KINDERÄRZTE.SCHWEIZ

Berufsverband Kinder- und Jugendärzte in der Praxis

01/2016

www.kinderaerzteschweiz.ch info@kinderaerzteschweiz.ch



ADHS

Januartagung 2016
«VISIONEN»

Berufspolitik
Tarifrevision

Lehrplan 21
Schule und Pädiatrie

Aptamil Profutura™

Für eine gesunde Zukunft der nächsten Generation





Auf Basis aktueller Erkenntnisse unserer ENP[1]-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[2]-Gehalt aller Säuglingsmilchnahrungen[3] bringen nachhaltige Vorteile auf die Entwicklung von Stoffwechsel[4-6], Immunsystem[7] und Gehirn[8].

Aptamil Profutura – Heute für morgen

NUR ERHÄLTLICH IN APOTHEKEN UND DROGERIEN

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

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

Mehr Infos auf Seiten 74 + 75



EDITORIAL
5 Von A wie ADHS … zu A wie Abschied

INTERN
7 Personelles
8 «VISIONEN» – Einblicke in die Januartagung 2016

BERUFSPOLITIK
11 In Bern weht ein neuer Wind
12 Geht der Lehrplan 21 uns Pädiater etwas an?

FORTBILDUNG
15 Pränatale Prägung und ADHS
19 ADHS und Mehrsprachigkeit – Eine andere Sicht
22 (Neue) Medikamente bei ADHS
24 Langjähriges Engagement der ADHS-Organisation elpos Schweiz
27 ADS/ADHS und Homöopathie

KURSBERICHTE
30 1. Schweizer ADHS-Kurs für Kinderärzte
33 Allergie im pädiatrischen Alltag

KURSE/WORKSHOPS/FORTBILDUNGEN
34 Autismus – noch immer zu spät erkannt?
35 Kurse KIS

SVUPP
37 Homepage
37 Ultraschallkurse

FÜR SIE GELESEN
38 «Gute Nacht, Gorilla»

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, Redaktion;
Dr. Daniel Brandl, PhD, Geschäftsführer

HERAUSGEBERIN:
Verlag Praxispädiatrie GmbH, Badenerstrasse 21, 8004 Zürich

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

TITELBILD: fotolia.com
ILLUSTRATIONEN: © Kerstin Walter; S. 7, 19, 21 und 23

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: 02/2016
Redaktionsschluss: 9. Mai 2016

printed in switzerland

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

PERFORMANCE myclimate neutral Drucksache
No. 01-16-370484 – www.myclimate.org
© myclimate – The Climate Protection Partnership

HABEN SIE ANREGUNGEN, KRITIK ODER LOB?

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

Babies – Schutz durch Pertussis-Boosterimpfungen des Umfelds[1,2,3]



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.

Boostrix®, kombinierter Diphtherie-Tetanus-azellulärer Pertussis-Impfstoff (dTpa). W: Diphtherie-Toxoid, Tetanus-Toxoid, Pertussis-Toxoid, filamentöses Hämagglutinin von *B. pertussis,* Pertactin von *B. pertussis*. I: Boosterimpfung gegen Diphtherie, Tetanus und Pertussis von Personen ab dem 4. Geburtstag. Nicht zur Grundimmunisierung verwenden! **D/A:** Eine Impfdosis zu 0,5 ml. Die Injektion erfolgt tief intramuskulär. Nicht intravasal anwenden. Nicht mit anderen Impfstoffen mischen. **KI:** Bekannte Überempfindlichkeit gegen einen der Bestandteile; akute, schwerwiegende fieberhafte Erkrankung; Enzephalopathie unbekannter Ätiologie innert 7 Tagen nach einer vorgängigen Impfung mit einem Pertussis-enthaltenden Impfstoff; vorübergehende Thrombozytopenie oder neurologische Komplikationen nach einer vorgängigen Impfung gegen Diphtherie und/oder Tetanus. **WV:** Wenn nach einer vorherigen Impfung mit einem Pertussis-enthaltenden Impfstoff folgende Ereignisse aufgetreten sind, sollte die Entscheidung zur Gabe des Impfstoffes sorgfältig abgewogen werden: Temperatur ≥ 40.0°C innerhalb von 48 Stunden nach der Impfung ohne sonst erkennbare Ursache, Kollaps oder schockähnlicher Zustand (hypotonisch-hyporesponsive Episode) innerhalb von 48 Stunden nach der Impfung, oder anhaltendes, untröstliches Schreien über mehr als 3 Stunden innerhalb von 48 Stunden nach der Impfung, oder Krampfanfälle mit oder ohne Fieber innerhalb der ersten 3 Tage nach der Impfung. Bei Thrombozytopenie oder Blutgerinnungsstörung, Risiko von Blutung nach i.m.-Injektionen. **IA:** Wenn als nötig erachtet, kann Boostrix gleichzeitig mit anderen Impfstoffen oder Immunglobulinen – jeweils an einer anderen Injektionsstelle – angewendet werden. **UW:** *sehr häufig:* Reizbarkeit, Schläfrigkeit, Reaktionen an der Injektionsstelle (Schmerz, Rötung, Schwellung), Müdigkeit, Unwohlsein, Kopfschmerzen; *häufig:* Anorexie, Diarrhöe, Erbrechen, gastrointestinale Störungen, Übelkeit, Fieber, Schwindel, Reaktionen an der Injektionsstelle wie Verhärtung und sterile Abszessbildung. **Lag.:** Bei +2 °C bis +8 °C lagern. Nicht einfrieren. **P:** Fertigspritze mit separat beigelegter Nadel, x1 und x10. **AK:** B. **Stand der Information:** März 2014. GlaxoSmithKline AG. Ausführliche Angaben finden Sie unter www.swissmedicinfo.ch. Unerwünschte Arzneimittelwirkungen melden Sie bitte unter pv.swiss@gsk.com.

