erhöhte Disposition zu ausgehenden und persistierenden HPV-Infektionen. Es handelt sich dabei um

- WHIM-Syndrom (warts – hypogammaglobulinaemia – immunodeficiency – dysplasia): Mutation des Chemokin-Rezeptorgens *CXCR4* auf Chromosom 2q22.1
- WILD-Syndrom (warts – immunodeficiency – lymphedema – dysplasia), auch bekannt als Emberger-Syndrom: Mutation des Regulatorgens *GATA2* auf Chromosom 3q21.1
- CD4-Lymphozytopenie und andere.

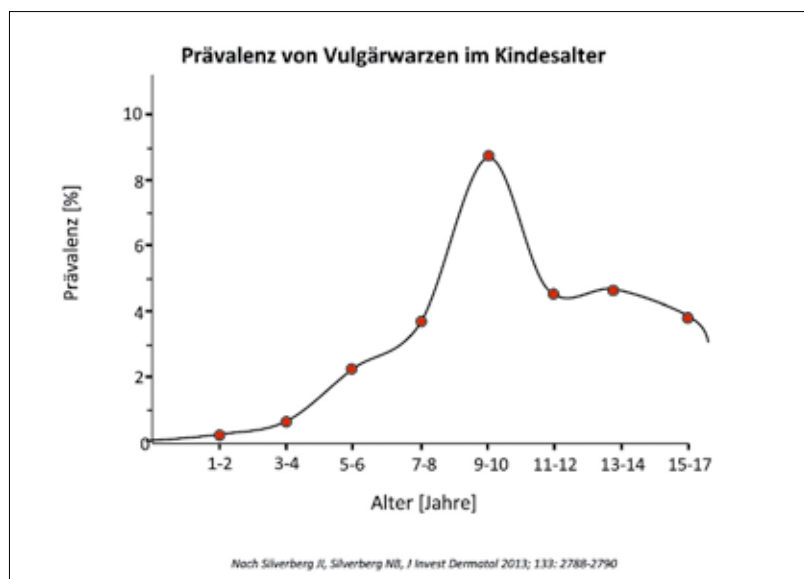
**Tabelle 1:**  
**Erkrankungen durch Humane Papillomviren**

| Erkrankung                         | Am häufigsten assoziierte HPV-Typen |
|------------------------------------|-------------------------------------|
| Verrucae vulgares                  | 1, 2, 4, 7                          |
| Plantarwarzen                      | 1, 2, 4                             |
| Verrucae planae juveniles          | 3, 10, 28                           |
| Anogenitale Warzen                 | 6, 11, 16, 30, 31, 37, 47           |
| Orale fokale Hyperplasie (M. Heck) | 13, 32                              |
| Epidermodysplasia verruciformis    | 3, 5                                |

Für das Kindesalter relevant sind hinsichtlich der Haut Verrucae vulgares und plane juvenile Warzen. Die wichtigsten Vertreter der Schleimhautwarzen sind die anogenitalen Warzen und die fokale intraepitheliale Hyperplasie (M. Heck).

## Verrucae vulgares

Die Prävalenz der HPV-induzierten Vulgärwarzen (**Abb. 1**) reicht im Kindesalter von annähernd 0 % im ersten Lebensjahr bis 8.6% (95%-Konfidenzintervall: 6.2 - 11.1%) im 9.-10. Lebensjahr [1]. Zwischen dem vierten und dem zwölften Lebensjahr treten bei jedem dritten Kind einmal Warzen auf, am häufigsten Plantarwarzen (20%), gefolgt von Handwarzen (9%) [2]; ab dem 20. Lebensjahr sind nur 2-3% der Erwachsenen betroffen.



**Abb. 1: Altersabhängige Prävalenz von Vulgärwarzen (modifiziert nach [1]).**

Diese Entwicklung spricht für eine zunehmende zelluläre und humorale Immunität gegen verschiedene HPV-Typen. Die höchste Prävalenz wird bei immunsupprimierten, insbesondere bei organtransplantierten Kindern beobachtet [3], die zudem einen sehr ausgedehnten und oftmals therapierefraktären Warzenbefall zeigen. Durch eine Umstellung der immunsuppressiven Therapie lässt sich diese Situation möglicherweise verbessern: Bei nierentransplantierten Kindern führte die Umstellung der Therapie von Tacrolimus/Mykophenolat auf Tacrolimus/Leflunomid zu einer Rückbildung der Viruswarzen bzw. Dellwarzen [4].

### Klinik

Die Oberfläche der Vulgärwarzen ist hyperkeratotisch-rauh und zerklüftet („verruziform“) (**Abb. 2A**). Zentral ist manchmal ein kleiner roter Punkt erkennbar, der einem thrombosierten Gefäß entspricht. Vulgärwarzen werden am häufigsten akral, insbesondere im Bereich der Handrücken und plantar beobachtet, können jedoch ubiquitär auftreten. Durch Autoinokulation kann der Gesichtsbereich betroffen sein. Dort werden häufiger fi-

liforme Warzen beobachtet (**Abb. 2B**). Durch vorangehende Verletzungen der Hautoberfläche wird die Ausbreitung der Warzen erleichtert. Besonders unangenehm ist dies bei den periungualen Warzen, die sich, begünstigt durch Manipulationen am Nagelbett oder ein chronisches Panaritium, beetartig ausbreiten. Im Bereich der Fußsohle können sich sogenannte „Dornwarzen“ bilden, die mit einem tiefen, häufig druckdolenten Sporn nach innen wachsen, oder beetartig, oberflächlich wachsende „Mosaikwarzen“.

### Diagnostik

Die Diagnose wird klinisch gestellt.

### Differenzialdiagnosen

Dellwarzen haben eine glattere, zentral genabelte Oberfläche. Dermatofibrome sind bräunlich-violett hyperpigmentiert und haben ebenfalls eine glatte Oberfläche. Kallusbildung (Schwielen) entsteht an Orten vermehrter mechanischer Belastung; auf der Oberfläche sind im Unterschied zu den Vulgärwarzen die Hautlinien noch erkennbar.

### Prognose und Therapie

Pro Jahr bilden sich etwa 30-40% der kutanen HPV-Infektionen spontan zurück. Mit der zunehmenden spezifischen Immunität fällt die Prävalenz kutaner HPV-Infektionen ab dem elften Lebensjahr kontinuierlich bis zum Erwachsenenalter. Die hohe Spontanremissionsrate ist die Erklärung für die „Wirksamkeit“ zahlreicher Hausmittel wie Besprechen, Auftragen von Thuja-Extrakt, Homöopathika u.a. Zuwarten ist somit eine probate Therapieoption.

Entscheidet man sich zu einem aktiven Vorgehen, muss am Anfang die **Keratolyse**, also die Beseitigung der das Virus schützenden Hyperkeratose stehen. Metaanalysen publizierter Studien zeigen, dass Salizylsäure bisher



**Abb. 2: Verrucae vulgares.**  
**A) Typische Verruca vulgaris.**



**B) Filiforme Warze im Bereich des Naseneingangs**

das einzige, in randomisierten, kontrollierten Studien geprüfte Agens ist, das einem Placebo überlegen war [5]. Die Warze wird über Nacht mit einem Salizylsäure-haltigen Pflaster (Gothaplast®) beklebt. Am Morgen wird das Pflaster entfernt und nach einem Hand- oder Fußbad die mazerierte Hornschicht schmerzfrei abgetragen (Nagelschere oder Skalpell). Bei ausgeprägten Hyperkeratosen wird dieser Vorgang ein- oder mehrfach wiederholt. Anschließend erfolgt eine 2-4-monatige Kombinationsbehandlung aus Keratolyse (10% Salizylsäure) und Virus-hemmung (0,5% Fluoruracil). Eine Lösung mit diesen beiden Substanzen (Verrumal®) muss über den genannten Zeitraum 2-mal täglich aufgetragen werden. Das Präparat ist nur für die kleinflächige Anwendung und nicht für das Säuglingsalter geeignet; Haut- und Schleimhautkontakt ist zu vermeiden. Die Ansprechrate liegt bei 60-70% [6].

Als Alternativen stehen Mischungen anderer keratolytische Säuren (je 16,7% Salicyl- und Milchsäure: Duo-film Lösung®; Eisessig, Oxal-, Milch- und Salpetersäure: Solco-Derman Lösung®), die allerdings stärker irritierend wirken können. Die Umgebung sollte daher durch Zinkpaste geschützt werden. Eine weitere Alternative stellt die Kombination aus Dithranol und Salizylsäure dar (Warzensalbe InfectoPharm®), die jedoch aufgrund des Dithranol zu einer vorübergehenden bräunlich-schwarzen Verfärbung der Haut führen kann.

Chirurgische Methoden sind nur bei den filiformen Warzen Mittel der ersten Wahl; diese können mit dem Skalpell oder per Scherenschlag an der Wurzel exzidiert werden. Dieser kleine Eingriff ist schon aus ästhetischen Gründen indiziert und verringert zumindest das weitere Streuen der Infektion. Auf die Exzision tiefer Dornwarzen, einem bei Chirurgen beliebten Eingriff, kann und sollte im Interesse der Kinder in der Mehrzahl der Fälle verzichtet werden, weil der Eingriff, mit der nötigen Radikalität durchgeführt, zu einer ggf. mehrwöchigen Invaldisierung führt. Trotzdem gelingt es nur selten, das virusinfizierte Gewebe restlos zu entfernen. Trotz Traumatisierung kann es daher anschließend zu Rezidiven kommen, deren Behandlung durch das entstehende Narbengewebe zusätzlich erschwert wird. Dies gilt analog auch für die Kontakt-Kryotherapie mit flüssigem Stickstoff (-196 °C, Applikationszeit 20-30 Sekunden); gegen Kurzkontakt-Kryotherapie oder Sprühverfahren ist hingegen nichts einzuwenden. Die Kryotherapie ist insbesondere für anderweitig therapierefraktäre periunguale Warzen geeignet; dabei ist auf Schonung des proximalen Nagelwalles zu achten (Nagelwachstumszone).

### Plane juvenile Warzen (Verrucae planae juveniles, Flachwarzen)

Plane juvenile Warzen treten am häufigsten im Schulkindesalter und bei Adoleszenten auf und werden überwiegend durch die HPV-Typen 3, 10 und 28 hervorgerufen. Flachwarzen können zwar in jeder Körperregion auftreten, bevorzugen jedoch das Gesicht und den Bereich der Handrücken.

### Klinik

Die Warzen sind flach und durchmessen selten mehr als 5 mm. Ihre Oberfläche ist samtartig und meist hautfarben, gelegentlich hellbräunlich bis bräunlich-orange (Abb. 3).



Abb. 3: Plane juvenile Warzen

### Differenzialdiagnosen

Bei der Pityriasis versicolor treten orangebräunliche Maculae vorwiegend im Bereich von Schulter und Rücken auf, die im Sommer weißlich erscheinen. Der Lichen ruber bevorzugt die Beugeseiten der Unterarme; die Läsionen zeigen die charakteristische „Wickham'sche Streifenzeichnung“. Milien sind kleine, weißliche intraepitheliale Zysten. Der Lichen nitidus ist durch kleinste, sagokornartige, hautfarbene Papeln gekennzeichnet.

### Prognose und Therapie

Auch die planen juvenilen Warzen bilden sich in aller Regel im Verlauf von 3-12 Monaten spontan zurück. Meist ist daher eine Behandlung nicht erforderlich. Bei kosmetischer Beeinträchtigung aufgrund der Gesichtslokalisation kommt die Lokaltherapie mit Isotretinoin (z.B. Isotrex-Creme 0,05%) in Frage, die 2-mal täglich über 6-8 Wochen angewendet werden sollte. Häufigste Nebenwirkung ist eine Reizung der Haut, die sich durch leichtes Brennen und Rötung zeigt. Durch dieses Vitamin-A-Derivat wird die (im Vergleich zu den Vulgärwarzen deutlich dünnere) Hyperkeratose beseitigt und das Virus damit dem Immunsystem „präsentiert“. Die spontan oder nach Lokaltherapie einsetzende entzündliche Rötung deutet auf eine Regression der Warzen hin. Aggressivere Cremes, Kryotherapie oder gar ablativ Verfahren sind bei den planen juvenilen Warzen nicht indiziert.

### Anogenitale Warzen

**Synonyme:** Condylomata acuminata, Feigwarzen, Feuchtwarzen



Anogenitale Warzen können durch mehr als 30 verschiedene HPV-Typen verursacht werden. Im Erwachsenenalter werden anogenitale Warzen als Condylomata acuminata bezeichnet und nahezu obligat sexuell übertragen. Ob eine Infektion mit den „low risk“ HPV-Typen 6 und 11 bei Kindern langfristig mit einem onkogenen Risiko assoziiert ist, ist noch nicht abschließend geklärt [7].

Bei Kindern erfolgt die Übertragung am häufigsten als Schmierinfektion – entweder durch Pflegepersonen oder über eine Autoinokulation – aus symptomatisch (Vulgärwarzen) oder asymptomatisch befallener Haut. Verschiedene HPV-Typen können sowohl Vulgärwarzen als auch anogenitale Warzen hervorrufen. Die Anwesenheit anogenitaler Warzen ist somit keinesfalls beweisend für einen sexuellen Mißbrauch, sondern wahrscheinlicher als dieser sind harmlose Schmierinfektionen [8,9]. Asymptomatische Infektionen sind möglich. Andererseits ist die Nachweisrate von HPV im Genitalbereich bei asymptomatischen präpubertären Kindern mit nachgewiesenem sexuellen Mißbrauch im Vergleich zu einer Alterskontrolle ohne sexuellen Mißbrauch signifikant er-

höht [10]. Zur Klärung des Sachverhaltes ist eine HPV-Typisierung jedoch nicht hilfreich. Weiterführend ist eine behutsame Abklärung des sozialen Umfeldes, bei entsprechendem Verdacht unter Einbeziehung auch psychologischer Untersuchungsverfahren [11].

#### Klinik

Anogenitale Warzen bevorzugen die intertriginösen Bereiche und beginnen als hautfarbene, sich beetartig ausbreitende Papeln, die zu palpatorisch relativ weichen, blumenkohlartigen Tumoren heranwachsen können (Abbildung 4A).

#### Therapie

Auch anogenitale Warzen bilden sich häufig spontan zurück; die Regressionsrate liegt bei 50-60% über einen Zeitraum von zwei Jahren [12]. Anogenitale Warzen bedürfen daher nur bei stetig zunehmender Größe und drohender Obstruktion einer Behandlung. Für die Indikationsstellung und zur Überwachung des Therapieerfolgs empfiehlt sich eine Fotodokumentation (Abbildung 4B). Analog zur Therapie der Condylomata acuminata bei Erwachsenen ist Imiquimod (Aldara 5 % Creme®) das Mittel der ersten Wahl [8]. Imiquimod ist allerdings nur für Erwachsene zugelassen und führt durch Stimulation der lokalen Zytokinproduktion häufig zu lokalen Irritationsreaktionen. Die Creme wird über einen Zeitraum von 6-10 Wochen 3- bis 4-mal pro Woche angewendet. Ziel der Behandlung ist die Aktivierung der körpereigenen Virusabwehr, d.h. einer Entzündungsreaktion, die an einem leichten Erythem erkennbar ist. Bei zu starker Reizung werden die Behandlungsintervalle verlängert bzw. eine Therapiepause eingelegt. Größere, obstruierende anogenitale Warzen können in Vollnarkose mit Hilfe einer Diathermieschlinge oder des CO<sub>2</sub>-Lasers abgetragen werden.



**Abb. 4: Anogenitale Warzen.**  
A) vor Therapie, B) nach 8-wöchiger Lokalthherapie mit Imiquimod-Creme



**Abb. 5: Fokale epitheliale Hyperplasie (M. Heck) im Bereich der Mundschleimhaut**

#### Prophylaxe

Bei HPV-Geimpften zeigte sich ein Rückgang der Inzidenz anogenitaler Warzen bzw. von Condylomata acuminata. Nach Einführung der nonavalenten HPV-Impf-

stoffe, die neben den HPV-Typen 6, 11, 16, 18 zusätzlich Antigene der HPV-Typen 31, 33, 45, 52, 58 enthalten [13], dürfte dieser Effekt noch zunehmen.

### Fokale epitheliale Hyperplasie

**Synonym:** Morbus Heck

Der Befall der Mundschleimhaut mit HPV-Viren (vorzugsweise HPV-Typen 13 und 32) wird als Fokale Epitheliale Hyperplasie oder M. Heck bezeichnet. Er tritt bevorzugt bei Kindern und Jugendlichen zwischen 3 und 17 Jahren auf.

### Klinik

Bevorzugt im Bereich der mukosalen Oberfläche der Unterlippe sowie bukkal, seltener im Bereich der Zunge sind konfluierende, flache, nicht hyperkeratotische, hautfarbene Papeln zu beobachten (Abbildung 5).

### Therapie

Eine Behandlung ist nicht indiziert, da es meist innerhalb von 3-6 Monaten zu einer spontanen Remission kommt. Bei Immunsupprimierten kann eine ablative Behandlung (operativ oder CO<sub>2</sub>-Laser) erforderlich werden.

### Epidermodysplasia verruciformis

**Synonym:** Morbus Lewandowski-Lutz

Die Epidermodysplasia verruciformis (EV) stellt eine seltene HPV-induzierte Erkrankung dar, die durch eine verminderte Resistenz gegenüber einzelnen HPV-Typen (am häufigsten HPV-5 und 8) und einer erhöhten malignen Transformationsrate einhergeht. Der Erkrankung liegt eine autosomal-rezessiv vererbte Mutation der Gene *TMC6* oder *TMC8* auf Chromosom 17q25.3 zugrunde.

### Klinik

Lebenslange Persistenz ausgedehnter, großflächiger Virusakanthome am gesamten Integument. Beginn häufig bereits im Säuglingsalter. In 30-50% kommt es im Erwachsenenalter zur Spinaliom-Entwicklung unter Einwirkung von UV-Licht als Kofaktor.

### Diagnostik

Molekulargenetischer Nachweis der zugrunde liegenden Mutation

### Therapie

Bei kleinflächigem Befall wie bei vulgären Warzen, bei größerflächigem Befall orale Retinoide oder Interferon.

### Mollusca contagiosa

**Synonyme:** Dellwarzen, Schwimmbadwarzen

Dellwarzen verursachen Infektionen der Haut und selten der Schleimhäute. Sie werden durch ein DNS-Virus aus der Familie der Pockenviren verursacht. Unter den vier bekannten Molluscum-Subtypen wird weltweit der Virus-Typ I (MCV-1) am häufigsten (>90%) nachgewiesen; MCV-2 wird häufig bei HIV-positiven Patienten isoliert. Eine Korrelation zwischen den Subtypen und der

klinischen Symptomatik besteht nicht. Die Viren werden durch Schmierinfektion (Hautkontakt) übertragen; wie bei den Papillomviren wird die weitere Ausbreitung auf der Hautoberfläche durch Autoinokulation erleichtert. Ein beliebter Ort der Ansteckung ist (warmes) Wasser in Swimmingpools [14], zumal dort die fehlende Bekleidung den Hautkontakt erleichtert. Die Inkubationszeit beträgt zwei bis sieben Wochen.

### Klinik

Dellwarzen sind erkennbar als haut- oder hellrosafarbene Papeln von 1-5 mm Durchmesser mit einer zentralen Delle (Abbildung 6A). Meist treten weniger als 15 Läsionen auf. Bevorzugt betroffen sind Rumpf und Extremitäten sowie intertriginöse Regionen [15]. Perikuläre Dellwarzen können zu einer Reizung von Binde- und Hornhaut und schließlich zu einer Keratokonjunktivitis führen. Bei Patienten mit Atopischem Ekzem begünstigt der Barrieredefekt die Ausbreitung der Viren auf der Hautoberfläche; auch die Lokaltherapie mit topischen Steroiden bzw. insbesondere mit topischen Calcineurininhibitoren spielt eine Rolle. Bei ausgeprägtem Ekzem kann es zu einer flächigen Disseminierung von Dellwarzen kommen; auch ekzematöse Veränderungen („Eczema molluscatum“) werden beobachtet (Abbildung 7), die als sogenannte „ID-Reaktion“ vermutlich auf einer Typ-IV-Sensibilisierung gegenüber Virusantigenen beruhen [16]. Ähnlich wie die Humanen Papillomviren entziehen sich die Molluscum contagiosum-Viren der Erkennung durch das Immunsystem, indem sie sich mit einem Keratinpanzer umgeben. Entzündliche Veränderungen der Dellwarzen (Abbildung 6B) deuten auf eine beginnende Immunreaktion und sind als Zeichen des „Anfangs vom Ende“ (Beginning of the End, BOTE, 17) zu werten. Sie werden jedoch nicht selten als



**Abb. 6: Mollusca contagiosa.**  
A) Typische gedellte, hautfarbene Papeln.

Ausdruck einer bakteriellen Superinfektion gewertet, die per se eher selten sind und mit topischen Antiseptika behandelt werden können. Bei immunsupprimierten oder HIV-infizierten Patienten werden zahlreiche (oftmals >100) und vielfach knotige Läsionen bis 1-2 cm Durchmesser beobachtet. 5-18 Prozent aller HIV-Infizierten weisen Dellwarzen auf [15].



**B) Entzündliche Veränderungen bei beginnender Spontanremission.**



**Abb. 7: Eczema molluscatum**

### Therapie und Verlauf

Bei ansonsten gesunden Kindern heilen die Dellwarzen im Verlauf einiger Monate; in einigen Fällen kann die Abheilung allerdings auch bis zu drei bis fünf Jahre dauern. Bei umschriebenen Infektionen ist daher zunächst Zuwarten angebracht. Eine Therapieindikation ergibt sich bei ausgedehntem, progressivem Befall.

### Therapieoptionen

1. Chirurgische Optionen: Entfernung mittels Stinchinzision (Kanüle) und anschließendem Ausdrücken oder Kürettage mit dem scharfen Löffel. Dieser Eingriff sollte in der Regel in Lokalanästhesie durchgeführt wer-

den (EMLA® Creme), ggf. nach leichter Sedierung des Kindes. Bevor man diesen Eingriff wiederholt durchführt oder erwägt, ihn in Vollnarkose durchzuführen, sollte man erneut die Indikation überprüfen und andere Verfahren erwägen.

2. Irritationsbehandlung: Diese beruht auf der chemischen Zerstörung des Keratinpanzers, um die virusinfizierten Zellen dem Immunsystem „auszuliefern“. Geeignet ist z.B. 5-10%ige Kalium-Hydroxid-Lösung (InfectoDell-Lösung®) [18], alternativ Trichloressigsäure [19] oder Cantharidin-Lösung [20]. Auch eine intraläsionale Immuntherapie mit Candida-Antigen zur Stimulation einer zellulären Immunantwort scheint wirksam zu sein [21]. Alle genannten Substanzen können zu sehr ausgeprägten Irritationen führen, die zum sofortigen Absetzen veranlassen sollten.

3. Bei Kindern mit Immundefekten und sehr ausgedehntem Molluscum-Befall kann die topische Anwendung von 1% Cidofovir-Creme in Frage kommen, die sich als wirksam erwiesen hat und nur selten zu ernsthaften lokalen Reizungen führte [22].

4. Bei Kindern mit atopischem Ekzem sollte auf eine regelmäßige rückfettende Hautpflege geachtet werden, die auch Mittel der Wahl beim „Eczema molluscatum“ ist. Sollte dies nicht ausreichen, können kurzfristig topische Steroide der Klasse II (z.B. Prednicarbat) zur Behandlung der Ekzemreaktion eingesetzt werden [17].

Imiquimod ist bei Dellwarzen *nicht* wirksam [23]. Entsprechende Studienbefunde wurden allerdings lange von der Herstellerfirma zurückgehalten [23], sodass auch weiterhin vereinzelt Empfehlungen zur Imiquimod-Behandlung von Dellwarzen gegeben werden.

Literatur beim Verfasser

**Interessenkonflikt:** Der Autor erklärt, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Prof. Dr. Peter H. Höger  
Abt. Pädiatrie und Pädiatrische Dermatologie/Allergologie  
Kath. Kinderkrankenhaus Hamburg  
Liliencronstr. 130  
22149 Hamburg  
Tel.: 040/67377-202  
E-Mail: hoeger@khh-wilhelmstift.de

Red.: Höger

### ■ Wir danken dem Verfasser ganz herzlich,

dass wir seinen bereits in der deutschen Zeitschrift «Kinder- und Jugendarzt 05/14», S. 232–237, erschienenen Artikel wegen seiner Wichtigkeit für alle Kinderärzte bei uns auch abdrucken durften.  
Quelle: <http://www.kinder-undjugendarzt.de>



# Von Grüffelo und den Monsterjägern – Bilderbücher gegen Kinderängste

DR. MED. KATHARINA  
WYSS-SENN

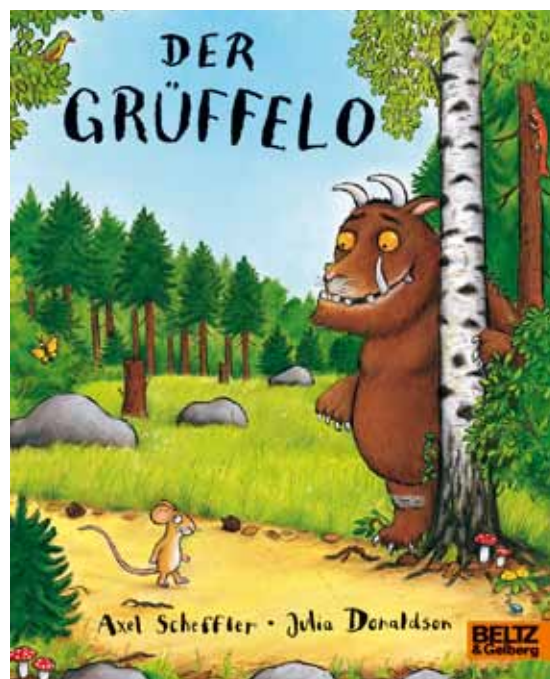
Vor allem bei der Vorsorgeuntersuchung mit 4 Jahren werde ich von Eltern immer wieder auf diverse Ängste ihrer Kinder angesprochen: Wind, Gewitter, dunkle Nächte, Monster in der Ecke und unter dem Bett, die auch nur kurze Abwesenheit von Mutter oder Vater – die Liste könnte beliebig verlängert werden.

Mir gefällt die Art, wie nachfolgende Bilderbücher das Thema Angst aufgreifen. Ich leihe sie bei Bedarf gerne auch nach Hause aus. Manchmal werden sie etwas «used» wieder zurückgebracht. Nur, was spielt das für eine Rolle, wenn ein strahlender Dreikäsehoch bei der Ohrenkontrolle stolz erklärt, vor dem Grüffelo habe er im Fall gar keine Angst mehr, und überhaupt, Monster gebe es ja gar nicht!

## Der Grüffelo

Die kleine Maus spaziert im Wald und trifft auf Fuchs, Eule und Schlange, welche die kleine Maus umgehend fressen wollen. Doch die kleine Maus hat keine Zeit, um gefressen zu werden, sie ist nämlich verabredet mit Grüffelo, dem Schrecklichsten aller schrecklichen Monster. Schon nur die Beschreibung Grüffelos schlägt Fuchs, Eule und Schlange sofort in die Flucht. Kaum ist die Maus alleine, steht der grässliche Grüffelo vor ihr – sein Lieblingsschmaus: Butterbrot mit kleiner Maus! Mutig behauptet die kleine Maus, sie werde im ganzen Wald gefürchtet, alle Tiere hätten Angst vor ihr und führt den Grüffelo zu Schlange, Eule und Fuchs, die beim Anblick von Grüffelo und Maus natürlich umgehend Reissaus nehmen. Die Bemerkung, sie könne jetzt eine Portion Grüffelobrei vertragen, lässt nun auch den schrecklichen Grüffelo die Flucht ergreifen. Und die Maus? Die Maus knackt Nüsse und geniesst den stillen Wald.

(Der Grüffelo, Axel Scheffler und Julia Donaldson, Beltz & Gelberg Verlag, ISBN 978-3-407-79230-3)



## Wir sind die Schrecken aller Monster!

Auch Schweinchen, Bär, Wolf und Eule machen sich mit allerhand Werkzeug auf die Jagd nach dem unheimlichen Monster, das unter dem Bett ihrer Freundin, der Ente, so unheimliche Geräusche von sich gibt.

Mutig heben sie die Bettdecke und wecken beinahe die kleine Maus, die leise schnarcht. Fast hätten sie aus einer Maus ein Monster gemacht!

(Wir sind der Schrecken aller Monster!

Norbert Landa und Tim Warnes, Loewe Verlag, ISBN 978-3-7855-6802-6)





## KURSE KINDERÄRZTE SCHWEIZ

### Reanimationskurs 2014 – für das Praxisteam (Ärzte und MPAs)

- Leitung:** Dr. med. G. Staubli, Leiter Notfallstation Kinderspital Zürich
- Ort:** Zürich
- Datum:** 11. September 2014 (gleiches Datum wie unsere Jahrestagung)
- Zusätzliches Datum:** 4. Dezember 2014
- Kosten:** CHF 400.–/350.– Ärzte/MPAs (+ CHF 100.– für Nichtmitglieder)

### Neuropädiatrie – ein Update

- Leitung:** Dr. med. Katharina Wyss-Senn
- Referenten:** Dr. med. Thomas Schmitt-Mechelke, Leitender Arzt, und Dr. med. Florian Bauder, Oberarzt an der neuropädiatrischen Abteilung des Kinderspitals Luzern
- Ort:** Luzern, Radisson Blue
- Datum:** Donnerstag, 30. Oktober 2014
- Kosten:** CHF 400.– für Mitglieder (CHF 500.– für Nichtmitglieder)

### Workshop Neonatologie für Praxispädiater und Praxispädiaterinnen

- Leitung:** Dr. med. Jean-Claude Fauchère
- Ort:** Zürich
- Datum:** 13. November 2014
- Kosten:** CHF 300.– für Mitglieder (CHF 400.– für Nichtmitglieder)

### Akupunktur in der Kinderarztpraxis

- Leitung:** Dr. med. Sabine Schierl, Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin. Dr. med. Mercedes Ogal, Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin
- Ort:** Zürich
- Datum:** 21./22. November 2014
- Kosten:** CHF 700.– für Mitglieder (CHF 800.– für Nichtmitglieder)

#### KURSANGEBOT

Die meisten der oben erwähnten Kurse sind bereits ausgebucht. Das freut uns zwar einerseits, andererseits ist es uns ein Anliegen, unseren Mitgliedern ein noch umfangreicheres Angebot offerieren zu können. Nach den Sommerferien werden wir mit vereinten Kräften dafür besorgt sein, das Angebot auszuweiten. Bitte kontaktieren Sie von Zeit zu Zeit unsere Homepage:  
<http://www.kinderarzeschweiz.ch/Kursagenda/kinderarzte>

### Gastroenterologie für den Pädiater in der Praxis: Tipps und Tricks

- Leitung:** Dr. med. George Marx, Ostschweizer Kinderspital Leitender Arzt Gastroenterologie und Ernährung
- Ort:** Raum Zürich, siehe Homepage
- Datum:** Donnerstag, 27. November 2014
- Kosten:** CHF 400.– für Mitglieder (CHF 500.– für Nichtmitglieder)

### PPPP-Kurse 2015

- Organisation und Leitung:** Dr. med. Katharina Wyss, Dr. med. Rolf Temperli, Dr. med. Christian Wüthrich, Leiter Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychosomatik und Kinderschutz, Inselspital Bern
- Ort:** diverse, siehe Homepage
- Datum:** 22. Januar 2015 bis 15. Januar 2017
- Kosten:** CHF 6500.– (8 Blöcke à 2 Tage und Supervision), Zuschlag für Nichtmitglieder

### Autismusspektrum-Störungen in der Praxispädiatrie

**VORANKÜNDIGUNG**

26./27. März 2015 in Visp

Unter Mitwirkung u. a. von Dr. Thomas Girsberger beschäftigen wir uns mit der Früherfassung, Diagnostik und Begleitung von Kindern mit Autismusspektrum-Störungen (ASS) im Rahmen der Praxispädiatrie. Dabei sollen praxisgerechte, entwicklungspsychiatrische Konzepte und Instrumente, die wir im Fit-Misfit-Kurs kennengelernt haben mit Beispielen aus dem Autismusspektrum illustriert werden.

#### Fragen, die uns dabei beschäftigen:

- Hinter welchen Fragestellungen «verstecken» sich Kinder mit ASS in meiner Praxis? Bei Kleinkindern mit Spracherwerbsstörungen?
- Bei ADHS-Patienten, die nicht in erwarteter Weise auf Förderung und Therapie ansprechen? Bei Lernbehinderten, die eigenständig aber nicht kognitiv schwach sind?
  - Wie unterscheidet sich der pädagogisch-therapeutische Ansatz bei ADHS von jenem bei ASS?
  - Was können wir Kindern und Eltern anbieten, bei denen im Kompetenzzentrum eine ASS diagnostiziert wurde und die mit dem Vermerk «Zurück an den Absender» wieder in unserer Praxis landen?
  - Wie kann das therapeutische Team von strukturierenden Inputs des Praxispädiaters profitieren?

#### Kursleitung und Moderation:

Dr. Kurt von Siebenthal und Regina Renggli Bruder (Winterthur), Dr. Alain Wimmersberger (Visp), Dr. Arnold Bächler (St. Gallen). Eine Reihe von medizinischen und pädagogischen Spezialisten wird die Tagung gestalten.

# SVUPP Jahresbericht der Co-Präsidenten für das Geschäftsjahr 2013–2014



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



## 1. Vorstand und Geschäftsstelle

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

In unveränderter Zusammensetzung konnte der Vorstand die anstehenden Arbeiten erledigen. Anlässlich der JV 2014 werden die Vorstandsmitglieder statuten- und turnusgemäss gewählt werden.

An der MV 2013 wurde von den Mitgliedern klar der Wunsch geäußert, dass auch künftig die mit KiS gemeinsame Geschäftsstelle beibehalten werden, dass aber der Kostenschlüssel einer Überprüfung unterworfen werden soll. Die traditionelle, starke Allianz mit der Praxispädiater-Vereinigung erfährt somit eine Fortführung und die Vorstände der beiden Vereinigungen stehen in regelmässigem Kontakt.

Die personellen Neubesetzungen an der Geschäftsstelle haben allen Beteiligten eine Sonderleistung abverlangt, letztlich aber auch viele richtungsweisende Verbesserungen ermöglicht. Der umsichtigen Leiterin, Frau Sylvia Locher (seit 1.10.13) und der scheidenden Corinne Morger sei herzlich gedankt!

## 2. Mitglieder

Per Ende des letzten Geschäftsjahres belief sich der Mitgliederbestand auf 352 Mitglieder.

## 3. Kurswesen

Die Kurse für Hüftsonografie bleiben gefragt, erneut konnten zusätzliche Kurse angeboten und durchgeführt werden. Die Rückmeldungen von Seiten der Teilnehmenden sind meist sehr positiv.

Im Bereich der Pädiatrischen Sonografie scheint die Nachfrage (endlich) leicht anzuziehen. Allerdings sind die höheren Teilnehmerzahlen weitgehend Ärzten aus dem nördlichen Nachbarland verdankt, wo die Sonografie verpflichtend zur pädiatrischen Grundausbildung gehört. Mit dem Kombikurs wurden die logistischen Grenzen erreicht, sodass künftig Aufbau- und Abschlusskurs wieder getrennt angeboten werden. Die Nachmittags-Workshops bleiben beliebt, das Angebot wird beibehalten.

Wir danken allen an den Durchführungen Beteiligten herzlich!

## 4. Vernetzung der SVUPP

Besonders im Umfeld der SGUM ist vieles im Fluss. Als Sektion Pädiatrie der SGUM ist die SVUPP gefordert und zum Beitrag bei Ausarbeitung und Implementierung von strukturellen Änderungen und Verbesserungen verpflichtet. Die Zusammenarbeit mit der Dachorganisation gestaltet sich ausgesprochen angenehm und konstruktiv. Gleiches gilt für die Kommission Hüftsonografie, der die Verwaltung der FA obliegt. Auch grenzübergreifend konnten wir vor allem zur deutschen (DEGUM) Sektion Pädiatrie tragfähige Beziehungen knüpfen. Vor dem Hintergrund der erwähnten Zuwanderung stufen wir das als besonders wichtig ein. Entsprechend bemüht sich der SVUPP-Vorstand um Präsenz, zum Beispiel beim Ultraschall-Dreiländertreffen (Innsbruck, 29.–31.10.14).

Die Beziehungen zu SGP und den pädiatrischen Kliniken der Schweiz wurden intensiviert, dies hauptsächlich mit dem Ziel, die Sonografie als klinische Untersuchungsmethode den (angehenden) Pädiatern näherzubringen.

## 5. Finanzen

Wie immer muss an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass zum Zeitpunkt der Drucklegung der Jahresabschluss noch nicht vorliegt. Die Geschäftszahlen

werden anlässlich der Jahresversammlung präsentiert und kommentiert. Ein relevanter Verlust ist nicht zu erwarten.

### 6. Mongolei Projekt

Die SMOPP ist nun eine im Kanton Zug eingetragene und steuerbefreite gemeinnützige Organisation. Somit sind Spenden steuerlich abzugsberechtigt. Allenfalls gespendetes Geld kommt dank der schlanken Strukturen und dem grossen persönlichen Engagement aller Involvierten direkt dem Verwendungszweck zu. Die Mittel werden ausschliesslich für Material (US-Geräte, Lagerungsschalen, Lehrbücher) und Instruktion verwendet. Ein Missbrauch ist somit auszuschliessen.

Inzwischen sind sechs praktizierende Pädiaterinnen und Pädiater, alle SVUPP-Ausbildner, aktiv am Projekt beteiligt, sodass jährlich zwei Expeditionen durchgeführt werden können. Das erhöht die Präsenz und gewährleistet zusammen mit dem internet-basierten Qualitätsmanagement-System eine permanente Kontrolle und Kooperation.

Seit dem Beschluss des Gesundheitsministeriums der Mongolei, für das gesamte Land ein Screeningprogramm umzusetzen, ist die Arbeitslast v. a. auch für die Kerngruppe unserer mongolischen Kollegen deutlich angestiegen. Das gezeigte Engagement verdient Hochachtung und macht das grosse Ziel umsetzbar.

Infos unter [www.smopp.net](http://www.smopp.net)

## ■ ULTRASCHALLKURSE

### Abschlusskurs Hüftsonografie

**Leitung:** Dr. med. Thomas Baumann, Solothurn

**Ort:** Solothurn

**Datum:** 26./27. September 2014

**Kosten:** CHF 800.– inkl. Referate, Zwischenverpflegung, Mittagessen/Getränke (CHF 900.– für Nichtmitglieder)

### Grund- und Aufbaukurs Hüftsonografie 2014

**Leitung:** Dr. med. Andrea Imahorn

**Ort:** Wil

**Datum:** 23.–25. Oktober 2014

**Kosten:** CHF 1400.– (CHF 1500.– für Nichtmitglieder)

### Refresherkurs Hüftsonografie 2014

**Leitung:** Dr. med. Thomas Baumann, Solothurn

**Ort:** Solothurn

**Datum:** 27. September 2014

**Kosten:** CHF 300.– inkl. Referate, Zwischenverpflegung, Mittagessen/Getränke (CHF 400.– für Nichtmitglieder)

### Abschlusskurs pädiatrische Sonografie

**Leitung:** Dr. med. Raoul Schmid

**Ort:** Münsterlingen

**Datum:** 7./8. November 2014

**Kosten:** CHF 900.– (CHF 1000.– für Nichtmitglieder)

## 9. Workshop in pädiatrischer Sonografie

**Leitung:** Dr. med. Johannes Greisser, Praxispädiater, Aarberg

**Ort:** Noch offen

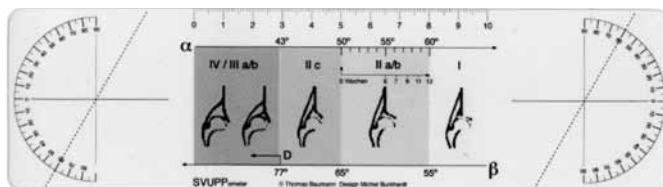
**Datum:** 23. Oktober 2014

**Kosten:** CHF 250.– für Fachärzte, CHF 150.– für Assistenzärzte (bitte bei der Anmeldung angeben)

## ■ WEITERE INFORMATIONEN ZU DEN KURSEN SOWIE ANMELDUNG

<http://www.svupp.ch/Kursagenda>

## SVUPP-o-Meter



**Preis** CHF 20.– plus Porto und Verpackung.

## Workshop

# Pädiatrische Sonografie der SVUPP

Workshops in Pädiatrischer Sonografie finden dreimal jährlich statt und behandeln unterschiedliche Themen wie zum Beispiel die Abdomensonografie, Nieren und ableitende Harnwege, Thoraxsonografie oder Weichteilsonografie. Sie dienen dazu, die in den Ultraschallkursen der SVUPP gewonnenen Kenntnisse zu vertiefen, zu erweitern oder aufzufrischen.



**DR. MED. ANNE KLEIN**  
(ASSISTENZÄRZTIN UND  
KURSTEILNEHMERIN)

**A**m 26. Juni 2014 stand das Thema «Abdomen und Verdauungstrakt» im Vordergrund. Der Workshop wurde von Dr. med. Johannes Greisser (Aarberg) geleitet, welcher seine Erfahrungen im Sonografieren am Inselspital Bern gewonnen und diese seither stetig ausgeweitet hat. Die Sonografie sei für ihn aus dem Praxisalltag nicht mehr wegzudenken. Er habe die sonographische Untersuchung seit einigen Jahren in den Praxisalltag fest integriert und sieht diese als eine «erweiterte klinische Beurteilung».

Der Schwerpunkt des Workshops lag, neben Rekapitulieren der Sonografie der Oberbauchorgane und Gefässe sowie der FAST-Sonografie, insbesondere auf der Darmsonografie. Dabei wurden Kernthemen der Praxispädiatrie, wie Gastroenteritis, Obstipation, Pylorusstenose, Invagination und Appendizitis behandelt.

Die Darmsonografie erfolgt im Gegensatz zur Oberbauchsonografie nicht in Standardschnittebenen, sondern ist eine Untersuchung mit freien Schnittebenen. Hier ist auch der Begriff «Sonopalpation» ein wichtiges Stichwort, da der Patient durch die Angabe der Schmerzlokalisation den Untersucher oftmals zur Diagnose hinleitet.

Während bei einer Gastroenteritis vor allem die flüssigkeitsgefüllten Darmschlingen mit Hyperperistaltik

und verdickter Darmwand ins Auge fallen, ist bei einer Obstipation eher die Minderperistaltik und das auffallend ausladende Rektum mit einem Durchmesser über 4 cm (altersunabhängig) wegweisend. Die Appendizitisdiagnostik stellt einige Anforderungen an den Untersucher. Die verschiedenen Appendizitiszeichen wie Aussendurchmesser  $>6$  mm, hyperechogenes periaappendikuläres Fettgewebe und Hyperperfusion wurden diskutiert. Die Appendix ist im physiologischen Zustand nur sehr schwer zwischen den restlichen Darmschlingen zu entdecken. Hier bedarf es einiger Erfahrung, Tipps und Tricks diesen ausfindig zu machen.

Nach einer kurzen, aber sehr informativen Theorieeinheit, konnten die Kursteilnehmer ihr neu erworbenes oder aufgefrischtes Wissen in die Praxis umsetzen. Hierzu stellten sich mehrere lebenswürdige und bereitwillige Kinder zur Verfügung, (welche teilweise bei der Untersuchung einschliessen). Durchgeführt wurden die Übungen in Gruppen zu je vier Personen unter direkter Supervision durch Dr. med. Johannes Greisser und den Tutoren Dr. med. Nils Hammerich (Lenzburg), Prof. Johannes Mayr (Basel).

Zusammenfassend war es ein sehr informativer und lehrreicher Workshop-Nachmittag mit regem Wissensaustausch und gezielten Schulungen insbesondere während den praktischen Übungen. ■



Gratis für alle Kinderarztpraxen in der Schweiz:

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

Die neue Ausgabe des Ratgebers «Baby&Kleinkind» enthält Informationen und praktische Tipps von Fachpersonen rund um die Gesundheit, Ernährung, Entwicklung und Erziehung des Kindes in den ersten fünf Lebensjahren. So erfahren Eltern zum Beispiel, wie sie ihr Kind am besten vor Kinderkrankheiten schützen, weshalb es so wichtig ist, Sehfehler früh zu erkennen und wie sie Schlafproblemen vorbeugen können.

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



## 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:

## BEITRITTSERKLÄRUNG

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](mailto:info@kinderaerzteschweiz.ch), [www.kinderaerzteschweiz.ch](http://www.kinderaerzteschweiz.ch)



Die Zeit der Obstipation



läuft ab



Kassenzulässig\*, 10% Selbstbehalt

# laxiPEG<sup>®</sup> Macrogol

## Ohne Elektrolyte für eine bessere Compliance

- Die Wirksamkeit von Macrogol<sup>1</sup>
- Ohne Elektrolyte für einen besseren Geschmack und eine bessere Compliance<sup>2</sup>
- Ideal für Kinder dank dem praktischen Messlöffel



**LaxiPEG<sup>®</sup> Z:** Macrogol 4000. **I:** Obstipation bei Erwachsenen und Kindern. **D:** Beutelinhalt in 125 ml Wasser auflösen und rasch trinken. Erwachsene und Kinder > 8 J.: 1 – 2 Beutel/Tag; Pulver aus Dose: 4 – 8 volle Messlöffel/Tag; Tageshöchstdosis von 20 g Pulver nicht überschreiten. Kinder < 8 J und weniger als 20 kg schwer: übliche Anfangsdosis 0,7 g/kg täglich. **KI:** schwere entzündliche Darmerkrankungen (Colitis ulcerosa, Morbus Crohn), toxisches Megakolon, Perforation oder Gefahr einer Perforation im Verdauungstrakt, Ileus oder Verdacht auf intestinale Obstruktion, Schmerzen im Bauchraum unbest. Ursprungs, Überempfindlichkeit gegenüber Macrogol oder einem der Hilfsstoffe. **VM:** Kinder von 6 Mt. – 2 J. (KG von mind. 6 kg) nur nach Rücksprache mit Arzt anwenden. Bei jüngeren und leichteren Kindern nicht anwenden. Vor Behandlungsbeginn organische Funktionsstörung ausschliessen; max. Therapiedauer bei Kindern: 3 Mt. Vorsicht bei Diarrhö bei Patienten mit Störungen des Wasser-Elektrolyt-Haushalts. **UW:** Meteorismus und/oder Abdominalschmerzen, Nausea, Diarrhö. **Schwangerschaft:** Vorsicht geboten. **P:** Beutel 10 g: 20 und 100; Dose Pulver: 200 g (C\* Lim.). [Mai 2013]. Ausführliche Angaben finden Sie auf <http://www.swissmedinfo.ch>.

**Referenzen** 1. Chaussade S, Minić M. Comparison of efficacy and safety of two doses of two different polyethylene glycol-based laxatives in the treatment of constipation. Aliment Pharmacol Ther. 2003 Jan;17(1):165-72. 2. De Giorgio, R., et al., Use of macrogol 4000 in chronic constipation. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2011. 15(8): p. 960-6.

Zambon Schweiz AG, Via Industria 13 - CH-6814 Cadempino, [www.zambon-ch.ch](http://www.zambon-ch.ch)