KINDERÄRZTE.SCHWEIZ

Berufsverband Kinder- und Jugendärzte in der Praxis

01/2015

www.kinderaerzteschweiz.ch info@kinderaerzteschweiz.ch

Kinderchirurgie

Frakturversorgung in der Praxis

Behandlung des Unguis incarnatus

Wundversorgung bei kleinen Kindern

swiss made

Jede Haut hat ihre Geschichte

Ich liebe mein aktives Leben, aber auch meine Haut muss Schritt halten können. Ich weiss genau, was ich will und stecke meine Ziele hoch. Meine trockene, gerötete Haut steht mir nicht länger im Weg.

DIE BEWÄHRTE NR. 1 IM NEUEN DESIGN[1]

Schutz und Pflege für trockene und empfindliche Haut. Excipial® begleitet Ihre Patienten zuverlässig durchs Leben.

- **Excipial® U Hydrolotio**
  Mit 2% Urea, O/W Emulsion. Spendet Feuchtigkeit und wirkt kühlend.
- **Excipial® U Lipolotio**
  Mit 4% Urea, W/O Emulsion für langanhaltende Feuchtigkeit (16h).[2]

SL, ohne Limitatio

Excipial® – medizinisches Pflegekonzept, so individuell wie die Haut Ihrer Patienten.

EXCIPIAL®

GALDERMA
Committed to the future of dermatology
spirig

Excipial® U Hydrolotio, U Lipolotio
Z: U Hydrolotio: Ureum 20 mg/ml, Lipidgehalt 11%. U Lipolotio mit/ohne Parfum: Ureum 40 mg/ml, Lipidgehalt 36%. **I:** Schutz und Pflege von empfindlicher oder leicht entzündeter Haut vom normalen bis leicht trockenen Hauttyp (U Hydrolotio) und trockenen bis sehr trockenen Hauttyp (U Lipolotio), Intervallbehandlung mit Kortikoidpräparaten. **D:** 2–3×/Tag auftragen. **KI:** Überempfindlichkeit gegenüber einem Inhaltsstoff. Anwendung bei Säuglingen. Nicht auf Wunden und offenen Hautpartien anwenden. **UAW:** Persistierende Hautirritation, Rötung, Schuppung. **IA:** Unbekannt. **SS/ST:** Keine Einschränkungen, Brustwarzen vollständig reinigen vor dem Stillen. **P:** Lotion, Flaschen 200 ml (SL) und 500 ml (Grand-Frère Regelung). **Liste D. Ohne Limitatio. Zulassungsinhaberin:** Spirig Pharma AG, 4622 Egerkingen. Weiterführende Informationen finden Sie unter www.swissmedicinfo.ch. Februar 2011.
1 IMS Dataview D02 Emollientia + Hautschutz 10/14 **2** Wohlrab W. et al. Einfluss des Harnstoffgehaltes unterschiedlicher Emulsionen auf die Wasserbindungskapazität der menschlichen Hornschicht. Z. Hautkrankheiten 66 (5), 390–395 (1991)./1412-EXC-I-01

Spirig Pharma AG, CH-4622 Egerkingen, www.galderma-spirig.ch

VORSTAND

5 Editorial
Fast 200 Tage im Amt – eine kleine Bilanz

INTERN / AUS DEN ARBEITSGRUPPEN

6 Redaktionskommission
6 Arbeitsgruppe Kurswesen
6 Neuromotorik-Testkoffer (5–11 Jahre)/Umfrage
7 Jubiläumstagung 2015
Pädiatrie mit Leib und Seele – 20 Jahre Kinderärzte Schweiz

BERUFSPOLITIK

8 Influenza schlägt zu – Helsana zurück
9 Impfungen – Ein Problemfall !?!

FORTBILDUNG

11 Frakturversorgung in der Praxis – Möglichkeiten und Grenzen
16 Aktuelles aus der Sportmedizin – Trampolinunfälle bei Kindern
19 Die selektive Nagelmatrixhorn-Phenolisierung – eine moderne Therapie bei Unguis incarnatus
22 Die Wundversorgung

KURSBERICHTE

25 Akupunktur in der kinderärztlichen Praxis
26 Neuropädiatrie – ein Update

KURSE/WORKSHOPS/FORTBILDUNGEN

27 Kurse KIS

SVUPP

28 Ultraschallkurse
29 Sono Quiz – don't miss!
30 Auflösung des Sono-Quiz

FÜR SIE GELESEN

31 Von fünf Angstbären und drei kleinen Eulen – Bilderbücher gegen Kinderängste

IMPRESSUM

REDAKTIONSTEAM:
Dr. Stefanie Gissler Wyss, Neuendorf; Dr. Raffael Guggenheim, Zürich; Dr. Cyril Lüdin, Muttenz; Dr. Carsten Peters, Frauenfeld (Leitung); Dr. Nadia Sauter Oes, Winterthur; Dr. Kerstin Walter, Bern; Sylvia Locher, Geschäftsführerin

HERAUSGEBERIN:
Verlag Praxispädiatrie GmbH,
Badenerstrasse 21, 8004 Zürich

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

TITELFOTO:
fotolia.com

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

INSERATE:
Dr. med. Cyril Lüdin, cyril@luedin.eu

GRAFIK, SATZ UND DRUCK:
Vogt-Schild Druck AG, CH-4552 Derendingen
Auflage: 1450 Expl.
Nächste Ausgabe: 02/2015
Redaktionsschluss: 19. Mai 2015

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

PERFORMANCE myclimate neutral Drucksache 01-15-586177 myclimate.org

HABEN SIE ANREGUNGEN, KRITIK ODER LOB?

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

milupa

Aptamil®

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

Die neue Ernährungsalternative:
Aptamil Sensivia

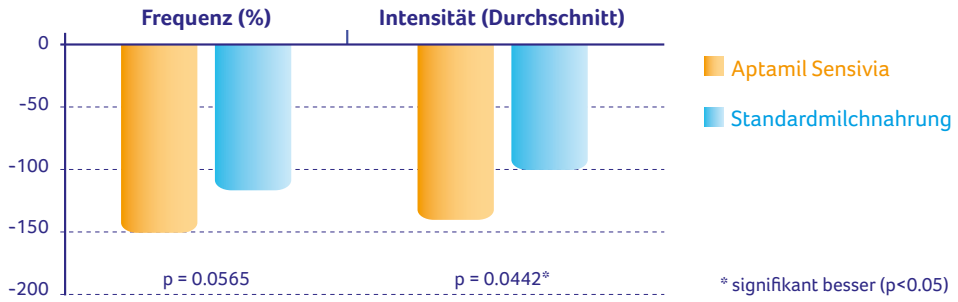
Bei leichten Verdauungsproblemen[2]:

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

NEU
Sensivia im Eazypack

UND MIT NEUER REZEPTUR
- Nukleotide in Sensivia 1 und 2
- LCP in Sensivia 1

Rückgang der leichten Verdauungsprobleme mit Aptamil Sensivia



Studie Roy, P. et al.[2]

• n = 109 Säuglinge (0-3 Mt.) - 93 Studie beendet • Symptome: leichte Verdauungsprobleme wie Reflux, Aufstossen, Schluckauf, Gasen, Blähungen und/oder Koliken/unerklärliches Weinen

• multizentrische, randomisierte, doppelblinde Studie (Standardmilchnahrung 1 im Vergleich zu Aptamil Sensivia 1) • Interventionszeitraum: 15 Tage

Aptamil, heute für morgen.

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

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

1 Hyman PE et al, Gastroenterology 2006 ; 130 : 1519

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

HAVAS WORLDWIDE GENÈVE

Fast 200 Tage im Amt – eine kleine Bilanz

DR. MED. ANDREA HOHL-SEILER,
UZNACH, CO-PRÄSIDENTIN
KINDERÄRZTE SCHWEIZ

(Fast) jeder Politiker bilanziert seine ersten 100 Amtstage. Auch wenn ich mich nicht unbedingt als Politikerin sehe (höchstens als standespolitisch Miteingeweihte und -betroffene), habe ich mir gedacht, es könnte die geneigte Leserschaft interessieren, was ein Co-Präsidium so beinhaltet. Wie bereits an dieser Stelle früher erwähnt, bin ich etwas überraschend zu dieser Ehre gekommen und musste mir zunächst einen Überblick verschaffen. – Nun, das war gar nicht so einfach: In den ersten Wochen ging es mir – einmal mehr – wie Tim Bendzko, da meine Mailbox (und somit ich) ein Vielfaches an Mails zu checken hatte. Somit musste ich mich auch hier neu organisieren, abwägen, gewichten, was ist dringend, was ist wichtig, wer muss/soll was wissen? Dass meine Lernkurve noch im Steigen begriffen ist, bilde ich mir jedenfalls ein und trotz der kurzen Zeit konnte ich schon in vieles Einblick erhalten, was «hinter den Kulissen» so läuft. Hier ein paar Highlights aus den letzten 200 Tagen:

Der Impfstoffmangel betrifft uns Kinderärzte sehr direkt und empfindlich. Auch wenn von bundesrätlicher Seite her nun ein Pflichtlager für Impfstoffe versprochen wurde, möchte der Vorstand nicht einfach tatenlos so lange warten und hat im Sinn, weitere Schritte zu unternehmen.

Auch die Anfrage von EKIF (eidg. Kommission für Impffragen), ob ein Pädiater aus der Praxis in der Arbeitsgruppe mitmachen soll, wurde mit «ja, klar!» beantwortet (und hat der Schreibenden zu einer weiteren zeitintensiven, aber spannenden Aufgabe verholfen). Denn: Wer, wenn nicht wir Kinderärzte in der Praxis sollten mitreden können, wenn es um Evaluation allfälliger neuer Impfschemata und einer noch besseren Durchimpfungsrate geht?

An der Januartagung wurden einmal mehr einige Leute eingeladen und nur für wenige war diese Veranstaltung wichtig genug, um teilzunehmen. Das Thema Schularzt/Schulimpfungen gab zu regen Diskussionen Anlass und Ueli Grüninger überzeugte mit seinem Referat über das Thema Gesundheitscoaching die Anwesenden, dass hier pädiatrisches Potenzial vorhanden ist.

Beim (co-) präsidialen Treffen mit der SGP ging es einmal mehr um Dauerbrenner wie z. B. die Nachwuchsförderung.

Die Geschäftsstelle ist eine wichtige Drehscheibe in und um den Verband und von unschätzbarem Wert, egal ob es um Arbeitsentlastung für den Vorstand oder Organisation von Kursen für die Mitglieder geht.

Einige von euch haben sich wieder dafür eingesetzt, dass eine weitere Ausgabe unserer News vor euch liegt. Diesmal beschäftigen wir uns mit dem Thema Kinderchirurgie – ein wichtiges Fachgebiet für jeden Pädiater in der Praxis. Auch ich habe seinerzeit ein spannendes Jahr meiner Ausbildung investiert, und zwar in der Universitätskinderklinik Bern. Just aus diesem Haus stammt der Übersichtsartikel über die Frakturversorgung in der Praxis. Als das Snowboarden aufkam, gab es plötzlich ganz andere Frakturen. Wie sieht es heute mit den hohen Sprüngen auf dem Trampolin aus? Was ist neu und aktuell bei der Wundversorgung? Diese und weitere Themen erwarten euch in dieser Ausgabe.

Ich wünsche euch viel Spass beim Lesen! *Andrea Hohl*

Aus den Arbeitsgruppen

Redaktionskommission

Die Redaktionskommission arbeitet stetig und effizient an den Ausgaben der nächsten Hefte. Nur ca. vier Telefonkonferenzen pro Jahr reichen für vier Ausgaben. Auch die vorliegende ist dank dem Netzwerk der Mitglieder entstanden, die beigezogenen Autoren haben ohne grosse Überredungskunst zum Stift gegriffen und uns mit aktuellen und praxisnahen Informationen zum Thema Kinderchirurgie versorgt. Ein herzliches Dankeschön gebührt ihnen für ihren Beitrag zur Qualitätsverbesserung in der ambulanten Pädiatrie!

Und wie immer an dieser Stelle der Aufruf an alle KIS-Mitglieder: Meldet euch doch in der Geschäftsstelle zur (nicht aufwendigen) Mitarbeit in der Redaktionskommission. Das Heft lebt von neuen Ideen!

Dr. med. Carsten Peters,
Leiter Redaktionskommission

Arbeitsgruppe Kurswesen

Die neue Arbeitsgruppe hat sich engagiert und effizient mit einer langen Liste von Kursideen und -wünschen auseinandergesetzt. Innert Kürze wurden aus Ideen konkrete Vorschläge und wenig später konnten die neuen Kurse bereits ausgeschrieben werden. Das Resultat darf sich sehen lassen. Die ausgeschriebenen Kurse werden auf Seite 27 «KIS-Kurse» aufgeführt. Viele unserer Kurse sind innert weniger Tage oder gar Stunden ausgebucht. Es lohnt sich aber trotzdem, unsere Homepage/Kursagenda immer wieder zu konsultieren. Wir sind bestrebt, laufend neue Kurse anzubieten. Nebst Endokrinologie (Update), Kinderkardiologie (Update) und Dermatologie (in 2 Blöcken) ist auch wieder ein Vorsorgekurs in Vorbereitung, ebenso ein Akupunkturkurs. Es sind noch weitere Kurse in Planung, jedoch stehen die Daten oder der genaue Inhalt noch nicht fest. Deshalb werden wir unsere Mitglieder hierzu später informieren, einerseits per Rundmail und natürlich wie immer auf der Homepage.

Bea Kivanc, unsere Mitarbeiterin seit Juni 2014, hat sich inzwischen sehr gut ins Kurswesen eingearbeitet und ist ab sofort selbstständig für das Kurssekretariat verantwortlich. Sie ist von Montag bis Donnerstag erreichbar unter Telefon 044 520 27 17 sowie info@kinderaerzteschweiz.ch.

Sowohl der Arbeitsgruppe Kurswesen wie auch Bea Kivanc möchte ich an dieser Stelle ganz herzlich für ihr Engagement danken. Das Kurswesen befindet sich auf gutem Wege!

Sylvia Locher, Geschäftsführerin

Neuromotorik-Testkoffer (5–11 Jahre) / Umfrage

Für die neuromotorische und neuropsychologische Untersuchung von Kindern im Alter von 5–11 Jahren nach Dr. L. Ruf-Bächtiger verkauften wir so lange Vorrat den Neuromotorik-Testkoffer (Testmaterialien für die neuromotorische und taktilkinästhetische Wahrnehmung, visuelle Wahrnehmung, Raumerfassung, auditive Wahrnehmung und Sprache, Kanalkapazitäten, multimodale & intermodale Leistung).

Eigentlich wollten wir diesen Koffer nicht mehr produzieren, wurden dann aber immer wieder darauf angesprochen, dass doch ein Bedürfnis nach diesem Testkoffer bestünde. Nun gelangen wir an unsere Mitglieder mit der Bitte, uns ihre Meinung mitzuteilen. Unsere Fragen lauten:

– Braucht es weiterhin diese Testkoffer?
– Falls ja, besteht ein Interesse an allfälligen Einführungskursen?

Ihre Meinung ist uns wichtig! Wir freuen uns über Ihren kurzen Kommentar.
E-Mail: info@kinderaerzteschweiz.ch

Sylvia Locher, Geschäftsführerin

Jubiläumstagung 2015
Pädiatrie mit Leib und Seele – 20 Jahre Kinderärzte Schweiz

Die Vorbereitung für die Jubiläumstagung läuft auf Hochtouren! Die Arbeitsgruppe besteht unterdessen aus rund 20 Pädiatern und MPAs, die sich mit grossem persönlichem und zeitlichem Engagement in die Vorbereitungen einbringen – das definitive Programm ist schon bald druckreif (siehe Grobplanung auf dieser Seite und auf unserer Homepage www.jahrestagung.ch).

Ich hoffe, dass bei allen der 10. und 11. September bereits dick in der Agenda eingetragen sind. Wir treffen uns dieses Jahr an einem aussergewöhnlichen Ort zur Jubiläumstagung: Das Seminarhotel Seedamm Plaza in Pfäffikon Schwyz hat den MICE-Award gewonnen. Mit dieser Auszeichnung werden Locations und Destinationen ausgezeichnet, auf die Attribute wie *«aussergewöhnlich, innovativ, herausragend, unique oder mit dem gewissen Extra»* zutreffen. Mögen diese Attribute ein gutes Omen sein für die Zukunft der Praxispädiatrie und der Pädiater, die sich mit Leib und Seele dafür einsetzen – es gibt schon einige, aber es braucht noch mehr, damit die Arbeit auf möglichst viele Schultern verteilt werden kann.

Dr. med. Andrea Hohl,
Co-Präsidentin Kinderärzte Schweiz

Seminarhotel Seedamm Plaza in Pfäffikon Schwyz.

Programmübersicht

Donnerstag, 10. September 2015
Vorprogramm

09.00 – 12.30 Uhr	Intensivworkshops

Jubiläumstagung 2015

14.00 Uhr	Eröffnung der Tagung mit Festreferat
15.30 – 19.00 Uhr	Workshops (2 Sessions à je 1,5 Stunden)
19.00 Uhr	Apéro
20.00 Uhr	Festessen / Abendprogramm

Freitag, 11. September 2015

08.00 – 09.30 Uhr	Update- und Forumseminare
10.00 Uhr	Hauptreferat
11.30 Uhr	Mitgliederversammlung KIS
13.30 – 17.00 Uhr	Workshops (2 Sessions à je 1,5 Stunden)

Das detaillierte Programm wird auf unserer Homepage www.jahrestagung.ch aufgeschaltet und laufend mit den aktuellen News ergänzt.

Wichtig zu wissen:

Insgesamt können 4 Workshops besucht werden. Am Donnerstag und Freitag finden nicht die gleichen Workshops statt.

Es gelten die Termine auf der Homepage. Eventuelle Änderungen werden laufend aufgeschaltet.

Im Jubiläumspaket von CHF 480.– für Ärzte und CHF 280.– für MPAs sind die Referate, Workshops sowie Update- und Forumseminare für die Jubiläumstagung (eineinhalb Tage) inkl. Zwischenverpflegungen und Mittagessen am Freitag, 11.9.2015, inbegriffen. Das Abendprogramm wird separat verrechnet. Der Preis wird auf der Homepage www.jahrestagung.ch bekanntgegeben.

Der Preis für das Vorprogramm am Donnerstagmorgen, 10.9.2015, ist nicht im Jubiläumspreis inbegriffen und beträgt CHF 200.– inkl. Zwischenverpflegung und Mittagessen am Donnerstag. Am Donnerstagvormittag werden sich voraussichtlich drei Gruppen zu 25–30 Pädiatern intensiv mit je einem Thema auseinandersetzen können (zusätzlich 3 Credits).

Das detaillierte Programm wird auf unserer Homepage www.jahrestagung.ch aufgeschaltet. Online-Anmeldungen sind ab Montag, 11. Mai 2015 ebenfalls auf dieser Homepage möglich.

Für die Reservation und Kosten der Übernachtung sind die Teilnehmenden selbst verantwortlich. Es empfiehlt sich, schon bald ein Zimmer zu reservieren. Im Hotel Seedamm Plaza ist ein bestimmtes Kontingent für die Jubiläumsteilnehmenden reserviert. Hinweise dazu werden ebenfalls auf der Homepage aufgeschaltet.

Fragen rund um die Jahrestagung beantworten wir gerne unter jahrestagung@kinderaerzteschweiz.ch oder Telefon 044 520 27 12.

Sowohl Vorstand wie Geschäftsstelle freuen sich sehr, mit euch allen dieses besondere Fest feiern zu dürfen.

Sylvia Locher, Geschäftsführerin

Influenza schlägt zu – Helsana zurück

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

Bis diese Zeilen gelesen werden, wird die Grippewelle abgeklungen, die Auseinandersetzung um Kumulationsverbote mit Position 00.0015 aber noch nicht ausgestanden sein. Und auf neue Probleme werden wir auch nicht lange warten müssen.

In der Wintersession der Eidgenössischen Räte wurden mehrere gesundheitspolitische Themen beraten. MFE verfolgt die Diskussionen genau und nimmt auf verschiedensten Kanälen Einfluss. Es kann dabei nicht überraschen, dass der Erfolg unterschiedlich ausfällt, die Meinung der Politiker ist zu Beginn der Debatten meist schon gemacht.

Die Räte haben den Verfassungstext zur Präimplantationsdiagnostik verabschiedet und dabei der weniger restriktiven Fassung des Nationalrats zugestimmt. Aktuell sind genetische Diagnostik vor Implantation nach In-Vitro-Fertilisation sowie das Aufbewahren von Embryonen verboten, neu soll beides unter bestimmten Bedingungen möglich sein. Da es um eine Änderung der Verfassung (BV Artikel 119) geht, wird es im Juni 2015 zur Volksabstimmung kommen. MFE hat bis jetzt nicht Stellung bezogen.

Hohe Wellen werfen die Revisionen des Medizinalberufegesetzes (Med BG: Dieses Gesetz fördert im Interesse der öffentlichen Gesundheit die Qualität der universitären Ausbildung, der beruflichen Weiterbildung und der Fortbildung sowie der Berufsausübung der Fachpersonen im Bereich der Humanmedizin, der Zahnmedizin, der Chiropraktik, der Pharmazie und der Veterinärmedizin) und des Heilmittelgesetzes (HMG: Dieses Gesetz soll unter anderem sicherstellen, dass die miteinander im Wettbewerb stehenden Marktpartner den gleichen gesetzlichen Sicherheits- und Qualitätsanforderungen genügen). Nach heftigem Widerstand der Ärzteschaft verzichtete der Bundesrat schon in seiner Botschaft an das Parlament darauf, die Medikamentenabgabe in den Arztpraxen zu Ungunsten der Ärzteschaft (und schlussendlich auch der Patienten) neu zu regeln. Einig sind sich National- und Ständerat darüber, dass künftig Apotheker auch ohne ärztliche Verschreibung rezeptpflichtige Medikamente abgeben dürfen. MFE vertrat die Meinung, dass unter dieser Prämisse die Räte auch Verantwortung für die Qualität übernehmen müssen und im Gesetz die nötige Kompetenz der Apotheker zu garantieren und ihre entsprechende Aus- und Weiterbildung zu fordern hätten. Strittig ist auch immer noch, ob vor der Abgabe von Medikamenten in der Praxis dem Patienten ein Rezept ausgehändigt werden müsse. Die Beratungen werden im Nationalrat weitergeführt werden. MFE bleibt am Ball.

Im Weiteren laufen mehrere Vernehmlassungsverfahren, bei denen sich MFE einbringt. So soll das seit zehn Jahren geltende Berufsbildungsgesetz (Tertiäre Bildung ausserhalb von Hochschulen und Fachhochschulen), welches unter anderem Weiterbildungslehrgänge für MPAs regelt, den neuen Gegebenheiten angepasst werden.

Der Bund hat ein Strategiepapier zu den Antibiotikaresistenzen erarbeitet, ein wichtiges Thema, welches uns zunehmend beschäftigen wird, allerdings nicht zuletzt im administrativen Bereich, plant der Bund doch verschiedene Kontrollmechanismen auch in den Praxen: Indikation, Verschreibung, Restriktion gewisser Antibiotika.

Die Diskussionen um die Kompetenz zur Fahreignungsuntersuchung für Automobilisten tangiert die Pädiatrie nicht, ist aber ein gutes Beispiel dafür, wie Administration und Experten die Tätigkeit der Haus- und Kinderärzte in Zweifel ziehen und immer neue Fähigkeitsausweise oder gar spezialisierte Zentren fordern.

Auch noch in Beratung ist das Gesetz zum Elektronischen Patientendossier. Im Gegensatz zum Bundesrat will die Gesundheitskommission des Nationalrates das elektronische Patientendossier für die Leistungserbringer obligatorisch erklären. Fragen um Technik, Datenschutz, Datenmigration, Datenaktualisierung und nicht zuletzt Finanzierung scheinen für die Räte kaum von Belang.

Auf der Tarifseite dürfte unterdessen den meisten klar geworden sein, dass der Zuschlag für die hausärztliche Leistung 00.0015 tatsächlich etwas bringt und das Einkommen verbessert. Obwohl nicht alle strittigen Punkte zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern gelöst werden konnten, verlief die Einführung der neuen Tarifposition doch erstaunlich problemlos. Allen voran die Versicherungen der Helsana-Gruppe weisen Rechnungen zurück, welche nach ihrer Interpretation nicht korrekt seien. Es sind dies vor allem Kumulationen des Hausärztezuschlags mit Positionen wie Entwicklungspädiatrie (mit Dignität 7), Neurostatus und Audiogramm. MFE und FMH sind der Meinung, dass die Kumulation korrekt ist, wenn die Leistungen im Rahmen der Hausarzttätigkeit erbracht werden. Die Interpretation liegt beim Leistungserbringer.

In den nächsten Wochen und Monaten soll der neue Tarif in multiplen Gremien fertig beraten werden. Der Fragezeichen sind noch so viele, dass keine konkreten Aussagen möglich sind und das Thema in dieser Rubrik noch mehrmals zur Sprache kommen wird.

Im Übrigen sucht das BAG Mitglieder für die Expertenkommission für die genetische Untersuchung beim Menschen GUMEK, zum Beispiel einen Pädiater mit Erfahrung in Genetik im Alltag.

Weniger hoch sind die Anforderungen für zahlreiche Aufgaben im Interesse der Pädiatrie: Organisatoren für Kurse und Jahrestagungen, Mitglieder in der Redaktionskommission, Interessenten für Vorstandsarbeit … ■

Impfbereitschaft darf nicht gefährdet werden.

Die Regale mit den Impfstoffen sind leer. Bilderquelle: Internet

Impfungen – Ein Problemfall!?!

DR. MED. JAN CAHLIK,
AFFOLTERN A. A.
VORSTAND KINDERÄRZTE SCHWEIZ

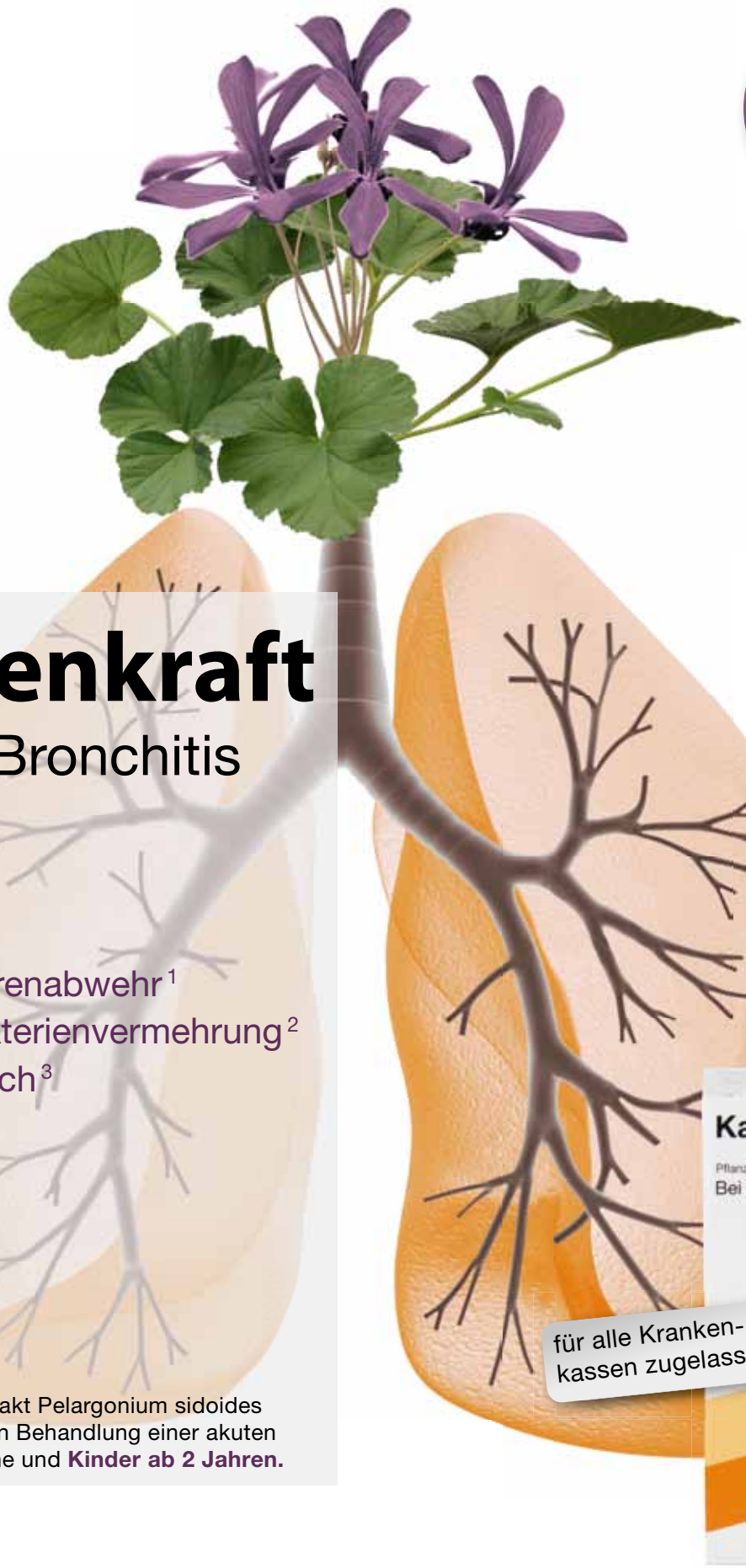
Anfang 2014 haben wir Pädiater in der Schweiz eine neue unliebsame Erfahrung gemacht. Plötzlich sind einige gängige (und im Impfplan empfohlene) Impfstoffe nicht lieferbar gewesen – und dies zum Teil für mehrere Monate. Eine Situation, die uns überrascht, erstaunt und erschreckt hat.

Nach einem kurzen Moment der Verblüffung hat – neben vielen Einzelreaktionen – selbstverständlich auch der Berufsverband reagiert und unter anderem gemeinsam mit SGP einen Brief an Bundesrat Berset geschrieben (wurde in *Kinderärzte.Schweiz 02/2014* veröffentlicht). Eine der Massnahmen, die in diesem Zusammenhang angedacht wurde – ein Pflichtlager für Impfstoffe – scheint nun aufgegleist.

Dennoch ist es damit natürlich (leider) nicht getan. Die Befürchtung, dass es auch weiterhin zu Problemen mit der Verfügbarkeit von Impfstoffen kommen wird, hat sich auch bereits bestätigt. In den vergangenen Wochen hat die Firma GSK erneute mehrmonatige Lieferunterbrüche für einige Impfstoffe für das Jahr 2015 angekündigt. Abgesehen vom erhöhten organisatorischen Aufwand für uns alle, gefährdet diese Situation insbesondere die Impfbereitschaft der Bevölkerung und somit auch mittel- und langfristig die erreichten sowie angestrebten Durchimpfungsraten. Diesem Szenario können und wollen wir nicht tatenlos zuschauen.

Im Übrigen haben Nachfragen ergeben, dass auch unsere Nachbarländer von Problemen hinsichtlich der Impfstoffe nicht verschont geblieben sind. Interessanterweise ist die Situation in Österreich mit der unsrigen vergleichbar (wenn auch dort andere Impfstoffe betroffen sind). In Deutschland gibt es dagegen zwar auch Schwierigkeiten, doch sind diese nicht ganz so langandauernd und gravierend, nicht zuletzt aufgrund einer etwas breiteren Angebotspalette – die Monopolstellung der Firma GSK ist dort nicht ganz so ausgeprägt wie bei uns.

Der Vorstand von KIS versucht daher auch weiterhin, an möglichen Lösungsansätzen mitzuarbeiten, damit unsere Patienten nicht durch sinkende Durchimpfungsraten unnötig gefährdet werden. Gemeinsam mit anderen Organisationen und Gremien (SGP, EKIF, u. a.) bemühen wir uns um Gespräche mit den betreffenden Stellen (BAG, BWL) und Firmen (GSK). Hierbei möchten wir vor allem eine Verbesserung der momentanen Situation erreichen sowie Strategien entwickeln, um ähnliche unliebsame Überraschungen in der Zukunft zu verhindern. Sobald es neue Aspekte zu diesem Thema gibt, werden wir natürlich erneut informieren. ■



AKTUELL

Pflanzenkraft

Bei akuter Bronchitis

Kaloba®

- Verstärkt die Virenabwehr[1]
- Hemmt die Bakterienvermehrung[2]
- Sekretomotorisch[3]

für alle Kranken-kassen zugelassen

Kaloba® – der Spezialextrakt Pelargonium sidoides (EPs® 7630), zur effizienten Behandlung einer akuten Bronchitis. Für Erwachsene und **Kinder ab 2 Jahren.**

SCHWABE
Mit der Natur.
Für die Menschen.

Kaloba® Z: Pelargonium sidoides-Wurzel-Flüssigextrakt, 1 g (= 0,975 ml) Flüssigkeit enthalten: 800 mg Flüssigextrakt aus Pelargonium-sidoides-Wurzeln (1:8-10); Auszugsmittel: Ethanol 11% (m/m), Hilfsstoff: Glycerol 85% **I:** Akute Bronchitis **D:** Erw. und Jugendl. über 12 Jahre: 3-mal tägl. 30 Tropfen, Kinder von 6–12 J.: 3-mal tägl. 20 Tropfen, Kleinkinder von 2–5 J.: 3-mal tägl. 10 Tropfen **K:** Bei Überempfindlichkeit gegenüber einem der Bestandteile des Arzneimittels, bei erhöhter Blutungsneigung und Anwendung gerinnungshemmender Medikamente und bei Leber- und Nierenerkrankungen. **I:** Bisher nicht bekannt. Eine verstärkte Wirkung gerinnungshemmender Medikamente wie Phenprocoumon und Warfarin bei gleichzeitiger Einnahme von Kaloba® ist nicht auszuschließen. **S/S:** keine Daten **UW:** gelegentlich gastrointestinale Beschwerden, seltenen leichtes Zahnfleisch- oder Nasenbluten. In seltenen Fällen Überempfindlichkeitsreaktionen vom Soforttyp, derartige Reaktionen können schon bei der ersten Einnahme des Medikamentes eintreten. In sehr seltenen Fällen können schwere Überempfindlichkeitsreaktionen mit Gesichtsschwellung, Dyspnoe und Blutdruckabfall auftreten. **P:** 20ml, 50ml **V:** D. Weitere Informationen entnehmen Sie bitte www.swissmedicinfo.ch. Schwabe Pharma AG, 6403 Küssnacht a.R.

1: Kolodziej H et al. In vitro evaluation of antibacterial and immunomodulatory activities of *Pelargonium reniforme, Pelargonium sidoides* and the related herbal drug preparation EPs® 7630. Phytomedicine 14 (2007); Suppl. VI: 18-26.
2: Conrad A et al. Extract of *Pelargonium sidoides* (EPs® 7630) inhibits the interactions of group A-streptococci and host epithelia in vitro. Phytomedicine 14 (2007); Suppl. VI: 52-59.
3: Neugebauer P et al. A new approach to pharmacological effects on ciliary beat frequency in cell cultures – exemplary measurements under *Pelargonium sidoides* extract (EPs 7630). Phytomedicine 12 (2005); 46-51.

KA 2013/08

Frakturversorgung in der Praxis – Möglichkeiten und Grenzen

DR. MED. A. BARTENSTEIN
DR. MED. D. KOLP
PROF. DR. MED. ST. BERGER
DR. MED. K. ZIEBARTH
UNIVERSITÄTSKLINIK FÜR KINDERCHIRURGIE
INSELSPITAL BERN

Die folgenden diagnostischen und therapeutischen Empfehlungen orientieren sich an den Leitlinien für Frakturversorgung der Kinderkliniken Bern am Inselspital.

Besonderheiten der Frakturen am wachsenden Skelett

Jedes zweite Kind erleidet im Wachstum eine Fraktur. Jungen häufiger als Mädchen [1] *(Abb. 1).* Bei der Behandlung von Brüchen am wachsenden Skelett müssen verschiedene Besonderheiten bedacht werden:

– An der oberen Extremität übernimmt die proximale Humerusepiphysenfuge und die distale Unterarmepiphysenfuge 80% des Längenwachstums, und an der unteren Extremität die distale Femurepiphysenfuge 70% und die proximale Tibiaepiphysenfuge 55%, sodass Frakturen in dieser Region bei offener Fuge ein hohes Potenzial haben, eine Fehlstellung zu remodellieren *(Abb. 1).*

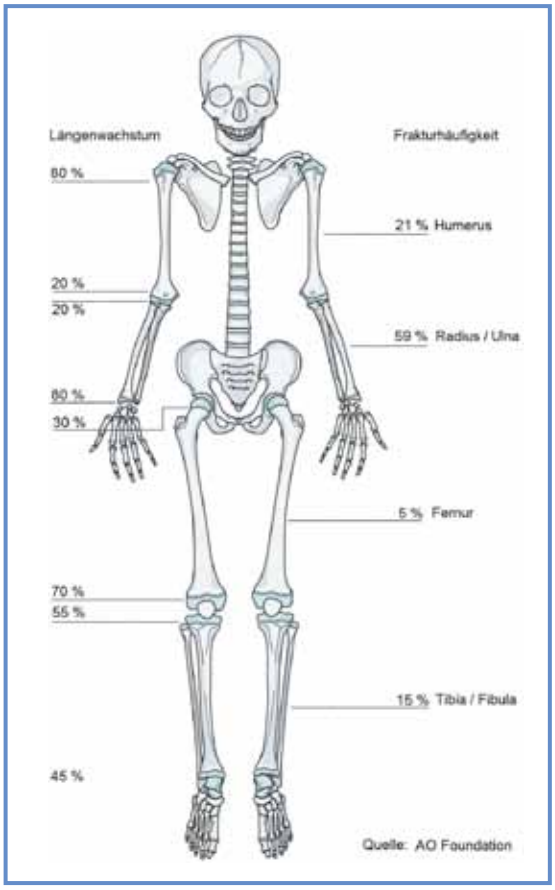


Abb. 1: Anteil der Fugen am Längenwachstum, Frakturhäufigkeit.

– Die hohe Elastizität bei geringer Festigkeit des Knochens und verhältnismässig kräftigem Periost führt häufiger zu Avulsionsfrakturen und eher zu Schaft- als Gelenkfrakturen im Vergleich zu Erwachsenen.
– Verletzungen der Wachstumsfuge können zu einer Wachstumsstörung führen. Vor dem 10. Lebensjahr kann es durch Stimulation zu einer Verlängerung und nach dem 10. Lebensjahr eher durch frühzeitigen Fugenschluss zu einer Verkürzung des betroffenen Knochens kommen. Bei asymmetrischer Beteiligung der Fuge kann eine Achsabweichung resultieren.
– Operative Verfahren müssen die Fuge schonen, dürfen das weitere Wachstum nicht behindern und müssen den Bewegungsdrang von Kindern berücksichtigen. Im epi- und metaphysären Bereich werden meist Kirschnerdrähte und Schrauben verwendet, im diaphysären Bereich überwiegend ESIN (Elastisch-stabile intramedulläre Nagelung). In komplexen Situationen bringt der externe Fixateur Vorteile.

Die Frakturen mit Beteiligung der Epiphysenfuge werden nach der Salter-Harris-Klassifikation eingeteilt *(Abb. 2).* Die «AO Pediatric Comprehensive Classification of Long-Bone Fractures» gibt hier eine gute Übersicht [2] *(Abb. 3).*

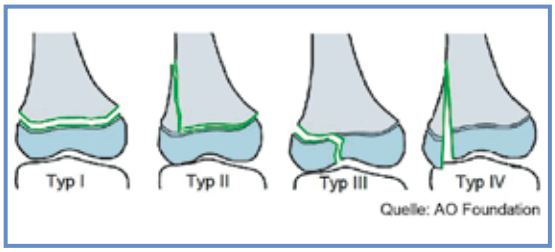


Abb. 2: Salter-Harris-Einteilung.

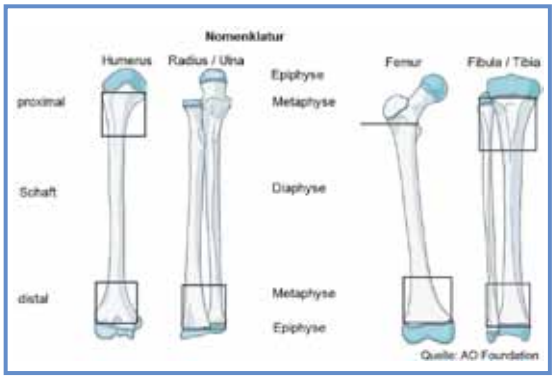


Abb. 3: Anatomie und Nomenklatur.

Obere Extremität

Clavicula

Frakturen im Bereich der Clavicula entstehen meist durch einen Sturz auf die Schulter oder durch einen direkten Schlag auf das Schlüsselbein. Sie sind insgesamt häufig. Bei kleinen Kindern, die ihren Arm schonen – ohne dass hier klinisch eine Fraktur zu finden ist – muss an die Claviculafraktur als Ursache für die Schmerzen und Schonung gedacht werden. Bei Klein und Schulkindern findet man meist einen Grünholzbruch, bei Adoleszenten auch komplette Frakturen mit einer Dislokation. In den allermeisten Fällen reicht eine Ruhigstellung, solange Schmerzen bestehen. Für Adoleszente, Leistungssportler oder bei Frakturen mit der Gefahr einer Weichteilschädigung kann eine Osteosynthese mittels ESIN und Endkappe gelegentlich von Vorteil sein.

Humerus

Subkapitale Humerusfraktur

Aufgrund des hohen Korrekturpotenzials im proximalen Humerus können die meisten Frakturen hier konservativ zur Ausheilung gebracht werden. Gelenkfrakturen sind eine Rarität, oft handelt es sich um metaphysäre Frakturen, gelegentlich Salter-Harris II Frakturen. Für stark dislozierte, schmerzhafte Frakturen kann alternativ eine aszendierende ESIN-Osteosynthese erfolgen.

Humerusschaftfraktur

Auch hier hilft das hohe Korrekturpotenzial. Daher können die meisten dieser Frakturen konservativ behandelt werden, auch bei erheblicher Achsabweichung, Seit-Versatz und Verkürzung. Alternativ eignet sich hier auch die ESIN-Technik oder ein Fixateur externe *(Abb. 4).*

Supracondyläre Humerusfraktur

Diese Fraktur kommt häufig vor und entsteht überwiegend durch Stürze auf den ausgestreckten Arm. Dadurch wird die Condylenrolle in Bezug zur Roger Hilfslinie nach dorsal gekippt (Extensionsfraktur, Flexionsfrakturen mit Dislokation nach ventral sind selten). Da das dorsale Periost bei den Typ II Frakturen meist noch intakt ist, kann die Fraktur durch eine Fixierung in Flexion stabilisiert werden (Blount-Schlinge, Cuff and Collar). Typ III und IV Frakturen sollten geschlossen reponiert und mit Kirschnerdrähten oder einem radialen Fixateur extern versorgt werden. Bei den undislozierten Frakturen (Typ I) ist gelegentlich neben der Klinik einzig das radiologische Fat-pad Zeichen Hinweis auf eine Fraktur *(Abb. 5).*

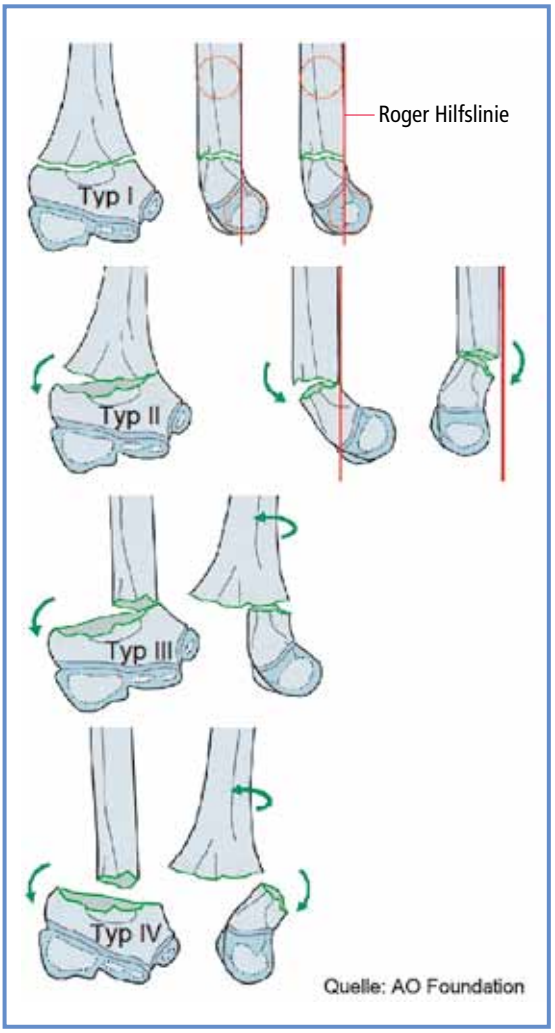


Abb. 5: Einteilung der supracondylären Humerusfrakturen.

Condylus radialis Fraktur

Hier bricht der Condylus radialis meist mit einer metaphysären Schuppe aus. Bei undislozierten Frakturen ist der Frakturspalt, der bis in die Mitte der Gelenkfläche zieht, teilweise schwer abgrenzbar. Durch den Muskelzug können diese Frakturen sekundär dislozieren, was so nicht ausheilen sollte. Daher muss – auch in unklaren Fällen – eine gipsfreie radiologische Stellungskontrolle nach 5–7 Tagen geplant werden. Von einer relevanten Dislokation spricht man bei einer Bruchspaltbreite von 2 mm oder mehr. Operatives Verfahren der Wahl ist dann die offene Reposition (Ziel anatomische Gelenksreposition) und Fixation mit Kirschnerdrähten oder einer durchbohrten Schraube *(Abb. 6).*

Abb. 4: Remodelling einer Humerusschaftfraktur, 0 J.

Epicondylus ulnaris Fraktur
Epicondyläre Frakturen am Ellbogen kommen praktisch nur auf der ulnaren Seite vor und entstehen häufig durch eine Luxation des Ellbogengelenks und können daher auch eine radiale Bandläsion haben. Die Unterarmflexoren ziehen die meist in der Fuge abgerissene Apophyse nach distal. Bei primär nicht dislociertem Knochenkern wird eine gipsfreie Stellungskontrolle am 5.–7. Tag nach Trauma durchgeführt. Primär oder sekundär >5 mm dislozierte epicondyläre Fragmente werden offen reponiert und mit einer Schraube fixiert *(Abb. 7)*. Da es sich hier nicht um eine intraartikuläre Fraktur handelt, kann im Vergleich zum Condylus radialis eine etwas grössere Dislokation toleriert werden.

Unterarm

Radiushalsfraktur
Hier sieht man überwiegend leicht eingestauchte Frakturen, die konservativ mit früher Mobilisation behandelt werden können. Bei erheblicher Abkippung oder fortgeschrittenem Alter kann der Radiuskopf mittels ESIN von distal wieder aufgerichtet werden.

Monteggia-Fraktur
Als Monteggia-Fraktur oder Äquivalent werden alle Ulna-Frakturen (inkl. Ulna-Bowing und Olecranonfraktur) in Kombination mit einer Radiuskopfluxation subsummiert und nach Bado Typ I-IV eingeteilt [3]. Gerade die Radiuskopfluxation kann leicht verpasst werden. Dies vermeidet man, indem bei allen Ulnafrakturen kontrolliert wird, ob der Radiuskopf in beiden Ebenen auf den Condylus radialis zentriert ausgerichtet ist. Die Therapie der Monteggia-Fraktur ist nahezu immer operativ mit geschlossener Reposition und ESIN-Osteosynthese der Ulna oder Schraubenosteosynthese des Olecranon *(Abb. 8)*.

Abb. 6: Condylus radialis Fraktur, 5 J.

Abb. 7: Epicondylus ulnaris Fraktur, 11 J.

Abb. 8: Monteggia-Fraktur, 5 J.

Abb. 9: Unterarmschaftfraktur, 3 J.

Unterarmschaftfraktur
Brüche im Unterarmschaftbereich sind bei kleineren Kindern oft angulierte Grünholzfrakturen und haben damit ein höheres Refrakturrisiko, wenn die Gegenkortikalis nicht durchbrochen wird. Komplette Frakturen sind häufig instabil. Angulationen >10°, insbesondere in der proximalen Hälfte, können die Pro- und Supination langfristig beeinträchtigen. Aus diesen Gründen hat sich die meist leicht durchzuführende operative Versorgung mit ESIN bewährt. Sie hat zudem den Vorteil, dass postoperativ kein Gips mehr notwendig ist *(Abb. 9)*.

Distale Unterarmfraktur
Die metaphysäre Unterarmfraktur ist die häufigste Fraktur im Kindesalter und hat dank der aktiven distalen Wachstumsfuge ein hohes Potenzial, Abkippungen von bis zu 40° in der Sagittalebene komplett zu remodellieren. Bei älteren Kindern und Adoleszenten sollten dislozierte Frakturen reponiert werden. Nur selten – und dann meist bei Epiphysiolysen – sind diese Frakturen instabil und müssen mit einem oder 2 Kirschnerdrähten fixiert werden.

Hand- und Fingerfrakturen

In dieser Region sieht man meist nur wenig dislozierte Frakturen, die überwiegend konservativ versorgt werden können. In der Bewegungsebene besteht ein hohes Korrekturpotenzial. Lediglich Rotationsfehler (Fingerstellung bei Faustschluss!) und Gelenkfrakturen müssen anatomisch korrigiert werden. Quetschverletzungen der Finger führen am Endphalanx oft zum Abriss des Nagelkranzes und am proximalen und mittleren Phalanx zu Längsfrakturen. In Kombination mit einem Weichteildefekt gelten sie als offene Frakturen und sollten mit Antibiotika prophylaktisch behandelt werden.

Die Boxer-Fraktur mit Einstauchung des Kopfes vom Metacarpale V nach palmar kann bei klinisch erheblicher Deformität mit einem kleinen ESIN aufgerichtet werden.

Untere Extremität

Alle Schaftfrakturen an der unteren Extremität gehen neben der Immobilisation oft einher mit erheblichen Schmerzen und einem ausgeprägten Frakturhämatom. Aus diesen Gründen ist die Analgesie, Gipsanlage, Kompartment-Überwachung und Mobilisationshilfe oft nur in der Klinik realisierbar.

Femur

Avulsion der Spina iliaca anterior inferior oder superior

Eine Avulsionsfraktur der Spinae entsteht durch maximalen Muskelzug der Flexoren im Hüftgelenk beim Sport. Man findet sie auf dem Röntgenbild nur, wenn man sie auch sucht. Die Therapie ist fast immer konservativ mit Stockentlastung im schmerzhaften Intervall möglich.

ÜBERSICHT DER FRAKTURBEHANDLUNG

Segment	Behandlungskriterien		Fixationsart		Röntgen (Tage)	Ruhigstellung (Wochen)	Belastung (%/Wochen)	Funktionskontrolle (Wochen)	Sportverbot (Wochen)
	konservativ	operativ	konservativ	operativ					
Clavicula	Alter / Stabilität	Alter / offen / Trümmer / komb. Luxation	Rucksackverband (ggf. Mitella-Schlinge)	ESIN / kleine Fix-Ex	kons. kein Rö	3	100 / 3–5	keine	6
Humerus proximal	< 10 J. / Fehlstellung < 30° / stabil	> 10 J > 30 – 40° instabil	Desault, Gilchrist	ESIN	kons. 5 / 28	3	100 / 5–6	8 Wo	6
Humerus diaphysär	praktisch alle	Instabilität bei Trümmerbruch, neurol. Defizit	Desault, Gilchrist	ESIN/Fix-Ex	kons. 5 / 28	4	50 / 3–5 100 / 6–8	Rotation	8
Humerus supracondylär	Typ I-II	Typ III - IV	OA-Gips Extensionsfx: Blount-Schlinge	Gekreuzte KD transkutan, oder Fix.-Ex.	bei Typ I keine Kontrolle, sonst 5–7 / 28	4	50 / 4–5 100 / 6–8	8 Varus, valgus, Flex/Ext	8
Epicondylus ulnaris	Dislokation < 5 mm (Cave: sek. Dislokation)	Dislokation > 5–7 mm	dorsovolare OA-Gipsschiene	Offen, KD-Spickung oder Schraube	kons. 5 / 28	4	50 / 4–5 100 / 6–8	8	8
Condylus radialis	Dislokation < 2 mm (Cave: sek. Dislokation)	Dislokation > 2–3 mm	dorsovolare OA-Gipsschiene	Offen, KD-Spickung oder Schraube	kons. 5 / 28	4	50 / 4–5 100 / 6–8	8	8
Radiushals	stabil < 10J 20–30° > 10J < 15–20°	instabil > 10J: über 20° < 10J: > 30°	dorsovolare OA-Gipsschiene	ESIN	kons. 5 / 28	Stauchung 2 Kompl. Fraktur 4	50 / 4–5 100 / 6–8	8 Pro / Sup	8
Radius / Ulna diaphysär	stabil, reponierbar und retinierbar	Instabil / nicht reponier- / nicht stabil retinierbar	+/– Reposition dorsovolare OA-Gipsschiene	ESIN Radius und Ulna	kons. 5 / 28	4	50 / 5–6 100 / 7–8	8 Pro / Sup	8
Femur diaphysär	nicht disloziert / stabil / Kinder < 3–4 J	dislozierte / instabil / Kinder > 4 J	Extension oder Beckenbeingips	ESIN / Platte + Fix-Ex	bei Extension nur 28 sonst 5 / 28	4–6	50 / 5–6 100 / 7–8	16	12
Femur distal	nicht disloziert / stabil / Kinder < 6–7 J	dislozierte / instabil / Kinder > 7 J	evtl. Extension / Beckenbeingips (OS-Gips)	KD ESIN	kons. 5 / 28	6–8	100 / 8–9	16 Achse, Länge	12
Tibia	nicht disloziert / stabil	dislozierte / instabil /	OS-Liegegips	Schaft: ESIN Metaphyse: KD / Schraube	kons. 5 / 28	4–5	50 / 5–6 100 / 7–8	16 Achse, Länge	12
Malleolen	nicht instabil / ohne Gelenkstufe	instabil / Gelenkstufe > 2 mm	US-Schiene	KD, Schraube	kons. 5 / 42	5–6	50 / 4–5 100 / 6–7	16	8

Proximale Femurfrakturen
Diese seltenen Frakturen deuten oft auf ein massives Trauma hin und sollten immer zusammen mit einem Kindertraumatologen behandelt werden.

Femursschaftfrakturen
Bei Kindern bis 4 Jahre können die Schaftfrakturen mittels Overhead-Extension (Bryant-Extension, 90° Flexion in der Hüfte, Reposition durch eigenes Körpergewicht) während 3–4 Wochen konservativ zur Reposition und Konsolidation gebracht werden. Bei älteren Kindern oder mangelnder Compliance ist die operative Versorgung mit 2 ESIN (bei Schrägfrakturen mit Endcaps) Standard geworden.

Unterschenkel

Proximale Tibiafraktur
Diese Fraktur im metaphysären Bereich der proximalen Tibia ist durch die Verbreitung von Trampolins in den letzten Jahren viel häufiger geworden. Meist handelt es sich um Stauchungsbrüche, die wenig anguliert sind und daher im Gips ausheilen können. Bei Beteiligung der Fuge müssen langfristige Kontrollen im Hinblick auf Achsabweichungen durchgeführt werden.

Unterschenkelschaftfraktur
Auch diese Frakturen können überwiegend konservativ mit einem gut sitzenden Gips behandelt werden. Im Rahmen der Stellungskontrolle kann gegebenenfalls mittels Keilung eine Varus/Valgus- und Ante/Retrokurvations-Deformität vermieden werden. Die typischen Torsionsbrüche der Tibia (z. B. durch Stürze beim Skifahren) sind meist durch den intakten Periostschlauch ausreichend stabil. Bei direkten Traumen (z. B. Kollision mit PKW) finden sich zum Teil mehrfragmentäre Brüche und erhebliche Weichteilverletzungen, sodass die Gefahr eines Kompartmentsyndroms besteht und die Patienten diesbezüglich überwacht werden müssen. Operativ stehen hier auch die ESIN-Technik und der Fixateur externe zur Verfügung.

Distale Tibiafraktur
Durch den exzentrischen Fugenverschluss kommt es hier in der Adoleszenz zu sogenannten Übergangsfrakturen mit einem Frakturverlauf in 2 bzw. 3 Ebenen (Twoplane und Triplane Fraktur). Undislozierte Frakturen werden konservativ versorgt, grösser als 2 mm dislozierte Brüche werden mittels 1–2 Schrauben reponiert und stabilisiert *(Abb. 10).*

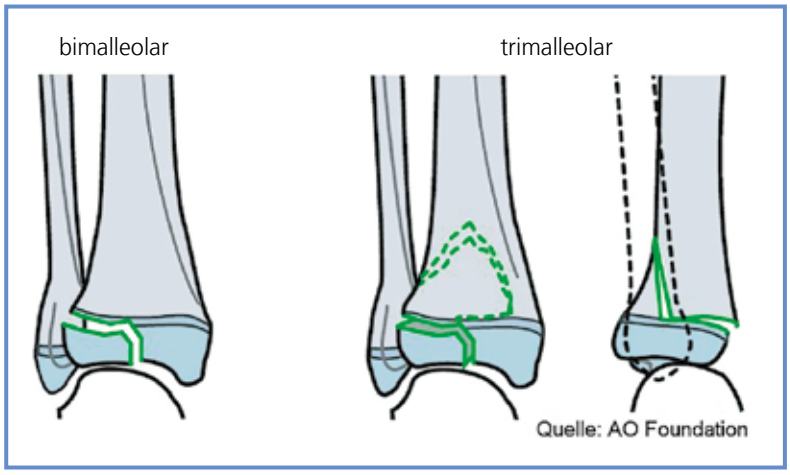


Abb. 10: Distale Tibiafraktur.

Malleolarfraktur
Im Bereich des OSGs finden sich entweder flake-artige ligamentäre Ausrissfrakturen der distalen Fibula oder häufiger Frakturen des Malleolus medialis. Nur bei erheblicher Dislokation oder intraartikulärer Stufe müssen diese Frakturen mittels Kirschnerdraht oder Schraube fixiert werden. Bei rein ligamentärer Verletzung durch Supinationstraumen kann ein Softcast-Gipsstiefel während der ersten Wochen und zu Beginn der Mobilisation hilfreich sein.

Zusammenfassend gilt für alle Frakturen des wachsenden Skeletts, dass unter Berücksichtigung der Korrekturpotenz anhand des Wachstumstadiums und der Lokalisation eine Über- oder Unterbehandlung vermieden werden kann. ■

LITERATUR

[1] An epidemiological evaluation of pediatric long bone fractures a retrospective cohort study of 2716 patients from two swiss tertiary pediatric hospitals. Joeris A et al., BMC Pediatr. 2014 Dec 20;14(1):314.
[2] Slongo TF, Audigé L, AO Pediatric Classification Group: Fracture and dislocation classification compendium for children: the AO pediatric comprehensive classification of long bone fractures (PCCF). J Orthop Trauma 2007 Nov– Dec; 21(10 Suppl): S135–160.
[3] Bado JL: The Monteggia lesion. Springfield: Thomas, 1962.

BILDMATERIAL:
Röntgenbilder: Universitätsinstitut für Diagnostische, Interventionelle und Pädiatrische Radiologie, Inselpital Bern.
Skizzen: AO pediatric comprehensive classification of long bone fractures, teilweise modifiziert, mit freundlicher Genehmigung der AO Foundation.

Aktuelles aus der Sportmedizin – Trampolinunfälle bei Kindern

Hohe Sprünge – schwere Stürze

Jeder von uns ist als Kind schon auf einer Bettmatratze herumgehüpft und hat dabei sehr viel Spass gehabt. Das Gefühl von Schwerelosigkeit, die Verstärkung der eigenen Kraft beim Absprung und die darauffolgende weiche Landung können ein grosses Glücksgefühl auslösen. Leider verführen solche Glücksmomente häufig zu immer mutigeren Sprüngen mit gelegentlich schweren Stürzen.

PETER KLIMEK,
KINDERCHIRURGIE,
KANTONSSPITAL AARAU
ENNO STRANZINGER,
UNIVERSITÄTSINSTITUT
FÜR DIAGNOSTISCHE,
INTERVENTIONELLE UND
PÄDIATRISCHE RADIOLOGIE,
INSELSPITAL BERN

DIESER ARTIKEL
ERSCHIEN IM
VSAO-JOURNAL
NR. 5/2014

Die Idee zur Entwicklung eines Trampolins entstand aus den Auffangnetzen der Zirkusartisten. Das moderne Trampolin, wie wir es heute kennen, erfand der amerikanische Turner George Nissen (1914–2010). Nissen realisierte, dass eine ähnliche Einrichtung wie im Zirkus komplexere Kunststücke ermöglichen würde. Nissen überzeugte sogar das Militär, dass sein Gerät Fallschirmspringern, Piloten und Tauchern helfen kann, eine bessere Kontrolle über ihren Körper und ihre Lage im Raum zu erhalten. Durch Einführung des Trampolinturnens an den olympischen Sommerspielen 2000 in Sydney gewannen Trampoline weiter an Popularität.

Nachdem Trampoline anfangs nur im professionellen Bereich eingesetzt wurden und für den privaten Gebrauch in den USA sogar verboten werden sollten (Eberl, 2009; Smith, 1998; Chalmers, 1994), kamen vor 20 Jahren die Gartentrampoline auf den europäischen Markt. Durch die zunehmende Beliebtheit und sinkenden Preise steigt seither die Anzahl der privaten Gartentrampoline und somit auch der Trampolinunfälle aktuell massiv an.

Zahlen sprechen für sich

Wegen der zunehmenden Unfallzahlen auch in der Schweiz wurde im Inselspital Bern in Zusammenarbeit mit der BFU (Beratungsstelle für Unfallverhütung) eine retrospektive Arbeit zu Gartentrampolinunfällen bei Kindern durchgeführt (Klimek, 2013). Die Auswertung der Daten bestätigte eine starke Zunahme der Unfälle seit 2003 *(Bild 1)*.

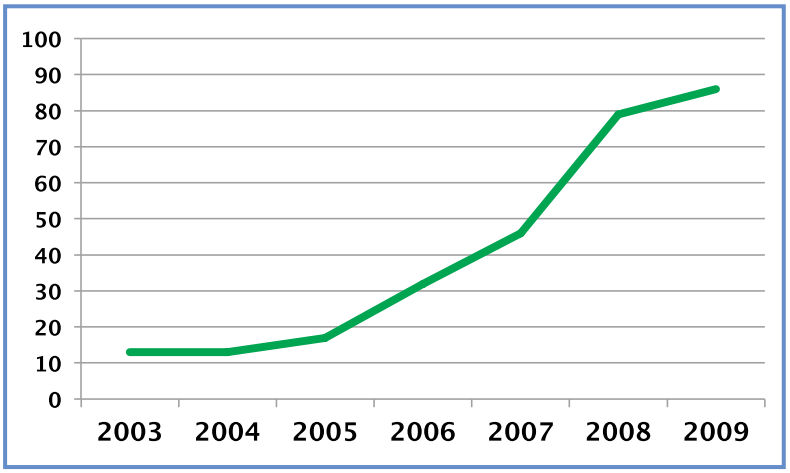


Bild 1: Anzahl der Gartentrampolinunfälle im Inselspital Bern im Jahr 2003–2009, n = 286).

In dieser Untersuchung wurden insgesamt 286 Unfälle registriert. Der Altersmedian lag bei sieben Jahren. In 81 Prozent der Fälle stand das Trampolin auf Gras, in 11 Prozent auf Asphalt oder Steinboden und in 4 Prozent auf Kies (4 Prozent andere).

26 Prozent der Verletzungen resultierten durch Sturz auf den Boden, 28 Prozent ereigneten sich auf der Sprungfläche und 13 Prozent am Rahmen des Trampolins. In 20 Prozent gab es eine Kollision mit einer anderen Person, in 13 Prozent der Fälle war die Ursache unbekannt.

Die meisten (mehr als 45 Prozent) der Unfälle passierten nach einer Spielzeit von 10 bis 20 Minuten. Vier von fünf der verletzten Kinder hatten eine Erfahrung von mehr als sechs Tagen. Kinder mit einer Erfahrung von mehr als 100 Tagen hatten ein kleineres Risiko für schwere Verletzungen.

In den meisten Fällen (44 Prozent) passierte ein Unfall auf einem Trampolin mit Sicherheitsnetz. In 69 Prozent der Fälle betrug der Trampolindurchmesser mehr als drei Meter.

Bei genauerer Untersuchung der Patientendaten und des an die Eltern verschickten Fragebogens zeigte sich, dass 75 Prozent der Kinder während eines Unfalls und 90 Prozent der Kinder, welche sich beim Unfall eine Fraktur zugezogen haben, nicht alleine auf dem Trampolin gesprungen sind.

Nur in 27 Prozent der Fälle waren die Eltern der Kinder beim Unfall anwesend.

Die meisten Unfälle führten zu Verletzungen an der oberen Extremität, gefolgt von Verletzungen der unteren Extremität.

Spezialfall Tibiafraktur

Interessanterweise wurde bei jüngeren Kindern zwischen zwei und fünf Jahren in 13 Prozent der Fälle eine proximale Tibiafraktur («Trampolinfraktur») diagnostiziert. Diese Fraktur ist normalerweise eine sehr seltene Fraktur im Kindesalter *(Bild 2)*.

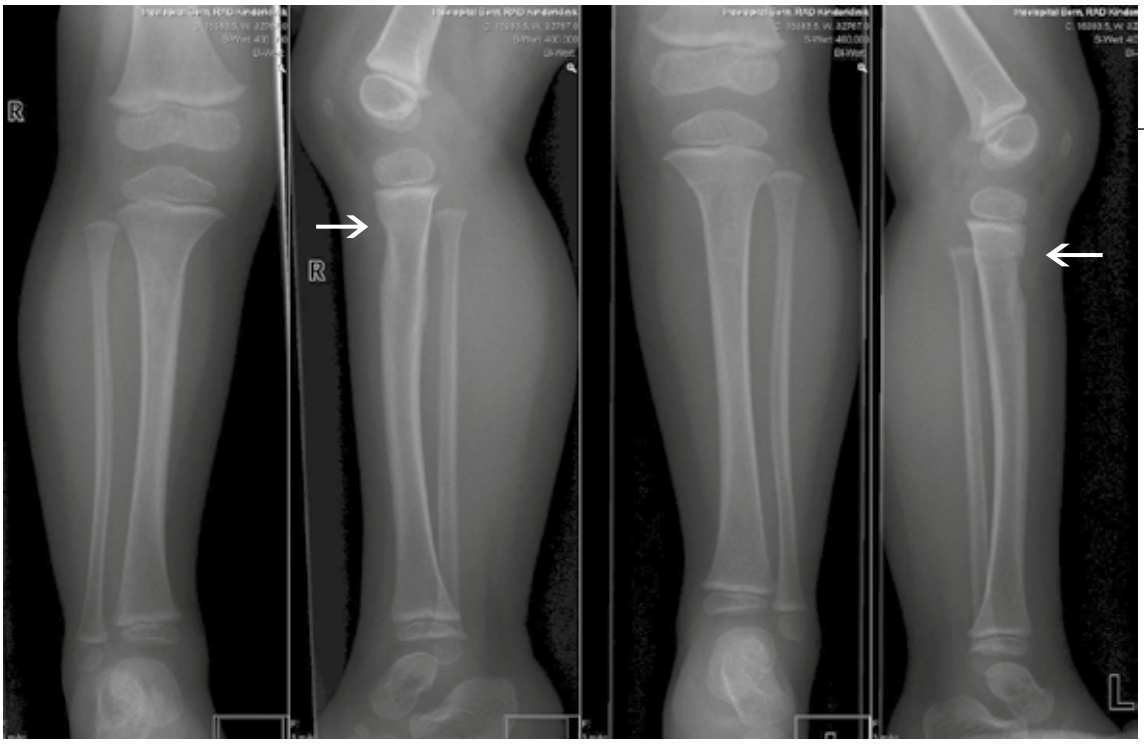


Bild 2: Zweijähriges Kind mit proximaler Tibiafraktur rechts und zwei Monate später erneut mit proximaler Tibiafraktur links auf einem Gartentrampolin (Pfeil). Beachte den vorderen Neigungswinkel der Tibiaepiphyse im seitlichen Strahlengang beidseits.

Bild 3: Zweijähriges Kind mit normaler linker Tibia. Der vordere Neigungswinkel beträgt – 4,5° und ist physiologisch nach hinten geneigt. Die Linien zeigen die Messmethode des vorderen Neigungswinkels im seitlichen Bild der Tibia.

Diese Fraktur entsteht vor allem, wenn ein schwereres Kind gerade abspringt und das kleinere Kind nun auf dieser nach oben schnellenden Fläche landet. Hierbei wirkt ein massiver, nach oben gerichteter Druck auf die Beine des nach unten fallenden Kleinkindes, und es kommt zur Hypertension des Kniegelenkes und Kompression der proximalen ventralen Tibia (Boyer, 1986).

Diese Fraktur kann schwer zu diagnostizieren sein und wird häufig (in unserer Untersuchung bis zu 25 Prozent) übersehen. Sie kann sich zum Teil ausschliesslich durch eine erhöhte Sklerose im Röntgenbild manifestieren (Schwischuk, 2009). Um die Diagnostik der proximalen Tibiafrakturen zu verbessern, wurde 2014 eine Folgestudie in Bern und Aarau durchgeführt (Stranzinger, 2014). Hierbei wurden die Winkel der Wachstumsfugen des Unterschenkels im seitlichen Strahlengang (vorderer Neigungswinkel, anterior tilt) bei Kindern ohne *(Bild 3)* und mit einer Trampolinfraktur gemessen und ausgewertet *(Bild 4).*

Der vordere Neigungswinkel der Epiphysenfugen beträgt bei gesunden Kleinkindern (zwei bis fünf Jahre) etwa – 3,2° SD +/– 2,8° und ist somit physiologisch nach hinten geneigt. Bei Kindern mit einer Trampolinfraktur ist dieser mit etwa + 4,4° SD +/– 2,9° nach vorne geneigt *(Bild 3, 4, 5).* Diese Differenz ist statistisch signifikant ($p < 0{,}0001$).

Da beim aktuellen Wissensstand Spätfolgen im Sinne von Wachstumsstörungen nicht ausgeschlossen werden können, sind adäquate Erstversorgung und weitere Verlaufskontrollen notwendig.

Wichtig ist, bei Schmerzen im Bereich der proximalen Tibia an eine «Trampolinfraktur» zu denken und diese auszuschliessen. Hierbei kann die Messung der Winkel der Epiphysenfugen als Hilfsmittel zur Diagnostik der proximalen Tibiafrakturen benutzt werden.

Warnhinweise beachten

Zusammenfassend sollten alle Eltern, die ein Gartentrampolin kaufen oder besitzen, als Erstes die Warnhinweise des Herstellers und der BFU befolgen.

Die Eltern sollten darauf hingewiesen werden, dass das unbeobachtete Spielen vor allem von Kleinkindern auf den Gartentrampolinen nicht ungefährlich ist und zu schwereren Verletzungen führen kann. Mehrere Kinder auf der Sprungfläche erhöhen vor allem für das leichtere und jüngste Kind das Unfallrisiko. Somit sollten die Kinder immer alleine auf einem Trampolin spielen. Die Eltern sollten die Kinder beim Spielen beaufsichtigen und das Trampolin nicht als «Babysitter» missbrauchen. Das Seitennetz ist sehr wichtig, schützt jedoch nicht vor schweren Verletzungen, sondern verführt sogar manchmal zu mutigeren Sprüngen.

Trotz der zunehmenden Unfälle auf den Gartentrampolinen ist es jedoch nicht das Ziel dieser Untersuchungen, das Spielen auf dem Trampolin zu verbieten, sondern die Eltern vor den möglichen Gefahren zu warnen und Tipps zu geben, wie Verletzungen minimiert werden können. Wir dürfen nicht vergessen, dass vor allem in der heutigen Zeit, in der Übergewicht ein zunehmendes Problem bei Kindern darstellt, das Spielen an der frischen Luft und auf dem Trampolin auch positive Effekte wie Kraftentwicklung, Verbesserung der Koordination, des Lage- und Raumsinns und des körperlichen Wohlbefindens hat. Zu guter Letzt macht es Spass, auf einem Trampolin zu hüpfen, und es gibt den Kindern ein gutes Selbstgefühl! ■

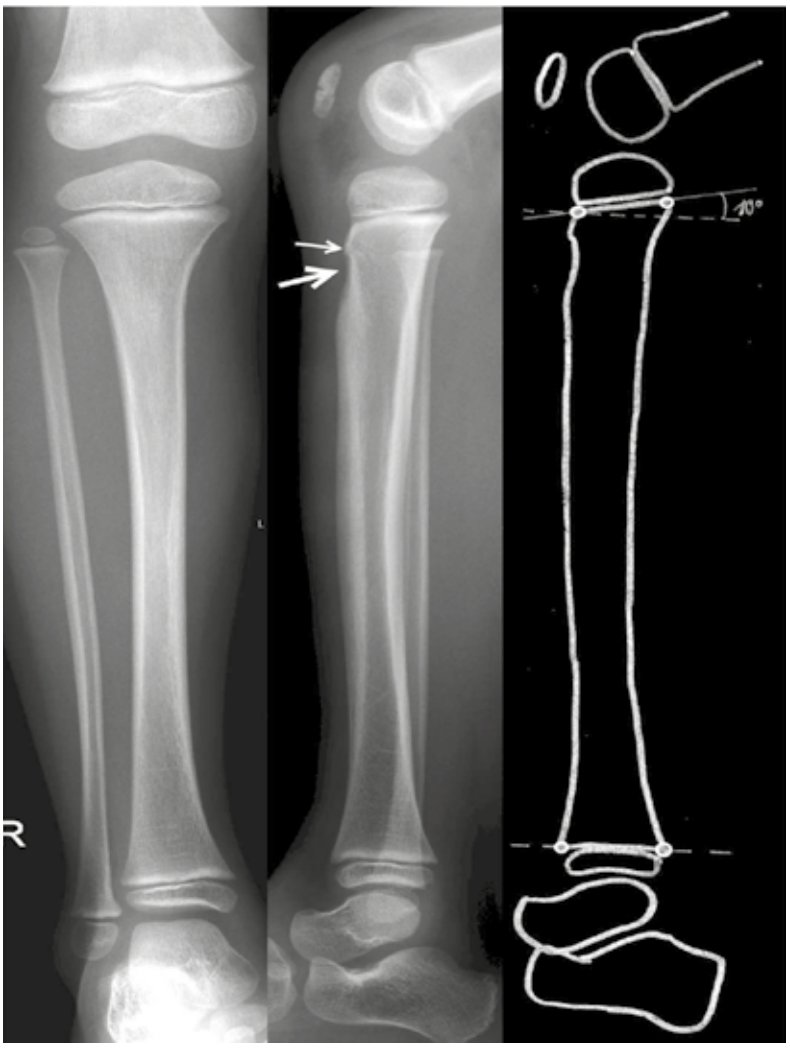


Bild 4: Fünfjähriges Kind mit einer Trampolinfraktur. Einknickung der vorderen Tibia (kleiner Pfeil) und Kerbe in der Tuberositas tibiae (grosser Pfeil). Der vordere Neigungswinkel beträgt +10°.

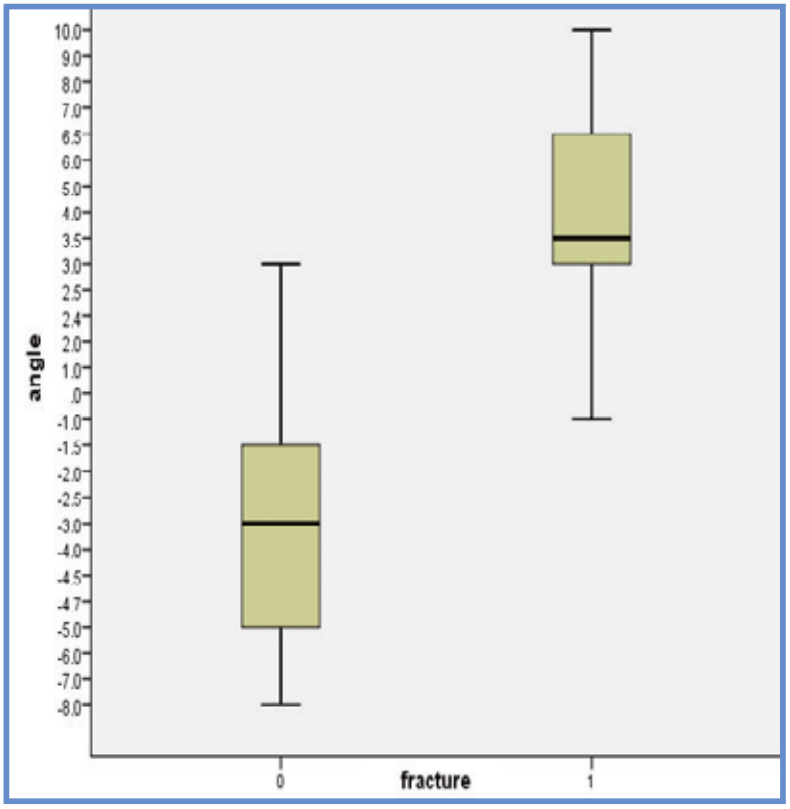


Bild 5: Box plot des Neigungswinkels der Tibia bei Kindern mit Trampolinfraktur (1) und ohne Fraktur (0), (n = 62, p < 0,0001).

LITERATURANGABEN:

Eberl R., Schalamon J., Singer G., Huber SS., Spitzer P., Höllwarth ME. Trampoline-related injuries in childhood. Eur J Pediatr 2009; 168:1171–1174.

Smith GA., Shields BJ. Trampoline-Related Injuries to Children. Arch Pediatr Adolesc Med 1998; 152:694–699.

Chalmers DJ., Hume PA., Wilson BD. Trampolines in New Zealand: a decade of injuries. Br J Sports Med 1994; 28:234–238.

Klimek PM., Juen D., Stranzinger E., Wolf R., Slongo T. Trampoline related injuries in children: risk factors and radiographic findings. World J Pediatr. 2013 May; 9(2):169–74.

Boyer RS., Jaffe RB., Nixon GW., Condon VR. Trampoline Fracture of the Proximal Tibia in Children. AJR 1986; 146:83–85.

Swischuk LE. Jumped off the trampoline: fell on knee: pain. Pediatr Emerg Care 25:366–7, 2009.

Stranzinger E., Leidolt L., Eich G., Klimek PM. The anterior tilt angle of the proximal tibia epiphyseal plate: A significant radiological finding in young children with trampoline fractures.

Eur J Radiol. 2014 Aug;83(8):1433–6. doi: 10.1016/j.ejrad.2014.05.013. Epub 2014 May 17.

Die selektive Nagelmatrixhorn-Phenolisierung – eine moderne Therapie bei Unguis incarnatus

DR. MED. GION G. TSCHARNER,
DERMATOLOGISCHE PRAXIS,
GUTENBERGSTRASSE 5,
3011 BERN, SCHWEIZ

Zusammenfassung:

Leider ist die Kocher'sche Keilexzision (Emmert-Plastik) immer noch eine weit verbreitete Therapie zur Behandlung des eingewachsenen Nagels (unguis incarnatus). Eigentlich ist diese Operation obsolet, denn oft hat sie ein entstellendes Resultat zur Folge, zudem treten auch häufiger Rezidive auf als bei der «minimal-invasiven» Phenolisierung der Nagelmatrix. Anhand von Bildern soll nun diese Technik der Nagelmatrixhorn-Phenolisation veranschaulicht und erklärt werden. Postoperative Schmerzen sind kaum vorhanden, der Patient kann sofort belasten und last but not least kann ein optimales ästhetisches Resultat erwartet werden.

KORRESPONDENZ-ADRESSE DES AUTORS:
Dr. med. Gion G. Tscharner
Dermatologie und
Venerologie FMH,
Lasermedizin FMCH / SGML
Gutenbergstrasse 5
3011 Bern
E-Mail: gion.tscharner@hin.ch

Einleitung:

Die Entstehung des Unguis incarnatus (Onychocryptosis) wird häufig durch zu enges Schuhwerk oder falsche Nagelpflege begünstigt, selten durch ossäre Veränderungen. Meist sind die Grosszehen betroffen, wobei hier das Problem sowohl am medialen als auch am lateralen Nagelwall *(Abb. 1)* auftreten kann. Dabei drückt sich der seitliche Nagelrand tief in den Nagelfalz hinein. Der Patient schneidet die Nagelecken ab, um den schmerzhaften Druck zu beseitigen, dabei bleibt aber in der Tiefe ein Nagelsporn übrig, der sich beim Vorwachsen in den Nagelwall einbohrt. Die Folgen sind eine Entzündungsreaktion mit Schwellung und im Verlauf die Bildung einer Hypergranulation («wildes Fleisch»). Fast immer leiden die Patienten unter starken Schmerzen. Besteht ein bakterieller Infekt, so sollte dieser mit lokal desinfizierenden Massnahmen (z. B. Fussbad mit verdünntem Betadine) und allenfalls systemisch mit Antibiotika behandelt werden. Nur wenn solche konservativen Therapiemassnahmen nicht zur anhaltenden Abheilung führen oder Rezidive auftreten, sollte ein operativer Eingriff in Erwägung gezogen werden.

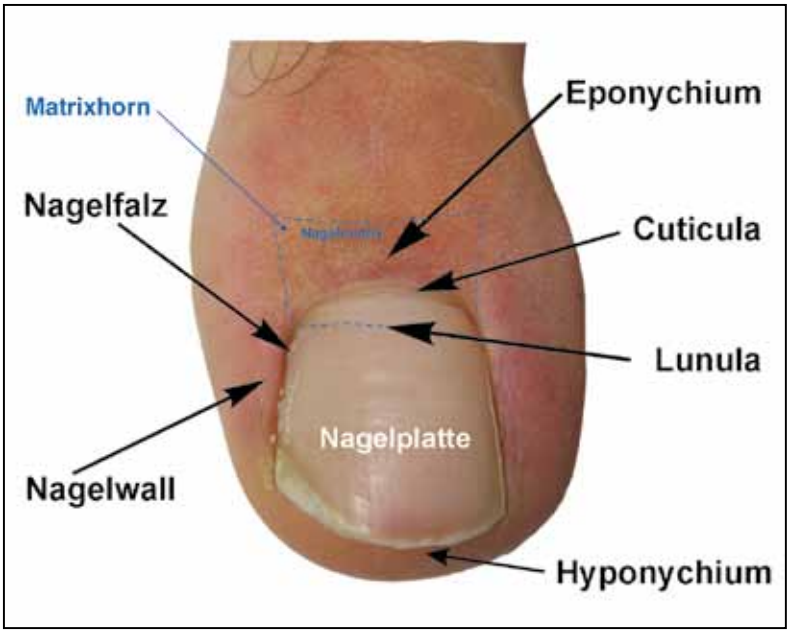


Abb. 1

Die selektive Phenolkaustik der Nagelmatrixhörner

Unser männlicher Patient ist 17-jährig und weist sowohl einen lateralen als auch medialen unguis incarnatus auf *(Abb. 2)*. Nach Anlegen einer Oberst-Leitungsanästhesie und chirurgischer Desinfektion des Fusses wird ein steriler Handschuh über den ganzen Fuss gezogen. Beim zu operierenden Zeh wird die Fingerspitze (wenige mm) des Handschuhs abgeschnitten und gegen proximal zurückgerollt. Dabei entsteht eine mässige Blutleere, sodass später das Phenol nicht durch Blutungen «neutralisiert» wird *(Abb. 3)*. Mit einer Spezialschere wird ein schmaler Nagelstreifen an

Abb. 2

Abb. 3

Abb. 4

Abb. 5

Abb. 6

Abb. 7

Abb. 8

der medialen Grosszehe bis zur Cuticula eingeschnitten *(Abb. 4),* medialer und proximaler Nagelwall werden mit dem Elevatorium von der Nagelplatte stumpf abgelöst *(Abb. 5),* dann wird der Nagelstreifen weiterhin bis in die Nagelmatrix eingeschnitten *(Abb. 6),* ohne die Haut des Nagelwalls zu verletzen (wichtiger Unterschied zur Emmert-Plastik). Der mediale Nagelstreifen wird ebenfalls mit dem Elevatorium vom darunterliegenden Nagelbett abgelöst *(Abb. 7)* und kann dann

Abb. 9

Abb. 10

problemlos mit z. B. einem Nadelhalter in toto, also unter Mitnahme des Matrixhorns, entfernt werden *(Abb. 8, 9).* Gleiches Vorgehen an der Grosszehe lateral *(Abb. 10).* Falls Granulationsgewebe vorhanden ist, kann dieses mit dem Skalpell oder elektrochirurgisch abgetragen werden. Etwas Watte wird an der Spitze einer feinen chirurgischen Pinzette (Adson) aufgerollt und mit wenigen Tropfen Phenolum liquefactum 85% befeuchtet *(Abb. 11).* Dieser Wattetupfer wird in die offene Lücke unter dem proximalen Nagelwall eingeführt, und mit Drehbewegungen und starkem Druck wird das Matrixhorn koaguliert. Die Phenolisation dauert je nach Anwender 2 × 90 sec oder 3 × 60 sec. Die Drehbewegung erfolgt dabei zur Nagelplatte hin *(Abb. 12, 13),* damit die verbleibende Nagelplatte nicht vom Nagelbett abgehoben wird und das Phenol so nicht zur medianen Nagelmatrix vordringen kann. Phenol hat sehr gute Koagulationseigenschaften (für die optimale Wirkung ist aber eine Blutleere erforderlich), ist zudem ein potentes Desinfektionsmittel und hat postoperativ eine anästhesierende Wirkung (Stunden bis 1 Tag). Die durch das Phenol leicht verätzten Hautanteile des Nagelwalls *(Abb. 14)* erholen sich innerhalb von wenigen Tagen. Zuletzt wird die Stauung gelöst, eine antiseptische Crème (z. B. Flammazine oder Ialugen Plus) dick aufge-

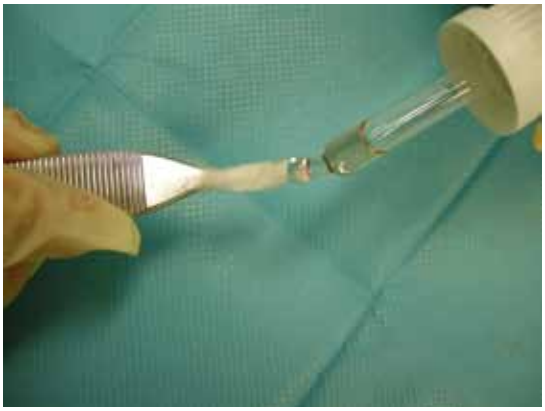


Abb. 11

Abb. 12

Abb. 13

Abb. 14

Abb. 15

Abb. 16

Abb. 17

Abb. 18

Abb. 19

tragen und die Zehe verbunden *(Abb. 15)*. Die antiseptische Behandlung sollte über 2–3 Wochen durchgeführt werden. Weitere Bilder zeigen den Heilungsverlauf nach 3 Tagen *(Abb. 16)*, nach 6 Wochen *(Abb. 17)*, nach 6 Monaten *(Abb. 18)* und nach 1 Jahr *(Abb. 19)*.

Schlussfolgerung:

Die selektive Matrixhorn-Kauterisierung mit Phenolum liquefactum ist eine technisch sehr einfache, schnelle (15–20 min.) und sichere (weniger als 2% Rezidive) Behandlungsmethode des eingewachsenen Nagels. Auch bei Kindern kann diese Technik problemlos angewendet werden, sobald sie kooperativ sind. Verglichen mit der Kocher'schen Keilexzision sind die Patienten nach Phenolkaustik meist rascher beschwerdefrei (1–2 Tage), brauchen keine Gehstöcke und fehlen üblicherweise nicht in der Schule, zudem ist die Wundheilung viel schneller, und es zeigt sich ein schönes Endresultat (andere Beispiele aus meiner Praxis, *Abb. 20, 21)*, sodass die Füsse (offene Schuhe, Badeanstalt) nicht versteckt werden müssen. Die Kocher'sche Keilexzision sollte hingegen nicht mehr angewendet werden – Nageldystrophien mit schmerzhaften Spiculae nach Kocher-(Rezidiv-)Operationen (wie in *Abb. 22* ersichtlich) können weitgehend vermieden werden. ■

Abb. 20a

Abb. 20b

Abb. 21a

Abb. 21b

DANKSAGUNG:
Ein herzliches Dankeschön geht an den Patienten (TvW) für die Erlaubnis zur Publikation seiner Fotos sowie für die etlichen Praxisbesuche zwecks Fotodokumentation.

LITERATUR:

– Haneke E., Controversies in the treatment of ingrown nails, Dermatol Res Pract. 2012; 2012:783924. doi: 10.1155/2012/783924. Epub 2012 May 20.
– Haneke E, Ingrown and pincer nails: evaluation and treatment, Dermatol Therapy, Vol 15, 2002, 148–158.
– Eekhof JA et al.: Interventions for ingrowing toenails. Cochrane Database Syst Rev 2012; 4: CD001541.
– Saleem Islam et al, The ef fect of phenol on ingrown toenail excision in children, Journal of Pediatric Surgery (2005) 40, 290–292.
– Karaca et al, Treatment of Ingrown Toenail With Proximolateral Matrix Partial Excision and Matrix Phenolization, Annals of familiy medicine, Vol. 10, No. 6 F, 11-12/2012.
– Vaccari S et al, Partial Excision of Matrix and Phenolic Ablation for the Treatment of Ingrowing Toenail: A 36-Month Follow-Up of 197 Treated Patients, Dermatol Surg 2010;36:1288–1293.
– Löser C, Nagelchirurgie bei Kindern, Hautarzt 2014 · 65:321–326.

Abb. 22

Die Wundversorgung

Bei kleinen Kindern machen Kopfverletzungen den Hauptanteil der notfallmässigen Konsultationen aus. Jede erlittene Verletzung geht beim Kind mit Angst und Schmerzen einher. Es ist deshalb wichtig, die Kinder zu trösten, zu beruhigen und eine angenehme Umgebung für Untersuchung und Behandlung zu schaffen. Ruhige Eltern beruhigen auch ihr Kind. Eine frühzeitige Verabreichung analgetisch wirkender Medikamente ist in allen Fällen anzustreben. Schmerzhafte Verrichtung und Unbehagen sollten möglichst vermieden werden. Jedes Kind soll fachgerecht versorgt werden. Dabei ist auf eine möglichst schonende Art zu achten. Zur Erleichterung des Behandlungsablaufs sollten die Eltern unbedingt miteinbezogen werden.

DR. MED.
GUIDO BAUMGARTNER
OSTSCHWEIZER KINDERSPITAL
LEITENDER ARZT NOTFALLAUFNAHME
STV. CHEFARZT KINDER- UND JUGENDCHIRURGIE

Die Platzwunde, hervorgerufen durch stumpfe Gewalt, mit unregelmässigen Wundrändern ist die häufigste offene Wundart.

Diese Art Wunde sollte mit einer Naht versorgt werden. Ist nur eine einzelne Naht notwendig, kann auf eine Lokalanästhesie verzichtet werden. Wichtig ist, dass die Wunde zwischen den Knoten heilt.

Somit sollen die Wundränder nur locker adaptiert werden. Je nach Lokalisation der Wunde sollten unterschiedlich dicke Fäden verwendet werden. Meistens kann mit einem nicht resorbierbaren, monofilen Faden der Stärke 4-0 genäht werden. Im Gesicht ist gelegentlich ein feineres Nahtmaterial, 5-0 bzw. 6-0, empfehlenswert *(Tab. 1)*.

TAB. 1: NAHTMATERIAL

Ort der Verletzung	Fadenstärke von nicht resorbierbarem Material
• Behaarter Kopf	3-0 bis 4-0
• Gesicht	5-0 bis 6-0
• Stamm	4-0
• Extremitäten	3-0 bis 4-0

Nicht kontaminierte Wunden sind nach 24 Stunden verklebt und es besteht ein Schutz vor bakterieller Penetration. Sofern die Fäden nicht in der Nähe von Schleimhäuten sind, sollen sie abgedeckt werden, da die Enden jucken oder stören und von den Kindern manipuliert werden können. Nach erfolgter Wundversorgung besteht eine unterschiedliche Reissfestigkeit je nach Lokalisation und Durchblutung der Wunde. Am Kopf entsteht schneller eine Festigkeit als an den Extremitäten *(Tab. 2)*.

TAB. 2: WUNDVERSORGUNG

Reissfestigkeit einer Wunde	Fadenentfernung nach
• Gesicht und Hals ab 5 Tagen	• 7 – 10 Tagen
• Thorax und Oberbauch ab 10 Tagen	• 10 – 12 Tagen
• Unterbauch und Leistenregion ab 8 Tagen	• 7 – 10 Tagen
• Arm und Hand ab 10 Tagen	• 10 Tagen
• Bein und Fuss ab 12 Tagen	• 10 – 14 Tagen

Eine frühzeitige Überbeanspruchung, welche zu einer Verbreiterung der Narbe oder zu einer sekundären Wunddehiszenz führen kann, ist zu vermeiden.

Merke:

■ Bei Kindern das Nahtmaterial am Kopf und im Gesicht nicht vor 7 Tagen entfernen, da sich die Kinder häufig mit dem Kopf anstossen und so eine frische Wunde wieder aufplatzen kann.

Besteht eine Verletzung an der Lippe mit Überschreiten der Lippenrot/Lippenweiss-Grenze, sollte unbedingt darauf geachtet werden, dass bei der Wundversorgung eine exakte Wiederherstellung dieser Grenze erfolgt.

Bei Kindern ist dies meistens nicht ohne Narkose durchführbar. Verletzungen der Mundschleimhaut, solang sie nicht klaffen oder stark bluten, bedürfen keiner Wundversorgung. Biss- oder Schnittverletzungen an der Zunge müssen dann genäht werden, wenn sie klaffend oder randständig sind; dies zur Vermeidung von Taschenbildung und von Wundgranulomen. Zur Wundnaht wird ein resorbierbares Fadenmaterial verwendet. Die Knoten werden mit versenkter Technik gesetzt. Meistens ist solch eine Wundversorgung nur in Allgemeinnarkose möglich.

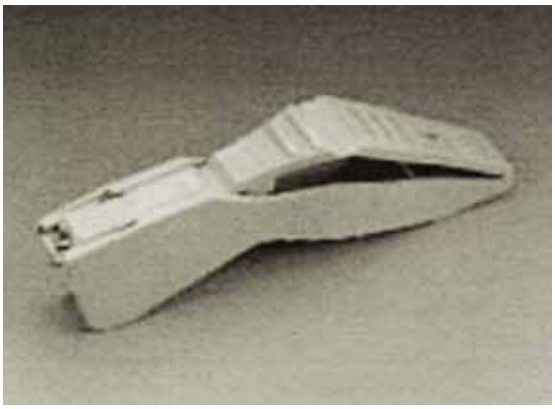
Nicht blutende und ohne grosse Spannung adaptierbare Wunden können mit einem Wundkleber (Cyanoacrylat) readaptiert werden. Diese Art der Wundversorgung ist dann sehr günstig, wenn damit eine Narkose erspart werden kann.

Vorsicht ist geboten in der Nähe von Schleimhäuten. Der Kleber darf weder in den Wundgrund gebracht werden (Fremdkörperreaktion) noch Kontakt haben mit Augenbindehäuten oder den Lippen (Verätzung). Die Haftwirkung ist wie die eines Sekundenklebers. Mit Azeton können Kleberückstände entfernt oder zusammengeklebte Gewebeteile getrennt werden. Diese Art Wundversorgung muss nicht vor Wasser geschützt werden. Nach ungefähr einer Woche löst sich der Klebestoff ab. Vorher sollte nicht über die Wundfläche gerieben werde, da sonst eine sekundäre Dehiszenz auftreten könnte.

Merke:

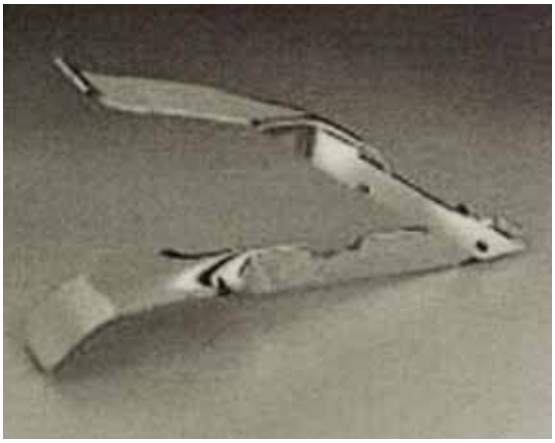
- Wundkleber dürfen auf keinen Fall in Kontakt mit einer Schleim- oder Bindehaut kommen.

In der behaarten Kopfhaut ist es möglich, kleinere Wunden auch mit Hautklammern zu verschliessen.



Dazu ist in der Regel keine Lokalanästhesie notwendig. Zu beachten ist, dass für die Entfernung der Klammern ein Klammer-Entfernungsgerät von Vorteil ist.

Zu überprüfen ist immer auch der Tetanusschutz. Hier ist das Vorgehen nach dem Schweizerischen Impfplan zu empfehlen.



Die Lokalanästhesie

Muss eine Infiltration mit einem Lokalanästhetikum erfolgen, so soll dieses v-förmig unter die Wundränder gespritzt werden.

Alternativ kann auch die Infiltrationsanästhesie aus der Wunde heraus unter die Wundränder gespritzt werden.

Dies ist etwas weniger schmerzhaft. Wird das Lokalanästhetikum mit Natrium-Bicarbonat (1 ml Na-Bic 8,4% mit 9 ml Lokalanästhetikum) versetzt, kann das Brennen beim Applizieren verhindert werden. An geeigneter Stelle kann eine Wundversorgung mithilfe einer Leitungsanästhesie erfolgen, dies vor allem an Fingern und Zehen. Zu beachten ist hier, dass kein mit Adrenalin versetztes Lokalanästhetikum verwendet werden darf, wegen möglicher Nekrosegefahr im Endstromgebiet. Ganz wichtig beim Arbeiten mit Lokalanästhetika ist die Geduld. Die Medikamente benötigen Zeit, um ihre Wirkung entfalten zu können. Damit der Arzt selber sich die Zeit nimmt, ist es von Vorteil, zuerst die Lokalanästhesie zu setzen und anschliessend alles für die Wundversorgung vorzubereiten. Zu beachten ist, dass die Applikation in einem genügend grossen Abstand vom Wundrand erfolgt, damit das Nähen auch wirklich schmerzfrei durchgeführt werden kann.

Eine weitere Möglichkeit der Lokalanästhesie kann mit Lidocain-Gel durchgeführt. Hier ist aber die Einwirkdauer wesentlich länger (30–45 Minuten)

Um eine Wundversorgung ohne Narkose aber in einer doch einigermassen ruhigen Atmosphäre durchführen zu können, ist es unter Umständen notwendig, Dormicum® rectal (0,5 mg/kgKG), mit einem Lokalanästhetikum zu kombinieren

Merke:

- Die Injektion des Lokalanästhetikums langsam durchführen, damit der Druckschmerz möglichst vermieden werden kann.
- 2–3 Minuten warten, bis das Lokalanästhetikum seine Wirkung entfaltet hat.

KORRESPONDENZADRESSE DES AUTORS:
DR. MED. GUIDO BAUMGARTNER
CLAUDIUSSTRASSE 6, CH-9006 ST. GALLEN
TELEFON +41 (0)71 243 72 14
GUIDO.BAUMGARTNER@KISPISG.CH, WWW.KISPISG.CH

Am 29. Oktober 2015 findet in Winterthur ein Workshop mit praktischen Übungen zu diesem Thema statt. Der 2. Teil der Veranstaltung widmet sich der Frakturbehandlung im Kindesalter; ebenfalls mit praktischen Übungen.
Referent: Dr. med. Guido Baumgartner.

Akupunktur in der kinderärztlichen Praxis

21.–22. November 2014

DR. MED. REGULA ZIEGLER-BÜRGI,
KÜSNACHT

Mercedes Ogal und Sabine Schierl, beide Fachärztinnen für Kinder und Jugendliche und Dozentinnen für Akupunktur der DÄGFA, hatten für diesen 1. Akupunktur Grundkurs exklusiv Kinderärzte eingeladen. An zwei schönen Herbsttagen, im Alterszentrum Hottingen in Zürich, durften wir uns über ein grossartiges, aber auch ehrgeiziges Programm freuen. In China dauert ein vollständiges TCM- (Traditionelle Chinesische Medizin) Studium 8 Jahre, hier im Westen müssen Mediziner immerhin noch 3 Jahre zur Ausbildung in TCM investieren.

Zwei Tage, um uns vereinzelte praktische, im Alltag anwendbare Akupunkturkenntnisse zu vermitteln. Es hiess also: konzentriert arbeiten, auswendig lernen, die Mantren der Leitbahnen im Sprechchor wiederholen – bis wir sie alle intus hatten.

Didaktisch gut aufgebaut gab es eine kurze Einführung in die Geschichte und die Grundstrukturen der TCM. Zur Diagnostik werden alle Sinne eingesetzt und der Patient wird einer Wesens- und Konstitutionsbetrachtung unterzogen.

In anschaulichen Bildern ist uns das Prinzip des Qi (gespr. «tschi») – es kann nur unzulänglich mit Lebensenergie übersetzt werden – nähergebracht worden: Mit einer Basisausrüstung an Ur-Qi kommen wir zur Welt. Ist diese Energie einmal aufgebraucht, sterben wir. Das Ur-Qi kann nicht erneuert werden, es verbraucht sich aber bei guter Lebensführung nur sehr langsam. Mit adäquater Nahrung und über die Atmung wird das Qi gepflegt und genährt. Hier erkennen wir Lebensweisheiten, die uns von den Grosseltern her vertraut sind: lieber gekochte als rohe Nahrung, genügend Wärme, Pausen, Bewegung an der frischen Luft, Rhythmus , Rituale und Ruhe nähren das Qi.

Die Anwendung für Akupunktur in der pädiatrischen Praxis ist mannigfaltig und kann Erfolg versprechend eingesetzt werden bei: Schmerzen aller Art, Schlaf- und Essproblemen, Nabelkoliken, Verdauungsstörungen, Allergien, Hautproblemen, HNO-Erkrankungen, funktionellen Störungen, um nur einige der Indikationen zu nennen.

Dann folgte der praktische Teil: Um die richtigen Akupunkturpunkte zu finden, braucht es einige Grundkenntnis über die Leitbahnen. Dies sind empirisch über lange Zeit beobachtete und reflektierte Zusammenhänge im Energiefluss. Hier hiess es auswendig lernen. Wir haben dies in Form von mantra-artigen Sprechchören erledigt, was mir das Gefühl gab, in einer chinesischen Landschule zu sitzen und nach alter Pädagogik geschult zu werden – eine interessante Erfahrung mit einem überraschend erfolgreichen Resultat. Am Ende der beiden Tage konnte wohl ein jeder von uns die Leitbahnen im Schlaf benennen. Ohne Berührungsängste haben wir uns daran gemacht, einzelne Punkte auf den Leitbahnen an uns selber und an KollegInnen zu identifizieren und mithilfe feinster Nadeln zu stechen oder zu stimulieren. Wird die Nadel durch ein kleines Plastikröhrchen auf die Haut aufgesetzt und appliziert, spüre selbst ich als ausgeprägte «Nadelphobikerin» nicht den geringsten Schmerz.

Wir lernten, dass es bei Kindern nur sehr kurze Akupunkturbehandlungszeiten braucht, dass im Wesentlichen eine Wirkung bereits mit «rein-raus» erzielt wird. Da Kinder über grosse Regenerationskräfte verfügen, reichen oft wenige Behandlungen aus für sehr gute Ergebnisse.

Den Menschen einmal ganz anders, rein energetisch, zu betrachten war ein Erlebnis, das bei mir bleibende Spuren hinterlassen hat. Die Möglichkeit, mit geringem Aufwand und ohne Nebenwirkungen eine Wirkung zu erzielen, hat mich inspiriert. Persönlich habe ich mir drei Punkte mitgenommen, die ich vorerst an mir selber und an Freiwilligen anwenden werde. Ich hoffe auf eine Wiederholung dieses äusserst interessanten Angebotes, welches ich als Horizonterweiterung oder als Sprungbrett in ein neues Gebiet wärmstens empfehlen kann. ■

Neuropädiatrie – ein Update

DR. MED. ULRIKE KRAMER,
RICHTERSWIL

Dieser Kurs hat es in sich: Kopfschmerzen, Neuroophthalmologie, Fieberkrämpfe, Epilepsie und Entwicklungsstörungen kommen als geballte, spannende Ladung auf einen zu.

Unerschöpflich ist das Thema Fieberkrampf, gemeinhin harmlos, erfordert er dennoch ein genaues Hinschauen, da er gelegentlich v. a. bei Säuglingen und Kleinkindern infolge einer Meningitis/Enzephalitis auch letal enden kann. Ein Fieberkrampf im Rahmen einer zuvor erfolgten Impfung sollte nicht dazu verleiten, bei der nächsten Impfung prophylaktisch Antipyretika zu geben, da diese die Impftiter beeinflussen können. Eine paradoxe Reaktion auf Midazolam, seltener Diazepam, zeigt sich in einem Opisthotonus mit Spontanbabinski, v. a. im Alter von 8–24 Monaten, der sich innerhalb von ca. 30 Minuten spontan zurückbildet oder auch mit Akineton behandelt werden kann.

In Abgrenzung dazu die echten epileptischen Anfälle mit ihren wichtigsten Anfallstypen. Ein ausgedehntes «Krampflabor» in der Praxis macht wenig Sinn und die Indikation für eine Bildgebung ist selten gegeben. Bei typischen anamnestischen Angaben lässt sich bereits ein bestimmter Anfallstypus vermuten. Die antikonvulsive Therapie ist komplex und in stetem Wandel. Interessanterweise lassen sich akute epileptische Anfälle zu fast 50% durch eine einfache Manipulation mit dem Finger am Nasenseptumsteg unterbrechen. Differentialdiagnostisch werden Affektkrämpfe, hysterische Anfälle im Jugendalter, Synkopen und andere exotischere «Zuckungen» vorgestellt.

Eine gute Übersicht über die Entwicklungsstörungen gibt uns jetzt Anleitung für ein strukturiertes Vorgehen in einer Abklärungssituation. Genetische Untersuchungen mittels CGH-Array werden zunehmend eingesetzt und klären bis zu 10% der bis anhin unklaren Fälle.

Die beiden Referenten Thomas Schmitt-Mechelke und Florian Bauder führten uns lebhaft und temporeich, sehr interaktiv und anschaulich durch zahlreiche, z. T. sehr eindrückliche Videobeispiele und mit speziellen Hinweisen auf Pitfalls durch diesen Fortbildungstag. Lockere Cartoons nach dem Mittag gaben dem üblichen Durchhänger keine Chance. Zum Schluss konnten wir mit den Referenten anhand von Fallbeispielen in kriminalistischer Manier kreuz und quer durch das Neurokranium sausen, um den gesuchten neurologischen Defekt auf der richtigen Etage aufzuspüren. Dieses ist nicht unbedingt tägliche Praxisarbeit, aber auf jeden Fall unterhaltsam und anregend.

Von Katharina Wyss freundlich-bestimmt durchs straffe Programm geführt und mit feinem Brainfood in den Pausen aktiviert, war dieser Kurs ein sehr lohnenswerter Ausflug in die Neuropädiatrie. Sehr empfehlenswert! ■

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

BEITRITTSERKLÄRUNG

Ich melde mich an als

☐ ordentliches Mitglied (Pädiatrie FMH mit Praxistätigkeit), CHF 300.–/Jahr

☐ ausserordentliches Mitglied (Fachärzte anderer Gebiete, Assistent/-innen, Kliniker), CHF 150.–/Jahr

Vorname, Name

Titel

Facharzt

Adresse

PLZ/Ort

Telefon Praxis Telefon Privat

Fax E-Mail

Datum/Unterschrift:

Schwerpunkte in meiner Praxistätigkeit:

Vorschläge für Projekte im Rahmen von Kinderärzte Schweiz:

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

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

KURSE KINDERÄRZTE SCHWEIZ

Workshop Kinesio Taping 2015

Referenten: Stephanie Müller, Sportphysiotherapeutin, Dr. med. Markus Renggli, Sportmediziner
Ort: Zürich
Datum: Donnerstag, 18. Juni 2015
Kosten: CHF 400.– (CHF 500.– für Nichtmitglieder)

Reanimationskurs 2014 – für das Praxisteam (Ärzte und MPAs)

Leitung: Dr. med. G. Staubli, Leiter Notfallstation Kinderspital Zürich
Ort: Zürich
Datum: Donnerstag, 24. September 2015
Kosten: CHF 400.– (CHF 500.– für Nichtmitglieder)

Wundversorgungskurs und Frakturbehandlung in der pädiatrischen Praxis

Referent: Dr. med. Guido Baumgartner
Ort: Winterthur
Datum: Donnerstag, 29 . Oktober 2015
Kosten: CHF 400.– (CHF 500.– für Nichtmitglieder)

Endokrinologie

Referenten: Prof. Dr. P. Mullis, Dr. med. P. Tonella
Ort: Luzern
Datum: Donnerstag, 12. November 2015
Kosten: CHF 400.– (CHF 500.– für Nichtmitglieder)

Kinder- und Jugendgynäkologie in der pädiatrischen Praxis – ein Update

Referentinnen: Dr. med. Ruth Draths, Dr. med. Irene Dingeldein
Ort: Luzern
Datum: Donnerstag, 19. November 2015
Kosten: CHF 400.– (CHF 500.– für Nichtmitglieder)

Allergie im pädiatrischen Alltag

Eine Zusammenarbeit zwischen Kinderärzte Schweiz und CK-CARE (Christine Kühne – Center for Allergy Research and Education).

Die Kurse «Allergie im pädiatrischen Alltag» sind sehr begehrt und immer innert Kürze ausgebucht – nach unserem letzten Rundmail vom 12. Februar kamen die Interessenten nach nur gerade 6 Stunden auf die Warteliste. Dies veranlasste CK-CARE und KIS, leicht versetzt einen zweiten Kurs anzubieten:

Referenten / Referentin Prof. Dr. med. Roger Lauener, Dr. med. Michael Hitzler, Dr. med. Claudia Müller

Datum/Ort: Block 1: 2./3. Juni 2016, Thalwil
Block 2: 24./25. November 2016, Davos
Block 3: 30./31. März 2017, Meisterschwanden

Kosten: CHF 2400.– (CHF 3000.– für Nichtmitglieder) für 3 Blöcke

Wir müssen unsere Mitglieder leider darauf hinweisen, dass weitere Allergie-Kurse nach diesen beiden Kursen nicht vor 2017 stattfinden können. Wir danken für Ihr Verständnis und hoffen, dass Sie in diesem nächsten Kurs Ihren gewünschten Platz finden werden.

Details zu den Kursen und Anmeldung:

http://www.kinderaerzteschweiz.ch/Kursagenda/kinderaerzte

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.kinderaerzteschweiz.ch/Kursagenda/kinderaerzte

FORTBILDUNGSNACHWEIS

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

ULTRASCHALLKURSE

Grund- und Aufbaukurs Hüftsonografie

Leitung: Dr. med. Thomas Baumann, Solothurn
Ort: Solothurn
Datum: 8.–10. April 2015
Kosten: CHF 1400.– (CHF 1500.– für Nichtmitglieder)

Aufbaukurs pädiatrische Sonografie

Leitung: Dr. med. Johannes Greisser, Aarberg
Ort: Aarberg
Datum: 8./9. Mai 2015
Kosten: CHF 900.– (CHF 1000.– für Nichtmitglieder)

10. Workshop in pädiatrischer Sonografie

Leitung: Dr. med. Johannes Greisser, Aarberg
Ort: Aarberg
Datum: 18. Juni 2015
Kosten: CHF 250.– für Fachärzte, CHF 150.– für Assistenzärzte

Abschlusskurs pädiatrische Sonografie

Leitung: Dr. med. Raoul Schmid
Ort: offen
Datum: 6./7. November 2015
Kosten: CHF 900.– (CHF 1000.– für Nichtmitglieder)

Abschlusskurs Hüftsonografie

Leitung: Dr. med. Thomas Baumann, Solothurn
Ort: Solothurn
Datum: 13./14. November 2015
Kosten: CHF 800.– (CHF 900.– für Nichtmitglieder)

Refresherkurs Hüftsonografie

Leitung: Dr. med. Thomas Baumann, Solothurn
Ort: Solothurn
Datum: 14. November 2015
Kosten: CHF 300.– (CHF 400.– für Nichtmitglieder)

WEITERE INFORMATIONEN ZU DEN KURSEN SOWIE ANMELDUNG: http://www.svupp.ch/Kursagenda

neo-angin® junior hilft Kindern bei Halsschmerzen.

neo-angin®

Kassen-zulässig

ab 6 J.

ab 12 J.

ab 12 J.
(Kinder 6–12 J. auf ärztliche Verschreibung)

DG
DOETSCH GRETHER AG · BASEL

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

Sono Quiz – don't miss!

DR. MED. RAOUL SCHMID, BAAR

Gesunder, klinisch unauffälliger Knabe am 2. Lebenstag. Entbindung per Sectio aus Becken-Endlage. Die Hüftgelenke sind symmetrisch gut abspreizbar. Die Untersuchung wird in der Liegeschale gemäss den Vorgaben von Prof. Graf durchgeführt.

Beurteilen Sie die Bildqualität durch Brauchbarkeitsprüfung, Befundung und Typeneinteilung! Massnahme?

Anmerkung zur Technik: die unterschiedliche Bildqualität (härtere vs weichere Zeichnung) ist durch die Anwahl zweier verschiedener Zuordnungs-Skalen der Graustufen, sogenannter «gray maps», bedingt. Vergleichen Sie und wählen Sie an Ihrem Gerät die Ihnen zusagende Voreinstellung (preset)!

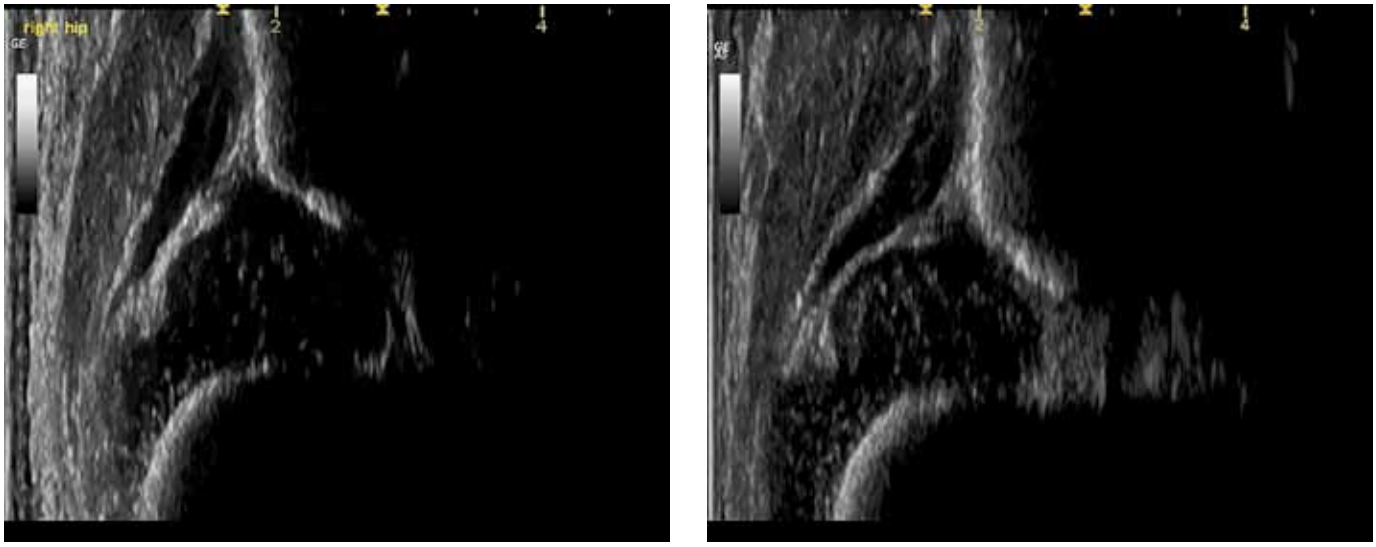


Abb. 1a/1b: rechtes Hüftgelenk.

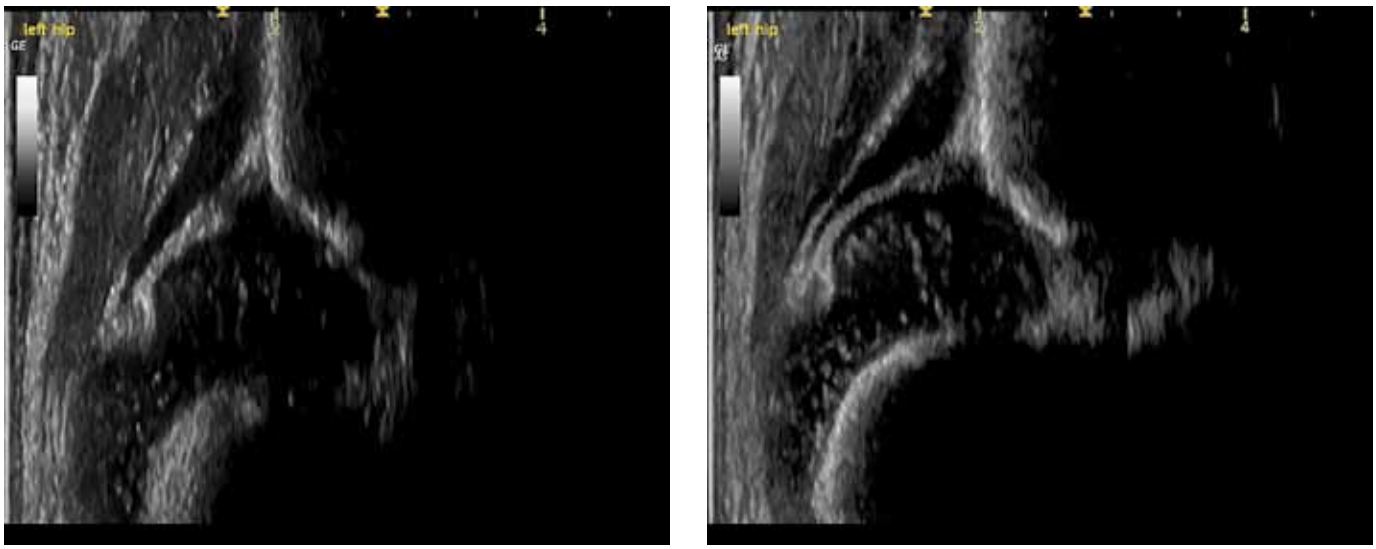


Abb. 2a/2b: linkes Hüftgelenk.

Auflösung des Sono-Quiz

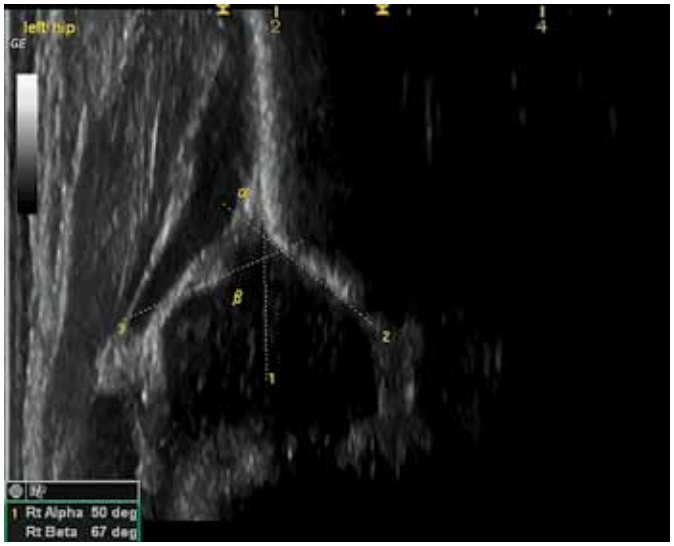
Die Untersuchung findet nach BEL in den ersten Lebenstagen statt. Auf beiden Seiten ist klar ersichtlich, dass eine Laxität der Gelenkkapsel besteht, welche dem Femurkopf erheblichen Bewegungsspielraum bietet. Natürlich ist die von Graf definierte Standardebene nicht die einzige Bewegungsebene. Durch Muskelzug kann der Kopf nach ventral-cranial bewegt werden und es resultiert eine gut darstellbare «Instabilität» mit Lateralisierung des Kopfes.

Ein «Stresstest» mit axialem Druck oder Zug am Femur ist meist gar nicht notwendig und wird vom Autor und von der SVUPP auch nicht empfohlen! Es reicht, die Position des Femurkopfes bei Spontanbewegungen (Flexion/Extension) gut zu beobachten. In den ersten 2 Lebenswochen ist dieses Phänomen bei nicht-Typ 1 Hüften nicht selten zu sehen und kann durchaus Schwierigkeiten bei der Morphometrie bereiten *(Abb. 4 a/b* zur Illustration, cave: unterschiedliche Messwerte!). Wer Früh-Sonographien in den ersten Lebenstagen durchführt, muss sich dieses Umstandes bewusst sein und eine allfällige Instabilität dokumentieren und beschreiben. Die mögliche Konsequenz kann je nach Typeneinteilung eine Abspreizbehandlung sein – oder eine (kurzfristige) Kontrolle. Im günstigen Fall sollte die Kapsellaxizität nach 2–3 Wochen verschwunden und der Femurkopf gut in der Pfanne gehalten sein.

Im vorliegenden Fall habe ich beidseits einen Typ D diagnostiziert und das Neugeborene mit Tübinger-Schiene behandelt.

Abb. 3.

Abb. 4a/4b.



Deskription:

- Rechte Hüfte *(Abb. 3):* mangelhafte knöcherne Form, knöcherner Erker rund, knorpliger Erker gerade noch übergreifend. Winkel α 46°, β 90°.
- Linke Hüfte *(Abb. 4a/4b):* knöcherne Form hochgradig mangelhaft, knöcherner Erker rund, knorpliger Erker verdrängt. Winkel α 47°, $\beta > 90°$.

Von fünf Angstbären und drei kleinen Eulen – 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, er habe im Fall gar keine Angst mehr, und überhaupt, Monster gebe es ja gar nicht!

Fünf Angstbären und ein unheimlicher Gast

Und Familie Bär? In der Nacht, während eines heftigen Sturms, schleichen nach und nach alle drei kleinen Bären ins grosse Bärenbett. Denn draussen, da steht bestimmt ein Monster: Es heult und pfeift, grummelt und knurrt, hat grosse Hörner und steht direkt vor der Tür. Im Elternbett schlafen die kleinen Bären behaglich weiter. Nur Vater Bär kann nicht mehr schlafen, so sehr fürchtet er sich vor dem Monster.

Als ihn Mutter Bär nach draussen schickt um nachzusehen, bläst der Sturm die Höhlentüre auf. Im Licht der Blitze steht das Monster vor der Tür! Vater Bär springt mit einem grossen Satz unter das Bärenbett.

«Ich bin kein Monster, ich bin ein Elch», sagt der Elch und bittet um Unterschlupf, weil der Sturm sein Haus weggeblasen hat.
(Fünf Angstbären und ein unheimlicher Gast,
Paul Bright und Jane Chapman, Loewe Verlag,
ISBN 978-3-7855-6585-8)

Ich will meine Mami!

Keine Angst vor Monstern haben die kleinen drei Eulen, als sie in der Nacht plötzlich erwachen und Mutter Eule nicht mehr im Nest ist. Aber sie vermissen ihre Mutter sehr und versuchen sich gegenseitig zu trösten, bis Mutter Eule endlich von der Mäusejagd zurückkehrt. Schliesslich kommen Eulenmütter immer wieder zurück ins Nest!
(Ich will meine Mami!
Martin Waddell und Patrick Benson,
Süddeutsche Zeitung
Junge Bibliothek für JAKO-O,
ISBN 978-3-86615-864-1) ■

Babies – Schutz durch Pertussis-Boosterimpfungen des Umfelds[1,2]

Boostrix® – 1 Impfdosis = 3-facher Schutz

boostrix®

Referenzen: 1. Arzneimittelinformation Boostrix®, www.swissmedicinfo.ch. **2.** Bundesamt für Gesundheit. Optimierung der Auffrischimpfungen gegen Diphtherie, Tetanus und Pertussis (dT/dTpa) bei Erwachsenen. Bull BAG 2011; Nr. 51: 1161-1171.

Boostrix®, kombinierter Diphtherie-Tetanus-azellulärer Pertussis-Impfstoff (dTpa). W: Diphtherie-Toxoid, Tetanus-Toxoid, Pertussis-Toxoid, filamentöses Hämagglutinin von *B. pertussis*, Pertactin von *B. pertussis*. I: Boosterimpfung gegen Diphtherie, Tetanus und Pertussis von Personen ab dem 4. Geburtstag. Nicht zur Grundimmunisierung verwenden! **D/A:** Eine Impfdosis zu 0,5 ml. 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. **WV:** Wenn nach einer vorherigen Impfung mit einem Pertussis-enthaltenden Impfstoff folgende Ereignisse aufgetreten sind, sollte die Entscheidung zur Gabe des Impfstoffes sorgfältig abgewogen werden: Temperatur ≥ 40.0°C innerhalb von 48 Stunden nach der Impfung ohne sonst erkennbare Ursache, Kollaps oder schockähnlicher Zustand (hypotonisch-hyporesponsive Episode) innerhalb von 48 Stunden nach der Impfung, oder anhaltendes, untröstliches Schreien über mehr als 3 Stunden innerhalb von 48 Stunden nach der Impfung, oder Krampfanfälle mit oder ohne Fieber innerhalb der ersten 3 Tage nach der Impfung. Bei Thrombozytopenie oder Blutgerinnungsstörung, Risiko von Blutung nach i.m.-Injektionen. **IA:** Wenn als nötig erachtet, kann Boostrix gleichzeitig mit anderen Impfstoffen oder Immunglobulinen – jeweils an einer anderen Injektionsstelle – angewendet werden. **UW:** *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 °C bis +8 °C lagern. Nicht einfrieren. **P:** Fertigspritze mit separat beigelegter Nadel, x1 und x10. **AK:** B. **Stand der Information:** März 2014. GlaxoSmithKline AG. Ausführliche Angaben finden Sie unter www.swissmedicinfo.ch. Unerwünschte Arzneimittelwirkungen melden Sie bitte unter pv.swiss@gsk.com.

CH/BOO/0004/13(1)

GlaxoSmithKline AG
Talstrasse 3–5
CH-3053 Münchenbuchsee