CH/BOO/0004/13(1)

GlaxoSmithKline AG
Talstrasse 3–5
CH-3053 Münchenbuchsee

Von A wie ADHS …



DR. MED. RAFFAEL GUGGENHEIM, ZÜRICH

In diesem Monat findet eine grosse Ungerechtigkeit ihr Ende: Trisomie 21 wird von der IV als Geburtsgebrechen anerkannt. Dies erleichtert insbesondere den Zugang zu therapeutischen Leistungen und vereinfacht die Abläufe für Behandler und Betroffene. Es gibt aber immer noch Krankheitsbilder, welche Ärzte, Familien und das Gesundheitssystem stark beschäftigen. In dieser Ausgabe der News fokussieren wir auf eines dieser Themen: ADHS. Wir wollen etwas mehr über mögliche Ursachen erfahren und Cyril Lüdin gibt uns dazu einige spannende Hinweise. Im Interview mit Hannes Geiges lernen wir von den Erfahrung eines erfahrenen Begleiters und «Bergführers» von Betroffenen. Susanna Wawlitzka zeigt uns auf, welche Medikamente neu oder anders in der Behandlung von ADHS eingesetzt werden und Heiner Frei erklärt auch kritischen Geistern, wie man aus homöopathischer Sicht den Betroffenen medikamentös helfen kann. Schliesslich stellen wir auch kurz ELPOS vor, welche Familien von ADHS-Betroffenen als eine wichtige Stütze dient. Alles begleitet von den treffenden Zeichnungen von Kerstin Walter, wofür wir uns herzlich bedanken. Passend zum Thema berichten Jürg Barben und Noldi Bächler über ihre Vortragsreihe «Schule und Pädiatrie». Sie beschäftigen sich mit der Frage: «Geht der Lehrplan 21 uns Pädiater etwas an?» Wir freuen uns mit dieser gelungenen Ausgabe, die hochwertige Berichte von Praxispädiatern und Fachleuten zu einem praxisrelevanten Thema beinhaltet und sind gespannt auf ein Feedback von Seiten der Leserschaft. Gleichzeitig bitten wir Sie auch um Artikel zum Thema «Kurioses», Berichte über aussergewöhnliche Diagnosen und Therapien aus Ihrer Praxis, welche uns alle interessieren und die wir in den nächsten News veröffentlichen möchten.

Raffael Guggenheim

… zu A wie Abschied



SYLVIA LOCHER

Nach gut zwei Jahren gab ich bereits Ende 2015 die Geschäftsführung an meinen Nachfolger Daniel Brandl weiter, der sich schon bestens in die Materie eingearbeitet hat. Per Ende März werde ich meine Tätigkeit bei Kinderärzte Schweiz definitiv beenden. Ich darf auf eine intensive Zeit zurückblicken. Besonders abwechslungsreich war die Mitarbeit in den drei Arbeitsgruppen Jahrestagung, Redaktionskommission und Kurswesen. Eine spezielle Herausforderung war die Jubiläumstagung. Einfach unglaublich, was diese Arbeitsgruppe auf die Beine gestellt hat! Die Redaktionskommission ist mir besonders ans Herz gewachsen. Hier laufen ganz viele Ideen zusammen, damit viermal pro Jahr «Kinderärzte.Schweiz» produziert werden kann. Und die Arbeitsgruppe Kurswesen hat mit viel Schwung das Kursangebot ausgebaut und es den Bedürfnissen der Mitglieder angepasst.

Unzählige KIS-Mitglieder tragen in diesen Arbeitsgruppen ihre Ideen zusammen, knüpfen Kontakte, vernetzen und übernehmen viele kleinere oder grössere Aufgaben. Das Engagement der Ehrenamtlichen bei KIS hat mir immer imponiert. Da kommt ein beeindruckendes Mass an Kompetenz, Erfahrung, Ausdauer und Wissen zusammen!

Mir bleibt nur noch, allen zu danken, mit denen ich während der letzten zweieinhalb Jahre zusammengearbeitet habe. Dazu gehört der Vorstand, der keinen Aufwand scheut, um die Geschicke des Verbands in eine erfolgreiche Zukunft zu lenken. Ein besonderer Dank geht an Bea Kivanc für unsere gelungene Zusammenarbeit auf der Geschäftsstelle. Ganz herzlich danken möchte ich ebenfalls dem ehemaligen Leiter der Redaktionskommission Carsten Peters sowie Raffael Guggenheim, der die RK seit der letzten Mitgliederversammlung leitet. Nicht vergessen möchte ich zwei Hauptakteure der Jubiläumstagung: Mit Katharina Wyss, der Leiterin der Arbeitsgruppe Jubiläumstagung und Cyril Lüdin, dem Verantwortlichen für das Sponsoring pflegte ich eine enge Zusammenarbeit, an die ich mich sehr gerne erinnere.

Ich danke allen Mitgliedern für das mir entgegengebrachte Vertrauen und wünsche dem Verband alles Gute und viel Erfolg!

Herzlich

Sylvia Locher

PROSPANEX® Hustensaft – löst den Schleim!





Kassenzulässig

Das pflanzliche Expektorans für die ganze Familie[1,2]

- vergleichbar stark wirksam wie ACC[3] und Ambroxol[4]
- wirkt expektorierend und bronchospasmolytisch[5]
- pflanzlich und gut verträglich[1,2,3]

150 JAHRE

zeller medical

www.zellermedical.ch

PROSPANEX® – Zusammensetzung: 5 ml Hustensaft enthalten 35 mg Efeublättertrockenextrakt (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 Broteinheiten (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 bekanntgeworden. 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 Efeuhaltigen 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 Sorbitolgehalts kann eine abführende Wirkung bei der Anwendung von PROSPANEX® Hustensaft auftreten. **Packungsgrössen:** 100 ml und 200 ml. **Verkaufskategorie:** D, kassenzulässig. **Zulassungsinhaberin:** Zeller Medical AG, 8590 Romanshorn, Tel.: 071 466 05 00. **Herstellerin:** Engelhard Arzneimittel GmbH & Co. KG, D-61138 Niederdorfelden. **Ausführliche Angaben** entnehmen Sie bitte www.swissmedicinfo.ch (Stand der Information: April 2008).

[1] 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. [2] PROSPANEX® Hustensaft: www.swissmedicinfo.ch (Stand der Information: April 2008). [3] Bolbot Y et al. (2004) Comparing the efficacy and safety of high-concentrate (5–7,5:1) ivy leaves extract and Acetylcysteine for treatment of children with acute bronchitis. Drugs of Ukraine November 2004. [4] Maidannik et al. (2003) Efficacy of Prospan application in children's diseases of respiratory tract. Pediatrics, Tocology and Gynecology 2003; 4:1-7. [5] Runkel F et al. (2005) In-vitro-Studien: Ein Beitrag zum Wirkmechanismus von Efeu. Pharmazeutische Zeitung 4/05: 19-25. 1114/620



DR. MED. CARSTEN PETERS, FRAUENFELD

Liebe Sylvia
Im August 2013 lasen wir deine Bewerbung auf das Stelleninserat von KIS. Unter all den vielen Bewerbungen erkannten wir in dir eine Frau mit vielen Interessen, mit langjähriger Verbandstätigkeit als ehemalige Geschäftsführerin beim Schweizerischen Frauenturnverband, als Projektleiterin im Schuldepartement der Stadt Zürich, engagiert in Adipositasprogrammen für Jugendliche, als Erwachsenschutzbeauftragte und vieles mehr.
Dein Stellenantritt wenige Wochen später war aus meiner Sicht sehr mutig. Du nahmst die Herausforderung an und musstest innert kürzester Zeit eine akut verwaiste Geschäftsstelle übernehmen, sofort mit Freizeit-Verbandsarbeitern (Vorstand KIS) zusammenarbeiten, äusserst engagierte Organisatoren organisieren (Kursleiter), stets wissbegierigen Mitgliedern trotz langer Wartelisten Zugang zu Wissen ermöglichen (Kursteilnehmer), eine jährliche Zusammenkunft aller Mitglieder (JT + MV) beaufsichtigen und dich mit einem kleinen Grüppchen Publikationsbegeisterter innert einer Telefonkonferenz auf die nächste Ausgabe der News einigen. Und dann waren da noch ein sich mehrfach ersetzender Vorstand, diverse Sitzungen, Telefonate mit der Presse, dem BAG, Autoren, Kursleitern, Co-Präsis, Mitgliedern, der SGP, Hotel- und Kongressmanagern, dem Verlag, Revisoren, dem Kassier etc., um nur einige deiner Aufgaben zu nennen…
Deine Art, auf Mitglieder zuzugehen und die Kommunikation zu pflegen, empfand ich als sehr angenehm.
Zwei deiner Grossprojekte möchte ich dann doch noch speziell erwähnen: Zum einen hast du es verstanden, in der Geschäftsstelle all die Altpendenzen abzuarbeiten und Arbeitsprozesse neu zu strukturieren, um die Verbandszentrale auch für die Zukunft fit zu machen. Zum anderen hast du wesentlich dazu beigetragen, die letzte (Jubiläums-)Tagung zusammen mit dem JT-Team zu einem unvergesslichen Highlight für KIS zu machen.
Vieles habe ich natürlich nur am Rande mitbekommen, aber ich habe dich als eine sehr engagierte, ideengebende und zuverlässige Mitstreiterin für die News erlebt, die du mit Herz und Verstand mitgestaltet hast. Immer Herrin über den Redaktionsschluss und trotzdem grosszügig bei Überschreitung desselben, um den Autorinnen einen letzten Schliff oder die aktuellste Info zu ermöglichen.
Dafür und überhaupt gebührt dir grosser Dank für die Zeit, die du KIS als Geschäftsführerin begleitet hast.
Wir wünschen dir für deine neuen Projekte viel Glück und Spass!

Herzlichst, auch im Namen des ehemaligen und aktuellen Vorstands
Carsten Peters





Neuer Geschäftsführer und Mitglied der Redaktionskommission

Daniel Brandl ist seit 1. Januar 2016 unser neuer Geschäftsführer. Er hat sich bei den Mitgliedern bereits per Mail persönlich vorgestellt. Neu übernimmt er ab April 2016 die Redaktion der News. In der nächsten Ausgabe werden wir noch mehr über Daniel erfahren. Wir heissen ihn in unserem Team herzlich willkommen.

Redaktionskommission Kinderärzte.Schweiz

«VISIONEN» – Einblicke in die Januartagung 2016

Die Januartagung 2016 stand noch ganz unter dem Eindruck der Jubiläumstagung und dem Hauptreferat von Noldi Bächler. Zum Schluss seiner «Tour d'Horizon» über die Entwicklung des Forums für Praxispädiatrie/Kinderärzte Schweiz und seiner «Ballonreise» durch verschiedene Schweizer Kinderarztpraxen formulierte er zehn essenzielle Fragen, welche aus seiner Sicht für die weitere Arbeit von Kinderärzte Schweiz wegweisend sind. Erfreulicherweise nahmen sich dieses Jahr rund 30 engagierte und gezielt eingeladene Praxispädiater Zeit, um am Nachmittag des 28. Januar diese Themen zu diskutieren. Es war und ist der ausdrückliche Wunsch des Vorstands, die einzelnen Regionen der Schweiz zu vernetzen und in diese Arbeit zu integrieren. Erfreulicherweise nahmen dieses Jahr auch Kollegen aus der Romandie und dem Tessin an der Tagung teil.

DR. DANIEL BRANDL, PhD,
GESCHÄFTSFÜHRER

DR. MED.
RAFFAEL GUGGENHEIM,
VORSTAND KIS

Der Schwerpunkt der Januartagung war es, unter dem Titel «Visionen» zu identifizieren, diskutieren und formulieren, mit welchen Themen sich unser Verband in näherer Zukunft prioritär auseinandersetzen muss; ob diese sich mit den vom Vorstand angestrebten Strategiezielen decken; und welche Ideen zwar verfolgt werden sollen, aber momentan nicht im primären Fokus von KIS liegen müssen. Es standen zehn Themen zur Auswahl (siehe Kasten), von welchen im Verlauf drei vertieft erarbeitet und weitere drei in Kurzsessionen diskutiert wurden.

Nach einer kurzen Begrüssung durch Heidi Zinggeler Fuhrer, Co-Präsidentin, präsentiert Noldi Bächler die Themen, welche er an der Jahrestagung angesprochen hatte und welche auch im Rahmen von Anregungen an der Jahrestagung aufgenommen wurden. Er betont auch die Wichtigkeit, dass KIS in der Pädiatrielandschaft der Schweiz unabhängig bleibt und sich in wichtigen Themen – wie zum Beispiel den Schulreformen – stark positioniert.

1. Block «Strukturen»

Danach stürzen wir uns *in medias res* und besprechen in einem ersten Block die Themen «Umgang mit chronisch kranken und behinderten Kindern», «Praxisumgestaltung» und (kurz) «Einzelinitiativen».

Zehn essenzielle Fragen

1. *Tarife:* Sorgt KIS ausreichend für pädiatrische Anliegen in der **Tarifpolitik?**
2. *Team:* Kann KIS mehr zur **Förderung der MPA** und des Praxisteams tun?
3. *Netzwerk:* Soll KIS die **praxisinterne Vernetzung** propagieren?
4. *Nachwuchs:* Soll KIS der **Praxisassistenz** endlich zum Durchbruch verhelfen?
5. *Praxisumgestaltung:* Soll KIS die rechtzeitige **Umgestaltung von Einzel- in Gruppenpraxen** anregen?
6. *IT-Ausrüstung:* Will KIS seine Mitglieder dazu animieren, ihre **IT-Ausrüstung** zu aktualisieren?
7. *Einzelinitiativen:* Wie lassen sich **Einzelinitiativen** (wieder) in KIS integrieren?
8. *Chronisch kranke Kinder:* Kann KIS unsere Begleitung **chronisch kranker** und **behinderter** Kinder fördern?
9. *Familienpolitik:* Will sich KIS vermehrt in die **Familienpolitik/Schule** einbringen?
10. *Forschung:* Was unternimmt KIS zur Anregung **praxispädiatrischer Forschung?**

Wer soll Hauptansprechperson für die zahlreichen Kinder sein, welche von verschiedenen Spezialisten im Spital betreut werden? Aus unserer Sicht ist dies klar der Kinderarzt, welcher ja die Familie und das Kind über Jahre hinaus begleitet und auch sein Umfeld meist besser kennt. Er ist auch lokal besser vernetzt und kann sich entsprechend bei Schulen und Therapeuten einsetzen. Seine MPA kann gut Termine koordinieren und sogenannte «Helferkonferenzen» organisieren. Aber wie umgehen mit der stetig wachsenden Anzahl von Spezialisten? Was kann KIS anbieten, um noch unerfahrene Kollegen in dieser Aufgabe zu unterstützen? Wir erfahren in der Diskussion, dass das Kinderspital Zürich nun für «komplizierte» Kinder eine Case-Managerin in der Klinik organisiert hat, welche den Kontakt zwischen Pädiater, Familie und Spezialisten erleichtern soll. Dies macht auch dem Pädiater die Betreuung leichter, da er aus einer Hand erfahren kann, was «die Spezialisten» mit dem Patienten besprochen haben und wie die Weiterbetreuung aus Spitalsicht aussieht. Ziel für KIS soll also z. B. sein, solche Projekte zu kennen und diese Zusammenarbeit für die Mitglieder zu vereinfachen. Das grosse zeitliche und persönliche Engagement des einzelnen Pädiaters kann aber nicht ersetzt werden.

Zum Thema «Einzel-/Gruppenpraxis» wird ebenfalls heftig diskutiert. Das «Praxiseröffnungsseminar» bildet eine gute Grundlage für jüngere Kollegen, um sich ein Bild möglicher Arbeitsformen zu machen. Eine ebenso hohe Wichtigkeit wird einem Ideenaustausch in der Diskussion um die Praxisumgestaltung von bestehenden Einzel- in Gruppenpraxen zugemessen. Sepp Holtz schlägt eine Weiterbildung zum Thema Praxisübergabe für «alternde Pädiater» – zu denen er sich auch schon zählt – vor. Ein weiterer Wunsch ist ein «Marktplatz» – eine Ideenaustausch-Plattform – auf der KIS Homepage, sodass einerseits klar wird, wer Interesse an einer Umgestaltung hat und es auch entsprechende Rückmeldungen und Tipps geben kann. Ausserdem wird klar, dass es ein Bedürfnis nach einem Patensystem gibt, in welchem beispielsweise Praxispädiater in Gruppenpraxen Einzelpraktikern Hilfestellung anbieten.



2. Block Arbeitsgruppen zu «Fortbildung und Forschung»

In drei Gruppen werden danach die Themen «Förderung der MPA», «Praxisassistenz» und «Praxispädiatrische Forschung» detaillierter besprochen.

Es ist für alle klar, dass sich unser Verband weiter für die Fortbildung der pädiatrischen MPAs einsetzen muss. Noldi Bächler und Andrea Hohl berichten von laufenden Fortbildungen für MPAs, welche in der Region St. Gallen organisiert werden sowie von regelmässigen Treffen von MPAs, welche diese selbst organisierten. Sepp Holtz erwähnt die Vereinigung der MPPA (pädiatrische MPA), welche sporadisch Fortbildungen arrangiert. Ann-Christin Selbach (La Chaux-de-Fonds) erklärt, dass Weiterbildungen von pädiatrischen MPAs in der Westschweiz bisher gänzlich unbekannt seien. Heidi Zinggeler Fuhrer bekräftigt, dass es im ureigenen Interesse der Praxispädiater sei, die Fortbildung der MPAs zu fördern. Als Beispiele bereits stattfindender Verbandsaktivitäten nennt sie die beiden KIS Arbeitsgruppen Jahrestagung und Kurswesen, in welchen MPAs aktiv ihre eigenen Interessen vertreten. Sie weist aber auf die Wichtigkeit hin, dass MPAs selbst erarbeiten und mitbestimmen können, was sie lernen möchten. Die Co-Präsidentin berichtet auch im Hinblick auf die laufende Tarifrevision vom Projekt spezieller Fachausweise für MPAs mit dem Ziel, dass gewisse von ihnen erbrachte Leistungen separat abgerechnet werden können.

Die Arbeitsgruppe zieht das Fazit, dass ein Weiterbildungsbedarf für MPAs besteht, wobei sie die Themen für die Ausbildungen selbst bestimmen sollen. In der Diskussion wird aber auch klar, dass viele Kinderärzte bereit sind, ihre MPAs zu fördern, dies aber nicht als Arbeitszeit abrechnen oder finanzieren würden. Grundsätzlich stellt sich hier die politische Frage, wie viel Wert der Arbeit von MPAs beigemessen wird. Bezahlte Weiterbildung in anderen Branchen (z. B. Sozialarbeit) ist jedoch absolut normal. **Die Aufgabe von KIS sehen wir in der Weiterführung der Fortbildungsangebote und auch darin, die bestehenden regionalen Angebote zu vernetzen und allenfalls schweizweit anzubieten. Ausserdem ist die Erstellung einer Plattform für Erfahrungsaustausch auf der KIS Website sinnvoll.**

Die Gruppe «Praxisassistenz» ist sich einig, dass eine Praxisassistenz für alle obligatorisch sein muss, ungeachtet dessen, ob sie sich für Spital- oder Praxispädiatrie interessieren. Dieses Obligatorium muss in der Weiterbildungsverordnung verankert werden. Lehrarztpraxen sollten zudem einer Qualitätskontrolle unterstehen. Wie aber Ausbildungsplätze finden? Eine Idee ist, dass – ähnlich dem Notfalldienstsystem – diejenigen Ärzte, die nicht im Lehrmodell mitarbeiten, finanzielle Kompensationen leisten müssen. Um eine gute Weiterbildung zu gewährleisten, dürfen weder Praxisassistenten noch Praxisinhaber finanziell benachteiligt sein. Um mehr Nachwuchs für die Praxispädiatrie zu gewinnen, muss das Interesse aber schon im Studium geweckt werden. Grundsätzlich ist also wichtig, hier eine Zusammenarbeit mit den ausbildenden Instanzen und – da die Weiterbildung der Fachgesellschaft obliegt – auch mit der SGP anzustreben, wo es bereits eine Gruppe «Praxisassistenz» gibt. In der Diskussion werden praktische Probleme angesprochen: Wie umgehen mit den Praxisräumen, welche Zeit muss man investieren, und was denken die Patienten? Sepp Holtz teilt seine langjährige Erfahrung in der Ausbildung von Praxisassistenten und meint, dass man als Praktiker den Entscheid treffen müsse, ob man ausbilden will oder nicht. Es sei zwar richtig, dass man dabei Patienten verlieren kann, aber man gewinne auch wieder andere dazu. Neue Patienten wünschen heute ausdrücklich diese direkte und indirekte Supervision. Im Übrigen gibt es in Zürich zwei Ausbildungspraxen und die beiden Ausbildner meinen, dass diese Diversifizierung gut sei und beide Praxen stets genügend Anwärter haben.

Die Gruppe kommt zum Schluss, dass verschiedene Bedürfnisse zu befriedigen sind, dass aber die Zukunft der Praxispädiatrie von der Lösung dieses Problems abhängt. **Die Rolle für KIS liegt darin, ein politisch tragbares, berufspolitisch machbares und für alle finanzierbares Praxisassistenzmodell für alle Kinder- und Jugendmediziner in Ausbildung zu erarbeiten.**

Die dritte Arbeitsgruppe beschäftigte sich mit dem Thema «Praxispädiatrische Forschung». Es wird zwar viel über Pädiatrie publiziert, aber nur ein kleiner Teil davon ist in der Praxis anwendbar. Grund dafür ist sicher auch ein Mangel an entsprechenden Forschungsarbei-



ten. Es seien viele Ideen für die praxispädiatrische Forschung vorhanden, in der Umsetzung hapere es aber. Der Bundesrat hat mit einem Budget von 20 Millionen Franken für Hausarztforschung – inklusive Praxispädiatrie – Finanzen geschaffen; auch gebe es heute in Form von elektronischen Krankengeschichten einen grossen Datenpool. Die Impulse für Forschung müssen aber aus der Praxis kommen. Eine Zusammenarbeit mit bereits bestehenden Hausarztinstituten an den Universitäten ist anzustreben, um einfache und relevante Studiendesigns zu entwerfen und um auch personelle Unterstützung zu erhalten. In der Diskussion wird darauf hingewiesen, dass Forschung dann realisierbar ist, wenn sie den Praxisalltag nicht störe; aber auch, dass ohne Nachweis unserer Effizienz unsere Arbeit in Zukunft nicht entsprechend honoriert werde. Forschung untermauere daher unsere Existenz. Gewisse Themen sind aber delikat und deren Effekt (z. B. der einzelnen Vorsorgeuntersuchung) schwierig messbar.

Die Gruppe fasst zusammen, dass Praxisforschung ein wichtiges Projekt für KIS ist, welches vor allem in Zusammenarbeit mit bereits erfahrenen Kollegen, aber auch mit entsprechenden Instituten aus der Hausarztmedizin weiter erarbeitet werden muss.

3. Block «Politik»

Im Brainstorming zum Thema «Politik» wird wiederum die zentrale Rolle von KIS in der Vernetzung von Mitgliedern und im Informationsaustausch bekräftigt. Der Wunsch nach einer Sammelbörse/Austauschplattform auf der KIS Homepage wird nochmals geäussert; ein Wunsch, dem unsere Geschäftsstelle gerne nachkommen wird. Rolf Temperli berichtet über die FMH Tarifrevision-Vernehmlassung, ein komplexes Werk, welches für den einzelnen Praxispädiater unübersichtlich sei. Es gibt vielerlei Interessen und Versuche anderer Ärztegruppen, Taxpunkte sogenannt «besser abzubilden». So muss neben den pädiatrisch relevanten Punkten auch das Gesamtwerk durchgeackert werden, was sehr zeitaufwendig ist. An Rolf kommt der Wunsch, eine verständliche Zusammenfassung von KIS Vertretern, die in einem besonderen Gebiet spezialisiert sind, zu bekommen. Ein Aufruf, sich das Werk wenigstens einmal anzusehen, soll nochmals von KIS an alle Mitglieder versandt werden. Abschliessend wird die Thematik der Familien- und Schulpolitik kurz angeschnitten. Einerseits werden Kinderärzte von Pädagogen und Psychologen oft aus der Behandlung von Patienten ausgegrenzt, und andererseits sind viele Pädiater nicht gewillt, sich familienpolitisch einzumischen. Noldi Bächler berichtet von periodischen Treffen in St. Gallen zwischen dem Schulgesundheitsdienst, aller städtischen Kinderärzte, Schulpsychologen und Logopäden und weist auf die dortige öffentliche Vortragsreihe «Schule und Pädiatrie» hin. Da solche lokalen Ansätze zu funktionieren scheinen, stellt sich die Frage, ob KIS gesamtschweizerisch etwas unternehmen soll. Die Anwesenden sind sich einig, dass das Thema Familienpolitik wieder aufgegriffen werden muss und bitten den Vorstand, dies in die Agenda zur vertieften Diskussion aufzunehmen.



Zum Abschluss bedankt sich Co-Präsidentin Andrea Hohl bei allen Teilnehmern für ihr Engagement während vier intensiven Stunden. Das Resultat dieser Januartagung ist ein reger Austausch von vielen Ideen und Andrea versicherte im Namen des Vorstands, dass die Inputs und das Know-how, welche zusammengetragen wurden, vom Vorstand aufgenommen und weiterentwickelt werden. Die Ideen, welche Noldi Bächler an der Jahrestagung in der Form von Ballons steigen liess, haben sich in Fussbälle verwandelt, welche nun den aktiv mitarbeitenden KIS Mitgliedern weitergekickt werden.

Der Vorstand hat sich als Ziele des Geschäftsjahres 2015/16 für sein Engagement – neben den Hauptstandbeinen Kurswesen, News und Jahrestagung – die politische Interessenswahrnehmung und Motivationsarbeit, insbesondere die Nachwuchsförderung, gesetzt. Dies bedingt ein aktives Mittun unserer Mitglieder. ■

Hat Sie eines der obigen Themen besonders angesprochen und sind Sie bereit zum Kick-Off? Dann kontaktieren Sie bitte unsere Geschäftsstelle, welche Sie gerne mit unseren Vorstandsmitgliedern vernetzen wird, um Sie in Arbeitsgruppen zu einem Sie interessierenden Thema zuzuteilen. Wir freuen uns, von Ihnen zu hören!

In Bern weht ein neuer Wind



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

Die Eidgenössischen Wahlen vom letzten Oktober haben zu beträchtlichen Verschiebungen im Parlament und seinen Kommissionen geführt. Einen ersten Überraschungscoup hat das neue Parlament mit der Ablehnung des eigentlich schon beschlossenen Zulassungsstopps (Auflage: 3 Jahre Weiterbildung in der Schweiz) bereits gelandet. Nun werden Wege gesucht, den Zulassungsstopp doch noch weiterzuführen. Gleichzeitig soll aber über die Aufhebung des Kontrahierungszwangs und über Steuerungsmöglichkeiten der Kantone diskutiert werden. Denkbar sind flexible Preisgestaltung der Leistungen je nach Angebot und Nachfrage (Förderung der Landregionen) und eine Tarifgestaltung in Abhängigkeit der Qualität der erbrachten Leistung. mfe wird die parlamentarische Arbeit verfolgen.

mfe Haus- und Kinderärzte Schweiz

Stellungnahmen erarbeitet hat mfe zur Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (in Absprache mit der SGP), zum Bundesgesetz über Gesundheitsberufe und zum Tabakproduktegesetz. mfe fordert ein umfassendes Werbeverbot für Tabakprodukte. Weiterhin in der parlamentarischen Beratung ist das Heilmittelgesetz. Definitiv vom Tisch sind die strikte Trennung von Grund- und Zusatzversicherung und die Idee, dass Komatrinker die von ihnen verursachten Gesundheitskosten selber tragen sollen. mfe hat sich aus prinzipiellen Gründen (das Verursacherprinzip hat bis jetzt nicht Einzug gehalten ins Gesundheitswesen) gegen diesen Vorstoss ausgesprochen.

Tarifrevision

In Primary and Hospital Care wird ausführlich und kontinuierlich über die Tarifrevision berichtet. Einige Pädiater haben sich trotz der Schwierigkeit der Materie mit dem Tarifbrowser auseinandergesetzt und Rückmeldungen gemacht. Herzlichen Dank. Aktuell werden die Rückmeldungen von den Fachteams studiert und der definitive Tarifvorschlag ausgearbeitet. Dann sollen den Positionen auch Taxpunkte zugeteilt werden, wodurch dann approximative Hochrechnungen möglich sein sollten.

Hauptdiskussionspunkte sind die Handlungsleistungen, von denen viele in ihrer zeitlichen Dauer nicht mit realen Zahlen hinterlegt und tendenziell zu hoch tarifiert sind. Korrekturen müssen noch vorgenommen oder die Handlungs- in Zeitleistungen pro 5 Minuten umgewandelt werden.

Das zweite heisse Eisen ist das der qualitativen Abgrenzungen. Wer darf was abrechnen? Ursprünglich gingen die Tarifpartner inklusive FMH und wir davon aus, dass der Tarif kein Instrument zur Qualitätssicherung sein könne und somit alle Leistungen allen offenstehen müssten. Seine Kompetenz sollte jeder Arzt selber beurteilen können. Wir erinnern uns, dass wir Pädiater über unseren eigenen Schatten springen mussten, um den Allgemeinmedizinern im geplanten Grundversorgerkapitel die Benutzung der Vorsorgepositionen zu ermöglichen.

Es gilt hier, Grundsatzentscheide zu treffen:

- Entweder gehen wir davon aus, dass jeder seine Grenzen kennt und nur das tut, was er verantworten kann. Dann braucht es keine qualitativen Abgrenzungen und viele Probleme sind gelöst, zum Beispiel die der Besitzstandwahrung. Preisunterschiede soll es keine geben.
- Oder wir gehen davon aus, dass wir unsere Kollegen ständig überprüfen müssen, damit sie nicht zu einer Gefahr für ihre Patienten werden. Dann braucht es qualitative Abgrenzungen, