



## JUBILÄUMSTAGUNG 2015



Auf Basis aktueller Erkenntnisse unserer ENP<sup>1</sup>-Forschung zur Prägung durch frühkindliche Ernährung und mehr als 30 Jahren Wissen über Muttermilch setzen wir **einen neuen Standard für Milchnahrungen**.

Eine einzigartige Nährstoffkombination und der höchste LCPs<sup>2</sup>-Gehalt aller Säuglingsmilchnahrungen<sup>3</sup> bringen nachhaltige Vorteile auf die Entwicklung von Stoffwechsel<sup>4-6</sup>, Immunsystem<sup>7</sup> und Gehirn<sup>8</sup>.

## Aptamil Profutura – Heute für morgen

**NUR ERHÄLTlich IN APOTHEKEN UND DROGERIEN**



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

<sup>1</sup>ENP (Early-life Nutritional Programming): Programmierung durch frühkindliche Ernährung.  
<sup>2</sup>Langkettige, mehrfach ungesättigte Fettsäuren. <sup>3</sup>Marktbeobachtung Juli 2014. <sup>4</sup>Forsyth JS et al. (2003). BMJ 326:953-7, 1-5.; <sup>5</sup>Liu L et al. (2014). J Lipid Res 55(3):531-9 <sup>6</sup>Wijendran V et al. (2002). Pediatr Res.; 51(3):265-272 <sup>7</sup>Arslanoglu S et al.(2008). J Nutr. 138:1091-5 <sup>8</sup>Willatts P et al. (2013). Am J Clin Nutr 98 (suppl):536S-42S





## 5 EDITORIAL

### INTERN

- 6 Nur heisse Luft?

### MITGLIEDERVERSAMMLUNG

- 9 Die Mitgliederversammlung in Kürze  
9 Portrait Raffael Guggenheim

### JUBILÄUMSTAGUNG 2015

- 10 20 Jahre Kinderärzte Schweiz  
13 Am Puls der Praxispädiatrie –  
Bericht von einer Interview-Reise  
15 Kinderärztinnen und Kinderärzte – wichtige  
Partner für die medizinische Grundversorgung

### KURSE/WORKSHOPS/FORTBILDUNGEN

- 37 Kurse KIS  
37 Sascha und die goldene Flöte von Herbert Suter

### SVUPP

- 38 Mitgliederversammlung 2015 – Neues Vorstandsmitglied  
38 Ultraschallkurse

## IMPRESSUM

### REDAKTIONSTEAM:

Dr. Matthias Furter, Kleinandelfingen;  
Dr. Stefanie Gissler Wyss, Neuendorf;  
Dr. Raffael Guggenheim, Zürich (Leitung);  
Dr. Cyril Lüdin, MuttENZ; Dr. Carsten Peters, Frauenfeld;  
Dr. Nadia Sauter Oes, Winterthur; Dr. Kerstin Walter, Bern;  
Dr. Regula Ziegler-Bürgi, Küsnacht; Sylvia Locher, Geschäftsstelle

### HERAUSGEBERIN:

Verlag Praxispädiatrie GmbH, Badenerstrasse 21, 8004 Zürich

### ABO:

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

### TITELBILD:

Illustration von Kerstin Walter, Bern

### 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. Cyril Lüdin, cyril@luedin.eu

### GRAFIK, SATZ UND DRUCK:

Vogt-Schild Druck AG, CH-4552 Derendingen  
Auflage: 1450 Expl.  
Nächste Ausgabe: 01/2016  
Redaktionsschluss: 2. Februar 2016

## JUBILÄUMSTAGUNG 2015 – WORKSHOPS

- 17 Atopische Dermatitis  
18 Ernährung Kleinkinder  
19 Adipositas therapie – «Keine dicken Versprechungen»  
20 Neuropädiatrisches Brainstorming: Fälle und Fallen  
im Praxisalltag  
21 Sportmedizin für die Praxis  
22 Die zauberhafte Kinderarztpraxis – «Mit Feengeist und  
Zauberpuste»  
23 So kann es funktionieren! Lösungsfokussiertes Arbeiten  
bei funktionellen Beschwerden  
24 Autismus – nah und doch fern  
25 No Stress mit der Life Balance  
26 Pubertät: Krise oder Wandel – oder beides?  
27 Symposium «Phytotherapie in der Pädiatrie – ein Überblick»  
28 Atopische Dermatitis heute  
29 Pädiatrische Gastroenterologie im praktischen Alltag:  
Past-Present-Future  
31 Blut heute – was der Pädiater in der Praxis wissen muss  
32 Recht und Unrecht in der Praxis – keine Angst vor der Justiz  
35 Interaktion im Migrationskontext – Unterstützungs-  
angebote für Kinderärztinnen und Kinderärzte

**Die folgenden Seiten sind nur in elektronischer Form verfügbar und daher mit einem «e» bezeichnet. Bitte benützen Sie dazu den Link:**

**<http://www.kinderaerzteschweiz.ch/Publikationen/>**

### Verbandszeitschrift-Kinderärzte.Schweiz

- e41 Einstieg in die Praxissonografie – do it yourself!  
e42 Manuelle Untersuchung und Therapiemassnahmen  
für Praxispädiater  
e43 Neonatologie für Praxispädiater  
e44 Fieber – Ursachen, Auswirkungen, Management  
e45 Asthma bronchiale 2015 – Phänotypisierung und  
individuelle Behandlung  
e46 Wundversorgung bei Kindern im klinischen Alltag  
e47 Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen  
e48 Gesundheitscoaching: Wie motiviere ich Kinder und  
Jugendliche zu gesünderem Lebensstil?  
e49 Konfliktmanagement in der Arztpraxis  
e50 Visuelle Wahrnehmung und Wahrnehmungsprobleme –  
Konzepte für die Praxis  
e51 Komplementärmedizin in der Pädiatrie – die Quintessenz  
bewährter Verfahren in der täglichen Praxis  
e52 Zu klein? – zu gross? – zu dicker Hals?  
Update in pädiatrischer Endokrinologie  
e54 ADHS – rationale medikamentöse Therapie  
e55 Fragebögen, Scores, Entwicklungstests –  
was ist brauchbar für die Praxis?  
e56 Vorsorge-ABC für MPAs



## ■ HABEN SIE ANREGUNGEN, KRITIK ODER LOB?

Dann schicken Sie uns eine E-Mail an:

**info@kinderaerzteschweiz.ch**

Wir freuen uns.



# Rechtzeitig geimpft für die nächste Saison.

Die 1. und 2. Teilimpfung in der kalten Jahreszeit, die 3. Teilimpfung vor Beginn der Zeckenaktivität (Frühling).<sup>1</sup>

## Standard-Schema<sup>1</sup>



Beachten Sie auch die offizielle Impfempfehlung des BAG<sup>2</sup>

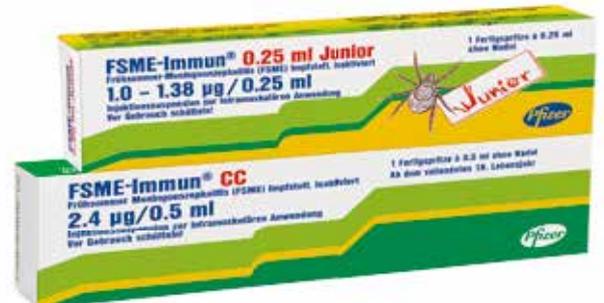
## FSME-IMMUN<sup>®</sup> CC und FSME-IMMUN<sup>®</sup> 0.25 ml Junior:

- Gezeigte Wirksamkeit von 99%<sup>3</sup>
- Hohe Immunantwort in allen Altersgruppen<sup>4,5</sup>
- Im Allgemeinen gute Verträglichkeit<sup>3-5</sup>



<sup>1</sup>Frühsommer Meningoenzephalitis \*Personen > 50 Jahre: Auffrischungsimpfung alle 3 Jahre **1.** Aktuelle FSME-Immun<sup>®</sup> CC und FSME-Immun<sup>®</sup> 0.25ml Junior Fachinformation auf [www.swissmedinfo.ch](http://www.swissmedinfo.ch). **2.** BAG Bulletin; 2006;13:225-231. **3.** Heinz FX, et al. Field effectiveness of vaccination against tick-borne encephalitis, Vaccine 25 (2007);7559-7567. **4.** Jilková E, et al. Serological response to tick-borne encephalitis (TBE) vaccination in the elderly - results from an observational study. Expert Opinion on Biological Therapy 2009;7:797-803. **5.** Loew-Baselli A, et al. Prevention of tick-borne encephalitis by FSME-IMMUN<sup>®</sup> vaccines: Review of a clinical development programme. Vaccine 2011;29:7307-7319. **FSME-Immun<sup>®</sup> 0.25ml Junior** (Frühsommer-Meningoenzephalitis-(FSME)-Virus (inaktiviert) **I:** Aktive (prophylaktische) Immunisierung gegen die durch Zecken übertragene Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) bei Kindern vom vollendeten 1. Geburtstag bis zum vollendeten 16. Geburtstag, die sich dauernd oder vorübergehend in FSME-Endemiegebieten aufhalten. **D:** Grundimmunisierung: 3 Dosen à 0.25ml i.m.: 1. Teilimpfung am Tag 0, 2. Teilimpfung 1-3 Monate nach 1. Teilimpfung, 3. Teilimpfung 5-12 Monate nach 2. Teilimpfung. Schnellimmunisierungsverfahren möglich: 1. Teilimpfung am Tag 0, 2. Teilimpfung nach 14 Tagen, 3. Teilimpfung 5-12 Monate nach 2. Teilimpfung. **Auffrischung:** 1. Auffrischungsimpfung 3 Jahre nach letzter Impfung, alle weiteren Auffrischungsimpfungen 5 Jahre nach letzter Impfung. **KI:** Überempfindlichkeit auf den Wirkstoff, auf einen der Hilfsstoffe oder auf Produktionsrückstände, schwere Überempfindlichkeit auf den Wirkstoff, auf einen der Hilfsstoffe oder auf Produktionsrückstände, schwere Überempfindlichkeit auf Ei- und Hühnereweiss, Kreuzallergien mit anderen Aminoglykosiden als Neomycin und Gentamycin beachten. Akute fieberhafte Infekte. **V:** Fieberreaktionen möglich, bei Bedarf fiebersenkende Prophylaxe oder Behandlung einleiten. Nicht intravaskulär verabreichen. Überwachung u. geeignete med. Versorgung für seltenen Fall einer anaphylaktischen Reaktion gewährleisten. Vorsicht bei Allergie gegen Hühnereweiss, bei bekannter oder vermuteter Autoimmunerkrankung, zerebraler Erkrankung, Epilepsie (erhöhte Frequenz von Krampfanfällen). Bei Personen mit geschwächter Immunabwehr kann Immunantwort beeinträchtigt sein. Falsch positive Ergebnisse möglich bei serologischen Tests zur Bestimmung der Notwendigkeit einer Auffrischung. Verschlebung der Impfung bei akuten klinischen Erkrankungen (mit/ohne Fieber). **IA:** Es liegen keine Studien zu Wechselwirkungen mit anderen Impfstoffen vor. **UW:** Kopfschmerzen, Schmerzen und Spannungsgefühl an der Impfstelle, Fieber, Anorexie (vermindertes Appetit), Unruhe (bei Kindern von 1-5 Jahren), Schlaflosigkeit, Übelkeit, Erbrechen, Myalgie, Schwellung, Verhärtung und Erythem an der Impfstelle, Müdigkeit und allgemeines Krankheitsgefühl (bei Kindern von 6-15 Jahren), u.a. **P:** 1x0.25ml und 10x0.25ml Suspension zur i.m. Injektion in Fertigspritze. Verkaufskategorie B. **Zulassungsinhaber:** Pfizer AG, Schärenmoosstrasse 99, 8052 Zürich. Ausführliche Informationen siehe Arzneimittel-Fachinformation unter [www.swissmedinfo.ch](http://www.swissmedinfo.ch). (V001) **FSME-Immun<sup>®</sup> CC** (Frühsommer-Meningoenzephalitis-(FSME)-Virus (inaktiviert) **I:** Aktive (prophylaktische) Immunisierung gegen die durch Zecken übertragene Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) bei Personen ab dem vollendeten 16. Lebensjahr, die sich dauernd oder vorübergehend in FSME-Endemiegebieten

aufhalten. **D:** Grundimmunisierung: 3 Dosen à 0.5ml i.m.: 1. Teilimpfung am Tag 0, 2. Teilimpfung 1-3 Monate nach 1. Teilimpfung, 3. Teilimpfung 5-12 Monate nach 2. Teilimpfung. Schnellimmunisierungsverfahren möglich: 1. Teilimpfung am Tag 0, 2. Teilimpfung nach 14 Tagen, 3. Teilimpfung 5-12 Monate nach 2. Teilimpfung. **Auffrischung:** 1. Auffrischungsimpfung 3 Jahre nach letzter Impfung, alle weiteren Auffrischungsimpfungen 5 Jahre (Personen 16-49 Jahre), respektive 3 Jahre (Personen > 50 Jahre) nach letzter Impfung. **KI:** Überempfindlichkeit auf den Wirkstoff, auf einen der Hilfsstoffe, oder auf Produktionsrückstände, schwere Überempfindlichkeit auf Ei- und Hühnereweiss, Kreuzallergien mit anderen Aminoglykosiden als Neomycin und Gentamycin beachten. Akute fieberhafte Infekte. **V:** Nicht intravaskulär verabreichen. Überwachung u. geeignete med. Versorgung für seltenen Fall einer anaphylaktischen Reaktion gewährleisten. Vorsicht bei Allergie gegen Hühnereweiss, bei bekannter oder vermuteter Autoimmunerkrankung, zerebraler Erkrankung, Epilepsie (erhöhte Frequenz von Krampfanfällen). Bei Personen mit geschwächter Immunabwehr kann Immunantwort beeinträchtigt sein. Falsch positive Ergebnisse möglich bei serologischen Tests zur Bestimmung der Notwendigkeit einer Auffrischung. Verschlebung der Impfung bei akuten klinischen Erkrankungen (mit/ohne Fieber). **IA:** Es liegen keine Studien zu Wechselwirkungen mit anderen Impfstoffen vor. **UW:** Schmerzen und Spannungsgefühl an der Injektionsstelle, Kopfschmerzen, Übelkeit, Myalgie, Arthralgie, Müdigkeit, allgemeines Krankheitsgefühl u.a. **P:** 1x0.5ml und 10x0.5ml Suspension zur i.m. Injektion in Fertigspritze. Verkaufskategorie B. **Zulassungsinhaber:** Pfizer AG, Schärenmoosstrasse 99, 8052 Zürich. Ausführliche Informationen siehe Arzneimittel-Fachinformation unter [www.swissmedinfo.ch](http://www.swissmedinfo.ch). (V001)





DR. MED. RAFFAEL GUGGENHEIM, ZÜRICH

Liebe Leserinnen und Leser

Mit einer unglaublich reichhaltigen Jubiläumstagung haben wir diesen September das zwanzigjährige Bestehen vom Forum Praxipädiatrie/Kinderärzte Schweiz zum Thema «Pädiatrie – mit Leib und Seele» gefeiert. Inmitten einer neuen Umgebung erlebten wir zwei wundervolle, aber auch intensive Tage mit unzähligen Workshops, einem State-of-the-Art Festvortrag und einem politisch pointierten Hauptvortrag sowie dem freudig-unterhaltsamen Jubiläumsdinner mit Tanz bis in die späten Nachtstunden. Ziel unserer Jubiläumstagungsausgabe kann es nicht sein, über alles und jedes zu berichten, sondern den Lesern die freudige Feststimmung und einige Highlights der Vorträge und Workshops zu vermitteln. Dazu beschreiten wir in dieser Ausgabe ein wenig Neuland, indem wir ausgewählte Artikel zu Workshops in der Print-Ausgabe veröffentlichen, während andere – platzbedingt – elektronisch erscheinen werden. Im Inhaltsverzeichnis findet Ihr – wie von anderen Journals gewohnt – alle Artikel aufgelistet. Wir hoffen, dass sich dieses Konzept bewährt und freuen uns auf Euer Feedback dazu.

Eine solche Ausgabe kann nur in Zusammenarbeit mit vielen Helfern entstehen. Danken möchte ich hier allen Autorinnen und Autoren – insbesondere auch den vielen MPAs –, welche sich die Zeit genommen haben, uns einen schönen Einblick in die einzelnen Workshops zu verschaffen. Eine grosse Überraschung sind die tollen Skizzen und Zeichnungen von Kerstin Walter, welche mit feiner Feder die Stimmung der Jubiläumstagung und Themen der Workshops erfasst hat. Kerstin – wir freuen uns mit Deinen Kunstwerken und danken Dir dafür! Schliesslich gehört hier auch der Dank an Dich, liebe Sylvia, die Du unsere Redaktionskommission stets unkompliziert und kompetent unterstützt und ohne Deinen

*Wir erlebten zwei wundervolle, aber auch intensive Tage mit unzähligen Workshops, einem State-of-the-Art Festvortrag und einem politisch pointierten Hauptvortrag.*

Einsatz die Zeitung wohl nie zeitgerecht erschienen wäre. In der Redaktion haben wir erfreulicherweise zwei neue Helfer: This Furter und Regula Ziegler. Wir freuen uns auf die gemeinsame Arbeit und danken Euch fürs Mitmachen. Schliesslich gab es einen kleinen Wechsel in der Leitung: Carsten Peters hat nach mehrjähriger Leitung dieses Amt an mich, Raffael Guggenheim, übergeben. Carsten, Du hast unser Team stets klar und kollegial geführt und mir daher auch die Freude und Zuversicht gegeben, dies in den nächsten Jahren weiterzuführen. Vielen Dank für Deinen grossen Einsatz und auch dafür, dass Du weiter in der Redaktion dabei bist.

So – und jetzt genug geschrieben und jetzt gilt: Türe auf für eine Ausgabe mit Leib und Seele!

Ich wünsche Euch beim Lesen Viel Vergnügen!

*Raffael Guggenheim*

## Nur heisse Luft?

**DR. MED. HEIDI  
ZINGELER FUHRER,**  
CO-PRÄSIDENTIN,  
UNTERVAZ

Unsere Jubiläumsjahrestagung «Mit Leib und Seele – 20 Jahre Kinderärzte Schweiz» gehört schon der Vergangenheit an. Wir sind nach 20 Jahren den Kinderschuhen entwachsen und schreiten mündig den Weg voran.

Als Kinder- und Jugendärzte haben wir einen ganz wunderbaren Beruf mit unzähligen Facetten. Noldi Bächler hat uns diese eindrücklich und ganz wunderschön «mit Leib und Seele» mit seinem Hauptreferat an unserem Jubiläum vor Augen geführt.

### *Wer von euch ist davon unberührt geblieben?*

Kinderärzte Schweiz setzt sich seit seiner Gründung für den Berufsstand der Praxispädiater ein. Dabei werden auch neue Wege beschritten.

Vor einem Jahr haben wir über eine Einladung beim Bundesamt für Gesundheit respektive der Projektgruppe Bildung und Forschung berichtet. Dort wurden die Anliegen der Pädiater schon damals gehört. Das BAG ist sich unserer Bedeutung bewusst und erwartet von uns mehr Engagement für unsere eigenen Interessen. Es fordert uns zur Versorgungsforschung auf. Die Türen der



Institute für Hausarztmedizin stehen uns offen. Wir wurden und werden ermuntert, uns vielfältig einzubringen.

### *Auf was warten wir?*

Das berufspolitische Pflaster ist für viele gänzlich unbekannt. Der Vortrag von Catherine Gasser war nicht nur eine Gelegenheit, berufspolitische Luft zu schnuppern, sondern hat uns auch geradewegs die Tür ins Hotel Bern, dem Sitz des Eidgenössischen Departements des Innern geöffnet. Wer hätte gedacht, dass KIS je eingeladen würde, gemeinsam mit Bundesrat Berset am Tisch zu sitzen? Gemeinsam nach Lösungen zu suchen, wie wir zusammen unsere heutige gute Grundversorgung trotz aktuellem Nachwuchsmangel aufrechterhalten können?

Alle grossen Player sind am Tisch gesessen: 10 alleine aus dem Bundesamt für Gesundheit (BAG), dem Generalsekretariat des Eidgenössischen Departements des Innern (GS-EDI), der Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) und 20 Gäste: Curafutura, Curaviva (nationaler Dachverband Heime/soziale Institutionen), FMH, der Gemeindeverband, H+ (Spitäler), Odamed (Organi-



Das OK der Jubiläumstagung (ohne Katharina Wyss): Andrea Hohl-Seiler, Heidi Zinggeler Fuhrer, Stephanie Streit, Johannes Ledergerber, Raffael Guggenheim, Cyril Lüdin, Markus Bigler,

sation Arbeitswelt MPA), Odasanté (Nationale Dachorganisation der Arbeitswelt Gesundheit), Pharmasuisse, SAMW (Schweiz. Akademie der Wissenschaften), Santé-suisse, SBK (Schweiz. Berufsverband der Pflegefachfrauen/-männer), SVA (Schweiz. Verband Med. Praxisassistentinnen), SIWF (Schweiz. Institut für Weiter- und Fortbildung), Spitex, Städteverband, SVBG (Schweiz. Verband der Berufsorganisationen im Gesundheitswesen), Swissuniversités (Verein universitäre Hochschulen/Fachhochschulen) und: MFE mit KIS im Schlepptau. Einzig der Dachverband Schweiz. Patientensstellen und die Stiftung für Patientenschutz (SPO) haben sich bezeichnenderweise abgemeldet.

Dank aktivem Mittun bei MFE waren fast alle bekannte Gesichter. Trotzdem galt es zuerst einmal Augen und Ohren offen zu halten und Positionen zu beziehen und die Zeit vor und nach der Sitzung aktiv zum Networking zu nutzen. Weitere Sitzungen werden folgen und das Berichten unsererseits auch.

### *Werden wir am Forum Medizinische Grundversorgung Grundsteine legen können, damit unser Nachwuchsmangel in den Praxen in Zukunft der Vergangenheit angehören wird?*

Zwischenzeitlich warten weitere Aufgaben auf uns und alle können sich daran beteiligen. Die Zukunft der Praxispädiatrie betrifft uns alle.

Wir würden gut daran tun, in unseren Praxen Versorgungsforschung zu betreiben. Wir alle können doch täglich die Früchte unserer präventiven Massnahmen

sehen. Dies mit Studien nachzuweisen, könnte doch auch bedeuten, dass die Versicherer die Nachhaltigkeit auch erkennen können und mehr in präventive Massnahmen zu investieren bereit sind?!

Kürzlich wurde ich angefragt, ob ich als Praxispädiaterin bereit wäre, Facharztprüfungen mit abzunehmen. Da ich selber vor vielen Jahren ein wirklich ganz wunderschönes Prüfungserlebnis erleben durfte, habe ich zugesagt. Der Ablauf der Prüfung ist gut strukturiert vorgegeben und war bestens organisiert: ein kurzer und zwei längere Fälle aus dem Alltag der Praxis gegriffen. Wert wurde auf Anamnese, Umgang mit Eltern und Kindern und die Untersuchung gelegt, viel mehr als auf High-tech-Pädiater-Fachwissen. Genau so, wie auch ich es erlebt hatte. Noch heute weiss ich leider vieles nicht, muss Nachlesen oder Nachfragen. Was mindestens ein Teil der Kandidaten an der Prüfung geboten hat, Nervositätsbonus schon dazu gerechnet, hat mich dann aber trotzdem nachhaltig erschreckt. Jetzt erst recht werde ich mich für ein Obligatorium der Praxisassistenz einsetzen. Das nämlich der erfreuliche Aspekt: Wer von den Prüfungskandidaten das Privileg hatte, bei einem von euch Praxispädiatern eine Assistenz zu machen, ist sofort erkennbar ganz anders an die Situation herangegangen! Wie gerne würde ich diesen, meinen Kolleginnen und Kollegen in der Praxis, ein Kränzlein für ihre Nachwuchsförderung winden! Nur: Über den einzelnen Prüfungsverlauf muss Stillschweigen bewahrt werden.

Unsere Mitglieder hatten an der Jahrestagung Gelegenheit, Ballonwünsche an unseren Berufsverband steigen zu lassen. Die Rückmeldungen waren leider sehr spärlich. An der Januartagung werden diese aufgenommen und weiterverfolgt. Ebenso werden wir künftig versuchen, uns mit den verschiedenen Regionen der Schweiz besser zu vernetzen. Wer Zeit und Lust hat, sich mit zu engagieren, ist herzlich zur Januartagung am 28.1.16 eingeladen. Interessenten können sich direkt auf der Geschäftsstelle melden.

Engagement endet nicht nur in heisser Luft. Wir dürfen uns darüber freuen, dass wir nicht nur als aktive Praxispädiater wahrgenommen werden, sondern auch immer wieder nach unserer Meinung gefragt werden und etwas bewegen können. Zu versuchen, diesen Ansprüchen gerecht zu werden, birgt aber auch seine Gefahren und bringt uns als kleinen Verband, solange die Anzahl Engagierter gering ist, an die Grenze unserer Valenzen.

Neben den etablierten Arbeitsgruppen Jahrestagung, News und Kurswesen werden Weiterbildung, Versorgungsforschung, Nachwuchsförderung und Tariffragen zukünftige Dauerbrenner sein müssen.

Unsere Aufgaben sind vielfältig und spannend. Es gibt ganz sicher für jeden eine Aufgabe und damit verbunden auch ein Stück Anerkennung und Freude mitzutun.

Denn: Einen Heissluftballon steigen zu lassen, ist Teamwork und kein Alleingang! ■



Christa Etter, Sylwia Kubiak, Marleen Grosheintz, Noldi Bächler, Sabine Benz-Aeschlimann, Nadia Sauter Oes.



Meine  
Inspiration

Deine  
Inspiration

Bei Fragen  
rund um die  
Babyernährung sind  
wir gerne für Sie da.  
[www.herobaby.ch](http://www.herobaby.ch)



## Unsere Inspiration

Muttermilch ist das Beste für Ihr Baby. Ihre wertvollen Eigenschaften haben uns für Hero Baby 2 Folgemilch inspiriert. Die ausgewogene Mischung aus Nähr- und Aufbaustoffen unterstützt die positive Entwicklung Ihres Babys. Und das Beste: Alle Hero Baby Produkte werden mit hochwertiger Schweizer Milch\* hier in der Schweiz hergestellt.

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

\*Gilt für alle Hero Milchmahlungen ausser den Hero Baby HA- und Sensible Milchmahlungen.

**Wichtiger Hinweis** Stillen ist ideal für Ihr Kind. Informieren Sie sich beim Fachpersonal, falls Ihr Kind eine Zusatzmahlung benötigt oder Sie nicht stillen.



## Die Mitgliederversammlung in Kürze

Jahresbericht sowie Jahresrechnung 2014/15 wurden einstimmig genehmigt. Die beiden Co-Präsidentinnen Andrea Hohl und Heidi Zinggeler Fuhrer wurden in ihrem Amt bestätigt. Ebenfalls wieder gewählt wurden Dominik Bissig, Jan Cahlik, Stefan Roth und Rolf Temperli. Carsten Peters stellte sich nicht mehr zur Wahl. Er war seit 2009 im Vorstand. Als Nachfolger wurde Raffael Guggenheim gewählt, der neu die Leitung der Redaktionskommission übernehmen wird.



Katharina Wyss, Leiterin Jubiläumstagung

Katharina Wyss, welche die Leitung der Jubiläumstagung innehatte, wurde mit Standing Ovationen verdankt, Cyril Lüdin erhielt den grossen Dank und viel Applaus für die Organisation der Industrie-Ausstellung und die aufwändige Mitarbeit bei der Jubiläumsausgabe der News.

Das Protokoll der MV wird an alle Mitglieder versendet.



Andrea Hohl, Stefan Roth, Jan Cahlik, Heidi Zinggeler Fuhrer, Bea Kivanc, Rolf Temperli, Dominik Bissig, Raffael Guggenheim, Sylvia Locher

### ■ PORTRAIT RAFFAEL GUGGENHEIM

Aufgewachsen bin ich in Zürich als ältester von fünf Buben in einer traditionell jüdischen Familie. Nach dem Gymnasium besuchte ich eine Talmudhochschule in Israel, bevor ich mein Medizinstudium in Zürich aufnahm. Dieses konnte ich 1996 abschliessen, zeitgleich mit der Geburt meines Sohns (ja – genau ein Tag nach dem Gyni-Staatsexamen). Ich erlebte zwei spannende Fremdjahre in Gynäkologie an der Pfllegi/Zürich und Kinderchirurgie in Luzern, bevor ich das Glück hatte, am Kinderspital Zürich eine Ausbildungsstelle für Pädiatrie zu bekommen. Im Rahmen meiner Ausbildung durfte ich in der Testphase der Praxisassistenten bei Sepp Holtz arbeiten, was meine Freude zur Praxispädiatrie erweckte. Nach mehreren Jahren Tätigkeit als Oberarzt im Stadtspital Triemli und einem Fellowship in Pädiatrischer Allergologie und klinischer Immunologie in Toronto übernahm ich ab 2011 eine Praxis in Zürich. Erfreulicherweise kann ich meine Arbeit im Rahmen des Schreibbabyteams am Triemlispital weiterführen. Ich wohne heute in Zürich und habe eine wundervolle Partnerin, drei spannende Kinder und eine liebevolle weisse Samojeedenhündin, die Nikita heisst.

*Raffael Guggenheim, Zürich*

*Dr. med. Raffael Guggenheim (siehe Foto links, 2. v. r.) wurde anlässlich der Mitgliederversammlung am 11. September 2015 in den Vorstand gewählt. Wir gratulieren ihm ganz herzlich zur Wahl und freuen uns auf die künftige Zusammenarbeit! Vorstand und Geschäftsstelle*



Jürg Schlup, Präsident FMH

Marc Müller, Präsident mfe

## Jubiläumstagung – 20 Jahre Kinderärzte Schweiz

Nach einer beinahe zweijährigen Planungsphase war der Tag endlich gekommen: Am Donnerstag, 10. September, standen das achtköpfige Helferteam und einige Vorstandsmitglieder um 08.00 Uhr bereit, um die ersten Kursteilnehmenden der Intensivworkshops zu empfangen. Dies war der Beginn einer intensiven, inspirierenden, spannenden, lehrreichen und fröhlichen zweitägigen Jubiläumstagung.

Insgesamt nahmen 236 Ärztinnen und Ärzte, 88 MPAs sowie 28 Aussteller an unserer Jubiläumstagung teil. Das Angebot umfasste 3 Intensivworkshops im Vorprogramm, 2 Referate, 24 Workshops, 7 Update- und Forumseminare sowie 2 Symposien. Um dieses umfassende Programm bewerkstelligen zu können, durften wir auf das Engagement von rund 80 Referenten und Moderatorinnen zählen. Herzlichen Dank!

### Als Gäste durften wir begrüssen:

Jürg Schlup, Präsident FMH;  
Marc Müller, Präsident mfe;  
Philipp Jenny und Claudia Baeriswyl, Vorstand und Generalsekretärin SGP;  
Werner Bauer, Präsident SIWF;  
Noldi Bächler, Cyril Lüdin und Alain Wimmersberger, Gründungsvorstandsmitglieder des Forums für Praxispädiatrie;  
Franz Fitze, Hannes Geiges, Christoph Klimm, Roland Laager, Philipp Trefny, ehemalige Co-Präsidenten des Forums und von Kinderärzte Schweiz;  
Heidi Fedeli, ehemalige Geschäftsführerin des Forums;  
Petra Steimen, Regierungsrätin des Kantons Schwyz, und Franz Merlé, Gemeinderat von Freienbach (Pfäffikon SZ), überbrachten die Grüsse aus ihren politischen Gremien.

Damit ein Anlass von diesem Ausmass überhaupt durchgeführt werden kann, braucht es eine klare und zielgerichtete Führung sowie kompetente und engagierte Fachleute mit vielen guten Ideen. Wir hatten das Glück, in Katharina Wyss, der ehemaligen Co-Präsidentin von Kinderärzte Schweiz, eine ausgezeichnete Führungsperson und Expertin gefunden zu haben. Unterstützt wurde sie von erfahrenen Pädiatern und MPAs sowie der Geschäftsstelle. An dieser Stelle danke ich dem ganzen Team nochmals von Herzen. Es war eine ausgezeichnete Zusammenarbeit!

**SYLVIA LOCHER, GESCHÄFTSFÜHRERIN**

*Ich denke,  
die Jubiläumstagung  
ist bestens  
gelingen.*

*Die  
Atmosphäre  
der Tagung  
war so, dass  
man sich  
gleich wohlfühlt  
hat.*



## Liebe Kinderärzte

Gerne denke ich an die zwei Tage der Jubiläumsveranstaltung anlässlich des 20. Jahrestages der Gesellschaft Kinderärzte Schweiz im Hotel Seedamm Plaza in Pfäffikon vom 10./11. September 2015 zurück.

Die Tage waren gefüllt mit einem schönen Rückblick auf die Gründungsversammlung und Einblicken in moderne Praxiskonzepte sowie mit abwechslungsreichen Workshops zu verschiedenen Themen.

Am Donnerstagabend traf man sich um 19 Uhr in der grosszügigen Eingangshalle zum Apéro. Anschliessend gab es ein ausgezeichnetes Nachtessen im grossen Vortragssaal an runden, schön dekorierten Tischen. Die Teilnehmer rotierten von Tisch zu Tisch und es wurden bei angeregten Gesprächen Erfahrungen aus der Praxis und Privates ausgetauscht. Die Gespräche quer durch die ganze Schweiz zauberten Erinnerungen hervor und es entstanden Ideen für neue Projekte.

Die «Gin Pacific» begleitete uns musikalisch durch den Abend mit ausgelassenen Discofox-Rhythmen. Zu vorgerückter Stunde gehörte die Tanzfläche den tanzenden Kinderärztinnen und Kinderärzten sowie den MPAs, die sich in unterschiedlichen Choreographien zu den Klängen des Orchesters bewegten. Die Stimmung wurde zusehends lockerer und fröhlicher, als ob sich die Ärzte für Kinder- und Jugendmedizin an ihre eigene Jugend erinnerten. Alle Anwesenden genossen den unterhaltsamen Abend. Man trennte sich erst lange nach Mitternacht und freute sich auf den zweiten Tag der Veranstaltung.

Der hervorragend organisierte Abend war ein Zeichen der gelungenen Entwicklung der Gesellschaft Kinderärzte Schweiz.

**DR. MED. KARIN HATZ-FREY, ARLESHEIM**

*Herzlichen  
Dank für  
eine super  
organisierte  
Jahrestagung!  
Weiter so!*



Hinten von links nach rechts: Hannes Geiges, Franz Fitze, Henriette Hug, vorne rechts: Heidi Fedeli



# PROSPANEX® Hustensaft – löst den Schleim!

**PROSPANEX® – Zusammensetzung:** 5 ml Hustensaft enthalten 35 mg Efeublätter-trockenextrakt (DEV 5-7,5:1), Auszugsmittel: Ethanol 36,3 % (V/V). Dieses Präparat enthält Aromatica, Konservierungsstoffe: Kaliumsorbat (E 202) und Sorbit sowie weitere Hilfsstoffe. 5 ml Saft enthalten 1,926 g Zuckeraustauschstoff Sorbit = 0,16 Proteinheiten (BE) (1 BE = 12 g Kohlenhydrate). PROSPANEX® Hustensaft ist alkoholfrei, zuckerfrei (mit Sorbit) und ohne Farbstoffe. **Indikation/Anwendungsmöglichkeiten:** Übermässige Bildung von zähem Schleim, Erkältungshusten, **Dosierung/Anwendung:** Erwachsene: 3-mal täglich 7,5 ml; Schulkinder ab 6 Jahren und Jugendliche: 3-mal täglich 5 ml; Kleinkinder ab 2 Jahren: 3-mal täglich 2,5 ml. **Kontraindikationen:** Überempfindlichkeit auf einen der Inhaltsstoffe. **Warnhinweise und Vorsichtsmassnahmen:** Bei Kindern unter 2 Jahren nur nach ärztlicher Verordnung anwenden. **Interaktionen:** Wechselwirkungen bei gleichzeitiger Einnahme von PROSPANEX® Hustensaft und anderen Arzneimitteln sind bisher nicht bekannt geworden. Das Präparat kann daher auch mit anderen Arzneimitteln kombiniert werden. **Schwangerschaft/Stillzeit:** Aufgrund der bisherigen Erfahrungen ist kein Risiko für das Kind bekannt. Systematische wissenschaftliche Untersuchungen wurden aber nie durchgeführt. **Unerwünschte Wirkungen:** Sehr selten können nach Einnahme von Efeu-haltigen Arzneimitteln allergische Reaktionen (Atemnot, Schwellungen, Hautrötungen, Juckreiz) auftreten. Bei empfindlichen Personen können sehr selten Magen-Darm-Beschwerden (Übelkeit, Erbrechen, Durchfall) auftreten. Bei Auftreten von allergischen Reaktionen ist die Anwendung zu unterlassen. Aufgrund des Sorbitgehalts kann eine abführende Wirkung bei der Anwendung von PROSPANEX® Hustensaft auftreten. **Packungsgrössen:** 100 ml und 200 ml. **Verkaufskategorie:** D, kassenzulässig. **Zulassungsinhaber:** Zeller Medical AG, 8590 Romanshorn, Tel.: 071 466 05 00. **Hersteller:** Engelhard Arzneimittel GmbH & Co. KG, D-61138 Niederdorfelden. **Ausführliche Angaben** entnehmen Sie bitte [www.swissmedinfo.ch](http://www.swissmedinfo.ch) (Stand der Information: April 2008).

<sup>1</sup> Fazio S et al. (2009) Tolerance, safety and efficacy of Hedera helix extract in inflammatory bronchial diseases under clinical practice conditions: a prospective, open, multicentre postmarketing study in 9657 patients. *Phytomedicine* 16(1):17-24. <sup>2</sup> PROSPANEX® Hustensaft: [www.swissmedinfo.ch](http://www.swissmedinfo.ch) (Stand der Information: April 2008). <sup>3</sup> Bolbot Y et al. (2004) Comparing the efficacy and safety of high-concentrate (5-7,5:1) ivy leaves extract and Acetylsalicylate for treatment of children with acute bronchitis. *Drugs of Ukraine* November 2004. <sup>4</sup> Maidamnik et al. (2003) Efficacy of Prospan application in children's diseases of respiratory tract. *Pediatrics, Toxicology and Gynecology* 2003; 4:1-7. <sup>5</sup> Runkel F et al. (2005) In-vitro-Studien: Ein Beitrag zum Wirkmechanismus von Efeu. *Pharmazeutische Zeitung* 4/05: 119-25. 11/14/620



## Das pflanzliche Expectorans für die ganze Familie<sup>1,2</sup>

- vergleichbar stark wirksam wie ACC<sup>3</sup> und Ambroxol<sup>4</sup>
- wirkt expektorierend und bronchospasmolytisch<sup>5</sup>
- pflanzlich und gut verträglich<sup>1,2,3</sup>

**Kassenzulässig**

# Am Puls der Praxispädiatrie – Bericht von einer Interview-Reise

REFERENT:

DR. MED.

ARNOLD BÄCHLER,  
ST. GALLEN

AUTOR:

DR. MED.

CHRISTIAN KNOLL,  
BIEL

Lieber Noldi,

Du hast das mal wieder hervorragend gemacht! Eine bessere Wahl hätte das Organisationskomitee gar nicht treffen können, als sie Dich zum Jubiläumsredner auserkoren. Du weisst das vielleicht nicht, aber Du bist ein grosses Vorbild nicht nur für mich, sondern für viele von uns Praxispädiatern/-innen. Du hast Dir immer eine Offenheit und kindliche Neugierde bewahrt, verbunden mit dem Blick fürs Wesentliche und der Fähigkeit, Deine Beobachtungen und Schlussfolgerungen pointiert und humorvoll weiterzugeben. Was ich am meisten an Dir schätze, ist, dass Du nie wertend, sondern immer wertschätzend bist dabei. Du hast es geschafft, einen ganzen Saal mit Deiner Ballonfahrt durch die Schweizer Praxispädiatrie-Szene zu fesseln und in Staunen zu versetzen.

Anfangs erst mal «back to the roots»: Wer die Zukunft gestalten will, muss seine Wurzeln kennen. Und beim Jubiläum einen Blick auf Geburt, Trotz- und Lernphase, pubertäre Auflehnung und letztendlich Reifung zum selbstsicheren und kompetenten Twen zu werfen, war sehr erbaulich. Tja und dann der Einblick in uns selbst: von der Allrounder-Einzelkämpfer-Praxis über die Familien-AG bis zur grossen GmbH, vom hintersten Krachen bis zur Metropole, von der nüchternen Fabrik-Praxis übers kreative Chaos bis zum Kinderspielparadies sind die unterschiedlichsten Arten Praxispädiatrie zu betreiben dabei. Und doch gibt es immer den gemeinsamen Nenner: das Engagement für Kinder über das Medizinische hinaus, vernetztes Arbeiten und die persönliche Beziehung zum Klientel. Klare Trends sind zu beobachten: Gruppenpraxen und IT (sprich e-KG) gehören die Zukunft, die Work-(Family)Life-Balance gewinnt an Wichtigkeit.

Zum Schluss hast Du 10 Fragen formuliert, denen sich unser Berufsverband (hört sich so ernst und trocken an ...) stellen muss und die WIR (die Mitglieder besagten Berufsverbandes) beantworten müssen, um die Weichen für unsere Zukunft zu stellen – und nicht andere uns in die falsche Richtung schicken.

Ganz am Ende, und das ging schon fast im tosenden Applaus unter, hast Du noch sieben explosive Themen erwähnt, die Du zur Aufrechterhaltung der Festlaune nicht näher ausgeführt hast. Im Wissen, dass es immer die explosiven Fragen waren, die uns motiviert und weitergebracht haben, und Dein Einverständnis vorausgesetzt, möchte ich sie hier nennen:

## Sieben heisse Themen der Praxispädiatrie

1. Vereinbarkeit von Beruf und Familie
2. Vorteil der Klinik bei der Nachwuchsrekrutierung



3. Expansion der Klinik im ambulanten Bereich
  4. Verkümmern der hausärztlichen Dimension in der Praxispädiatrie
  5. EBM-basierte pädiatrische Prävention
  6. Richtige Gewichtung von Entwicklungs- und Akutpädiatrie
  7. Stellungnahme der Pädiatrie zu Schul- und Familienpolitik
- Quasi als Diskussionsgrundlage für die Januar- oder nächste Jahrestagung...

Noldi, irgendwie sind wir aufeinander abonniert, ich hatte schon die Ehre, vor 10 Jahren Deinen Festvortrag zum 10. Geburtstag des Forums für die News zusammenzufassen. Mir ist damals der «Mäsötteler» erstmals zu Ohren gekommen und seitdem nicht mehr aus dem Sinn gegangen.

Es hat mich gefreut, während Deines Vortrages noch einmal ein Exemplar dieser (fast?) ausgestorbenen Art zu sehen zu bekommen. Ich freue mich bereits, in 10 Jahren Deine Rede zu 30 Jahren KIS für die News, die dann wahrscheinlich nur noch elektronisch versendet werden, zusammenzufassen und natürlich auf alle Treffen mit Dir zwischendurch.

*Dein Christian*

# Die Natur kennt das Rezept. Bei Sinusitis hilft Sinupret®.



Bei akuten und chronischen Entzündungen der Nasennebenhöhlen und der Atemwege.

- Mit 5 Wirkpflanzen
- Löst zähen Schleim
- Wirkt entzündungshemmend
- Zuckerfrei, guter Geschmack

kassenpflichtig

Für Kinder ab 2 Jahren

**Gekürzte Fachinformation Sinupret® Sirup** (pflanzliches Arzneimittel). **Zusammensetzung:** Enzianwurzel, Schlüsselblumenblüten, Sauerampferkraut, Holunderblüten, Eisenkraut. **Indikation:** Entzündungen von Nasennebenhöhlen und Atemwegen. **Dosierung:** >12 J.: 3 x tgl. 7.0 ml Sirup; >6 J.: 3 x tgl. 3.5 ml Sirup; >2 J.: 3 x tgl. 2.1 ml Sirup. **Schwangerschaft:** Über die Anwendung entscheidet der Arzt. **Kontraindikationen:** Überempfindlichkeit auf einen der Inhaltsstoffe. **Unerwünschte Wirkungen:** Gelegentlich Magen-Darm-Beschwerden, selten Überempfindlichkeitsreaktionen der Haut, selten schwere allergische Reaktionen. **Packungen:** 100 ml\*. **Warnhinweis:** Sinupret® Sirup enthält 8 Vol.-% Alkohol. **Verkaufskategorie:** Liste C. Ausführliche Angaben siehe [www.swissmedicinfo.ch](http://www.swissmedicinfo.ch) oder [www.compendium.ch](http://www.compendium.ch). \*kassenpflichtig.

# Kinderärztinnen und Kinderärzte – wichtige Partner für die medizinische Grundversorgung

REFERENTIN:

**DR. IUR.**

**CATHERINE GASSER,**  
BUNDESAMT FÜR  
GESUNDHEIT, BERN

AUTORIN:

**DR. MED. NICOLA  
HUBER-DE GARIS,**  
TRIENGEN

Die Überleitungsfrage zu Frau Gassers Referat durch den Moderator «Hat jedes Kind ein Anrecht auf die Versorgung durch einen Pädiater?» war spannend und wurde mit «theoretisch ja» beantwortet. Damit waren wir alle gespannt, und es kam die grundsätzlich wohlwollende Haltung von Frau Gasser, Abteilungsleiterin Gesundheitsberufe, BAG, zum Ausdruck: Wir als Kinderärzte SIND wichtige Partner für die medizinische Grundversorgung unseres Landes! Von ihrer Seite her sei ganz und gar kein Feindbild erwünscht.

In der Folge überbrachte uns Frau Gasser Bundesrat Bersets Grüsse und seine Gratulation zum 20-jährigen Jubiläum von Kinderärzte Schweiz.

Die Kernbotschaft des Vortrages lautete, dass es eine Zusammenarbeit aller beteiligten Partner in der Schweiz brauche, damit der Auftrag einer guten medizinischen Grundversorgung erarbeitet, umgesetzt, aufrechterhal-

ten und kontinuierlich den Gegebenheiten der Zeit angepasst werden könne.

Die Grundlage dafür sei der Verfassungsartikel BV 117a zur medizinischen Grundversorgung, welcher von 88 % der Stimmberechtigten der Schweiz angenommen wurde. Dies komme einer grossen Verpflichtung gleich! Wie dieser nachzukommen sei, damit die medizinische Grundversorgung für alle gleichermassen und dennoch sinnvoll und finanzierbar ist, das sei Gegenstand vieler Diskussionen. Klar festgehalten im Verfassungsartikel ist jedenfalls, dass die Hausarzt(HA)-Medizin als wesentlicher Bestandteil der medizinischen Grundversorgung anerkannt ist und damit gefördert werden muss, z. B. Förderung der HA-Medizin an den medizinischen Fakultäten und Verankerung der HA-Medizin im Lernzielkatalog. Als weiteres Beispiel erwähnt wurden die 100 Mio. Franken, die zur Erhöhung der Ausbildungsabschlüsse eingesetzt werden, um eine ausreichende Zahl von Ärzten und Pflegenden in der Schweiz zu erreichen.

Es wurden vier sogenannte grosse «Handlungsfelder» des BAG formuliert, um die medizinische Grundversorgung zu ermöglichen, nämlich Chancengleichheit, Versorgungsqualität, Lebensqualität und Transparenz. Aus diesen resultieren zwölf Ziele, 36 Massnahmen und 80 Projekte! Das heisst, es braucht alles Zeit und unser aller Engagement, damit die medizinische Grundversorgung in sinnvoller Weise und im Dialog mit allen beteiligten Partnern umgesetzt werden kann.

Zum Schluss kam Frau Gassers Aufruf an uns alle, anstelle eines «Klagelieds» ein «Jubellied» anzustimmen, da wir Möglichkeiten haben, die Gesundheitspolitik in unserem Land aktiv mitzugestalten. Es wurden verschiedene Möglichkeiten formuliert, z. B. die Klärung unserer Position als Kinderärzte im Rahmen der Vertretung der Berufsinteressen der Haus- und Kinderärzte Schweiz.

Eine kurze Fragerunde mit der konkreten Bitte aus unseren Reihen um Einladung zur Anhörung der Kinderärzte in den Diskussionen, wo es um die Gesundheitsversorgung von Kindern geht, beendete den Vortrag.

Für Rückmeldungen und Fragen steht Frau Gasser zur Verfügung: [Catherine.Gasser@bag.admin.ch](mailto:Catherine.Gasser@bag.admin.ch) ■



Catherine Gasser (links) und Co-Präsidentin Heidi Zinggeler Fuhrer.

Bausteine für eine optimale **ADHS**-Therapie.

So viel wie nötig,  
so wenig wie möglich!



Medikinet®

Medikinet® MR

Wirkstoff: Methylphenidati hydrochloridum

**Breiteste Palette an Wirkstärken**  
**Individuelle und patientengerechte Dosierung**  
**Alle Stärken kassenzulässig**

**Medikinet® Zusammensetzung:** Wirkstoff: Methylphenidati hydrochloridum **Indikation:** Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern ab 6 Jahren und Jugendlichen bis 18 Jahren im Rahmen einer therapeutischen Gesamtstrategie, Narcolepsie. **Dosierung:** Individuell entsprechend den Bedürfnissen. Erwachsene: Im Durchschnitt 20-30 mg/d in 2-3 Einzeldosen (10-60 mg möglich). Kinder ab 6 Jahre zu Beginn 5 mg 1-2x/d (z.B. zum Frühstück und zum Mittagessen), wöchentlich Steigerung um 5-10 mg/d, max. 60 mg/d. **Kontraindikationen:** Überempfindlichkeit gegenüber Inhaltsstoffe, ausgeprägte Angst- u. Spannungszustände, ausgeprägte Agitiertheit, Hyperthyreose, Herzrhythmusstörungen, vorbestehende kardiovaskuläre Erkrankungen einschliesslich schwerer Hypertonie, Angina pectoris, Herzinsuffizienz, Herzversagen, hämodynamisch signifikanter kongenitaler Herzerkrankung, Kardiomyopathien, Myokardinfarkt, potenziell lebensbedrohlicher Arrhythmien und Kanalopathien, Glaukom, Phäochromozytom, Tourette Syndrom bzw. familiäre Veranlagung, MAO-Hemmer, schwere Depression, Anorexia-nervosa, psychotische Symptome, Suizidneigung, Manie, Schizophrenie, Borderline-Persönlichkeitsstörung, arterielle Verschlusskrankheiten, vorbestehende zerebrovaskuläre Erkrankungen, Alkohol- und Drogenabusus. **Unerwünschte Wirkungen:** Anorexie, verminderter Appetit, mässig verringerte Gewichts- und Grössenzunahme, Schlaflosigkeit, Nervosität, Affektlabilität, Aggression, Unruhe, Angst, Depression, Reizbarkeit, anormales Verhalten, Kopfschmerzen, Schwindel, Dyskinesie, psychomotorische Hyperaktivität, Somnolenz, Arrhythmien, Tachykardie, Palpitationen, Hypertonie, Husten, Rachen- und Kehlkopfschmerzen, Bauchschmerzen, Durchfall, Übelkeit, Magenbeschwerden, Erbrechen, Verstopfung, Mundtrockenheit, Alopezie, Pruritus, Hautausschläge, Urtikaria, Arthralgie, Pyrexie, Wachstumsverzögerung, Veränderung von Blutdruck und Herzfrequenz, Gewichtsabnahme, Suizid, Suizidversuch, Suizidgedanken, stereotype Verhaltensweisen, visuelle und taktile Halluzinationen, choreatische Bewegungsstörungen, Tics oder Verschlechterung bestehender Tics, reversible Nervenaustritte, Migräne, malignes neuroleptisches Syndrom, Akkommodationsstörungen, plötzlicher Herztod, Herzinfarkt, zerebrovaskuläre Störungen und Ereignisse bzw. Hämorrhagie, Vaskulitis, Raynaud-Syndrom, peripheres Kältegefühl, Leberfunktionsstörungen, exfoliative Dermatitis, Steven-Johnson-Syndrom, Erythema multiforme, Hämaturie, Gynäkomastie, Priapismus, Nasopharyngitis, Leukopenie, Thrombozytopenie, Anämie, Hypersensibilitätsreaktionen, Erregung, Rastlosigkeit, Schlafstörungen, psychotische Störungen, Tremor, Konvulsionen, Choreaethetose, zerebrale Arteritis, Okklusion, verschwommenes Sehen, Angina pectoris, Herzstillstand, zerebrovaskuläre Störungen, Vasculitis, Mundtrockenheit, Dyspepsie, Zahnschmerzen, Leberfunktionsstörungen, Rash, Exanthem, Fieber, Unruhegefühl, Muskelkrämpfe, Hyperhidrosis, thrombozytopenische Purpura, angioneurotische Ödeme, Entzündungen der Mundschleimhaut. **Interaktionen:** Anästhetika, Antihypertensiva, vasopressorische Substanzen, MAO-Hemmer (KI), zentral wirkende Alpha-2-Agonisten (z.B. Clonidin), direkte und indirekte Dopaminagonisten (inkl. DOPA und trizyklische Antidepressiva), Dopaminantagonisten (Antipsychotika z.B. Haloperidol), Coumarin-Antikoagulantien, Antikonvulsiva, Phenylbutazon, Alkohol. **Packungen:** à 20, à 50 und à 100 Tabletten zu 5 mg, 10 mg, 20 mg (nicht jede Packungsgrösse verfügbar). **Kassenzulässig:** Liste A 1. Ausführliche Informationen: Packungsbeilage, Arzneimittelinformation Publikationsplattform der Swissmedic ([www.swissmedicinfo.ch](http://www.swissmedicinfo.ch)) oder Salmon Pharma GmbH, St. Jakobs-Strasse 90, 4002 Basel. 07/14

**Medikinet® MR Zusammensetzung:** Wirkstoff: Methylphenidati hydrochloridum; Hilfsstoffe: Medikinet MR 10 und 20 mg: Color.: E 127, E 131, E 132. Conserv.: E 200, Excip. pro caps. Medikinet MR 30 und 40 mg: Color.: E 127, E 132. Conserv.: E 200, Excip. pro caps. **Indikation:** Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern ab 6 Jahren und Jugendlichen bis 18 Jahren im Rahmen einer therapeutischen Gesamtstrategie. **Dosierung:** Als Einzeldosis nach dem Frühstück in gleicher Gesamttagesdosis wie Methylphenidat-Tabletten. Individuelle Einstellung mit Steigerung um wöchentlich 10 mg, maximale Tagesdosis 60 mg/d. **Kontraindikationen:** Ausgeprägte Angst- und Spannungszustände sowie ausgeprägte Agitiertheit, schwere Depression, Anorexia-nervosa, psychotische Symptome, Suizidneigung, Manie, Schizophrenie, Borderline-Persönlichkeitsstörung, arterielle Verschlusskrankheiten, vorbestehende zerebrovaskuläre Erkrankungen, Alkohol- und Drogenabusus, familiäre Belastung oder Diagnose Tourette-Syndrom, Glaukom, Phäochromozytom, Hyperthyreose, Herzrhythmusstörungen, vorbestehende Herz-Kreislaufkrankungen (einschliesslich schwerer Hypertonie, Herzinsuffizienz, Angina pectoris, hämodynamisch signifikanter angeborener Herzfehler, Kardiomyopathien, Herzinfarkt, potentiell lebensbedrohlicher Arrhythmien und Kanalopathien), arterielle Verschlusskrankheit, vorbestehende zerebrovaskuläre Erkrankungen, MAO-Hemmer, bekannte Überempfindlichkeit gegenüber Inhaltsstoffen, Anizidität des Magens, H2-Rezeptorblocker- oder Antizidattherapie. **Unerwünschte Wirkungen:** Nasopharyngitis, Anorexie, verminderter Appetit, mässig verringerte Gewichts- und Grössenzunahme, Schlaflosigkeit, Nervosität, Anorexie, Affektlabilität, Aggression, Unruhe, Angst, Depression, Reizbarkeit, anormales Verhalten, Kopfschmerzen, Schwindel, Dyskinesie, psychomotorische Hyperaktivität, Somnolenz, Arrhythmie, Tachykardie, Palpitationen, Hypertonie, Husten, Rachen- und Kehlkopf-schmerzen, Bauchschmerzen, Durchfall, Übelkeit, Magenbeschwerden, Erbrechen, Mundtrockenheit, Alopezie, Pruritus, Hautausschlag, Urtikaria, Arthralgie, Pyrexie, Wachstumsverzögerung, Veränderung von Blutdruck und Herzfrequenz, Gewichtsabnahme, Suizid, Suizidversuch, Suizidgedanken, stereotype Verhaltensweisen, taktile Halluzinationen, choreatische Bewegungsstörungen, Tics oder Verschlechterung bestehender Tics, reversible Nervenaustritte, Migräne, malignes neuroleptisches Syndrom, Akkommodationsstörungen, plötzlicher Herztod, Herzinfarkt, zerebrovaskuläre Störungen bzw. Hämorrhagie, Vaskulitis, Raynaud-Syndrom, peripheres Kältegefühl, Leberfunktionsstörungen, exfoliative Dermatitis, Steven-Johnson-Syndrom, Erythema multiforme, Arzneimitteloxanthem, Hämaturie, Gynäkomastie, Hypersensibilitätsreaktionen, Leukopenie, Thrombozytopenie, Anämie, Hyperaktivität, Konvulsionen, Choreaethetose, toxische Psychosen, zerebrale Arteritis, Okklusion, verschwommenes Sehen, Angina pectoris, Rash, Exanthem, Thrombozytopenische Purpura, Arthralgie, Muskelkrämpfe. **Interaktionen:** MAO-Hemmer (KI), Zentral wirkende Alpha-2-Agonisten (z.B. Clonidin), vasopressorische Substanzen, Antihypertensiva, Alkohol. **Packungen:** à 30, à 50 und à 100: Kapseln zu 10 mg, 20 mg, 30 mg oder 40 mg (nicht jede Packungsgrösse verfügbar). **Kassenzulässig:** Liste A 1. Ausführliche Informationen: Packungsbeilage, Arzneimittelinformation Publikationsplattform der Swissmedic ([www.swissmedicinfo.ch](http://www.swissmedicinfo.ch)) oder SalmonPharma GmbH, St. Jakobs-Strasse 90, 4002 Basel. 03/12



Salmon Pharma  
Ein Unternehmen der





# Atopische Dermatitis

## (Seminar in Kooperation mit KIS und CK-CARE)

### REFERENTIN:

**DR. ANNA-BARBARA SCHLÜER**, PHD, MSCN, RN, PFLEGEEEXPERTIN APN, ZÜRICH

### MODERATORIN:

**ANDREA SOLLER**, DIPL. MPA, AARBERG

### AUTORIN:

**ANITA WEBER-SCHEURER**, DIPL. MPA, FRAUENFELD

**A**nna-Barbara Schlüer ist seit 20 Jahren am Kinderhospital Zürich tätig und arbeitet aktuell bei der aha! Beratungsstelle des Kispi Zürich. Die Beratungsstelle berät, informiert und instruiert betroffene Familien in der Ausführung und Umsetzung der verschiedensten Therapien bei atopischer Dermatitis, wovon wir noch einige kennenlernen dürfen.

Frau Schlüer erklärt uns das grösste Organ des Menschen anhand eines Backsteinhauses: Eine gesunde Haut ist ein schönes, gerade gemauertes Haus, das nicht krumm ist und dessen Mörtel nicht bröckelt. Nun kommen einige Kinder mit einer Veranlagung zu atopischer Dermatitis zur Welt, welche aber nicht zwingend ausbrechen muss. Dieses Backsteinhaus ist zwar noch stabil, jedoch bröckelt der Mörtel. Früher wurde geglaubt, dass meistens eine Allergie der Auslöser für eine atopische Dermatitis ist. Heute weiss man, dass aber nur 6–8% der Kinder mit Tendenz zur atopischen Dermatitis eine Allergie haben. Die atopische Dermatitis ist familiär gehäuft, das heisst es besteht eine genetische Veranlagung. Die Grundstörung der atopischen Dermatitis steckt in der Dermis/Bindegewebe. Die Symptome zeigen sich aber in der Epidermis/Oberhaut.

Es gibt vier Stufen der atopischen Dermatitis. Die erste Stufe ist eine gesunde Haut. Die zweite Stufe ist eine Haut mit einer Neigung zur Neurodermitis. Darauf folgt die dritte Stufe mit Symptomen in der Dermis. Die vierte Stufe ist eine Haut mit gestörter Barrierefunktion, wo Allergene und/oder infektiöse Keime eintreten können.

Um eine atopische Dermatitis auszulösen, braucht es externe Trigger. Im Beispiel des Backsteinhauses wäre das vielleicht ein Fussball, der die bröckelige Wand zum Einsturz bringt. Triggerfaktoren sind unter anderem: Stress, Ernährung, Waschmittel, Klima (Sonne, Luft), Körperpflege und niedrige Luftfeuchtigkeit, was die

Haut austrocknet und vor allem im Winter ein Problem darstellt.

Es wurde ausführlich die Basispflege besprochen: Empfohlen wird ein tägliches kurzes Bad, wenn möglich ohne Zusatz – und wenn doch, dann mit einem speziell auf die Kinderhaut abgestimmten – da sich der pH-Wert der Kinderhaut noch ändert. Das tägliche Bad reinigt die Haut von Hautschüppchen, Sand etc. Ein Bad nur mit Wasser entzieht der Haut keine Feuchtigkeit. Die Haut sollte nicht geschrubbt werden, sondern man darf wenn nötig mit dem Waschlappen einmal kurz drüber wischen. Ebenso nach dem Bad das Kind nicht abrubeln, sondern mit dem Tuch einpacken und trocken tupfen.

Zehn Minuten nach dem Baden/Duschen sind die Hautporen geöffnet. Das heisst, jetzt sollte die Haut eingecremt werden.

Es werden verschiedene Produkte besprochen. Es gibt nicht ein besseres Produkt als das andere, es muss ausprobiert werden. Wichtig ist, dass dieses Basistherapeutikum mindestens vier Wochen lang verwendet wird, bevor allenfalls gewechselt wird. Urea-haltige Produkte dürfen an Kinder unter einem Jahr nicht appliziert werden, da sie brennen!

Tipp bei nicht kassenpflichtigen Produkten: Ausstellen einer Magistralrezeptur. Schlussendlich ist die Salbe/ Creme doppelt so teuer, wird aber von der Krankenkasse übernommen ...

Am Schluss des Referats werden noch Kleidungsstücke wie zum Beispiel Seidenbodies, Langarmshirts mit Fäustling etc. besprochen. Diese können nass oder trocken verwendet werden und verhindern unter anderem nächtliches Kratzen

Es war ein toller, interaktiver Workshop, von dem wir alle etwas in die Praxis mitgenommen haben. ■

# Ernährung Kleinkinder

(Seminar in Kooperation mit KIS und CK-CARE)

REFERENTIN:

**MONIQUE MURA KNÜSEL,**  
DIPL. ERNÄHRUNGS-  
BERATERIN HF, AARAU

MODERATORIN:

**TAMARA SUAREZ,**  
MURI BEI BERN

AUTORIN:

**SUSANNA STEIMER  
MILLER,**  
KILCHBERG

## Ernährung in den ersten Lebensjahren

Kinder sind keine kleinen Erwachsenen, benötigen also nicht einfach kleinere Portionen, sondern eine altersentsprechende Ernährung, um Mangel- und Fehlernährung vorzubeugen. In den letzten Jahren hat die Forschung neue Erkenntnisse zur Ernährung von Säuglingen gewonnen. So wird Muttermilch heute als ideale und ausschliessliche Ernährung nur noch in den ersten vier Monaten und nicht mehr in den ersten sechs Monaten empfohlen. Nach dem vierten, spätestens aber im sechsten Monat erfolgt die Einführung von Beikost, während die Mutter weiterstillt. Falls die Mutter nicht (mehr) stillen will oder kann, soll sie ohne schlechtes Gewissen eine Säuglingsanfangsmilch verwenden.

## Die Qual der Wahl

Die Säuglingsmilchen verschiedener Hersteller sind sehr ähnlich zusammengesetzt. Laut Monique Mura Knüsel gibt es keine beste Milch. Während Anfangsmilchen lediglich Laktose als Stärke enthalten, werden Folgemilchen mit zusätzlicher Stärke angereichert und sättigen besser, aber enthalten nicht unbedingt mehr Kalorien. Bei der Auswahl der Marke ist das Bauchgefühl der Mutter wichtig. Haben sich die Eltern einmal für eine Marke entschieden, bauen sie am besten auf dem Baukastensystem dieser Marke auf und beachten immer die Dosierungsempfehlungen.

## Allergieprävention heute

Während man noch vor wenigen Jahren versuchte, das Atopie-Risiko von allergiegefährdeten Kindern mit diversen Einschränkungen des Menüplans zu reduzieren, ist man heute zur Erkenntnis gekommen, dass eine frühzeitige Immunstimulation bessere Resultate bringt. Noch vor 10 Jahren empfahl man zur Prävention von Allergien Vollstillen bis zum 6. Monat oder HA-Milch im ersten Lebensjahr sowie den Verzicht auf Milch, Eier, Fisch, Soja, Nüsse und Erdnüsse im ersten Lebensjahr. Heute sollen auch allergiegefährdete Kinder bereits mit vier Monaten Beikost erhalten und bis zum 6. Monat entweder weitergestillt werden oder HA-Milch erhalten. Danach kann weitergestillt oder auf eine normale Säuglingsfolgemilch umgestellt werden. Nicht auf den Menüplan von Kindern im 1. Lebensjahr gehören nach wie vor gesalzene oder gesüsste Nahrungsmittel, Honig (Säuglings-Botulismus), rohe Eier (Salmonellen), fettreduzierte Lebensmittel (Risiko von Fettsäurenmangel), Soja und ganze Nüsse (Aspirationsgefahr). Bei nachgewiesener Kuhmilcheiweiss-Allergie verschreibt der Kinderarzt eine Spezialmilch mit



hochhydrolysiertem Molkeneiweiss. Im Gegensatz zu Nahrungsmittelintoleranzen verschwinden viele Nahrungsmittelallergien bis Ende des 3. Lebensjahrs. Aus diesem Grund sollten Nahrungsmittelallergien immer wieder einmal abgeklärt werden.

## Riskante Trends

Mit dem Aufkommen der veganen Ernährung in den letzten Jahren beobachtet Monique Mura Knüsel immer mehr Eltern, die ihrem Kind keine Milchprodukte geben wollen. Dieser Trend birgt gerade für Kinder in den ersten Lebensjahren Risiken. Alternativen wie Reis-, Mandel-, Hafer- und Sojadribs enthalten von Natur aus kaum Kalzium. Zudem ist der Proteingehalt von Reis-, Mandel- und Haferdrinks viel tiefer als jener von Kuhmilch. Bei einem Verzicht auf tierische Produkte wie Milch und Fleisch droht neben einem Eiweissmangel auch ein Mangel an Eisen und Vitamin B12. Wenn Eltern auf Grundnahrungsmittel verzichten wollen, müssen sie über ein grosses Ernährungsfachwissen verfügen, um Mängeln vorzubeugen. Bei einer Kuhmilcheiweiss-Allergie sind Schaf- und Ziegenmilch keine Alternativen.

Für Kinder, die an Nahrungsmittelintoleranzen leiden, gibt es heute ein grosses Angebot an laktose- oder glutenfreien Alternativen. Die Fachfrau rät jedoch klar davon ab, Kindern diese Produkte als präventive Massnahme anzubieten.

## Vorbild Eltern

In vielen Familien gibt es Machtkämpfe am Esstisch. Damit Kinder nicht zu heiklen Essern werden, müssen sich die Eltern ihrer Vorbildfunktion bewusst sein. Essen wird nicht anezogen, sondern vorgelebt. Eltern, die selber immer wieder Neues ausprobieren, wecken die Neugier beim Kind. Zudem empfiehlt Monique Mura Knüsel, Kinder möglichst früh beim Einkaufen und Kochen miteinzubeziehen und verweist auf die Tatsache, dass Geschmack lernbar ist. Kinder müssen ein neues Lebensmittel oft 10–15 Mal probieren, bis es ihnen schmeckt. Dabei reicht es schon aus, wenn sie es kurz in den Mund nehmen. Grundsätzlich gilt am Familientisch die Devise: Die Eltern bestimmen, was auf den Tisch kommt, das Kind, was und wieviel es davon essen mag. Am besten bleiben die Eltern gelassen und lassen sich nicht auf Machtkämpfe mit dem Kind ein. ■



## Adipositas therapie – «Keine dicken Versprechungen»

### REFERENTEN:

**DR. MED. ROMEDIUS  
ALBER, BAAR**

### DR. PHIL.

**ROBERT SEMPACH,  
ZÜRICH**

### AUTORIN:

**DR. MED.  
BARBARA LEHMANN,  
MURI BEI BERN**

Romedius Alber, Kinderarzt und Kinderpsychiater in Reigener Praxis in Baar, und Robert Sempach, Ernährungspsychologe, führten uns durch einen spannenden und kurzweiligen Workshop. Die zwei stellten uns zuerst die Frage, was wir Teilnehmer überhaupt erwarten. «Hoffung auf Lösungen», «Frust abladen», «wie geht eine motivierende Gesprächsführung?», «wann machen wir welches Labor?» – dies waren einige der Themen, die uns alle immer wieder beschäftigt.

Die primäre Aufgabe des Kinderarztes ist es, eine Diagnose zu stellen, Risikofaktoren zu erfassen und allfällige Grunderkrankungen zu suchen. Hinschauen, darüber reden und nicht bloss weggucken!!

Es wird unterschieden zwischen Übergewicht (Häufigkeit 19–22%), primärer Adipositas (6–7%), binge eating disorder (1–2%) und sekundäre Adipositas 0,2% (Cushing, Hypothyreose, Syndrom (z.B. Prader-Willi), Medikamenten-induziert).

Bei der körperlichen Untersuchung sind die 5 Bs und 2 Ps unerlässlich: BMI, Bauchumfang, Blutdruck, Blutzucker, Blutfette, Puls bzw. Pubertätsstadium.

Der Bauchumfang wird auf Höhe des Bauchnabels gemessen, Normwerte finden sich z.B. im Berner Datenbuch. Falls der Bauchumfang massiv über der Norm liegt, sollte die Fettleber sonographisch und laborchemisch gesucht werden. Ein ausführlicheres Labor ist nötig bei auffälliger FA (früher Herz- oder Hirninfarkt, massiver Adipositas der Eltern) deutlicher Adipositas des Patienten oder bei anderen Risikofaktoren (z.B. Kinder mit GG <P.10 oder >P.90 entwickeln schneller eine Dysbalance des Stoffwechsels).

Bei der primären Adipositas liegt eine krankhafte, ständige Beschäftigung mit Nahrung vor, alles dreht sich um das Essen. Die möglichen Folgeerkrankungen sind bekannt.

Die sekundäre Adipositas ist selten, sollte aber von uns nicht verpasst werden. Cave: Klein und dick: Syndrom suchen (dicke Jugendliche sind gross!)

Was können wir nun als Pädiater prophylaktisch und therapeutisch überhaupt tun? Dies ist die Frage, die uns

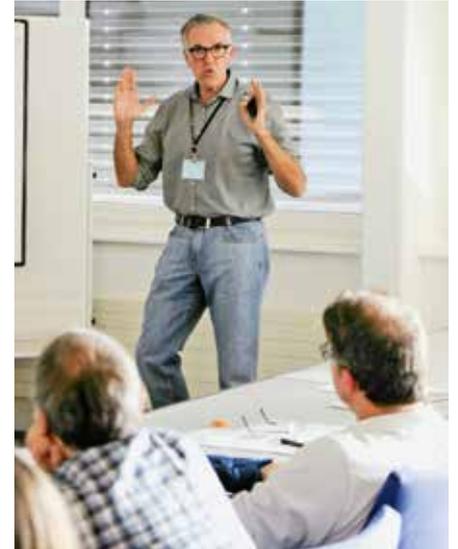
im Alltag immer wieder beschäftigt und oft zu frustrierenden Gefühlen führt.

Eine wichtige Aufgabe ist, dass wir nebst dem Erfassen und Erklären der medizinischen Diagnosen den Patienten als Teil des ganzen Systems erkennen und akzeptieren. Eine Therapie macht nur Sinn, wenn die Eltern (bei kleinen Kindern) oder die Jugendlichen für eine Veränderung wirklich bereit sind. Ganz wichtig ist es auch, dass wir wissen, ob sonstige psychische Belastungen vorhanden sind. Ist die Mutter psychiatrisch hospitalisiert, der Vater arbeitslos oder ein Geschwister schwer krank, ist die Therapie der Adipositas sicher in diesem Moment nicht indiziert! Romedius Alber gab uns einen Fragebogen, der an die Betroffenen abgegeben wird und viele Informationen liefert. Den meisten ist auch der MOVE FAST bekannt, eine Checkliste zur Erfassung der Therapie-Motivation. Damit eine Therapie überhaupt in Frage kommt, müssen mindestens 3 der 8 Punkte erfüllt sein. Die eigentliche Therapie geht von medizinischer Beratung zu Eltern-/Erziehungsberatung, Ernährungslehre über in multidisziplinäre Gruppenprogramme. Über medikamentöse und chirurgische Therapien haben wir nicht gesprochen.

Robert Sempach gab uns dann einige konkrete Tips, wie wir unsere Beratung gestalten können (siehe auch Unterlagen des Workshops).

### Als Take-Home-Message blieb mir:

- Wir können das Problem des Patienten/der Familie nicht lösen, wir können die Familie nur begleiten.
- Wir lehnen uns zurück und lassen die Patienten sagen, wie SIE das Problem anpacken wollen. Bei guten Ideen bestärken und motivieren wir sie.
- Wir relativieren das Ziel: Druck von aussen funktioniert nicht. Gewicht kann auch mal nur stabil bleiben über eine längere Zeit.
- Wir machen regelmässige Kontrollen/Gespräche und bleiben Ansprechpartner (warum konnte Ziel nicht erreicht werden? Was ist passiert? Was muss geändert werden? Wer könnte dabei helfen?) ■



# Neuropädiatrisches Brainstorming: Fälle und Fallen im Praxisalltag

## REFERENTEN:

**DR. MED. THOMAS  
SCHMITT-MEHELKE,**  
LUZERN

**DR. MED. ELSEBETH  
BURCH,** LUZERN

## AUTORIN:

**DR. MED. BETTINA  
ZWYSSIG,** STANS

Thomas Schmitt-Mechelke unterstützt von Elsbeth Burch, führte uns kompetent durch verschiedene Fallpräsentationen.

Im ersten Fall über *Makrozephalie* wird ein ehemaliges Frühgeborenes mit asymptomatischer benigner familiärer Makrozephalie (AFAM) vorgestellt. Typischerweise zeigen diese Kinder ab dem 6. Lebensmonat eine Zunahme des Kopfumfanges über der 97. Perzentile. Ab wann muss man als Kinderarzt beunruhigt sein und weitere Abklärungen erwägen? Wichtig ist die Familienanamnese und Messung des Kopfumfanges der Kindseltern und Geschwister.

Beim AFAM ist eine unauffällige Entwicklung typisch, es fehlen Stigmata und Zeichen einer intrazerebralen Drucksteigerung (Sonnenuntergangphänomen und Schädelnahtdehiszenz). Im MRI sieht man eine frontal betonte Erweiterung der äusseren Liquorräume ohne Zeichen einer Liquorzirkulationsstörung. Der Kopfumfang schert ab den 24. Lebensmonat parallel zur 97. Perzentile ein.

Im nächsten Fall von Makrozephalie wird ein Kind mit einem raumfordernden subduralen Hygrom besprochen. Ursächlich ist eine Blutung der unter Zug stehenden Perforansvenen nach einem Bagateltrauma. Differentialdiagnostisch muss man an eine Thrombozytenfunktionsstörung sowie an ein «battered child» denken. Leider ist bei einem subduralen Hygrom die Rezidivgefahr erhöht.

Andere Ursachen einer Makrozephalie wie neurometabolische Krankheiten, Skelettdysplasie, neurokutane Syndrome oder syndromale Formen wurden am Rande erwähnt.

Bei der *Mikrozephalie* unterscheidet man zwischen einer primären (häufig familiäre Normvariante ohne Krankheitswert und ohne Begleitsymptome) und einer sekundären Mikrozephalie. Die primäre Mikrozephalie ist mit einer sekundären Abflachung des Kopfumfanges unter der 3. Perzentile im 1. Lebensjahr verbunden. Anschliessend wächst der Kopfumfang mikrozephal weiter.

Eine sekundäre Mikrozephalie kann verschiedene Ursachen haben: pränatale Infektion (z. B. CMV), Alkohol-Embryofetopathie, genetisch-syndromal bedingt mit IQ-Verminderung, Hirnwachstumsstörung nach anderer ZNS-Schädigung). Postnatal muss bei einer Mikrozephalie nach einer CMV-Infektion gesucht werden. Bei der CMV-Infektion sollte man an die audilogische Nachkontrollen (sekundäre Taubheit im ersten Lebensjahr) denken.

Eine Mikrozephalie ist ein Leitsymptom, welches den Verdacht auf eine gestörte Hirnentwicklung wecken sollte. Bei Begleitsymptomen (Dysmorphien, mentale Retardierung, Seh-/Hörstörung, Cerebralparese und Epilepsie) muss weiter abgeklärt werden. Bei fehlenden Begleitsymptomen (s.o.) sind keine weiteren Massnahmen, ausser den üblichen Vorsorgeuntersuchungen, notwendig.

Im zweiten Teil durften wir zwischen «Kopfschmerzen im Kindesalter» oder «Quizvideos von *paroxysmalen Bewegungsstörungen*» wählen. Unsere Gruppe wählte die Videos und uns wurden von Thomas Schmitt-Mechelke neurologische Häppchen von verschiedenen Bewegungsstörungen gezeigt. Die benignen Schlafmyoklonien, welche durch Schaukelbewegung provozierbar sind und beim Aufwachen sistieren. Ein Kleinkind mit einem «Mödeli» mit stereotypen Mundbewegungen und abwesendem Blick, welches sich als Hirntumor entpuppte. Das Sturge-Weber-Syndrom mit Augenbewegungsstörung bei leptomeningealer Angiomatose im occipitalen Cortex. Im letzten Fall ein Säugling mit ruckartigen Augenbewegungen nach oben und fehlendem Blickkontakt. Es war in sich gekehrt wie im «Dornröschenschlaf». Im EEG zeigen sich die typischen Hypsarrhythmien der tuberösen Sklerose.

Die Zeit verging viel zu schnell und ich danke den beiden Referenten herzlich für die interessante und praxisrelevante Präsentation. ■



## Sportmedizin für die Praxis

REFERENTIN:

**PD DR. MED. SUSI  
KRIEMLER, ZÜRICH**

MODERATOR/REFERENT:

**DR. MED. MARKUS  
RENGGLI, BADEN**

AUTORIN:

**DR. MED.  
NADIA SAUTER OES,  
WINTERTHUR**

Mit Susi Kriemler als Referentin und Markus Renggli als Moderator und Referent stand ein sehr erfahrenes Team am Start dieses Workshops. Das Programm tönte spannend, praxisnah und ziemlich ambitioniert.

*Fersenschmerzen* sind ein häufiges Problem sportlicher Kinder. Ursache kann eine Apophysitis calcanei sein, welche sich typischerweise durch Schmerzen im Zehenstand äussert. Therapeutisch kommen Silikonfersenpolster zum Einsatz, welche eine Anhebung der Ferse und somit eine Entlastung der beteiligten Strukturen bewirken. Zudem empfiehlt sich, lokal entzündungshemmend zu behandeln. Im schmerzfreien Stadium ist das Stretching der Wadenmuskulatur ein wichtiger zusätzlicher Therapieansatz, nicht nur bei Leistungssportlern. Wichtige Differentialdiagnosen sind Bursitis subachillae, Fersenbein-Osteomyelitis, Plantaraponeuritis, -fasciitis oder eine Achillodynie.

In der Praxis ebenfalls häufig treffen wir auf *OSG-Distorsionen*. Die Therapie sollte hier möglichst funktionell sein, zum Beispiel mit einem Brace. Zu starre Fixation (Softcast, Gips) verzögert die Heilung. Zudem kommt es zu einem vermehrten Muskelabbau und einer verminderten Proprioception, was in der Zeit nach der Behandlung zu einem erhöhten Risiko für eine Re-Distorsion führt. Präventiv ist nach solchen Verletzungen deshalb eine proprioceptive Therapie wichtig. Indikationen für weitere radiologische Abklärungen sind in den Ottawa-Ankle-Rules zusammengefasst: Druckdolenz im Bereich des Malleolus, der Basis des Metatarsale V oder des Os naviculare,

sowie die Unmöglichkeit, sofort nach dem Trauma vier Schritte zu gehen, sollten Anlass für eine Röntgenuntersuchung sein. Ebenso rezidivierende Traumata.

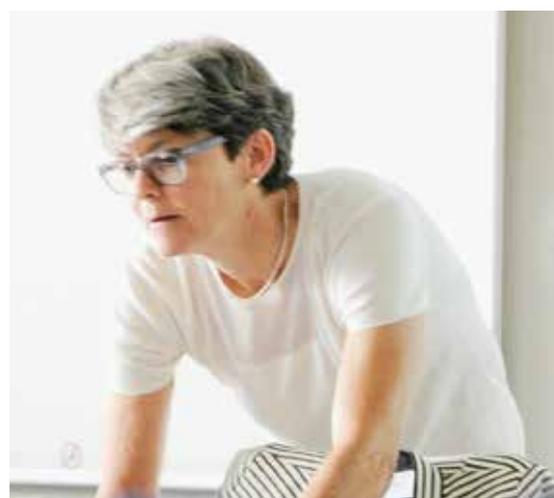
Ungenügende Rumpfmuskulatur ist die häufigste Ursache für *lumbale Rückenschmerzen*. Bei Sportlern kann es aber auch eine muskuläre Dysbalance infolge inadäquaten Trainings sein. Wichtige Differentialdiagnosen sind hier die Spondylolyse, Spondylolisthesis (wichtig: Reklinationstest im Ein- oder Zweibeinstand) und der Morbus Scheuermann (thorakolumbal typischerweise mit Flachrücken).

Die Zeit rannte uns schliesslich davon, sodass im Schlusspurt auf die folgenden Themen nur noch kurz eingegangen werden konnte. Wir erhielten aber gute Hinweise auf weitere Informationen im Internet.

Eine Dispensation vom Schulsport sollte möglichst differenziert ausgestellt werden. Unter [www.activdispens.ch](http://www.activdispens.ch) können solche ärztlichen Bescheinigungen sehr verletzungsspezifisch kreiert und heruntergeladen werden.

Auch Anleitungen und Motivationshilfen fürs Krafttraining bei Kindern und Jugendlichen sind im Internet oder als App erhältlich. Erwähnt sei hier vor allem «Get Set», ein App, das sportartenspezifisch gutes proprioceptives und kräftigendes Training ermöglicht. Ich habe es mir mal angeschaut – es funktioniert auch bei mittelalterlichen Pädiaterinnen...

Vielen Dank den beiden Vortragenden für den engagierten Workshop! ■





## Die zauberhafte Kinderarztpraxis – «Mit Feengeist und Zauberpuste»

### REFERENTIN:

**ANNALISA NEUMEYER,**  
DIPL. SOZIALPÄDAGOGIN,  
FREIBURG (DEUTSCHLAND)

### MODERATOR:

**MED. PRACT. SVEN  
SPRENGER,**  
KINDERARZTPRAXIS  
WÄDENSWIL

### AUTOR:

**MED. PRACT SVEN  
SPRENGER,**  
KINDERARZTPRAXIS  
WÄDENSWIL

«Hat sich der alte Hexenmeister doch einmal weg-begeben!» aus Goethes Zauberlehrling war im Grunde als Einleitung nicht ganz richtig: Annalisa Neumeyer hat sich eigens für diesen Kurs aus Freiburg in Deutschland herbegeben, um mit «Wort und Werke» und «Geistesstärke» die Kursteilnehmer in ihren Bann zu ziehen. Annalisa Neumeyer ist unter anderem Kinder- und Jugendpsychotherapeutin und Therapeutin für klinische Hypnose und hat im Rahmen ihrer Ausbildung das Zaubern als verstärkendes Instrument entdeckt und daraus das «Therapeutische Zaubern®» entwickelt.

Im Rahmen des Kurses wurde schnell deutlich, dass ein zentrales Element in Neumeyers Arbeit wahrhaftig die Worte sind. Sie vermeidet bewusst negative Aussagen – wie «Es tut nicht weh» – und empfiehlt alle «Nicht»-Sätze aus der Praxis zu verbannen. «Du wirst staunen, wie gut hier alles geht» ersetzt «Du brauchst keine Angst zu haben». «Das ist ja super gut gegangen!» steht für ein «Das war gar nicht so schlimm!» Für die bekanntlich potenziell schmerzbehaftete Massnahme Impfung fielen die Zaubersynonyme wie die Gabe von «Heilserum» oder «Gesundheitsdrucki».

Die grösste Frage war: Wie ist ein Kind abzuholen, das eine schlechte Erfahrung im Rahmen einer Impfung oder Blutentnahme gemacht hat? Eine Möglichkeit, das Problem zu verabschieden, kann sein, dass beim letzten Mal noch keine Zauberkräfte im Spiel waren und man in der Zwischenzeit eine Zauberschule besucht habe. Ein folgendes «Yes-Set» vergleicht Neumeyer mit einem «innerlichen Kopfnicken». Eine Serie einfacher Fragen, die das Kind mit «Ja» beantworten kann, versetzt es in eine sprichwörtlich bejahende, entspannte Grundstimmung. Beispiele sind «Heisst du ...?», «Und wohnst du in ...» Es können weitere Fragen nach Geschwistern, Schule etc. folgen. Zudem ist dem Kind eine Vision mitzugeben, die darin bestehen kann, das positiv Erlebte etwa Freunden oder Familienmitgliedern zu erzählen.

Als nächsten Schritt findet die Verwandlung in ein Zauberkind mit einem Zauberkunststück statt. Hier hat Annalisa Neumeyer unter anderem ein Zauberkunststück mit 8 Karten mitgebracht, bei dem später eine ausgesuchte Karte vom «Zauberarzt», von der «Zauberärztin» erkannt wird. Dazu benutzte sie das Stethoskop oder als Zauberstab den Reflexhammer. Beim Finden oder Entdecken der Karte kann dann die erzeugte Trancestimmung genutzt werden, um eine Impfung – d.h. «Heilserum» zu geben oder Himbeersaft (alias Blut) zu entnehmen. Wenn das Kunststück gelungen ist, solle das Kind mit den Eltern die «Siegerpose» auskosten, eine eindrückliche Gratulation vom Zauberarzt, -ärztin ausgesprochen und nochmals die Vision aufgezeigt werden.

Annalisa Neumeyer hat mit ihrer positiven Sprache, ihrer wahren Magie, ihrer überzeugenden und humorvollen Art einen Einblick in die Kraft des Therapeutischen Zauberns® vermittelt. Für ein noch tieferes Eintauchen in die Zauber-Überzeugungswelt gibt es verschiedene Utensilien: Annalisa Neumeyer hat mittlerweile zu dem Thema drei Bücher veröffentlicht. Darunter ist das Buch «Wie Zaubern Kindern hilft», erschienen bei Klett-Kotta, ein guter Einstieg. Ein weiteres Buch wird 2016 folgen, das stärker auf die Bedürfnisse des «klinischen» Anwenders zugeschnitten ist, mit dem Titel «Die Angst vergeht, der Zauber bleibt – Therapeutisches Zaubern® in Arztpraxen und Krankenhäusern» (mabuse-verlag). Zum anderen bietet Annalisa Neumeyer Kurse im Therapeutischen Zaubern® an, die aus 4 Modulen bestehen und mit einer Zertifizierung abgeschlossen werden können. Angaben hierzu finden sich unter <http://www.therapeutisches-zaubern.de/ausbildung>.

Anmerkung: Viele der obigen Zitate stammen aus den von Annalisa Neumeyer verfassten Seminarunterlagen «Zauberhaft leichter Umgang mit ängstlichen Kindern in der Kinderarztpraxis». ■

# So kann es funktionieren! Lösungsfokussiertes Arbeiten bei funktionellen Beschwerden

REFERENTIN:

**DR. MED. SABINE  
ZEHNDER SCHLAPBACH,**  
BERN

REFERENT:

**DR. MED. JAKOB  
VON KÄNEL,**  
MÜNCHENBUCHSEE

AUTORIN:

**DR. MED.  
MARLEEN GROSHEINTZ,**  
LANDQUART

Gefreut habe ich mich auf diesen Workshop mit den beiden erfahrenen Ärzten – zu Recht, wie sich herausstellte. Der Einstieg ins Thema war leicht und verspielt mit einer Kurzversion des bezaubernden Märchens der Prinzessin Leonore. Die kranke Prinzessin gibt auf die Frage ihres besorgten und zu allem bereit Vaters, was sie denn brauche, um wieder gesund zu werden, «den Mond» als Antwort. Natürlich sind es nicht die Gelehrten am Hof, die dem König helfen können, sondern der Hofnarr, der als Einziger auf die Idee kommt, die Prinzessin selber zu fragen. «Wie gross ist denn dein Mond und aus welchem Material?» Die Lösung ist dann so einfach, wie das Problem des Königs gross war.

Einen solchen Prozess in der Praxis mit einer Familie zu teilen, ist eine beglückende Erfahrung für alle Beteiligten. Und der Weg dazu heisst LOA, die Abkürzung für Lösungsorientiertes Arbeiten. Dieses steht für positive Annahmen, («immer das Glas füllen», wie Frau Zehnder es nennt) oder auch für das Suchen nach Ausnahmen des Problems, die dann immer eine Lösung beinhalten. Hilfreich hierbei ist der Satz «Niemand ist perfekt und nichts ist immer gleich». Man sollte lieber fragen, wann etwas gut klappt, statt sich genau beschreiben zu lassen, wann etwas nicht funktioniert. *Lösungsorientiertes Arbeiten beinhaltet auch eine Lösung oder ein Ziel vor Augen zu haben.* Dieses Ziel wird am besten von den Kindern und Jugendlichen oder auch von ihren Eltern formuliert, da diese Experten für sich selbst und ihre Situation sind. Um ein mögliches Ziel zu finden, hilft oft die Wunderfrage «Was ist, wenn du morgen aufwachst und ein Wunder ist geschehen und dein Problem ist verschwunden?» Woran merkst du das? Wie reagieren deine Eltern darauf? Dabei betont Frau Zehnder wie wichtig es ist, immer darauf zu achten, dass man *die Frage im Präsens und nicht etwa im Konjunktiv formuliert. Die Hirnforschung zeigt, dass es hierzu ein neurobiologisches Korrelat gibt und das Gehirn mit seiner Plastizität in der Lage ist, aus solchen Annahmen und aus dem Denken heraus eine Realität zu schaffen.* Mehr dazu lesen kann man im Buch «Brain at Work» von David Rock.

Als dritter Ansatz formuliert die Referentin die Regel «*Etwas Neues anzufangen ist einfacher, als etwas Altes aufzuhören*». Klagen die Eltern, ihr Kind solle aufhören, dieses oder jenes zu tun, fragt sie deshalb immer, was es anstelle davon tun soll? Auch die Prinzipien des «*Embodiment*» werden bei LOA berücksichtigt. Wenn du auf eine gewisse Art handelst oder eine bestimmte



Körperhaltung annimmst, wirst du auch anfangen, so zu denken und zu fühlen. Witzig wird dies in den Büchern «Kopf Hoch» und «Nur Mut» dargestellt. Drei eindrucksvolle Beispiele aus der Praxis der beiden Referenten rundeten diesen interessanten Workshop ab und vermitteln eine Vorfreude, das Prinzip von LOA in der Praxis bewusst einzusetzen. ■

## Büchertipps zum Workshop:

**THERESE STEINER;** Jetzt mal angenommen...: Anregungen für die lösungsfokussierte Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. Carl Auer Verlag.

**JAMES THURBER, PHILIP WAECHTER;** Ein Mond für Leonore oder Die Kunst das kleine Glück zu finden. Hanser Verlag.

**CLAUDIA CROOS-MÜLLER;** Kopf hoch – das kleine Überlebensbuch: Soforthilfe bei Stress, Ärger und anderen Durchhängern. Kösel Verlag.

**CLAUDIA CROOS-MÜLLER;** Nur Mut! Das kleine Überlebensbuch: Soforthilfe bei Herzklopfen, Angst, Panik & Co. Kösel Verlag.

**DAVID ROCK;** Brain at Work. Intelligenter arbeiten, mehr erreichen. Campus Verlag.

Bericht von Marleen Grosheintz mit Dank an die beiden Referenten.

# Autismus – nah und doch fern

## REFERENT:

**M. SC. MATTHIAS  
HUBER, BERN**

## MODERATORIN:

**DR. MED.  
MÉLANIE DOUTAZ,  
AARAU**

## TEXT UND ILLUSTRATION:

**DR. MED.  
KERSTIN WALTER,  
BERN**

**E**in Workshop, der so erfolgreich ist, dass er schon das zweite Jahr in Folge angeboten wird, machte mich natürlich neugierig. Matthias Huber, selbst vom Asperger-Syndrom betroffen, schilderte anschaulich die damit verbundenen Besonderheiten.

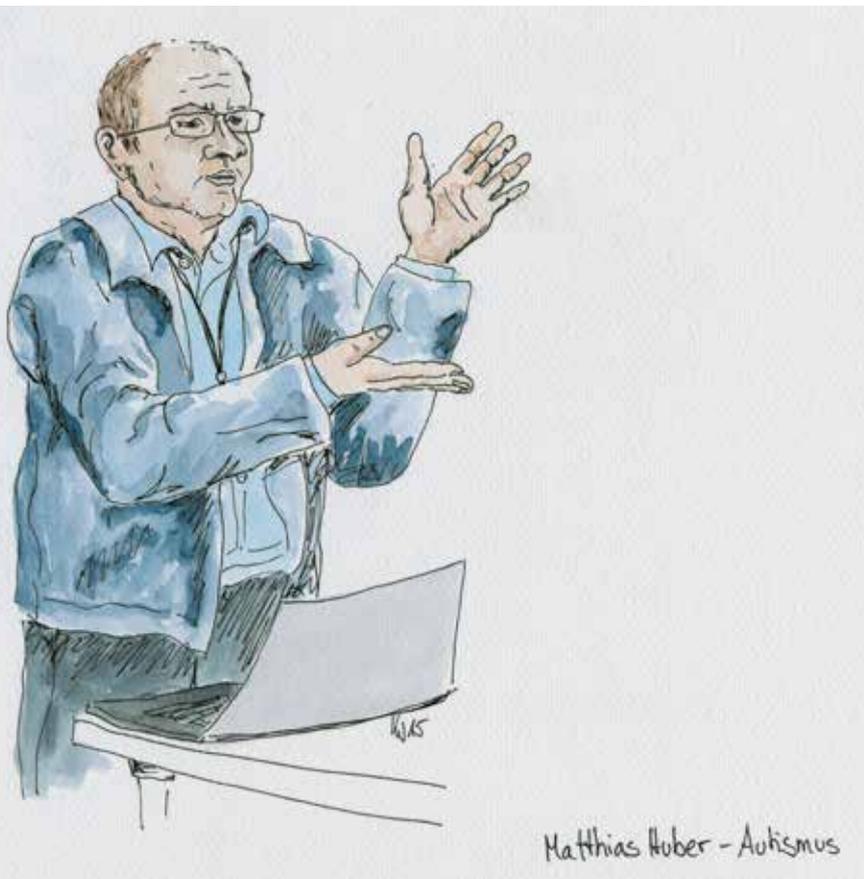
Für ihn selbst begann der Workshop vermutlich mit einer besonderen Herausforderung: da das Computersystem nicht kompatibel war, konnte er seine vorbereitete PowerPoint-Präsentation nicht demonstrieren und erklärte stattdessen ohne Folien, mit welchen Besonderheiten und Herausforderungen Betroffene zu kämpfen haben. Er berichtete dabei zwar auch, dass es für Autisten besonders schwierig ist, sich auf neue oder unerwartete Situationen oder Empfindungen einzustellen (das kann so weit gehen, dass Kinder auch im Sommer ihren gewohnten Pullover tragen wollen, weil sie an dessen Gefühl auf der Haut gewohnt sind), ihm selber gelang aber trotzdem ein packender Vortrag, dem praktisch nicht anzumerken war, dass er nicht wie geplant ablief. Dies galt auch für viele andere Bereiche, die er in seinem Leben lange trainieren musste. Er berichtete beispielsweise, wie er Bücher von Samy Mol-

cho gelesen und viele Stunden vor dem Spiegel verbracht habe, um Gestik und Mimik zu üben. Erfolgreich, wie man seiner unauffälligen Gestik entnehmen konnte! Dass kleine Auffälligkeiten weiterhin bestehen (er selbst ertrage z. B. das Gefühl von sich berührenden Fingern nicht und halte die Finger daher meist gespreizt), fällt erst auf, nachdem er uns selbst darauf hingewiesen hat. Somit trat er gleich den lebenden Beweis dafür an, dass Betroffene lernen können, mit ihren Besonderheiten umzugehen.

In der Theorie ist es schwierig zu verstehen, was mit einer «qualitativ anderen Art der Wahrnehmungs- und Informationsverarbeitung» gemeint ist. Matthias Huber brachte uns die Erlebenswelt Betroffener durch zahlreiche Beispiele nahe. Dass die Kommunikation mit autistischen Kindern oft schwierig ist, liegt häufig daran, dass sich das Gegenüber nicht an die Besonderheiten eines betroffenen Kindes anpassen mag, bzw. dessen Signale missversteht. Ein fehlender Blickkontakt – als klassisches Zeichen von Autismus – bedeutet nicht gleich Desinteresse an Kontakt – denn viele Betroffene können sich so besser konzentrieren, als wenn sie in ein für sie selbst verwirrendes Gesicht sehen. (Denn autistische Menschen haben oft selbst Schwierigkeiten, die Gesichtszüge ihres Gesprächspartners richtig zu interpretieren. *Anm. der Redaktion*) Auch die scheinbar einfache Frage «Hast du schöne Ferien gehabt?» kann ein Kind mit Autismus schnell überfordern (Welche Ferien sind überhaupt gemeint?! Die zuletzt zurückliegenden oder alle, die ich jemals hatte?! Und «schön»?!) Was heisst denn «schön»?! Am ersten Tag konnte ich ausschlafen, das war schön, am zweiten Tag gab es keine Gipfeli mehr, das war nicht so schön...) und so eine Antwort erschweren. Mit diesen und vielen weiteren Beispielen mag man nun besser verstehen, wie ein autistisches Kind versteht, fühlt und interpretiert und was man im Umgang mit diesen Kindern anders machen könnte. Ob uns dies in der praktischen Umsetzung auch gelingen wird, ist eine andere Frage, aber zumindest besteht für uns Zuhörer nun ein viel besseres Problembewusstsein.

Zum Schluss des Workshops gab es noch einige Buchempfehlungen. Diejenigen, die auch dieses Jahr diesen eindrücklichen Vortrag verpasst haben, sich aber trotzdem für das Thema interessieren, können vielleicht so ebenfalls einen Eindruck bekommen:

- Daniela Schreiter «Schattenspringer»
- Graeme Simsion «Das Rosie-Projekt»
- Mark Haddon «The Curious Incident of the Dog in the Night-time»





## No Stress mit der Life Balance

REFERENTIN:

**EVELINE GIGER BÜRLI,**  
ZÜRICH

MODERATORIN:

**DR. MED.**  
**ANDREA HOHL-SEILER,**  
UZNACH

AUTORIN:

**STEFANIE BLASER,**  
DIPL. MPA, RAPPERSWIL

**E**veline Giger Bürlì. Sie arbeitet selbstständig als Lerncoach in unterschiedlichen Bereichen in ihrer eigenen Praxis «denk-mal».

Als Einstieg bekommen wir ein Video zu sehen, auf dem zufällig ausgesuchte, unschuldige Passanten als gefährliche Tatverdächtige auf der «Blick»-Titelseite gezeigt werden. Am Ende entpuppt sich alles als ein Werbegag von Nivea. Welch' ein Stress für diese Passanten! Doch was heisst eigentlich Stress? Woher kommt er genau? Und wie kann ich mit ihm umgehen?

Um all diese Fragen geht es heute. Stress bedeutet nichts anderes als ein Ungleichgewicht zwischen den gestellten Anforderungen und den persönlichen Ressourcen. Um mit Stress gut umgehen zu können, muss man zuerst von sich wissen, was einen selbst stresst. Frau Giger Bürlì lässt uns eine «Stresskarte» erstellen, auf welcher wir unsere persönlichen Stressoren aufschreiben sollen. Gemeinsam versuchen wir nun, diese Stressoren den inneren und äusseren Faktoren zuzuordnen. Uns wird schnell klar, dass häufig innere Stressoren wie zum Beispiel zu hohe Anforderungen an einen selbst oder Perfektionismus verantwortlich für unseren Stress sind. Also muss die Lösung bei sich selbst gesucht werden. Mit diesem Gedanken werden wir in die Pause entlassen, wo wir mit einem leckeren Zvieri verwöhnt werden. Mit ausgelüftetem Kopf geht es weiter mit dem Thema «Achtsamkeit». Was ist das überhaupt? Wie kann man es einsetzen in Zusammenhang mit Stress?

Hierzu gibt uns Frau Giger Bürlì eine ganz einfache, alltägliche Übung. Frau Dr. Hohl verteilt Trauben. Nun sollen wir die Traube ganz achtsam essen. Plötzlich hörte man überall das Knacken der Traubenhaut zwischen den Zähnen der Kursteilnehmer und ein genüssliches Schmunzeln macht die Runde. Wie unglaublich interessant eine einfache Traube sein kann.

«Achtsamkeit bedeutet, dass wir ganz bei unserem Tun verweilen, ohne uns ablenken zu lassen» (Dalai Lama).

In einem alltagsbezogenen Beispiel zeigt uns Frau Giger Bürlì, wie man im achtsamen Umgang mit einer Stresssituation ganz entspannt bleibt und somit erst gar kein Stress entsteht. Denn bleibt der Körper entspannt, bleiben auch die Gedanken entspannt. Und eben diese Gedanken sind Hauptverursacher von Stress.

Ein weiterer massgeblicher Faktor ist die Resilienz. Resilienz bedeutet nichts anderes als die Fähigkeit, mit belastenden Lebensumständen umzugehen. Dies hängt neben den emotionalen, sozialen und gesundheitlichen Ressourcen auch von den persönlichen Erfahrungen der gestressten Person ab. Mit zunehmender Erfahrung steigt auch die Resilienz.

Wir erhalten ein Fallbeispiel, welches wir in Gruppen erarbeiten. In diesen Beispielen geht es um verschiedene Arten von Stress. Es handelt vom typischen Praxisalltag mit ungeduldigen Patienten sowie Lebenssituationen, in denen Job, Familie und Gesundheit jemanden überfordern. Unsere Aufgabe besteht darin, die Stressoren aufzufindig zu machen und geeignete Strategien oder Handlungsmöglichkeiten aufzuzeigen.

Es wird fleissig diskutiert, geschrieben, gezeichnet und über Lösungsvorschläge gebrütet. Nach einer guten halben Stunde stellt jede Gruppe ihr Beispiel mit den eigenen Vorschlägen vor. Frau Giger Bürlì fügt noch einige wichtige Punkte an, die wir nicht berücksichtigt haben. Ferner kommen wir auch hier zum Schluss, dass der grösste Stress oft durch uns selbst verursacht wird.

An diesem Nachmittag haben wir gelernt, dass man mit einer gesunden Portion Verantwortungsgefühl, realistischen Erwartungen an sich selbst und mit einer gewissen Lockerheit dem Stress den Stress nimmt und sich schöneren Dingen im Leben widmen kann ... ■

# Pubertät: Krise oder Wandel – oder beides?

REFERENTIN:

DR. MED.

MARIANNE CAFLISCH,  
UNIVERSITÄTSSPITAL GENÈVE

MODERATORIN:

NICOLA NAULA,  
DIPL. MPA, BERN

Marianne Caflisch bringt für uns Licht in die geheimnisvolle Zeit der Pubertät. Sie erklärt auf lebhaft und anschauliche Weise, welche umfangreiche Entwicklung Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 10 bis 24 Jahren durchlaufen. *Körper, Geist und Seele – alles ist im Wandel.*

Dabei ist für alle Jugendliche eines gemein: Die verstärkte Bildung der Gonadotropine, insbesondere LH und damit die Pubertätsstimulation, beginnt jeweils in der Nacht. Dies ist so nachgewiesen, obwohl der Grund dafür noch unklar ist. Ansonsten entwickeln sich Mädchen anders als Jungen, und der individuelle Verlauf kann für jeden Jugendlichen viele Variationen in Bezug auf den zeitlichen Verlauf und die Intensität der Ausprägung haben.

Es gibt allerdings *Leitthemen* in der Pubertät, mit denen sich alle Jugendlichen mehr oder weniger intensiv auseinandersetzen, z. B.:

- Die physischen Veränderungen und die *Entstehung eines neuen Körperbildes*
- Die Entwicklung einer *eigenen Identität*
- Der Wechsel von konkretem zu *abstraktem Denken*, Erarbeiten von Zukunftsplänen

Im Workshop erarbeiteten wir anhand unserer Erfahrungen mit Jugendlichen in der Praxis und mithilfe unserer Erinnerungen an die eigene Pubertät, wo es in diesem Wandel zu Konflikten und Krisen kommen kann. Dabei erscheint es zeitweise, als ob diese natürliche und wichtige Phase der Entwicklung zum Erwachsenen auch zu einem regelrechten Minenfeld werden kann. Dazu drei Beispiele:

- I. *Unfallgefahr*: Die Veränderung des Körpers beeinflusst die Körperwahrnehmung der Jugendlichen. In dieser Phase kommt es häufig zu vermehrten Unfällen, auch aus dem einfachen Grund, dass sich der Körperschwerpunkt verlagert.

- II. *Diätwahn*: Die Zunahme der Körpermasse geht bei den Jungen mit der Zunahme der Muskelmasse, bei den Mädchen hingegen mit der Zunahme an Körperfett einher, insbesondere an den Hüften. Dies kann das neu entstehende Selbstbild positiv, aber auch negativ beeinflussen. Nicht selten entgleist dann der Wunsch abzunehmen in einen «Diätwahn». Dieser wird häufig durch die Peergroup, die in diesem Alter immer mehr an Bedeutung gewinnt, noch verstärkt.

- III. *Strukturelle Hirnveränderungen*: Redundante Verbindungen werden abgebaut und nur die nützlichen Verbindungen bleiben erhalten. Zuerst reift das limbische System, das verantwortlich ist für Emotionen und Impulsivität. Erst später reift der präfrontale Kortex, verantwortlich für exekutive Funktionen wie z. B.: Planungsfunktion, Antizipation, Entscheidungen treffen, Informationen im Kopf behalten und insbesondere auch die Fähigkeit, unpassendes Verhalten zu unterdrücken. Die volle Reifung des Gehirns ist erst im Alter von 24 Jahren erreicht.

Was kann ich als MPA im Umgang mit Jugendlichen nun tun, um sie in ihrem Wandel zum Erwachsenwerden zu unterstützen? Frau Caflisch hat ein Plädoyer für die Jugendlichen gehalten und gezeigt, dass viele Dinge, über die wir Erwachsene im Umgang mit Jugendlichen stolpern, ganz natürlich und beinahe unvermeidbar sind. Mir als MPA ist nochmals deutlich geworden, welchen immensen Veränderungen Jugendliche unterworfen sind und welche Anforderungen diese Phase ihres Lebens an sie stellt. *Der Workshop hat mich motiviert, hellhöriger für diese Patientengruppe zu sein und mich zu bemühen, genauso achtsam auf ihre Bedürfnisse einzugehen, wie ich es auch mit Säuglingen, Kleinkindern, Kindergärtnern und Primarschülern bin.* Ich werde Ihnen offener begegnen und sie inmitten ihres Wandels und aller kleineren und grösseren Krisen auch mit ihren Stärken und Qualitäten sehen. ■



# Symposium «Phytotherapie in der Pädiatrie – ein Überblick»

REFERENTIN UND AUTORIN:

DR. SC. NAT.  
BEATRIX FALCH,  
ZÜRICH



*Immer wieder kommen Eltern mit ihren kranken Kindern in die pädiatrische Praxis und verlangen etwas «Natürliches». Bei Bagatellerkrankungen sind pflanzliche Arzneimittel durchaus eine bewährte und angemessene Alternative.*

Da Kinder im Vergleich zu Erwachsenen über hohe Selbstheilungskräfte und eine grosse Regenerationsfähigkeit verfügen, klingen viele Krankheiten schneller ab als bei Erwachsenen, auch wenn sie zuerst einen fulminanteren Verlauf zeigen. So reichen bei Kindern häufig mild wirksame Arzneimittel, wie es pflanzliche Arzneimittel sind, aus.

Die Phytotherapie ist eine gut erprobte und vielfach naturwissenschaftlich gut untersuchte Heilmethode. Für die Anwendung bei Kindern fehlen aber – wie auch in der Schulmedizin – in den meisten Fällen klinische Studien gemäss GCP. Somit bewegt man sich in der pädiatrischen Praxis häufig im «Off-label-use». Hierbei stellt sich auch die Frage nach der korrekten Dosierung. Da Arzneipflanzen aus einem Vielstoffgemisch bestehen, verfügen sie über eine hohe therapeutische Breite, sodass für die Dosisfindung die Faustregel, wie in [1] dargestellt, für den Praxisalltag ausreichend ist. Ausserdem verfügen noch zahlreiche (ca. 180) bei Swissmedic zugelassene pflanzliche Arzneimittel über eine Kinderdosierung [2].

## Was kann man mit gutem Gewissen verschreiben?

Für die wichtigsten pädiatrischen Indikationsgebiete werden nachfolgend bewährte Arzneipflanzen beispielhaft vorgestellt.

Zur Vorbeugung und Unterstützung von *Erkältungskrankheiten* können Kindern ab 2 Jahren Zubereitungen aus Sonnenhut empfohlen werden. Bei Schnupfen haben sich Inhalationen oder Raumvernebelungen mit ausgewählten ätherischen Ölen bewährt. Eine Empfehlungsliste mit ätherischen Ölen, die für Säuglinge und Kleinkinder geeignet sind, finden sich bei [3]. Für die *Hustentherapie* stehen diverse pflanzliche Hustensäfte auf der Basis von Efeu, Thymian und Spitzwegerich zur Verfügung.

Bei *Magen-Darm-Beschwerden* eignen sich Tees aus Kamille, Löwenzahn und/oder Melisse. Eine *Obstipation* wird mit pflanzlichen Quellmitteln wie Flohsamen und Hirse therapiert und eine *Diarrhöe* mit gerbstoffhaltigen Tees, wie Schwarztee oder Brombeerblättern, oder mit der bewährten Karottensuppe nach Moro.

Für die Behandlung von *Unruhezuständen und Schlafstörungen* eignen sich für Säuglinge Lavendelduftkissen oder ein Orangenblütentee. Für grössere Kinder werden zusätzlich Zubereitungen mit Melisse, Hopfen, Hafer oder Passionsblume empfohlen.

*Eczemartige Hauterkrankungen* werden mit Fertigpräparaten oder individuellen Rezepturen behandelt, die u. a. Hamameliswasser, Ringelblumenblüten, Ballonrebenkraut, Avocadoöl, Nachtkerzenöl oder ausgewählte ätherische Öle enthalten können.

## Erfahrungsaustausch

Die Schweizerische Medizinische Gesellschaft für Phytotherapie (SMGP, [www.smgp.ch](http://www.smgp.ch)) bietet neben der Weiterbildung in Phytotherapie einen pädiatrischen Phytozirkel zum Erfahrungsaustausch an. Weitere Informationen sind bei der Autorin erhältlich. ■

## ANSCHRIFT DER AUTORIN:

Dr. sc. nat. Beatrix Falch  
Hochstrasse 51, 8044 Zürich, [bfalch@sunrise.ch](mailto:bfalch@sunrise.ch)

## LITERATUR:

- [1] von Mandach U., Djonova J., Meier B.; Phytotherapie 2002; 5: 2–9.
- [2] Liste der von Swissmedic zugelassenen Kinderdosierungen von pflanzlichen Arzneimitteln: [http://www.smgp.ch/smgp/homeindex/arzneimittel/dokumente/Tabelle\\_Kinderdosierung.pdf](http://www.smgp.ch/smgp/homeindex/arzneimittel/dokumente/Tabelle_Kinderdosierung.pdf)
- [3] Liste empfohlener ätherischer Öle: [www.smgp.ch/smgp/homeindex/arzneimittel/dokumente/Empfehlungsliste\\_Terpene.pdf](http://www.smgp.ch/smgp/homeindex/arzneimittel/dokumente/Empfehlungsliste_Terpene.pdf)



# Atopische Dermatitis heute

(Workshop in Kooperation mit KIS und CK-CARE)

REFERENT:

**DR. MED.  
MARTIN THEILER,**  
ZÜRICH

WORKSHOP-LEITUNG:

**DR. MED. CLAUDIA  
MÜLLER-WIEDERKEHR,**  
BADEN

AUTORIN:

**DR. MED.  
KERSTIN WALTER,**  
BERN



Der Workshop von Martin Theiler und Claudia Müller-Wiederkehr begann mit einer theoretischen Einführung in das häufige Krankheitsbild der atopischen Dermatitis. Anders als von den Eltern oft angenommen, handelt es sich eben nicht um eine allergische Erkrankung, sondern primär um ein Hautproblem. Entsprechend wurde der Fokus auch weniger auf das Weglassen von Triggerfaktoren oder Diäten gelegt als vielmehr in der praktischen Durchführung der Hautpflege. In der zweiten Hälfte des Workshops wurden in Gruppenarbeit vier Fallbeispiele erarbeitet und die praktische Anlage von fett-feuchten Salbenverbänden gezeigt.

Martin Theiler plädierte für eine rasche und aggressive Therapie der neurodermitischen Hautläsionen («hit hard and early») mit dem Ziel, die Haut möglichst rasch tatsächlich ekzemfrei zu bekommen. Prinzipiell werden mit topischen Calcineurininhibitoren (Elidel oder Protopic) sehr gute Ergebnisse erzielt, aus Kostengründen werden sie aber primär im Gesicht eingesetzt, am Körper dagegen häufig Steroide.

Als Handout erhielten alle Teilnehmer Listen mit verschiedenen Präparaten, die verwendet werden können. Es wurden jeweils verschiedene Therapieoptionen

diskutiert und Martin Theiler berichtete, was sie wohl in dem jeweiligen konkreten Fall tun würden, betonte aber stets, dass auch eine andere Vorgehensweise möglich wäre.

Anhand der Fallbeispiele wurden dann verschiedene typische Komplikationen besprochen. Häufig finden sich z.B. Dellwarzen auf ekzematösen Arealen. Es ist wichtig, zunächst die atopische Dermatitis konsequent zu behandeln, bevor die Dellwarzen angegangen werden. Zum einen, weil diese sich auf der vorgeschädigten Haut sonst besonders leicht ausbreiten können, zum anderen verschwinden die Dellwarzen bei konsequenter Ekzemtherapie wenn man Glück hat von selbst mit. Prinzipiell sollten dabei eher Kortikoide zum Einsatz kommen, die auf die Dellwarzen-Infektion keinen fördernden Einfluss haben, wohingegen bei Calcineurininhibitoren ein warzenfördernder Effekt diskutiert wird.

Die letzte Gruppe demonstrierte dann noch die Anlage eines fett-feuchten Verbandes mit Tubifast. Diesen gibt es sowohl als Schlauchbandage wie auch für verschiedene Körperteile z.B. als Handschuhe, Leggings oder Unterhemden. Da sie elastisch und waschbar sind, ist die Verbandanlage so einfach, dass die Eltern auch instruiert werden können um die Therapie zuhause selbst durchzuführen: Als erstes wird die fettende Creme (mit oder ohne Kortikoid) grosszügig aufgetragen. Danach wird die Tubifastbandage in warmem Wasser angefeuchtet, ausgewrungen und über das entsprechende Körperteil gezogen. Anschliessend gibt es noch eine zweite Lage mit einer trockenen Bandage.

Mich bestätigte der Workshop mal wieder darin, dass viele Wege nach Rom führen. Bei der Therapie der atopischen Dermatitis stehen heutzutage viele potente Therapiemöglichkeiten zu Verfügung, aus der sich jeder unter Berücksichtigung einiger Grundprinzipien die für sich und seine Patienten passenden Optionen auswählen kann. ■

# Pädiatrische Gastroenterologie im praktischen Alltag: Past-Present-Future

REFERENT:

DR. MED.

GEORGE MARX,

OSTSCHWEIZER KINDER-  
SPITAL, ST. GALLEN

AUTORIN:

DR. MED.

MERCEDES OGAL,

BRUNNEN

Kompetent, praxisnah, lebendig – gespickt mit informativen Highlights, das war der Workshop von Dr. George Marx. Ihn zu erleben ist jedes Mal beeindruckend und die Umsetzung des Themas ist ihm bravourös gelungen. In kurzer Zeit schaffte er es, uns ein vollständiges Update der pädiatrischen Gastroenterologie zu geben.

Hier die praxisrelevanten Facts:

## Zöliakie (Prävalenz in der Schweiz ca. 1:300)

### Abklärung

- Labor bei Kindern <3J.: Anti-Gliadin IgA, Anti-Gliadin IgG, Anti-Transglutaminase IgA und Gesamt IgA. Wenn Gesamt IgA deutlich erniedrigt: auch Anti-Transglutaminase IgG bestimmen!
- Labor bei Kindern >3J.: Anti-Endomysium IgA und Gesamt IgA, wenn Gesamt IgA deutlich erniedrigt: weitere Parameter!
- Biopsie: In naher Zukunft wird auf eine Biopsie (aktuell immer noch Goldstandard) verzichtet, wenn:
  - Typische Anamnese und Klinik
  - Anti-Transglutaminase IgA > 10x Norm
  - Anti-Endomysium IgA positiv
  - HLA DQ2 und/oder DQ8 positiv

### Dran denken und auch abklären, wenn ...

- eine Laktoseintoleranz im Kindesalter vorliegt. Die Dünndarmzottenatrophie durch die Laktoseintoleranz führt bei genetisch prädisponierten Personen zur Zöliakie!
- chronische Obstipation vorliegt: 5% der Zöliakiepatienten haben bei Diagnosestellung eine Obstipation!
- chronische Bauchschmerzen vorliegen – dann immer an eine Zöliakie denken .
- auch bei unklarer Transaminasenerhöhung gehört die Zöliakieabklärung dazu.

### Zöliakiepatienten

- haben oft begleitend einen Zink- und Selenmangel – dies bei den Laborkontrollen unbedingt mitkontrollieren (sicher 1x/Jahr), inkl. Albumin, Ferritin, Transglutaminase und eventuell Vitamin D3.
- Im Jugendalter Knochendichtemessung veranlassen wegen dem Risiko der Osteoporose.

### Neue Richtlinien für Säuglingsernährung

- bei der Einführung der Beikost wurde zuletzt propagiert, Gluten früh, v.a. aber in Kombination mit der MM (d. h. bei noch gestillten Säuglingen) einzuführen (4. bis 5. LM). Das hat sich (wieder) geändert: Neue Studien belegen, dass das Risiko für die Entstehung einer Zöliakie bei Säuglingen, welche früh mit Gluten



belastet werden, gleich hoch ist wie bei denjenigen, welche erst später mit Gluten in Kontakt kommen.

### Ernährung

- *HA-Milch*: Es gibt weiterhin keine wirkliche Evidenz, dass die Gabe von HA-Milch einen protektiven Effekt auf die Entstehung einer atopischen Dermatitis hat. Das letzte Wort ist hierbei noch nicht gesprochen.
- *«Parmesan-Trick» zur Calciumzufuhr*: Bei Kindern, welche Milch/Milchprodukte ablehnen oder eine Laktoseintoleranz haben, ist Parmesan eine gute Alternative: keine Laktose, dafür 10x so viel Calcium wie Milch. Zusätzlich mit Calcium angereichertes Mineralwasser trinken und Sesam/Sesammus (9x so viel Calcium wie Milch, wird aber schlechter resorbiert) essen.
- *Metabolic priming im 1. Lebensjahr*: Schoppenernährte Kinder haben ein erhöhtes Risiko, später eine Adipositas zu entwickeln als gestillte Kinder, da die Pulvermilchen zu viel Eiweiss enthalten. Die Firmen reduzieren die Eiweissmenge nun langsam.
- *Juniormilch*: Ein gesund und ausgewogen ernährtes Kind in der Schweiz benötigt keine Juniormilch. Bitte kommuniziert dies mit den Mütterberaterinnen in eurem Umkreis. Die Juniormilch hat ein Vanillearoma, wodurch Kinder noch zusätzlich auf einen süsslichen Geschmack getrimmt werden.

30

- *Vegane Mütter/Kinder/Jugendliche:*
  - gewinnt vegane Mütter für euch! Schaut, dass sie weiterhin zu euch in die Praxis kommen! Nur so könnt ihr die Gesundheit von vegan ernährten Kindern im Auge behalten.
  - Empfohlene Kontrollen: alle 6 Monate: Eisen/Ferritin/BB, Calcium, Zink, Vitamin B12 (Methylmalonsäure im Urin).
  - Empfohlene Substitution: Eisen, Ca, Zn, Vit B12 sowie Eiweisse, DHEA und Vitamin B1!
- *BLW – «Baby-lead weaning»:* in USA sehr trendy und auch bei uns im Kommen. Es hat einige Vorteile (längeres Stillen, tiefere BMI, weniger Fütterstörungen, weniger «ängstliche Mütter»), ist aber nicht geeignet bei Kindern, die «schwächer» sind, bei sehr ängstlichen Müttern sowie Kindern mit Wachstumsstörungen.
- *FODMAP-Konzept:* Es geht um die Vermeidung von osmotisch aktiven, schlecht resorbierbaren Kohlenhydraten, die im Kolon durch bakterielle Fermentation

zu Blähungen und Diarrhoe führen können – v.a. bei Reizdarmsyndrom, IBS und unspezifischen Magen-Darm-Beschwerden.

#### Mikrobiom

Leider blieb für dies und andere Themen nur noch wenig Zeit übrig. Das Mikrobiom wird uns weiterhin sicher beschäftigen, die Entwicklung hierzu ist einfach faszinierend. Empfehlenswert (für Patienteneltern, aber auch für uns) ist das Buch von Giulia Enders, «Darm mit Charme».

#### Frühkindliche Ess- und Fütterstörungen

Dies Thema ist vielschichtig und konnte nur ansatzweise diskutiert werden. Tatsache ist, dass diese im klinisch praktischen Alltag zunehmen!

**Fazit:** Es war ein supertoller Workshop! Wir hätten noch stundenlang zuhören können. Ganz herzlichen Dank! ■

ANZEIGE



**ALLERGOVIT®**  
Die Pollen-AIT

ALLERGOPHARMA AG, Erlenstrasse 29, 4106 Therwil, Telefon 061 721 88 66, Fax 061 721 88 68, [www.allergopharma.ch](http://www.allergopharma.ch)

Die Fachinformation ist auf der Homepage von Swissmedic unter [www.swissmedicinfo.ch](http://www.swissmedicinfo.ch) publiziert.

Ein Unternehmen von  MERCK

# Blut heute – was der Pädiater in der Praxis wissen muss

## REFERENT:

PD DR. MED MARKUS  
SCHMUGGE, ZÜRICH

## MODERATOR:

DR. MED. JAN CAHLIK,  
AFFOLTERN A.A.

## AUTORIN:

DR. MED.  
SUZANNE KOURTIS,  
ZÜRICH

In diesem Workshop waren wir alle keine Greenhorns mehr, doch es gab einen riesigen Strauss von Tipps und Wissen, was für den Pädiater im Alltag nützlich ist. Gerne berichte ich über ein paar Highlights:

Es fängt bei der *korrekten Blutentnahme* an. Wie «piekst» man Säuglinge unter 4 Mt.? Es gibt spezielle NG-Lanzetten (z. B. Quick Heel®), und besser seitlich der Ferse stechen; wichtig ist es, Verletzungen zu vermeiden. Allgemein gilt: Ein starkes Quetschen der Finger, um das letzte Tröpfli Blut zu ergattern, kann fälschlicherweise hohe hämatologische und falsche Elektrolytwerte geben.

Bei den maschinellen Resultaten der Blutentnahme treffen wir auf die *Tücken der Technik*: Können wir die Kurven der Ec/Lc und Tc richtig lesen und interpretieren? Die Tc und Ec Kurven müssen stets zurück zur Basislinie gehen. Falls Fragmentozyten da sind, werden diese als Tcs gezählt und die Kurve geht nicht zur Basislinie zurück, weshalb die Resultate meist fehlerhaft sind. Auch können Erythroblasten als Lc gezählt werden, was die Werte verändert. Allenfalls vorhandene Kälteagglutinine können zu falsch tiefen Werten für Ec und abnormal hohen MCHC führen. Für den Normwert des Hämoglobins spielt ausserdem nicht nur Alter und Geschlecht eine Rolle, sondern auch die Ethnie!!!

Unter den «Red Flags» ist vor allem eine Bizytopenie (Veränderung bei 2 von 3 Zellreihen) zu erwähnen, was ein früher Hinweis auf eine ALL sein kann.

Das tägliche Brot in der Praxis ist wohl die allgegenwärtige *Eisenmangelanämie!* Ob es eine ist oder doch eine Thalassämie (bei häufig pos. FA für Verwandte aus dem Mittelmeerraum) hilft uns der RDW-Wert weiter. Dieser ist insbesondere bei Eisenmangel erhöht – wie auch bei Vitamin-B12-Mangel oder schwerer (homozygoter) Sichelzellanämie, bei Thalassämie aber normal.

Ein häufiges Problem ist auch der *Vitamin-B12-Mangel* bei Veganern. Markus Schmugge gibt uns einen Tipp (wenn die venöse BE schwierig ist): Methylmalonsäure und Homocystein im Urin sind stark erhöht. Ebenso wichtig zu wissen: Muttermilch ab 6 Mt. ist eisenarm, es braucht daher Brei für den/die Kleinen.

*Zur Eisensubstitutionstherapie*: Es gibt 2 Möglichkeiten: Fell-wertig ist zwar bitter (Aktiferrin® 3mg/kg), muss jedoch nur für 3 Mt. und ohne Nahrung gegeben werden. FeIII-wertig (Maltofer® 5 mg/kg) muss man meist für 6 Mt. mit Nahrung, am besten mit Fruchtsaft geben. Für die Grösseren gibt es mehr Varianten, diese sollten mit



den Betroffenen besprochen werden. Eine Eiseninfusion ist kaum nötig, transfundiert wird selten, die Grenze hier ist abhängig von den klinischen Symptomen der Fe-Mangel-Anämie und ist bei chronischer Anämie meist erst bei Hb < 60 g/l nötig. Wichtig auch, dass Ferinject® zur iv Therapie bei Kindern nicht zugelassen ist.

Kurz beschäftigt haben uns auch die *Thalassämien*: die Beta-Thalassämie ist meist einfach zu diagnostizieren, jedoch braucht die Alpha-Thalassämia minor/minima eine genetische Abklärung, da alle Werte normal sein können (tiefes Hb nicht obligat). Die Diagnose ist jedoch für die Zukunft der Patienten (Heirat, Kinder) wichtig. Auch die heterozygote Sichelzellanämie muss keine Anämie zeigen (symptomlos, eventuell kommt es zu Schmerzkrisen bei Überanstrengung und in grosser Höhe). Wird eine Thalassämie oder Sichelzellanämie durch eine Chromatografie bestätigt, müssen aber die Eltern unbedingt zur Abklärung geschickt werden.

*Auch die Messung von Infektparametern* im Blut beschäftigte uns: Wann ist ein CRP sinnvoll? Markus Schmugge sieht es nur als Ergänzung zu unserer klinischen Untersuchung. Als Faustregel gilt: >100 mg/l spricht für einen bakteriellen Infekt (Adenovirus lässt grüssen!) und Werte von 10–50 mg/lg eher für einen viralen Infekt. Eine Leukozytose, eine Li-Verschiebung, Thrombozytose/-penie können weitere Hinweise für ein bakterielles Geschehen geben. Ein tiefnormales CRP macht bei mehrtägiger Infektdauer einen bakteriellen Infekt unwahrscheinlich. Wichtig auch zu wissen, dass das Ferritin beim Infekt oft ansteigt und über Tage bis Wochen erhöht bleibt! Procalcitonin ist aktuell in der Praxis keine Option, da für die Praxis keine kapilläre Bestimmung möglich ist.

Mit diesem Beitrag möchte ich Markus Schmugge herzlich danken für den reichhaltigen Workshop. ■

## Altersentsprechende Normwerte für Hb, MCV, Ferritin

| Alter   | Hb      | MCV    | Ferritin(ug/l) |
|---------|---------|--------|----------------|
| 0–7     | 135–200 | 95–115 | 90–630         |
| 8–30    | 100–160 | 85–100 | 90–630         |
| 1–3 Mt  | 95–145  | 85–100 | 87–430         |
| 4–9 Mt  | 95–135  | 75–85  | 10–100         |
| 2–16 J  | 115–150 | 77–85  | 10–60          |
| >16 J w | 120–160 | 78–95  | 20–140         |
| <16 J m | 130–170 | 78–95  | 20–360         |

32

# Recht und Unrecht in der Praxis – keine Angst vor der Justiz

REFERENTEN:

DR. MED.

ALEXANDER MINZER

DR. MED.

GEORG SASSE

TEXT UND

ILLUSTRATIONEN:

DR. MED.

KERSTIN WALTER,

BERN

Juristische Aspekte unserer Tätigkeit sind wohl für die wenigsten von uns ein beliebtes Thema als viel mehr ein notwendiges Übel. Sich am Ende einer spannenden 2-tägigen Jubiläumstagung, angefüllt mit vielen neuen Ideen und entsprechend auch schon etwas geistig erschöpft, ausgerechnet als letzten Workshop des Tages mit einem solchen Thema zu befassen, erforderte daher doch etwas Überwindung... Belohnt wurden wir aber von Georg Sasse mit einem unerwartet unterhaltsamen, spannenden und mitreissenden Vortrag.

Natürlich wissen wir alle, dass ärztliche Eingriffe prinzipiell in den Bereich der Körperverletzung fallen. Und dass Haftrechtsfälle teuer werden können. Aber wer hat sich schon konkret genau Gedanken darüber gemacht,

ob ein Vorfall im straf- oder zivilrechtlichen Sinne relevant ist? Oder warum diese Unterscheidung überhaupt eine Rolle spielt?!

Im Zivilrecht geht es um Geld, häufig sehr viel Geld (insbesondere in der Pädiatrie, weil die Lebenserwartung noch so viel höher ist als bei einem geriatrischen Patienten). Der Schaden ist aber i. d. R. durch die Versicherung abgedeckt (empfohlen wird eine Minimaldeckung von 5 (besser: 10) Mio CHF/Jahr oder Fall). Die Eröffnung eines Zivilrechtsprozesses bedeutet für den Kläger ein nicht unerhebliches Risiko, er muss mit Anwaltskosten etc. erst mal deutlich in Vorleistung treten. Im Zivilrecht gilt, dass der Patient selbst haftet, wenn er eingewilligt hat und die Behandlung richtig war (richtig, nicht erfolgreich!).

ANZEIGE

## neo-angin® junior hilft Kindern bei Halsschmerzen.



# neo-angin®



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, Excipients pro compresso. **Produkt**: Liste D; 1 Halspastille neo-angin® junior enthält: Cetylpyridinii chloridum 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 [swissmedinfo.ch](http://swissmedinfo.ch).

Strafrechtlich dagegen geht es nicht um Geld, sondern um Rache! Selbst wenn der Arzt verurteilt werden würde, erhält der Patient daraus kein Geld, bestraft wird mit Bussen oder Haft und dagegen ist keine Versicherung möglich (zur Beruhigung der leicht schockiert dasitzenden Zuhörerschaft versicherte Georg Sasse, dass das Risiko, verurteilt zu werden, sehr klein sei ...!). Das Risiko für den Kläger ist aber praktisch Null, weil ein strafrechtlich relevantes Delikt durch den Staat verfolgt wird und dieser die Kosten trägt. Im strafrechtlichen Sinne ist *jeder* medizinische Eingriff grundsätzlich rechtswidrig und deshalb strafbar, falls nicht sogenannte Rechtfertigungsgründe vorliegen.

Von diesem allgemeineren Überblick ging es dann zu konkreten praktischen Fragestellungen, die uns im Praxisalltag häufig begegnen, z. B. die Urteilsfähigkeit bei Kindern. Entscheidend ist, ob der Patient die Folgen seiner Entscheidung selbst beurteilen kann, was für kleinere Eingriffe etwa ab 13–14 Jahren beginnt. Eine Urteilsfähigkeit beginnt interessanterweise um so früher, je medizinisch notwendiger ein Eingriff ist (es ist einfacher, einer Splenektomie zuzustimmen, wenn die Konsequenz der Tod ist, als einer Nasenkorrektur oder Brustvergrößerung, deren Konsequenzen sich viel schwieriger abschätzen lassen).

Ist ein Patient nicht urteilsfähig, werden ihm automatisch 3 Wünsche zugeschrieben:

- Ich will leben
- Ich will gesund werden
- Ich will keine Schmerzen haben

Diese Annahme gilt auch für nicht-urteilsfähige Kinder, selbst wenn sie etwas anderes äussern, z. B. ein 9-jähriges Kind, das als Zeuge Jehovas angibt, keine Bluttransfusion zu wollen. Auch der Vater kann für sein Kind die Transfusion nicht verweigern, weil der damit seine Garantenpflicht verletzen würde.

Alexander Minzer steuerte dann noch ein eigenes, eindrückliches Fallbeispiel bei. Er berichtete, wie belastend ein solcher Fall sein kann, selbst wenn man im Recht ist. Sein Fall ging für ihn deswegen gut aus, weil er alles korrekt dokumentiert hatte. Was wiederum zu einer regen Diskussion über die Weitergabe von Original-Akten führte, auch weil viele von uns bei einem Arztwechsel den Patienten «ihre» Akte mitgeben. Bloss nicht! Nach diesem Vortrag wird das von uns wohl keiner mehr machen!

Nicht nur ich war von dem Vortrag der beiden sehr beeindruckt und werde mir auch die Unterlagen, die auf der Homepage bereitgestellt werden, nochmals in Ruhe durchsehen. ■

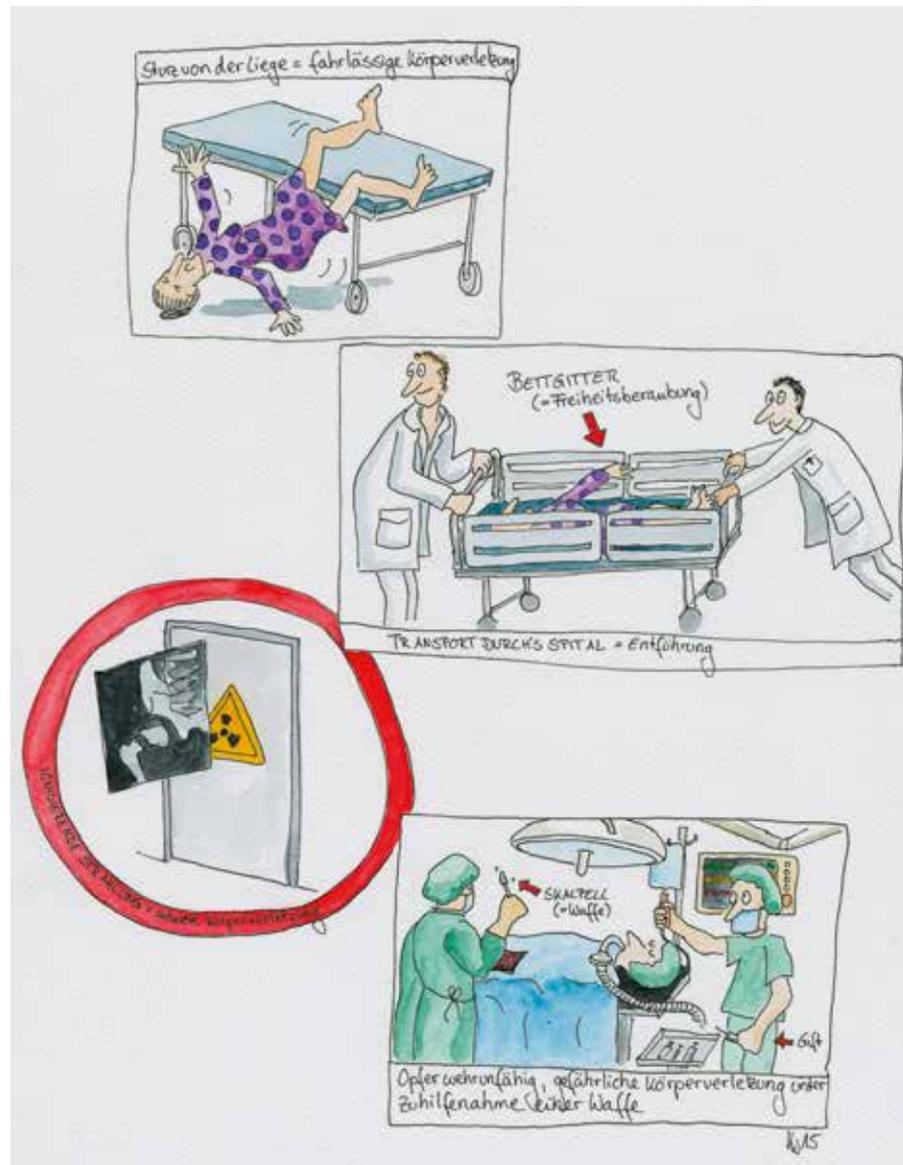


Abbildung:

Anhand eines Fallbeispiels erklärte Georg Sasse kurz, in welchem strafrechtlichen Minenfeld sich Ärzte täglich bewegen:

Eine ältere, bereits etwas demente Dame wird wegen Fieber in die Notaufnahme gebracht.

- 1) Als der Pfleger schnell einen Topf holen will, fällt sie von der Liege (fahrlässige einfache Körperverletzung) und bricht sich möglicherweise den Schenkelhals.
- 2) An der Liege werden Bettgitter angebracht (Freiheitsberaubung) und sie wird ins Röntgen gefahren (Freiheitsberaubung). Dort wird ein Röntgenbild gemacht (schwere Körperverletzung, da mit ionisierender Strahlung) und die Indikation für eine Operation gestellt.
- 3) Der Anästhesist (macht das Opfer wehrunfähig) und der Chirurg (gefährliche Körperverletzung unter Zuhilfenahme einer Waffe [Skalpelli]) setzen die Tat fort ...

Zur Bestimmung des Strafmasses ist auch zu berücksichtigen, ob die Tat aus Verzweiflung geschah (nein, die machen das beruflich), ob Wiederholungsfahr gegeben ist (ja, tagtägliches Brot) und ob die Tat in bandenmässigen Strukturen (Team) erfolgte ...



# Mehr Schutz von klein an.

Unser innovatives Impfstoff-Portfolio hilft vor Erkrankungen durch Pneumokokken<sup>1</sup>, Meningokokken C<sup>2</sup> und gegen die durch Zecken übertragene Frühsummer-Meningoenzephalitis<sup>3</sup> (FSME) zu schützen.

**Prevenar 13<sup>®</sup>**

AB 6 WOCHEN  
BIS 5 JAHRE<sup>1</sup>

**NeisVac-C**

AB 2 MONATEN<sup>2</sup>

**FSME  
immun**  
Unsere Erfahrung. Ihr Vorteil.

AB 1 JAHR<sup>3</sup> /  
AB 16 JAHREN<sup>4</sup>

## Kürzte Fachinformationen:

**Prevenar 13<sup>®</sup>** (13-valenter Pneumokokken-Konjugatimpfstoff, Pneumokokkenpolysaccharide der Serotypen 1, 3, 4, 5, 6A, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19A, 19F, 23F und CRM<sub>197</sub>-Trägerprotein). **I:** Aktive Immunisierung zur Prävention von invasiven Erkrankungen, Pneumonie und akuter Otitis media, die durch *Streptococcus pneumoniae* verursacht werden, bei Säuglingen und Kindern im Alter von 6 Wochen bis 5 Jahren. **D:** Säuglinge im Alter von 6 Wochen–6 Monaten: 3 Dosen im Abstand von mind. 1 Monat, erste Dosis normalerweise im Alter von 2 Monaten, mit vierter (Booster-)Impfung im Alter von 11–15 Monaten. Im Rahmen eines Standard-Impfprogramms alternatives Impfschema möglich: erste Dosis ab einem Alter von 2 Monaten, die zweite Dosis 2 Monate danach, mit dritter (Booster-)Dosis im Alter von 11–15 Monaten. Ungeimpfte Säuglinge im Alter von 7–11 Monaten: 2 Dosen im Abstand von mind. 1 Monat sowie eine 3. Dosis im zweiten Lebensjahr; ungeimpfte Kinder zwischen 12 und 23 Monaten: 2 Dosen im Abstand von mind. 2 Monaten; ungeimpfte Kinder zwischen 24 Monaten und 5 Jahren: 1 Dosis. **KI:** Überempfindlichkeit gegen einen der Wirkstoffe, einen der sonstigen Bestandteile oder gegen Diphtherie-Toxoid. Schwere akute fiebrige Erkrankungen. **VM:** Nicht intravaskulär verabreichen. Überwachung u. geeignete med. Versorgung für seltenen Fall der anaphylaktischen Reaktionen gewährleisten. Nutzen-Risiko Abwägung bei Thrombozytopenie und Koagulationsstörungen. **Prevenar 13** schützt ausschliesslich gegen *Streptococcus pneumoniae*-Serotypen, die im Impfstoff enthalten sind. Über die Impfung in Hochrisikogruppen sollte individuell entschieden werden, spezifische Daten für **Prevenar 13** liegen bislang nicht vor. Apnoerisiko bei Verabreichung an extrem Frühgeborene (geboren  $\leq 28$ . SSW) gegeben, respiratorische Überwachung erwägen. Antipyretikagabe entsprechend nationalen Behandlungsstandards empfohlen. **IA:** Kann gleichzeitig mit gängigen anderen pädiatrischen Impfstoffen unter Berücksichtigung des Schweizer Impfplans verabreicht werden. **UW:** Verminderter Appetit, Fieber, Reizbarkeit, Erythem, Verhärtung/Schwellung, Schmerz/Berührungsempfindlichkeit an der Injektionsstelle; Schläfrigkeit; mangelhafte Schlafqualität, Krampfanfälle (einschliesslich Fieberkrämpfe), u.a. **P:** 1 x 0.5 ml und 10 x 0.5 ml Suspension in Fertigspritze. Verkaufskategorie B. **Zulassungsinhaber:** Pfizer AG, Schärenmoosstrasse 99, 8052 Zürich. Ausführliche Informationen siehe Arzneimittel-Fachinformation unter [www.swissmedicinfo.ch](http://www.swissmedicinfo.ch). (FI V017)

**NeisVac-C<sup>®</sup>** (Neisseria Meningitidis Serogruppe C (Stamm C11) Polysaccharid (de-O-acetyliert) konjugiert an Tetanustoxoid) **I:** Aktive Immunisierung von Kindern ab dem vollendeten 2. Lebensmonat, Jugendlichen und Erwachsenen zur Prävention invasiver, durch *Neisseria meningitidis* der Serogruppe C verursachter Erkrankungen. **D:** Kinder ab dem 2. bis zum vollendeten 12. Lebensmonat: 3 Dosen zu je 0.5 ml. Die 1. Dosis nicht vor dem vollendeten 2. Lebensmonat, die 2. und 3. Dosis jeweils im Abstand von mindestens einem Monat. Kinder ab dem vollendeten 1. Lebensjahr, Jugendliche und Erwachsene: Einzeldosis von 0.5 ml. **KI:** Überempfindlichkeit gegen Bestandteile des Impfstoffes, akute schwere fiebrige Erkrankungen. **VM:** Nicht intravaskulär oder subkutan verabreichen. Überwachung u. geeignete med. Versorgung für seltenen Fall der anaphylaktischen Reaktion gewährleisten. Vorsicht bei Gerinnungsstörungen oder bei Patienten unter antikoagulatorischer Medikation, bei sehr unreifen Frühgeborenen (Apnoerisiko). Bei Personen mit geschwächter Immunabwehr kann Bildung schützender Antikörper eingeschränkt sein oder ausbleiben. Verschiebung der Impfung bei akuten klinischen Symptomen (mit/ohne Fieber). **IA:** Die Verabreichung von **NeisVac-C** beeinträchtigt überwiegend nicht die Immunantwort auf Diphtherie- und Tetanustoxoide, Hib-Konjugat-Impfstoffe, IPV, azelluläre Pertussis-Impfstoffe, Ganzkeim Pertussis-Impfstoff (wP), MMR-Impfstoffe oder 13-valenten Pneumokokken-Konjugatimpfstoff. Darf nicht zusammen mit anderen Impfstoffen in einer Spritze verabreicht werden. **UW:** Erwachsene: Kopfschmerzen, Reaktionen an der Injektionsstelle (inkl. Druckschmerz/Schmerz, Schwellung und Erythem), Erbrechen, Myalgie, Unwohlsein, Fieber u.a.; Kinder: Kopfschmerzen, Reaktionen an der Injektionsstelle (inkl. Druckschmerz/Schmerz, Schwellung und Erythem), Pharyngitis/Rhinitis, Schwindelgefühl, Sedierung/Somnolenz, Husten, Übelkeit, Abdominalschmerz, Erbrechen, Diarrhoe, Pruritus, Ekchymose, Dermatitis, Schmerz in einer Extremität, Fieber, Unwohlsein, Ermüdung u.a.; Säuglinge/Kleinkinder: verminderter Appetit, Weinen, Sedierung/Somnolenz/Ermüdung, Schlafstörungen, Erbrechen, Reizbarkeit, Fieber, Reaktionen an der Injektionsstelle (inkl. Druckschmerz/Schmerz, Schwellung, Erythem und Induration), Pharyngitis/Rhinitis, Agitiertheit/Unruhe (beeinträchtigt Schlaf), Diarrhoe, Ausschlag, Hyperhidrosis u.a. **P:** 1 x 0.5 ml und 10 x 0.5 ml Injektionssuspension in Fertigspritze. Verkaufskategorie B. **Zulassungsinhaber:** Pfizer AG, Schärenmoosstrasse 99, 8052 Zürich. Ausführliche Informationen siehe Arzneimittel-Fachinformation unter [www.swissmedicinfo.ch](http://www.swissmedicinfo.ch). (V001)

**FSME-Immun<sup>®</sup> CC** (Frühsummer-Meningoenzephalitis-(FSME)-Virus (inaktiviert)) **I:** Aktive (prophylaktische) Immunisierung gegen die durch Zecken übertragene Frühsummer-Meningoenzephalitis (FSME) bei Personen ab dem vollendeten 16. Lebensjahr, die sich dauernd oder vorübergehend in FSME-Endemiegebieten aufhalten. **D:** Grundimmunisierung: 3 Dosen à 0.5 ml i.m.: 1. Teilimpfung am Tag 0, 2. Teilimpfung 1–3 Monate nach 1. Teilimpfung, 3. Teilimpfung 5–12 Monate nach 2. Teilimpfung. Schnellimmunisierungsverfahren möglich: 1. Teilimpfung am Tag 0, 2. Teilimpfung nach 14 Tagen, 3. Teilimpfung 5–12 Monate nach 2. Teilimpfung. **Auffrischung:** 1. Auffrischungsimpfung 3 Jahre nach letzter Impfung, alle weiteren Auffrischungsimpfungen 5 Jahre (Personen 16–49 Jahre), respektive 3 Jahre (Personen  $\geq 50$  Jahre) nach letzter Impfung. **KI:** Überempfindlichkeit auf den Wirkstoff, auf einen der Hilfsstoffe, oder auf Produktionsrückstände, schwere Überempfindlichkeit auf Ei- und Hühnereisweiss. Kreuzallergien mit anderen Aminoglykosiden als Neomycin und Gentamycin beachten. Akute fiebrige Infekte. **V:** Nicht intravaskulär verabreichen. Überwachung u. geeignete med. Versorgung für seltenen Fall einer anaphylaktischen Reaktion gewährleisten. Vorsicht bei Allergie gegen Hühnereisweiss, bei bekannter oder vermuteter Autoimmunerkrankung, zerebraler Erkrankung, Epilepsie (erhöhte Frequenz von Krampfanfällen). Bei Personen mit geschwächter Immunabwehr kann Immunantwort beeinträchtigt sein. Falsch positive Ergebnisse möglich bei serologischen Tests zur Bestimmung der Notwendigkeit einer Auffrischungsimpfung. Verschiebung der Impfung bei akuten klinischen Erkrankungen (mit/ohne Fieber). **IA:** Es liegen keine Studien zu Wechselwirkungen mit anderen Impfstoffen vor. **UW:** Schmerzen und Spannungsgefühl an der Injektionsstelle, Kopfschmerzen, Übelkeit, Myalgie, Arthralgie, Müdigkeit, allgemeines Krankheitsgefühl u.a. **P:** 1 x 0.5 ml und 10 x 0.5 ml Suspension zur i.m. Injektion in Fertigspritze. Verkaufskategorie B. **Zulassungsinhaber:** Pfizer AG, Schärenmoosstrasse 99, 8052 Zürich. Ausführliche Informationen siehe Arzneimittel-Fachinformation unter [www.swissmedicinfo.ch](http://www.swissmedicinfo.ch). (V001)

**FSME-Immun<sup>®</sup> 0.25 ml Junior** (Frühsummer-Meningoenzephalitis-(FSME)-Virus (inaktiviert)) **I:** Aktive (prophylaktische) Immunisierung gegen die durch Zecken übertragene Frühsummer-Meningoenzephalitis (FSME) bei Kindern vom vollendeten 1. Geburtstag bis zum vollendeten 16. Geburtstag, die sich dauernd oder vorübergehend in FSME-Endemiegebieten aufhalten. **D:** Grundimmunisierung: 3 Dosen à 0.25 ml i.m.: 1. Teilimpfung am Tag 0, 2. Teilimpfung 1–3 Monate nach 1. Teilimpfung, 3. Teilimpfung 5–12 Monate nach 2. Teilimpfung. Schnellimmunisierungsverfahren möglich: 1. Teilimpfung am Tag 0, 2. Teilimpfung nach 14 Tagen, 3. Teilimpfung 5–12 Monate nach 2. Teilimpfung. **Auffrischung:** 1. Auffrischungsimpfung 3 Jahre nach letzter Impfung, alle weiteren Auffrischungsimpfungen 5 Jahre nach letzter Impfung. **KI:** Überempfindlichkeit auf den Wirkstoff, auf einen der Hilfsstoffe oder auf Produktionsrückstände, schwere Überempfindlichkeit auf Ei- und Hühnereisweiss. Kreuzallergien mit anderen Aminoglykosiden als Neomycin und Gentamycin beachten. Akute fiebrige Infekte. **V:** Fieberreaktionen möglich, bei Bedarf fiebersenkende Prophylaxe oder Behandlung einleiten. Nicht intravaskulär verabreichen. Überwachung u. geeignete med. Versorgung für seltenen Fall einer anaphylaktischen Reaktion gewährleisten. Vorsicht bei Allergie gegen Hühnereisweiss, bei bekannter oder vermuteter Autoimmunerkrankung, zerebraler Erkrankung, Epilepsie (erhöhte Frequenz von Krampfanfällen). Bei Personen mit geschwächter Immunabwehr kann Immunantwort beeinträchtigt sein. Falsch positive Ergebnisse möglich bei serologischen Tests zur Bestimmung der Notwendigkeit einer Auffrischungsimpfung. Verschiebung der Impfung bei akuten klinischen Erkrankungen (mit/ohne Fieber). **IA:** Es liegen keine Studien zu Wechselwirkungen mit anderen Impfstoffen vor. **UW:** Kopfschmerzen, Schmerzen und Spannungsgefühl an der Impfstelle, Fieber, Anorexie (verminderter Appetit), Unruhe (bei Kindern von 1–5 Jahren), Schlaflosigkeit, Übelkeit, Erbrechen, Myalgie, Schwellung, Verhärtung und Erythem an der Impfstelle, Müdigkeit und allgemeines Krankheitsgefühl (bei Kindern von 6–15 Jahren), u.a. **P:** 1 x 0.25 ml und 10 x 0.25 ml Suspension zur i.m. Injektion in Fertigspritze. Verkaufskategorie B. **Zulassungsinhaber:** Pfizer AG, Schärenmoosstrasse 99, 8052 Zürich. Ausführliche Informationen siehe Arzneimittel-Fachinformation unter [www.swissmedicinfo.ch](http://www.swissmedicinfo.ch). (V001)

**Referenzen:** 1. **Prevenar 13<sup>®</sup>:** Aktuelle Fachinformation auf [www.swissmedicinfo.ch](http://www.swissmedicinfo.ch) 2. **NeisVac-C<sup>®</sup>:** Aktuelle Fachinformation auf [www.swissmedicinfo.ch](http://www.swissmedicinfo.ch) 3. **FSME-Immun<sup>®</sup> 0.25 ml Junior:** Aktuelle Fachinformation auf [www.swissmedicinfo.ch](http://www.swissmedicinfo.ch) 4. **FSME-Immun<sup>®</sup> CC:** Aktuelle Fachinformation auf [www.swissmedicinfo.ch](http://www.swissmedicinfo.ch)



# Interaktion im Migrationskontext – Unterstützungsangebote für Kinderärztinnen und Kinderärzte

REFERENT:

**MARTIN WÄLCHLI**,  
SOZIALANTHROPOLOGE,  
SCHWEIZ. ROTES KREUZ

REFERENTIN:

**RENATE BÜHLMANN**,  
PFLEGEEXPERTIN HÖFA II,  
SRK

MODERATORIN:

**DR. MED. SABINE  
HEINIGER EGGIMANN**,  
BOLLIGEN

AUTORIN:

**DR. MED. ISABELLE  
GÜSS**, SCHAFFHAUSEN

Verständigungsprobleme gehören zu unserem Praxisalltag. 200 000 Personen leben in der Schweiz, die überhaupt keine Kenntnisse in einer unserer Landessprachen haben. Ohne gemeinsame Sprache gelingt uns weder eine aussagekräftige Anamnese noch können die Ängste der Eltern aufgefangen oder eine Therapie erklärt werden.

Die Unterstützungsangebote des Schweizerischen Roten Kreuzes und der Asylorganisation Schweiz sind deshalb sehr willkommen. An 4 Posten konnten wir die Angebote kennenlernen und selbst ausprobieren.

Das SRK bietet mit [www.migesplus.ch](http://www.migesplus.ch) und [www.miges Expert.ch](http://www.miges Expert.ch) ein zentrales Portal für mehrsprachige Informationen zu Gesundheitsfragen. Die Plattform wurde im Auftrag des BAG zusammen mit Experten entwickelt und richtet sich sowohl an Migranten als auch an Gesundheitsfachpersonen. Sie soll Migranten den Zugang zu Gesundheitsinformation und -angeboten erleichtern.

In der Rubrik Publikationen gibt es viele, mehrsprachige, meist kostenlose Merkblätter oder Broschüren zu gesundheitsrelevanten Themen wie Ernährung, Suchtmittelkonsum, Bewegung, Zähne, Medien etc. zum Downloaden oder Bestellen. Auch Videos und Filme sind erhältlich.

MigesExpert.ch richtet sich an Ärztinnen und Ärzte und enthält Informationen zu Kommunikation und Dolmetschen, Patientengesprächen im Migrationskontext und Versicherungsfragen.

Das BAG hat eine online Weiterbildung für Gesundheitsfachleute ausgearbeitet mit dem Ziel, die Behandlungsqualität für die Migrationsbevölkerung zu verbessern. Das kostenlose e-learning Interaktion und Qualität ([elearning-iq.ch](http://elearning-iq.ch)) besteht aus 3 separaten Lehrgängen für Ärzte, Pflegefachpersonen und Gesundheitsdiens-

te. Anhand von didaktischen Filmen, Fallbeispielen und nützlichen Links wird die gesundheitliche Situation von Migrantinnen und Migranten in der Schweiz erläutert und aufgezeigt, wie Verständigungsschwierigkeiten durch den Einsatz von Dolmetscherdiensten abgebaut werden können und wie soziale Einflussfaktoren bei der Behandlung zu berücksichtigen sind. Wer die 3 Module *Herausforderung Diversität*, *Verständigung optimieren* und *Patientenzentriert handeln* erfolgreich mit einem Test abschliesst, erhält 3 Weiterbildungscredits.

Immer wieder wären wir in der Praxis froh um einen Dolmetscher, zu oft müssen Verwandte oder Bekannte dies übernehmen. Im Workshop erfuhren wir, dass die Finanzierung und Organisation von Dolmetscherdienstleistungen in der Praxis weiterhin ungelöst ist. Für Asylsuchende übernimmt das Bundesamt für Migration bei einem Notfall die Kosten. Der Verein INTERPRET ([www.inter-pret.ch](http://www.inter-pret.ch)) unterhält ein nationales Kompetenzzentrum und eine Qualifizierungsstelle für interkulturelle Dolmetscher. Diese sind in regionalen Vermittlungsstellen organisiert und eignen sich v. a. für planbare, längere Gespräche und komplexere Inhalte. Für kurze Abklärungen oder in Notfallsituationen gibt es den Nationalen Telefondolmetschdienst (0842 442 442) 24 Stunden/Tag, 7 Tage/Woche. Innerhalb von 5 Minuten steht ein Dolmetscher für mehr als 50 Sprachen zur Verfügung, Kosten 30 Franken/Auftrag (10 Minuten inklusive), danach 3 Franken/Minute.

Der Workshop gab uns einen ersten Einblick in das vielfältige interkulturelle Unterstützungsangebot. Ich empfehle allen, sich die verschiedenen Internetseiten anzuschauen, gewiss ist für eure Praxis auch etwas Nützliches dabei. Sehr praktisch finde ich die mehrsprachigen Informationen zur Kariesprophylaxe. ■

Z: 1 Kapsel epogam® 1000 vegicaps soft® enthält 932-1073 mg Nachtkerzenöl, entspr. 80 mg Gamolenensäure, Hilfsstoffe. **I:** Zur unterstützenden Behandlung atopischer ekzematöser Hauterkrankungen mit begleitendem Juckreiz. **D:** Erw. 2 x täglich Inhalt von 2-3 Kps., Kinder ab 1 J. 2 x tgl. Inhalt von 1-2 Kps. **Ki:** Überempfindlichkeit auf Inhaltsstoffe. **DW:** Gelegentlich Verdauungsstörungen inkl. Diarrhöe und Kopfschmerzen. Selten allergische Erscheinungen wie Hautausschläge, Bauchschmerzen sowie in Einzelfällen Temperaturerhöhung. **IA:** epogam® 1000 vegicaps soft® kann wegen seines Ölgehalts die Aufnahme und Wirkung anderer Medikamente beeinflussen. **P:** 120 und 240 Kps. **Vk:** Liste D. **VF:** Zeller Medical AG, 8590 Romanshorn. **Ausführliche Angaben entnehmen Sie bitte dem Arzneimittel-Kompendium der Schweiz®.** Kassenzulässig. **Greisser J, Lubbe J, Simon D:** Atopische Dermatitis: ein Update. Schweiz Med Forum 2009; 9(133):566-570. **Nissen HP et al.:** Veränderungen im Plasma-Lipid-Muster bei Patienten mit Neurodermitis - Beeinflussung durch Applikation ungesättigter Fettsäuren. Fat Sci Technol. 1988; 7:268-271. **Morse ML, Clough PM:** A meta-analysis of randomized, placebo-controlled clinical trials of Efamol evening primrose oil in atopic eczema. Where do we go from here in light of more recent discoveries? Curr Pharm Biotechnol. 2006; 7:503-524. **Fiocchi A, Sala M, Signoroni P, Banderelli G, Agostoni C, Riva E:** The efficacy and safety of gammalinolenic acid in the treatment of infantile atopic dermatitis. J Int Med Res. 1994; 22(1):24-32. **Morse PL, Horrobin DF, Manku MS, et al.:** Meta-analysis of placebo-controlled studies of the efficacy of Epogam in the treatment of atopic eczema. Relationship between plasma essential fatty acid changes and clinical response. Br J Dermatol. 1989; 121(1):75-90. Stand: Dezember 2009

Atopische  
Dermatitis



**Kassenzulässig**

## Hoch konzentriertes Nachtkerzenöl als systemische Basistherapie<sup>1</sup>

- Verringert die Intensität und Frequenz der Neurodermitisschübe<sup>2</sup>
- Verbesserung der klinischen Symptomatik<sup>3</sup> mit signifikanter Juckreizreduktion<sup>4,5</sup>
- Einsatz bei Kindern ab 1 Jahr

zeller  medical

## KURSE KINDERÄRZTE SCHWEIZ

### Reanimationskurs für das Praxisteam

**Leitung:** Dr. med. G. Staubli, Leiter Notfallstation Kinderhospital Zürich  
**Ort:** Zürich  
**Datum:** 7. April 2016  
**Kosten:** CHF 400.– für Mitglieder (CHF 500.– für Nicht-Mitglieder), CHF 400.– für MPAs

### Akupunktur in der Kinderarztpraxis

**Leitung:** Dr. med. Mercedes Ogal, Dr. med. Sabine Schierl  
**Ort:** Zürich  
**Datum:** 17./18. Juni 2016  
**Kosten:** CHF 800.– (CHF 1000.– für Nichtmitglieder)

### Pädiatrisches Praxiseröffnungsseminar 2016

**Leitung:** KD Dr. med. Sepp Holtz  
**Ort:** Zürich  
**Datum:** 23./24. Juni 2016  
 In Vorbereitung

### Kinderkardiologie – ein Update

**Referenten:** Dr. med. Hanspeter Kuen  
 Dr. med. Dominik Stambach  
**Ort:** Luzern  
**Datum:** 17. November 2016  
**Kosten:** CHF 400.– (CHF 500.– für Nichtmitglieder)

### Nephrologie – ein Update

**Referentin:** Dr. med. Daniela Marx-Berger  
**Ort:** Zürich  
**Datum:** 4. Februar 2016  
**Kosten:** CHF 400.– (CHF 500.– für Nichtmitglieder)

### Details zu den Kursen und Anmeldung:

<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.

#### KURSANGEBOT

Wir sind bestrebt, unseren Mitgliedern ein noch umfangreicheres Angebot offerieren zu können. Mit vereinten Kräften sind wir dafür besorgt, das Angebot auszuweiten. Bitte kontaktieren Sie von Zeit zu Zeit unsere Homepage: <http://www.kinderaerzteschweiz.ch/Kursagenda/kinderaerzte>

### Vorsorgekurs 2016/2017

37

Die Vorsorgeuntersuchungen sind das Herz der pädiatrischen Praxis. Wir freuen uns, einen neuen Vorsorgekurs anbieten zu können. Als wesentliche Neuerung wird im kommenden Kurs Sepp Holtz als erfahrener Praxispädiater, Entwicklungspädiater und klinischer Dozent mit enormer Erfahrung aus vielen Lehr- und Weiterbildungsveranstaltungen den Kurs begleiten und in allen Blöcken mit Kommentaren in den Diskussionen zur Seite stehen und eine Kontinuität über den gesamten Kurs gewährleisten.

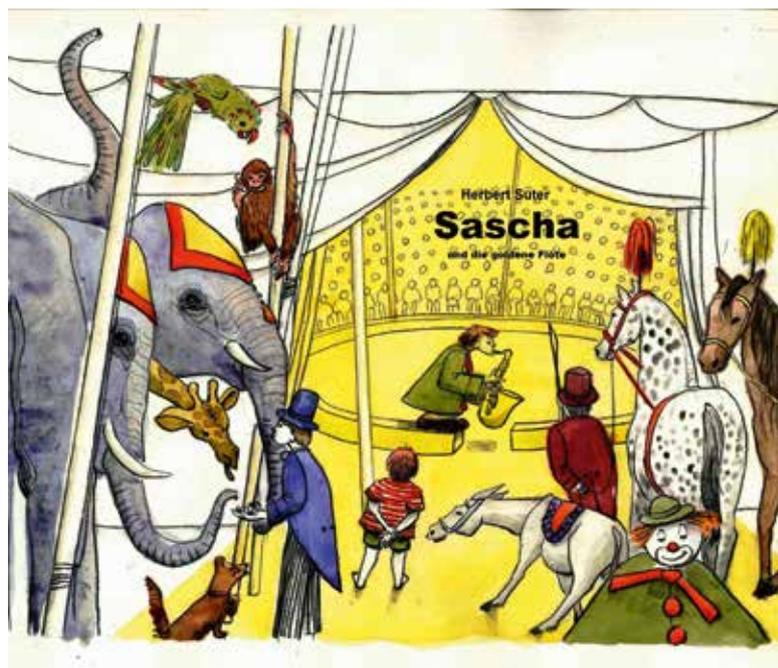
**Kurskoordination:** Dr. med. Gian Bischoff

**Kursbegleitung:** KD Dr. med. Sepp Holtz

Die einzelnen Blöcke werden von praktizierenden Pädiaterinnen und Pädiatern moderiert, welche je nach Thema Fachpersonen und Experten als Referenten beiziehen.

|                                |                        |
|--------------------------------|------------------------|
| <b>1. Block</b> (1–2 Monate)   | <b>30.9./1.10.2016</b> |
| <b>2. Block</b> (4–6 Monate)   | <b>2./3.12.2016</b>    |
| <b>3. Block</b> (12 Monate)    | <b>10./11.3.2017</b>   |
| <b>4. Block</b> (18–24 Monate) | <b>12./13.5.2017</b>   |
| <b>5. Block</b> (4 Jahre)      | <b>25./26.8.2017</b>   |
| <b>6. Block</b> (6 Jahre)      | <b>3./4.11.2017</b>    |
| <b>7. Block</b> (10 Jahre)     | <b>26./27.1.2018</b>   |
| <b>8. Block</b> (12 Jahre)     | <b>20./21.4.2018</b>   |

**Kosten:** CHF 7'200.– für Mitglieder (CHF 8'800.– für Nichtmitglieder)



Ein Kinderbuch zum Verlieben

**Sascha und die goldene Flöte von Herbert Suter**

Preis Fr. 26.– (Selbstkostenpreis)

Zu bestellen bei [heilbach@quickline.ch](mailto:heilbach@quickline.ch)



## Mitgliederversammlung 2015 – Neues Vorstandsmitglied

Unsere Mitgliederversammlung fand am 10. September 2015 in Pfäffikon SZ statt. Das Protokoll der MV ist auf unserer Website aufgeschaltet: [www.svupp.ch](http://www.svupp.ch)

### ■ ULTRASCHALLKURSE

#### 11. Workshop in pädiatrischer Sonografie

**Leitung:** Dr. med. Johannes Greisser, Aarberg  
**Ort:** Aarberg  
**Datum:** 11. Februar 2016  
**Kosten:** CHF 250.– für Fachärzte, CHF 150.– für Assistenzärzte

#### Grund- und Aufbaukurs Hüftsonografie

**Leitung:** Dr. med. Thomas Baumann, Solothurn  
**Ort:** Solothurn  
**Datum:** 9.–11. März 2016  
**Kosten:** CHF 1400.– (CHF 1500.– für Nichtmitglieder)

#### Abschlusskurs Hüftsonografie

**Leitung:** Dr. med. Thomas Baumann, Solothurn  
**Ort:** Solothurn  
**Datum:** 18./19. März 2016  
**Kosten:** CHF 800.– (CHF 900.– für Nichtmitglieder)

Anlässlich der Mitgliederversammlung vom 10. September 2015 wurde Diego Spörri neu in den Vorstand gewählt. Wir heissen ihn herzlich willkommen und freuen uns auf eine inspirierende Zusammenarbeit. Seine Motivation in seinem neuen Amt beschreibt er wie folgt:

«In der Hausarztmedizin ist die Ultraschalluntersuchung zum modernen Stethoskop avanciert. Ich freue mich, im Vorstand der SVUPP hierfür zu kämpfen, dass die pädiatrische Sonographie in der Ausbildung zum Kinderarzt und im Alltag akzeptiert und gefördert wird. Im Zeitalter von eurodoc und der Europäisierung der pädiatrischen Ausbildung ist es besonders wichtig, dass wir die grosse Lücke der fehlenden Ultraschallausbildung in der Schweiz schnell schliessen.»



#### Refresherkurs Hüftsonografie

**Leitung:** Dr. med. Thomas Baumann, Solothurn  
**Ort:** Solothurn  
**Datum:** 19. März 2016  
**Kosten:** CHF 300.– (CHF 400.– für Nichtmitglieder)

#### Abschlusskurs pädiatrische Sonografie

**Leitung:** Dr. med. Raoul Schmid  
**Ort:** Aarberg  
**Datum:** 10./11. November 2016  
**Kosten:** CHF 900.– (CHF 1000.– für Nichtmitglieder)

■ **WEITERE INFORMATIONEN ZU DEN KURSEN  
SOWIE ANMELDUNG:**  
<http://www.svupp.ch/Kursagenda>

# DEM GEHEIMNIS DER MUTTERMILCH AUF DER SPUR

**SPEZIALISTEN  
WELTWEIT  
BESTÄTIGEN:**

Protein wird als eine der  
wichtigsten Komponenten  
der Muttermilch  
angesehen.<sup>1</sup>

**Die einzigartige Zusammensetzung des Milchproteins spielt eine Schlüsselrolle für die Entwicklung und Gesundheit Ihres Babys – jetzt und in Zukunft.** So kommt die Muttermilch mit einer geringen Proteinmenge aus, die aber von sehr hoher Qualität ist.

Daher ist Stillen ideal für Ihr Kind. Die WHO empfiehlt ausschliessliches Stillen während der ersten 6 Monate.



**Nestlé Muttermilchforschung – unser Engagement für Mütter und Babys seit über 50 Jahren.**



**Für einen guten Start ins Leben.**

<sup>1</sup> Research on breast milk components, March 2014, Russia, Mexico, Brazil, France, China.

# 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.swissmedicinfo.ch](http://www.swissmedicinfo.ch).

**Boostrix®, kombinierter Diphtherie-Tetanus-azellulärer Pertussis-Impfstoff (dTpa).** **W:** Diphtherie-Toxoid, Tetanus-Toxoid, Pertussis-Toxoid, filamentöses Hämagglutinin von *B. pertussis*, Pertactin von *B. pertussis*. 1. 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  $\geq 40,0^{\circ}\text{C}$  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:** März 2014. GlaxoSmithKline AG. Ausführliche Angaben finden Sie unter [www.swissmedicinfo.ch](http://www.swissmedicinfo.ch). Unerwünschte Arzneimittelwirkungen melden Sie bitte unter [pv.swiss@gsk.com](mailto:pv.swiss@gsk.com).



GlaxoSmithKline AG  
Talstrasse 3–5  
CH-3053 Münchenbuchsee

# Einstieg in die Praxissonografie – do it yourself!

41

## REFERENTEN:

DR. MED.

JOE GREISSER, AARBERG /

DR. MED.

RAOUL SCHMID, BAAR

## AUTORIN:

DR. MED. DENISE

GULDIMANN LINGGI,

THERWIL



Der Intensivworkshop am Donnerstag, den 10. September 2015 von 09.00–12.00 Uhr, wurde unter kundiger Leitung von Johannes Greisser und Raoul Schmid, sowie praktischer Unterstützung durch Andrea Imahorn, Diego Spörri und Matthias Cremer geleitet.

Die Anwesenden, meist Praxispädiater, wurden nach einer kurzen Einführung mit interessanten Fällen aus der Praxis motiviert, die Praxissonografie als ergänzendes diagnostisches Tool vermehrt in ihren Alltag miteinzu beziehen. Sie kann, z.B. bei *Vorderarm-, Finger- und Ellbogenfrakturen*, bei einer *Appendicitis*, einer/einem *Pneumonie/Pleuraerguss* den entscheidenden diagnostischen Puzzlestein ausmachen und die Arbeit in der Praxis interessanter gestalten. Die Kollegen aus Deutschland sind uns da voraus, da in ihrer Facharztausbildung die pädiatrische Sonografie integriert ist. Von Seiten der SVUUP laufen nun in der Schweiz auch diesbezügliche Vorstösse, was ich als sehr sinnvoll erachte. Nach einem kurzen theoretischen Input durch Raoul Schmid über die Praxis-Relevanz der Untersuchungen an verschiedenen Organen mit einer guten Zusammenstellung, dürfen wir in kleinen Gruppen meist zu viert mit je einem der Tutoren die praktische Untersuchung an geduldigen Kindern üben. Hier sei nochmals Johannes Ledergerber herzlichst gedankt für die Rekrutierung seiner Patienten.

Ich habe mich durch dieses praktische Setting unter angenehmer fachlicher Anleitung in einer entspannten Atmosphäre sehr motiviert gefühlt, in Zukunft die Sonografie nicht nur für die Hüftsonografie und das Nierenscreening, sondern auch für die Diagnostik von Frakturen, einer Appendicitis, einer Pneumonie, eines Fremdkörpers etc. anzuwenden. *Es gilt: «just do it and take your time»*. Neben Auffrischung der Anatomiekenntnisse kann man an den von der SVUUP angebotenen Aufbau- und Fortgeschrittenenkursen der pädiatrischen Sonografie die Fertigkeiten erlernen oder verfeinern. Daneben bietet die SGUM auch immer wieder pädiatrische Module an. In verschiede-

nen Gebieten der Schweiz haben sich bereits auch kleine Qualitätszirkel mit Supervisoren gebildet. Das Sekretariat der SVUUP kann einem bei Wunsch diesbezüglich Auskunft/Hilfe erteilen. Ausserdem ist *gut zu wissen*: Sofern man einen Fähigkeitsausweis der Hüftsonografie besitzt, braucht es für die pädiatrische Sonografie nebst den Kursen nur 100 anstelle von 200 supervisierten Untersuchungen. Davon können 50 in den Kursen erfolgen. D.h. *mit 50 eigenen supervidierten Sonos ist man dabei!* Einfacher kann es wohl nicht sein!!!

Also morgens bei Arbeitsbeginn das Ultraschallgerät starten, den Gel im Schoppenwärmer warm temperieren und diese elegante diagnostische Möglichkeit nicht vergessen bei unserer täglichen Detektivarbeit... ■



# Manuelle Untersuchung und Therapiemassnahmen für Praxispädiater

WORKSHOP-LEITENDE:

**DR. METTE HOBAEK  
SIEGENTHALER** UND  
**DR. TOBIAS GISSLER**,  
CHIROPRAKTOREN SCG/  
ECU, BASEL

AUTORIN:

**DR. MED. CLAUDIA  
WANDT**, BINNINGEN

Mette Hobaek Siegenthaler und Tobias Gissler gaben uns während dieses Workshops einen sehr guten theoretischen Überblick über häufige und praxisrelevante Probleme des Bewegungsapparates, die wir vom Säuglings- bis ins Jugendalter in unseren Praxen antreffen. Zu jedem Thema folgten die Demonstration von Abtast-Techniken und der wichtigsten Manipulationen. Den Fachleuten auf die Hände zu schauen, war spannend. Noch interessanter war dann das Üben unter fachkundiger Anleitung in Zweiergruppen. Die erlernten Handgriffe sind in der Praxis gut anwendbar.

Den Anfang machten diverse Bilder des Säuglingsalters wie der Brachycephalus und der *Plagiocephalus*. In Erinnerung gerufen wurde, dass letzterer nicht nur eine kosmetische Auffälligkeit ist, sondern dass es durch die Verschiebung der Ohr- oder Stirnachse zur Gesichtsskoliose und damit auch zu zahnmedizinisch-kieferorthopädischen Spätfolgen kommen kann, die es zu vermeiden gilt. Prophylaktische Hinweise auf die wechselnde Positionierung sowie Umlagerung des Kindes inklusive Bauchlage beim wachen Säugling bereits bei der 1-Monats-Kontrolle sind sinnvoll. Lagerungskissen kann man ab dem 2. Lebensmonat einsetzen. Liegt ein *Schiefhals* vor, soll durch die Prüfung der Bewegung des Kopfes geklärt werden, ob eine manuelle Therapie durch die Fachleute indiziert ist oder ob eine Variation der Lagerung ausreicht.

Im zweiten Teil befassten wir uns mit der Wirbelsäule: Inspektion, Identifizierung der «landmarks», aktive und passive Bewegungsprüfung und dann Üben der Thera-



piemassnahmen für jeden Wirbelsäulenabschnitt. Bei einem *Torticollis* Hand anzulegen und durch HWS Traktion und Rotation einem Patienten rasch und effizient Linderung zu verschaffen, ist befriedigend. Durch isometrische Anspannung der verkürzten Muskulatur und postisometrische Dehnung kann der Muskelverkürzung entgegengewirkt werden. Im Bereich der BWS lernten wir Facettengelenke von Costo-Vertebral-Gelenken zu unterscheiden. Auch hier lernten wir gewisse Mobilisationsgriffe. Die akute und äusserst schmerzhafteste *Rippenblockade* gehört aber in die Hand der Chiropraktoren. Der eine oder andere von uns kennt Blockaden im Bereich der LWS aus eigener Erfahrung. Am häufigsten werden sie hervorgerufen durch discogene, spondylogene (Bereich der Facettengelenke) oder muskuläre Ursachen. Genauer gingen wir auf die *ISG-Blockade* ein. Erkennbar ist sie u. a. durch das Vorlaufphänomen, bei dem sich die auf den ISGs liegenden Daumen des Untersuchers (bei fixiertem Becken) während der Flexion des Rückens unterschiedlich nach oben bewegen.

Dieser Halbttag war interessant und abwechslungsreich und machte Mut, auch mal selber Hand anzulegen. ■

# Neonatologie für Praxispädiater

REFERENTEN:

PROF. DR. MED.

THOMAS M. BERGER,  
LUZERN

MODERATORIN:

DR. MED. KATHARINA  
WYSS, GOLDAU

AUTORIN:

DR. MED. JULIA  
AFFENTRANGER, SURSEE

Der Workshop Neonatologie für Praxispädiater fand im Vorfeld der Jubiläumstagung der Kinderärzte Schweiz statt. Er bestand aus einem theoretischen und einem praktischen Teil.

Im *Theorieteil* beleuchtete der Referent Thomas Berger zunächst ethische Fragen und Aspekte der Beratung von Eltern extrem Frühgeborener. Als weiteres Thema wurde die Hypothermie von asphyktischen Neugeborenen näher beleuchtet.

In der *ethischen Diskussion*, wann man Frühgeburtlichkeit eine Chance geben soll, nahmen viele Teilnehmer erstaunt die Spannweite untenstehender Folie (Abb. 1) zur Kenntnis: Das Outcome eines Mädchens mit 24 SSW und 750 g liegt in den USA bei 78%. Im besten Spital der Schweiz (Center 6) liegt das Outcome ähnlich hoch, aber im schlechtesten Spital (Center 8) mit 43% deutlich darunter. Als Praxispädiater haben wir darauf weniger Einfluss. Aber es zeigt, dass die Überlebenschance eines Frühgeborenen auch von seinem Wohnort bzw. betreuenden Spital abhängt.

Für unseren Praxisalltag relevanter ist die Gesprächsführung mit Eltern frühgeborener Kinder. Folgende Aspekte kamen im Teil *Beratung und Gesprächsführung* zur Sprache:

1. Das Wissen um die nackten Fakten ist unumgänglich. Vor dem Gespräch – sich Wissen verschaffen!
2. Offener Gesprächsbeginn mit Darstellen der Situation. Hören, wo der Patient steht.
3. Im Gespräch – Abwägen des optimalen Weges. Die ärztliche Wortwahl beeinflusst die Eltern im Urteil (Kunst der indirekten Meinungsbildung).

Es wird empfohlen, in ethischen Entscheidungssituationen stets Rücksprache mit einem fachkompetenten Kollegen zu halten und die Entscheidung breit abzustützen.



Interessant waren auch die Informationen über die *Hypothermie*. Die Anwendung ist sinnvoll bei Neugeborenen >36 SSW mit Asphyxie in den ersten sechs Lebensstunden und bei folgenden Kriterien:

*Kriterium A:* (mind. 2 der folgenden Kriterien)

- APGAR  $\leq 5$  mit 10 (5) Minuten
- Kontinuierlicher Bedarf an Reanimationsmassnahmen inkl. Maskenbeatmung während mind. 10 Minuten
- pH  $\leq 7.0$  in der ersten Lebensstunde
- Basendefizit  $\geq 16$  mmol/l in der ersten Lebensstunde

*Kriterium B:*

- Klinisches Zeichen einer mittelschweren bis schweren hypoxisch-ischämischen Enzephalopathie (Sarnat Score II/III, Thompson Score  $\geq 7$ ) oder Krampfanfälle

Die Kühltechnik besteht primär in einer passiven Kühlung. Auch ein Wärmestopp kühlt! Insgesamt ist Hypothermie bei Asphyxie aber eine Sache des Spitals. Wer sich für genaue Anleitungen interessiert, kann unter [www.neonet.ch](http://www.neonet.ch) nachlesen.

Im *praktischen Teil* wurden die aktuellen Empfehlungen zur Reanimation von Neugeborenen im Gebärsaal vorgestellt und an der Puppe geübt. Katharina Wyss hatte mehrere Placenten mitgebracht, an denen jeder einen Nabelvenenkatheter schieben und dabei die Technik automatisieren konnte.

Mit dem Mix aus theoretischem Wissen und praktischen Übungen ergab sich ein 1A-Qualitäts-Workshop mit guter Wissensvermittlung und viel Praxisnähe.

Thomas Berger schuf mit seiner ausgewogenen und menschlich einfühlsamen Art eine offene Atmosphäre. Sein enormer Erfahrungsschatz und Background an neonatologischem Wissen ist überaus wertvoll. Katharina Wyss stellte sehr gut die Verbindung zwischen Praxispädiatrie und Klinikpädiatrie her, indem sie einfache, aber in der Situation fordernde Fälle präsentierte. So blieb die Praxisrelevanz im Fach Neonatologie gewährleistet. Bei einer derart guten Qualität der Fortbildungen werden die Workshops der Kinderärzte Schweiz auch in den nächsten 25 Jahren hohen Zuspruch erfahren.

Aber Achtung: Die Feierlichkeiten sind vorüber. Die Grundlage unserer Gesellschaft sollten die praxisnahen Fortbildungen bleiben. ■



Abb. 1: Vergleich der kalkulierten Überlebensraten von Frühgeborenen (ELGANs Extremely Low Gestational Age Newborns).

# Fieber – Ursachen, Auswirkungen, Management



REFERENTIN:

**DR. MED. ANITA  
NIEDERER-LOHER,**  
ST. GALLEN

MODERATORIN:

**CLAUDIA SCHEIDEGGER,**  
GLARUS, DIPL. MPA

AUTORIN:

**URSULA SUTTER,**  
DIPL. MPA, ARLESHEIM

## Hast du gewusst, Fieber ist nicht gefährlich?

Zum Thema «Fieber im Kindesalter» sprach Anita Niederer-Loher zu uns. Gleich zu Beginn stellt sie uns die Frage, ob Fieber gefährlich ist. Die Antworten fielen eher zögerlich und verhalten aus. Ich denke, wir waren uns alle nicht so sicher. Und mit diesem Einstieg waren wir schon mitten im Thema. Der menschliche Körper ist mit einer wunderbaren Wärmeregulation ausgestattet, er passt seine Temperatur ständig an die Umweltbedingungen an. Fieber entsteht, wenn das Gehirn (im Hypothalamus sitzt der Temperaturregler) die Körpertemperatur höher als normal einstellt. Dies wird durch beispielsweise Krankheitserreger wie Viren oder Bakterien ausgelöst.

Fieber bei einem Kind macht den Eltern Angst. Daher ist es für uns, als beratende MPA, beim ersten Kontakt – meistens am Telefon – sehr wichtig, dass wir ruhig bleiben und die Eltern gut beraten. Fieber ist keine Krankheit, sondern eine physiologische Antwort des Körpers, es ist nicht schädlich, sondern häufig nützlich, denn eine erhöhte Temperatur hemmt die Erreger-Vermehrung und verbessert die Immunantwort des Körpers. Die Normaltemperatur gibt es nicht, denn die Körpertemperatur ist abhängig von Tageszeit, Aktivität, Alter, Geschlecht und Ort der Messung. Die Messung der Kerntemperatur ist der Standard und wird rectal oder im Ohr durchgeführt, daher bitte stets dort messen!

Für allgemein gesunde Kinder nach dem ersten Lebensmonat gelten die folgenden Richtlinien: Die obere Norm beträgt 37.2°C bis 37.9°C. Wichtig ist immer, dass man das Kind anschaut, und beurteilt, wie es ihm geht und nicht nach der Höhe des Fiebers urteilt. Die Höhe des Fiebers sagt nichts über die Schwere oder Art der Erkrankung aus. Es gibt auch keine Temperaturgrenze für eine zwingende Fiebersenkung. Das Kind muss nicht afebril sein! Die Kinder müssen während der febrilen Erkrankung nicht essen, wichtig hingegen ist die regelmässige Flüssigkeitsaufnahme, wegen des vermehrten Schwitzens. Viel schlafen ist erlaubt und auch erwünscht! Wie gesagt sind Kinder mit einer spezifischen Grunderkrankung, ehemalige Frühgeborene und Säuglinge unter einem korrigierten Alter von einem Monat davon ausgenommen!

Mit Antipyretika machen wir nur eine Symptombekämpfung. Anita Niederer-Loher legt uns ans Herz, die Antipyretika immer hoch genug zu dosieren, da z.B. Paracetamol zu tief dosiert keine Wirkung hat. Dazu muss man aber die genauen Dosierungen und Verabreichungsformen kennen!

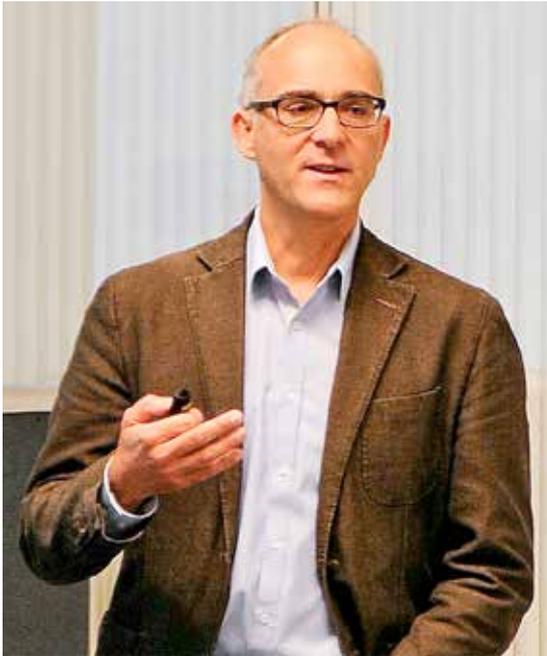
Eine gefürchtete Komplikation von Fieber sind die Fieberkrämpfe. 2–5% aller Kinder zwischen 6 Monaten und 6 Jahren haben einen solchen. Ein einfacher Fieberkrampf ist harmlos, verängstigt aber die Eltern massiv. Wichtig ist zu wissen, dass auch mit guter Antipyrese Fieberkrämpfe nicht verhindert werden können.

Folgende Zeichen/Fakten müssen bei der Beratung von Fieber erfragt werden («Red flags»): Säuglinge unter einem korrigierten Alter von 3 Monaten, Fieberdauer über 3 Tage ohne erkennbaren Fokus, Begleitsymptome wie Petechien, Meningismus, Somnolenz sowie Atemprobleme! Falls Kinder eines dieser Symptome/Fakten erfüllen, ist eine sofortige Konsultation beim Kinderarzt oder der Kindernotfallstation immer indiziert.

Anita Niederer-Loher zeigte uns im Weiteren verschiedene Exantheme im Zusammenhang mit Fieber wie z. B. Masern, Varizellen, Gruppe-A-Streptokokken-Angina, Kawasaki Syndrom und besprach kurz den febrilen Harnweginfekt, Meningitis und das PFAPA-Syndrom.

Und schon kamen wir zu den Take Home Messages: Grundsätzlich ist Fieber nicht gefährlich, Fieber muss nicht gesenkt werden, es gibt eine sehr breite Differentialdiagnose für Fieber mit Exantheme, keine Urinkulturen aus Säckliurin gewinnen, recidivierendes Fieber kann ein Warnzeichen sein für einen Immundefekt.

Nach diesem interessanten Vortrag werden wir unsere nächste Fieberberatung am Telefon viel ruhiger und kompetenter machen. Vielen herzlichen Dank an die Referentin für ihre Ausführungen. ■



# Asthma bronchiale 2015 – Phänotypisierung und individuelle Behandlung

(Update Seminar in Kooperation mit KIS und CK-CARE)

REFERENT:

**PD DR. MED.  
ALEX MÖLLER, ZÜRICH**

MODERATOR:

**DR. MED. MICHAEL  
HITZLER, ZÜRICH**

AUTOR:

**DR. MED. J. KRAMREITER,  
WETTSWIL**

Unter der amüsanten Moderation von Michael Hitzler wurde uns Kursteilnehmern ein hervorragender Refresherkurs in Sachen kindliches Asthma und «wheezing» durch Alex Möller dargeboten. So reichten die 1½ Stunden bei weitem nicht; schnell wurden 2 Stunden draus, und man verliess den Workshop mit dem guten Gefühl, als Praxispädiater nun wieder über das nötige Wissen zu verfügen, um die vielen Asthmapatienten auch zeitgemäss beraten und behandeln zu können. Wie immer sind die Referate von Alex Möller sehr praxisnah, gut strukturiert und auch klar vorgetragen. Es bot sich immer wieder Zeit für Fragen, und die 2 Stunden wurden so zu einem sehr interaktiven Ereignis. Man merkte schnell, dass das Thema Asthma für alle anwesenden Praxispädiater von grosser Bedeutung ist; liegt die Prävalenz der Asthmakinder in der Schweiz nun ja mittlerweile bei ca. 10%, die der «Wheezier» bei über 30%!

Nebst der Epidemiologie wurde natürlich auch auf die Pathophysiologie, die Diagnostik und die Therapie des kindlichen Asthmas eingegangen.

So wurde wieder einmal mehr deutlich, dass das «wheezing» im Kleinkindesalter eben ein anatomisches Problem der sich entwickelnden Lunge ist und das eigentliche Asthma später ein chronisch entzündlicher Prozess der Bronchien.

Wie wir wissen, stellt das eigentliche Asthma weniger eine Krankheit als vielmehr ein Symptom dar; die Ursachen sind vielfällig, zum Teil ineinander übergreifend,

sodass wir vom «multi trigger Asthma» sprechen, das nicht nur infektiös bedingt ist und bei entsprechend frühem Auftreten als «frühkindliches Asthma» bezeichnet wird. Deshalb auch die von den Pneumologen immer gewünschte Allergiediagnostik. So kommen in diesem Fall neben der Bronchodilatoren auch inhalative Corticosteroide (ICS) zum Zug. Langwirksame  $\beta$ -Agonisten (LABAs) hingegen soll man erst ab einem Alter von 4 Jahren anwenden.

Nicht nur über Asthma wurde referiert, sondern auch über Husten. Ein für uns Praxispädiater brennendes Thema! Sehr gut gefallen hat mir die Aussage von Alex Möller, dass Husten eigentlich etwas «Gutes» sei, nämlich ein Schutzreflex der Atemwege vor Fremdkörpern oder Schleim. Diesen Gedanken möchte ich in Zukunft gerne im Alltag ins Gespräch mit meinen Patienten einbringen.

Beim nächtlichen Husten ist es wichtig zu erfragen, ob er morgens, während der Nacht oder beim Einschlafen auftritt. Der chronische Husten ist ein Husten, welcher länger als 8 Wochen dauert (am Stück!, was er ja bei genauem Fragen selten tut); und den soll man abklären, insbesondere dann, wenn er produktiv ist! Dann sollte man an eine zugrundeliegende Pathologie wie Bronchiektasen, eine primäre Ziliendyskinesie oder CF denken.

So bleibt mir am Schluss der Wunsch, mit diesem Wissen die kommende winterliche «Wheezing- und Hustenwelle» gut meistern zu können. ■

# Wundversorgung bei Kindern im klinischen Alltag

## REFERENTINNEN:

DR. MED.

CLAUDIA HOLLBORN

(KINDERCHIRURGIN),  
ZÜRICH UND

DR. ANNA-BARBARA

SCHLÜER, PHD, MSCN,

RN, PFLEGEEXPERTIN APN

FÜR HAUT-, WUND- UND

STOMAPFLEGE

## AUTORIN:

DR. MED.

SUSANA MATEOS,

BREITENBACH



Eigentlich war dieser Workshop nicht meine erste Wahl: Ich war ja bezüglich Wundversorgung so erfahren nach einer Assistenzzeit im Paraplegikerzentrum in Nottwil. Nach kurzer Berechnung wurde mir aber bewusst, dass dies doch auch schon bald 20 Jahre zurückliegt! Der Besuch hat sich also absolut gelohnt, trotz der frühen Morgenstunde und dem verdunkelten Saal.

## Meine «Take Home Messages»:

- *Verbrennungen*: Abschätzen der verbrannten/verbrühten Hautoberfläche: Handinnenfläche inkl. Finger = 1%. Cave: Suppe ist heisser als Tee, geschlossene Blasen müssen primär nicht eröffnet werden, ausser bei grossen Wunden. Grad der Verbrennung ist initial nicht immer klar. Bei mehr als 10% verbrannter Oberfläche kann es für das Kind gefährlich werden. Gefahr des Toxic Shock Syndrom vor allem beim 2-jährigen Kind, am 2. Tag (Sy: Fieber, Unwohlsein, Schüttelfrost), dabei muss die Verletzung nicht gross sein.

*Therapie*: Kühlen mit Wasser, feuchten Tüchern (cave Unterkühlung beim Säugling). Flammazine ist out! (Keine Studien bei Kindern, Beurteilung durch Cremeresten erschwert), Mepilex Ag ist Standard

und kann bis zu 7 Tagen auf der Wunde belassen werden. Ialugen plus im Gesicht kann zu Verfärbungen führen.

- *Wunden* desinfizieren mit Betadine (Kinder >1Jahr), Octenisept kann Nekrosen machen, wenn mit Druck gespült wird, H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> ist umstritten, wird aber von Claudia Hollborn ebenfalls benutzt. Schürfwunden mit NaCl eventuell gemischt mit Lokalanästhetikum säubern, eventuell ist es nötig, die Wunde zu bürsten (bei Verschmutzung), Behandlung offen mit Octenisept Wundgel 3 x täglich, bis die Wunde trocken ist.
- *RQW*: Primärer Wundverschluss innerhalb von 6–8 h möglich. Die Wunde mit Wundkleber, bei möglicher Infektionsgefahr, nicht ganz verschliessen. Lokalanästhetikum direkt in die Wunde träufeln und danach von der Wunde her infiltrieren. Bei der Intrakutan-nah besteht grössere Infektionsgefahr, da Wundränder näher beieinander liegen. Bei grösseren RQWs im behaarten Kopf soll unbedingt vor dem Wundverschluss rasiert werden, ausser die Augenbrauen (diese wachsen nicht nach!)
- *Bissverletzungen*: Antibiotikaprophylaxe nicht von vornherein notwendig, Phlegmonengefahr im Gesicht grösser, Infektionsgefahr bei begleitenden Hämatomen grösser, wegen der besseren Ausbreitungsmöglichkeit, meistens spielen Pasteurella eine Rolle, die sensibel auf Amoxicillin mit Clavulansäure sind. Die Schweiz ist tollwutfrei.
- Bei *Keloidgefahr* Silikongel oder -pflaster auf die Wunde, sobald sie verschlossen ist.
- *Es gibt keine evidenzgeprüften Wundaufgaben bei Kindern!* ■

# Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen

REFERENT:

**DR. MED. JOCHEN  
ROSENFELD, ST. GALLEN**

REFERENTIN:

**DR. PHIL.  
ESTHER STUDER, BERN**

AUTORIN:

**DR. MED.  
INGRID HÄMMERLI,  
LUZERN**

Die auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung (AVWS) ist eine Störung zentraler Prozesse des Hörens wie Richtungshören, Lautunterscheidung, Sprachverstehen im Störgeräusch und sprachauditives Kurzzeitgedächtnis. Jochen Rosenfeld, leitender Arzt der Abteilung für Gehör-, Sprach- und Stimmheilkunde, Kinderaudiologie und -logopädie des Kantonsspitals St. Gallen, gab uns einen interessanten Einblick in die Welt der auditiven Wahrnehmung. AVWS ist die heutige Standardbezeichnung neben anderen älteren Begriffen wie auditive Teilleistungsstörung oder Hörverarbeitungsstörung nach ICD-10: F80.20.

Die auditive Wahrnehmung ist Teil der Kognition. Einerseits spielt die Signalverarbeitung eine Rolle, andererseits Wachheit, Aufmerksamkeit und Gedächtnis. Es ist eine symptomorientierte Diagnose mit pathologischen Veränderungen auf der molekularmikroskopischen Ebene, entsprechend kann man im MRI oder CT keine Pathologien feststellen.

Die Diagnose benötigt ein interdisziplinäres Untersuchungskonzept, das audiologische Untersuchungen zum Ausschluss einer peripheren Hörstörung, spezifisch



audiometrische Untersuchungen mit speziellen auditiven Untersuchungsverfahren wie z. B. Laute verbinden, Sätze nachsprechen, Mottier-Test, dichotisches Hören usw. umfasst. Dazu kommen weitere logopädische und medizinisch-psychologische Untersuchungen. Abklären lassen müssen wir Kinder mit Schulproblemen, Schwierigkeiten beim Schriftspracherwerb, in der Lautunterscheidung, Problemen mit Stör-Nutz-Schall-Unterscheidung sowie bereits bekannter Spracherwerbsstörung in der Vorgeschichte. Sinnvoll ist eine Abklärung bei Schulkindern ab der 2. Klasse. Voraussetzungen für die Diagnose einer AVWS umfassen den Ausschluss einer peripheren Hörstörung,  $\geq 2$  betroffene auditive Teilbereiche, ein normaler sprachfreier IQ sowie eine normale Sprachentwicklung und Aufmerksamkeit. Kinder mit ADHS fallen daher meistens bei diesen Tests durch.

Im zweiten Teil veranschaulichte uns Dr. phil. Esther Studer, Neurolinguistin und Logopädin, dass Sprache nie ein isolierter Prozess ist, sondern stets durch das Gedächtnis und die Aufmerksamkeit unterstützt und durch Lernmechanismen beeinflusst wird. Es gibt zwei Wege der Lautsprachverarbeitung, einen anterioren für Geräuschwahrnehmung und für die Unterteilung des Sprechstroms, um ihm eine Bedeutung zu geben (zum Beispiel unterteilen in Betonungsmuster oder Häufigkeiten) und einen posterioren für die räumliche Lokalisation und für die Schallquellenseparation (zum Beispiel auch um Störgeräusche herauszufiltern).

Die Förderung der Kinder mit Problemen in diesen Bereichen kann anhand dieses Modells gezielt angegangen werden. Dazu gehören kompensatorische Massnahmen durch Logopädinnen wie Hörtraining der verschiedenen Lautgruppen (p-b, t-d usw.), aufzeigen von Regelmäßigkeiten und sensomotorische Hilfestellungen, substitutive Massnahmen durch HNO-Ärzte wie Paukenröhrchen oder technische Anlagen und adaptive Massnahmen durch Eltern und Lehrpersonen wie kindgerichtete Sprache, hervorheben von Wortgrenzen, Berücksichtigung der Klassengrösse und der Unterrichtsform, Sitzordnung und schallschluckende Dekoration. ■





# Gesundheitscoaching: Wie motiviere ich Kinder und Jugendliche zu gesünderem Lebensstil?

## REFERENTEN:

**DR. MED.**

**STEFAN NEUNER-JEHLE,**  
ZUG/ZÜRICH

**DR. MED. RENÉ KINDLI,**  
MAUREN/FL

**DR. MED.**  
**URS SCHUMACHER,**  
LUZERN

## AUTORIN:

**DR. MED. CARMEN**  
**SEILER-PLÜSS, BOLL**

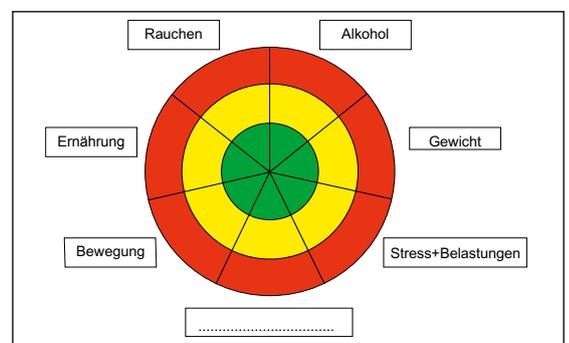
Prävention und Gesundheitsförderung sind wichtige Aufgaben in der Sprechstunde des Kinder- und Hausarztes. Das von einer Projektgruppe des Kollegiums für Hausarztmedizin KHM erarbeitete Programm «Gesundheitscoaching» integriert die Beratung für die häufigsten Gesundheitsverhaltensweisen in ein gemeinsames, modular aufgebautes Rahmenprogramm für die Prävention und Gesundheitsförderung in der ärztlichen Praxis.

Wichtig ist der Einbezug des Patienten, dem die Hauptrolle übergeben wird, indem dessen Gesundheitskompetenz aktiviert wird. Der Arzt wird zum Coach, und es kommt zur Nutzung und Vernetzung von existierenden Einzelfaktoren und lokalen Angeboten.

Das Programm mit breiter Erfassung ist auf die Alltagsbedingungen in der Sprechstunde ausgerichtet, mit stufenweiser, phasengerechter Aktivierung:

- *Sensibilisieren* mit kurzgefasstem Screeningblatt
- *Motivieren*
- *Planen*
- *Begleiten*

Als Tool fungiert ein Arbeitsblatt mit einer 3-stufigen farbig gehaltenen Zielscheibe (Zentrum grün = alles ok, Mittelring gelb = daran könnte gearbeitet werden, Ausserer Ring rot = dringender Handlungsbedarf), ergänzt mit Fragebogen. Der Kreis als Ganzes wird in sieben Segmente unterteilt mit Themen im Gesundheitsbereich (z. B. Bewegung/Ernährung/Rauchen/Alkohol/Gewicht/Stress + Belastungen/frei wählbares Thema). Für die Pädiatrie können diese Segmentthemen abgeändert werden (z. B.



Medien/Sucht inkl. Nikotin, THC, Alkohol/Schule inkl. Leistungen, Hausaufgaben, Konzentration/Befindlichkeit inkl. Ängste, Traurigkeit, Lustlosigkeit/Allgemein inkl. Schlaf, Bewegung, Ernährung/Soziales inkl. Familie, Freunde, Partner/frei wählbares Thema).

Mithilfe dieser Zielscheibe kann im Gespräch mit dem Patienten rasch evaluiert werden, ob in einem Bereich Handlungsbedarf besteht (*Sensibilisieren*), und ob der Patient gewillt ist, etwas zu verändern (*Motivieren*). In der Folge kommt das *Planen* (wie wird ein realistisch gestecktes Ziel erreicht und mit welcher Unterstützung). Schlussendlich kommt das *Begleiten* mit Aufzeigen des Erfolges und Zeigen der Wertschätzung.

Ab Ende Oktober 2015 wird die neu gestaltete Internetseite unter [www.gesundheitscoaching-khm.ch](http://www.gesundheitscoaching-khm.ch) aufgeschaltet sein und ein Anklicken kann vielleicht der erste Schritt für strukturiertes Gesundheitscoaching in Ihrer Praxis sein! ■



## Konfliktmanagement in der Arztpraxis

REFERENTEN:

LIC. PHIL.

MARTIN RUFER,

PÄDIATER, BERN

DR. MED.

CHRISTIAN KNOLL, BIEL

REFERENTIN:

MONIKA CURSCHELLAS,

LEITENDE DIPL. MPA,

CHUR

AUTORIN:

FLURINA KOLLER, DIPL.

MPA, WIL

Konflikte können überall vorkommen, wo Kommunikation stattfindet – auch im Arbeitsleben. Eine Arztpraxis ist dafür ein gutes Beispiel. Für die Kommunikation massgebend sind Faktoren wie Praxiskultur, Praxisstruktur, der Umgang innerhalb des Teams und natürlich der Umgang mit dem Patienten und den Eltern.

Wo Konflikte auftauchen, führen diese häufig zu Unsicherheit, Wut und Unbehagen. Um einen Konflikt zu lösen, empfiehlt sich als erste Massnahme, ein klärendes Gespräch mit der betroffenen Person zu suchen. Wenn dies zu keiner Lösung führt, ist der Kontakt zu einer höheren Instanz ratsam. Manche Team-Konflikte nehmen immer mehr zu und sind innerhalb der betrof-

fenen Personen nicht mehr zu lösen. Dann ist es wichtig, sich Hilfe von aussen zu holen, z. B. von einem externen Coach.

Dieses Seminar hat mir gezeigt: Reden ist das A und O – was leider nicht jedem gegeben ist. Die Quintessenz lautet: Erfasse komplex, handle einfach.

Es war ein sehr interessanter Workshop – Vielen Dank! ■



# Visuelle Wahrnehmung und Wahrnehmungsprobleme – Konzepte für die Praxis

REFERENT:

DR. MED. URS HUNZIKER,  
WINTERTHUR

MODERATOR:

DR. MED. GIAN BISCHOFF,  
ZÜRICH

AUTOR:

DR. MED. ANDREAS  
GEISER, SCHLIEREN

Etwas irritiert lese ich den Titel des Workshop-Handouts: «Nicht-sprachliche Lernstörungen». Bin ich im richtigen Workshop? Die Ausschreibung des Workshops versprach mir «Konzepte für die Praxis». Ich überlege mir kurz, wie ich in meiner Praxis die visuelle Wahrnehmung von Kindern überprüfe.

Es folgt eine Fallvorstellung: Eine verträumte Erstklässlerin mit Konzentrationsschwierigkeiten, die langsam und verkrampft schreibt, ablenkbar und unruhig ist und ewig für die Hausaufgaben braucht.

Eine wohlbekannte Situation – auch in meinem Praxisalltag. Urs Hunziker lässt dem Publikum viel Zeit für Mutmassungen, Kommentare und Vorschläge. Wir fragen uns, wo der Misfit liegen könnte, welchen Anteil die Schule hat, was beim Kind selber liegen könnte und wo wohl der Leidensdruck sei. Als erste Abklärungen werden Visus und Audiometrie erwogen. Bereits kommen Gedanken zur Differentialdiagnose: Es fallen Begriffe wie «ADS», «Teilleistungsschwäche» und «relative Unreife». Das Gesagte tönt ja alles gut – nur brauche ich jetzt dringend eine Auftragsklärung, sonst komme ich selbst in den Misfit... Was wollen die Eltern/das Kind? Was kann/will ich anbieten?

Im Fallbeispiel wurden ein HAWIK und eine Zürcher Neuromotorik gemacht. Glücklicherweise habe ich den Neuromotorikkurs besucht. So kann ich wenigstens das komplexe Auswertungsblatt lesen.

Das Kind hat viele Mitbewegungen, ist sonst innerhalb von zwei Standardabweichungen. Im HAWIK ist es ausgezeichnet in der Sprache (IQ120). Im Arbeitsgedächtnis und in den visuellen Aufgaben fällt es ab (IQ unter 80). Ein unausgeglichenes Profil also. Der Schluss daraus (verkürzt wiedergegeben): Das Kind braucht Stressreduktion und eine schulische Heilpädagogin, die es wieder in den Fit bringt. Aha!

## Die Zeit ist fast um. Es folgt etwas Theorie:

Urs Hunziker erklärt, dass wir einen Test zunächst kennen, damit Erfahrung sammeln und ihn interpretieren lernen müssen. Da stimme ich zu! Er weist uns zudem auf «optomotorische Probleme» hin: Wenn wir die Augen-Folgebewegungen prüfen und dabei Sakkaden beim Kind beobachten, sollte eine Kinderneurologin beigezogen werden. Hier wäre ich für ein Video oder eine praktische Demonstration dankbar gewesen. Ich habe den Begriff «optomotorisches Problem» gegoogelt und wirklich gestaunt!

In der Nachspielzeit wird auf den DTVP-2/A hingewiesen. Er könne in 20 Minuten durchgeführt werden



und sei – mit etwas Übung – in 10 Minuten ausgewertet. Man teste die «motorikfreie Wahrnehmung» und es sei ein gutes Instrument für die Praxis. Beim oben genannten Fallbeispiel hatten der HAWIK und eine Neuromotorik genügt. Insgeheim frage ich mich, wie viele der im Hauptreferat porträtierten pädiatrischen Cracks den DTVP-2/A im Praxisalltag verwenden. Wäre er für meine Arbeit hilfreich? Oder soll ich bei dem bleiben, was ich aus Erfahrung kenne und interpretieren kann – auch wenns nicht ganz «motorikfrei» ist?

Beim Hinausgehen schnappe ich mir die versprochenen Synopsis: «Sehen und verstehen ab Schulalter: Was messen wir eigentlich?» Ich betrachte die geheimnisvollen Abkürzungen: ZST; WISC-IV; WPPSI-III, RO Copy, DTVP ... halt! DTVP? Ah, ja, kenn' ich... nicht! Dazu steht als Kommentar: Augen-Hand-Koordination, Kopieren, Feinmotorik. Das verstehe ich auch als Agglo-Kinderarzt ohne Schwerpunkttitle Entwicklungspädiatrie und weiss: Ich brauche keinen DTVP für die Praxis. Mein bisheriges «Konzept für die Praxis» passt noch: Ich höre mir die Geschichte von Eltern und Kind an und kläre den Auftrag. Je nach Fragestellung mache ich gar keinen Test, sondern eine erweiterte Anamnese, vielleicht ein Telefongespräch. Gemeinsam suchen wir nach Lösungsmöglichkeiten. Bei Bedarf mache ich Elemente aus «Ruf-Test», Neuromotorik, S.O.N.-Y., IDS-P, BUEVA, BUEGA. Herausforderndes bespreche ich mit meiner Praxispartnerin, der Schule, im Qualizirkel oder in der Supervision. Allenfalls überweise ich an erfahrene KollegInnen oder SchulpsychologInnen ans AEP Zürich oder an einen Professor in Paris... ■



## Komplementärmedizin in der Pädiatrie – die Quintessenz bewährter Verfahren in der täglichen Praxis

REFERENTIN:

**DR. MED.  
MERCEDES OGAL,**  
BRUNNEN

AUTORIN:

**SABRINA MONTANA,**  
DIPL. MPA, WÄDENSWIL

An diesem Workshop waren Ärzte und MPAs anwesend. Frau Mercedes Ogál, Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, entführte die Teilnehmer mit Bravour in die Welt der Komplementärmedizin. Die zur Verfügung stehende Zeit genügte bei weitem nicht, die Weiten und Tiefen zu ergründen, doch der Streifzug durch die verschiedenen Methoden sowie Entspannungstechniken und Atemübungen eröffneten einen interessanten Einblick.

Eines der zentralen Themen des Workshops war die TCM (Traditionelle Chinesische Medizin). Es wurde die Lehre der fünf Elemente und die sich daraus ergebenden Zusammenhänge erläutert. Die Referentin zeigte anhand eines Fallbeispiels, wie es sich bei einem pubertierenden Kind verhält; so durchlebt es in der Pubertät das Feuer-Element. Bei einem Todesfall in der Familie oder einem Schockerlebnis kann aber das Wasser-Element eine höhere Relevanz erreichen. Auch wurden unterschiedliche Therapiemethoden vorgestellt, so z.B. Atemübungen bei Nervosität und Bauchschmerzen.

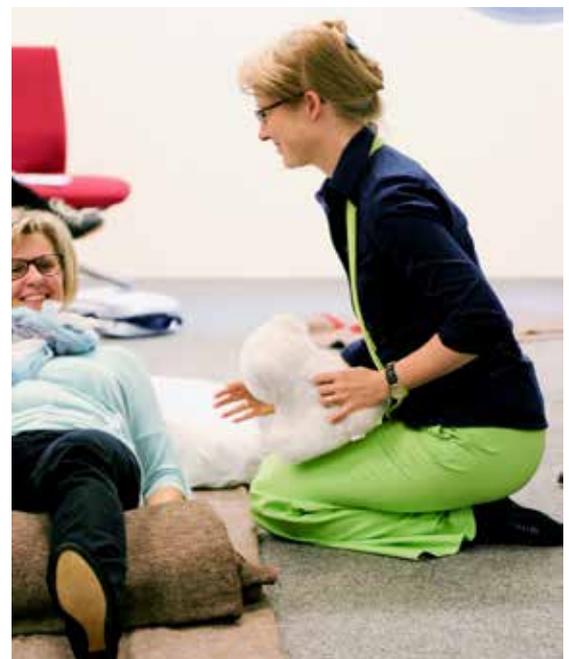
Die Praxispädiaterin gab uns Einblicke aus ihrer Praxiserfahrung mit Säuglingen, Kindern und Jugendlichen. Bis zum Alter von 12 Monaten arbeitet sie mit Nadeln, oft mit Führungsröhrli. In den darauffolgenden Altersstufen meist mit einem Infrarotlaser und ab dem Jugendalter wieder mit Nadeln.

Ein Höhepunkt war sicher auch das gegenseitige Ausprobieren der Akupunktur-Nadeln, die in die Arme eingeführt wurden. Dabei wurden verschieden grosse Nadeln begutachtet. So auch diverse meridianstimulierende Kügelchen. Erweiternd wurde auch die Technik des Schröpfens erläutert und – soweit in der zur verfügbaren Zeit möglich – der Zusammenhang zwischen den Elementen zu den Meridianen zu verstehen versucht. Es wurden auch diverse phytotherapeutische Medikamente, die bereits in vielen Kinderarztpraxen eingesetzt werden, thematisiert (wie z. B. Kaloba oder Dormiplant).

Während der Ausführungen erinnerte ich mich an meine erste Anstellung als MPA. Mein damaliger Chef

fühlte sich ausschliesslich der klassischen, wissenschaftlich begründeten Schulmedizin verpflichtet. Zur Komplementärmedizin hatte er keinen Zugang und empfand sie zur Behandlung irreführend und somit auch nicht als zielführend. Es ist wohl inzwischen auch bei uns nun anerkannt, dass die chinesische Medizin wissenschaftlich begründet ist. Ich war umso mehr erfreut, dass im Raum 24 des Seedam Plaza Hotels in Pfäffikon SZ sowohl Schulmediziner wie auch MPAs an der Komplementärmedizin mehr als interessiert waren. Ich war mir bewusst, dass ich einen Wandel miterleben durfte – wie unterschiedliche Behandlungsansätze sich kreuzen und aus den Erfahrungswerten diverser Wissensbereiche Neues entsteht. Das Ziel bleibt das gleiche: Die Gesundheit der Menschen.

Vielen Dank an Frau Mercedes Ogál für diese interessante Einführung in die Welt der Komplementärmedizin. ■





## Zu klein? – zu gross? – zu dicker Hals? Update in pädiatrischer Endokrinologie

REFERENTIN:

**DR. MED.**

**BEATRICE KUHLMANN,**  
BASEL UND AARAU

MODERATOR:

**DR. MED.**

**PHILIPP TREFNY,**  
LUZERN

AUTORIN:

**DR. MED. VISNJA JENNI,**  
ZOFINGEN

**D**rei einfache, aber relevante Fragen für die Praxis. Frau Dr. Kuhlmann hat uns in ihrem Workshop anhand diverser Beispiele gezeigt, dass verschiedene Diagnosen und Therapien hinter diesen drei Fragen lauern.

Beim *Thema zu klein* muss man zuerst ein Wachstumsproblem definieren. Kriterien sind Grösse <P3 oder die Wachstumsgeschwindigkeit <P25 über ein Jahr oder klein gemessen am elterlichen Potenzial (Grösse  $-1,5$  SD < der mittleren Elterngrösse).

Die Referentin geht auf den Fall einer hypotrophen Adenophypophyse ein. Dabei sind alle vier Hormonachsen (TSH, ACTH, LH/FSH, GH) defizient, es ist wichtig (je nach Alter), alle diese Achsen zu bestimmen. Die Klinik kann eine Wachstumsretardierung, eine fehlende Pubertät, Obstipation und rezidivierende Hypoglykämien beinhalten. Ein Schädel-MRI untermauert die Diagnose einer hypotrophen oder ektopen Adenohypophyse, ein seltenes aber bekanntes Krankheitsbild. Die Therapie besteht, je nach vorhandenen Ausfällen, in lebenslanger Substitution von HGH, Eltroxin, Kortisol und Sexualhormonen sowie regelmässigen Kontrollen durch den Endokrinologen. Bei kleinen Mädchen darf das Turner-

Syndrom nicht vergessen gehen, dort aber kann evtl. schon das FSH erhöht sein.

Der zweite Fall behandelt die seit 2006 überarbeiteten SGA-Kriterien nach Voigt et al. (Small for Gestational Age), welche strenger sind, als die übliche Definition «unter P10» der Neugeborenen-Kurve. Kinder mit SGA und fehlendem Aufholwachstum können nach Erfüllung einiger Kriterien mit Wachstumshormon behandelt werden. Diese beinhalten Geburtsgewicht und/oder -grösse  $\leq 2$ SD, kein Aufholwachstum bis zum vierten Lebensjahr, die aktuelle Grösse  $\leq 2,5$  SD, die Wachstumsgeschwindigkeit im letzten Jahr  $\leq 0$  SD und die Angleichung an die elterliche Zielgrösse  $\leq 1$  SD.

Kinder, welche die SGA-Kriterien erfüllen, sind eine heterogene Gruppe, die Indikation für eine HGH-Therapie ist streng. Nach Ausschluss anderer Gründe für Kleinwuchs (HGH-Defizit, Hypothyreose, Mangelernährung, chronische Darmerkrankungen, systemische chronische Erkrankungen und Turner-Syndrom) kann diesen Kindern mit HGH geholfen werden. Je früher die Therapie beginnt, desto besser ist der Erfolg. Wichtig ist eine Reevaluation des Therapieerfolges nach einem Jahr, da-



mit die weitere Therapie von der Krankenkasse bezahlt wird. Je früher, kürzer und leichter ein Kind geboren wird, desto unwahrscheinlicher wird ein vollständiges Aufholwachstum. Die Definitionen und Tabellen bezüglich SGA-Kriterien und Normwerte gibt es bei allen Wachstumshormon produzierenden Firmen. Bis spätestens zum vierten Lebensjahr sollte sich der Praxispädiateur vergewissern, ob das Kind im Elternzielkanal liegt, um ggf. rechtzeitig eine Abklärung einzuleiten.

Es muss nicht immer eine Pathologie im Spiel sein, wenn ein Kind zu klein ist, wie uns der dritte Fall zeigt. Hierbei handelt es sich nur um einen kurzfristigen Moment der präpubertären Wachstumsverlangsamung.

Beim *Thema zu gross* werden an drei Fällen Wachstumsbremstherapien besprochen. Bei Mädchen und Knaben kann man mittels hochdosierter Östrogen-/ resp. Testosterongabe bremsen oder durch die Epiphysiodese der knienahen Wachstumsfugen. Die Probleme der Hormontherapie bei Mädchen sind vor allem eine übermässige aber reversible Gewichtszunahme, bei Knaben eher Hautprobleme mit starker Akne. Die Probleme der Epiphysiodese sind mögliche Körperdys-

proportionen, ungleiche Beinlängen als auch Infektionen im Operationsgebiet. Bei der Epiphysiodese ist eine genaue Berechnung der Zentimetreinsparung möglich (Frauen  $-4,1 \pm 0,7$  cm, Männer  $-6,4 \pm 3,5$  cm). Der Operationsentscheid muss bei Mädchen vor 170 cm und bei Knaben vor 185 cm gefällt werden. Da hohe Testosterongaben bei Knaben wegen bekannter Nebenwirkungen nicht mehr erste Wahl sind, wird die Epiphysiodese vorgezogen.

Beim *Thema dicker Hals* geht es um die Unterscheidung zwischen Hashimoto-Thyreoiditis und M. Basedow. Die Hashimoto-Thyreoiditis ist eine chronische lymphozytäre Thyreoiditis und die häufigste Autoimmunerkrankung der Schilddrüse. Sie betrifft alle Altersgruppen (Gipfel peripubertär), w:m = 4:1. Es gibt sowohl die klassisch hypertrophe als auch atrophe Form. Hypo-, eu- und hyperthyreote Zustände sind möglich, beweisend sind Antikörper gegen TPO und TG. Die Therapie besteht in L-Thyroxingabe bei Hypothyreose. Ein Thyroxinmangel kann auch nur eine Wachstumsretardierung und eine primäre Amenorrhoe verursachen.

Beim M. Basedow sind die Patienten hyperthyreot und haben eine homogene Struma. Wegweisend sind Tachykardien, Nervosität, Hitzeempfindlichkeit und der stechende Blick. Beweisend sind erhöhte Anti-TSH Rec (TRAK) Antikörper, oft sind alle Schilddrüsen AK mitstimuliert. Die Therapie beinhaltet Thyreostatika, Sportabstinenz und evtl. Beta-Blocker. Manchmal ist später eine Strumektomie oder Radiojodablation nötig.

Aufgrund natürlicher Unterversorgung mit Jod in der Schweiz überwacht eine Kommission die Jodanreicherung des Salzes. Neu wurde die Jodierung des Speisesalzes von 20 auf 25  $\mu\text{g}/\text{kg}$  Salz erhöht. Frau Dr. Kuhlmann weist uns noch darauf hin, dass bei Gebrauch verschiedener «Life-Style-Salze» die automatische Zufuhr von Jodid verloren geht, die Strumagefahr steigt.

Niemand hat gesagt, dass Endokrinologie einfach ist, umso wichtiger war dieser Workshop- Danke Beatrice. ■

# ADHS – rationale medikamentöse Therapie



## REFERENT:

**PROF. DR. MED. DIPL.-  
PSYCH. PETER WEBER,**  
BASEL

## MODERATORIN:

**DR. MED. TANJA MURER,**  
LACHEN

## AUTOR:

**DR. MED. ALAIN  
WIMMERSBERGER,**  
VISP

Das Duo Prof. Peter Weber, Neuropädiater im UKBB in Basel, und Tanja Murer, Praxispädiaterin in Lachen, hat den Workshop über die medikamentöse Therapie über die wichtigste Verhaltensstörung im Kindesalter hervorragend vorbereitet und durchgeführt. Eine sachliche Einleitung über die wesentlichen Probleme mit ADHS hat zur Einstimmung die bekannten Kernprobleme des kindlichen ADHS kurz aufgelistet:

- Pfeiler der Therapie des ADHS (Pädagogik, Psychologie, funktionelle Verfahren, medikamentöse Verfahren).
- Symptome des ADHS: abendlicher Stress, Einschlafstörungen.

- Impulssteuerung, Aufmerksamkeitsstörung usw.
- Feedback bei Beginn der Medikation in Abständen zwischen 5 und 14 Tagen.

In der nachfolgenden, sehr lebhaften Diskussion haben die Moderatoren es verstanden, das umfangreiche Wissen der Teilnehmenden in einen wertvollen fachlichen Austausch umzumünzen. Das ausgeteilte Handout lieferte dabei eine wertvolle, sachliche und wissenschaftliche Grundlage für die gemachten Statements.

Als roter Faden diente eine ausgeklügelte Fallvignette, welche die Teilnehmenden zu wertvollen Kommentaren animierte.

Die laborchemischen Verlaufskontrollen der Präparate wurden auch kurz gestreift. Einen grossen Platz nahm auch die Vorstellung der Eigenschaften der lang wirksamen MPH-Präparate ein.

Die gute Mischung zwischen mitgebrachten Informationen, eigenen Erfahrungen und Kommentaren von den Seminarteilnehmenden hat dazu geführt, dass auch erfahrene Praxispädiater wertvolle Inputs für ihren Praxisalltag übernehmen konnten. ■



# Fragebögen, Scores, Entwicklungstests – was ist brauchbar für die Praxis?

## REFERENT:

**DR. MED. PAUL W. MEIER,**  
SOLOTHURN

## MODERATORIN:

**DR. MED. HELENA  
GERRITSMASCHIRLO,**  
AARAU

## AUTOR:

**DR. MED.  
STEFAN SCHNEIDER,**  
KREUZLINGEN

Im ersten Teil trugen wir in Kleingruppen zusammen, was wir in unserer Praxis regelmässig einsetzen. Dabei wurde rasch klar: Vieles ist bestens bekannt (z. B. die Vorsorge-Checklisten des Manuals), wird im Alltag aber nicht regelmässig eingesetzt. Dann kamen aber Checklisten zur Sprache, welche die einen regelmässig einsetzen, den anderen aber gänzlich unbekannt sind (z. B. der *SDQ* = Strength and Difficulties Questionnaire, den es in den verschiedensten Sprachen gibt, *Lesefit*, *SPE2-KT* oder *ELFRA* für die Sprache mit 2 Jahren, *Sätze vervollständigen* für die Jugendlichen-Sprechstunde usw.).

In der Diskussion schon innerhalb der Kleingruppe kam die Schwierigkeit der Auswahl zur Sprache. Das Angebot ist uferlos, aber was ist wirklich hilfreich? Wofür gibt es gute Evidenz? Was ist im üblicherweise lebhaften Praxisalltag vernünftig einsetzbar?

Im zweiten Teil hat Paul Meier seine Sicht der Dinge präsentiert, und was er selber wirklich einsetzt. Für ihn ist klar: Checklisten, Fragebögen oder Entwicklungstests müssen für die Praxis schnell, einfach und zuverlässig sein. Er nützt sie zum Thema Sprache, insbesondere auch, um Einfluss auf die Umgebung zu nehmen, wenn es Defizite gibt (Eltern schulen, TV-Konsum reduzieren, zum Vorlesen ermuntern, in Spielgruppe integrieren), er setzt auch regelmässig Scores ein zum Thema ADS/ADHS, Autismus (z. B. M-Chat), Depression und die oben erwähnten «Sätze vervollständigen», welche ihm einen viel persönlicheren Einstieg ins Gespräch mit den Jugendlichen ermöglichen. Als einfachen Intelligenztest hat er uns als Screening den CPM-Raven vorgestellt.

Eine interessante Seite betreibt die Züricher Bildungsdirektion: [www.kinder-4.ch](http://www.kinder-4.ch). Hier sind viele Kurzfilme zu verschiedensten Themen und in verschiedensten Sprachen aufgeschaltet, wie Kinder im Alltag gefordert und gefördert werden können.

Eine der Hauptanforderungen an einen Workshop hat Paul Meier bestens erfüllt: den Praxisbezug! Die Sätze «brauche ich oft», aber auch «finde ich sehr interessant, brauche ich aber eigentlich kaum» machten klar, dass er selber täglich an der Front steht und das Spannungsfeld zwischen «was wäre alles möglich und interessant» gegenüber «was ist im Alltag machbar und wirklich wichtig» mit sich aushandeln muss – wie wir alle!

Weitere Tests können von folgender Homepage heruntergeladen werden: [www.paediatrieinfo.ch](http://www.paediatrieinfo.ch) ■





## Vorsorge-ABC für MPAs

REFERENT:

**KD DR. MED. SEPP HOLTZ,**  
ZÜRICH

NANETTE

**VON SIEBENTHAL,**  
DIPL. MPA, LIEBEFELD

In diesem Workshop erlebten wir eine Reise durch die nicht ganz alltägliche Kinderarztpraxis von Dr. Sepp Holtz in Zürich. Ich denke die meisten von uns durften eine Praxis kennenlernen, wie wir sie selber noch nicht erlebt haben.

Grundsätzlich nimmt sich Dr. Holtz viel Zeit für seine kleinen Patienten und deren Eltern. Die Kinder dürfen im grosszügig eingerichteten Sprechzimmer spielen, während er so in Ruhe mit den Eltern sprechen kann. Gleichzeitig kann er dann gut beobachten, was das Kind bereits alles kann, worin ein wichtiger Teil der Vorsorge besteht.

Eine besondere Einrichtung ist das Untersuchungszimmer mit dem Einwegspiegel zum Nebenraum. Man sieht vom Nebenraum ins Sprechzimmer, aber nicht umgekehrt. Das bietet z. B. für die Studenten eine gute Gelegenheit den Arzt in Ruhe bei seiner Arbeit mit dem Patienten zu beobachten und die Gespräche übers Mikrofon zu verfolgen. So können sie viel von dem «Profi» lernen und sich in aller Ruhe Notizen machen. Natürlich kann auch Sepp Holtz als Lehrpraktiker auf diesem Weg die jungen Assistenten beobachten und dann mit ihnen alles besprechen. Eine weitere Möglichkeit ist es, schüchterne Kinder – welche die Mitarbeit bei Anwesenheit des Arztes verweigern – ungestört beim

Spiel mit den Eltern zu beobachten. Dies ist eine einfache Variante, um dennoch einen Eindruck von dem Kind zu gewinnen.

Zum Abschluss zeigte Dr. Holtz noch, wie er die Konsultation abschliesst. Die Kinder dürfen jeweils auslesen, ob sie einen Zaubertrick sehen möchten, oder einen Jeton bekommen wollen, um im Wartezimmer ein Spielzeug aus dem «Gschänkli-Automaten» herauszulassen.

In diese ruhige, sehr auf das Kind eingehende Praxis kommen die meisten kleinen und grösseren Kinder immer wieder gerne zurück.

Besten Dank für den spannenden Einblick in Ihre Praxis. ■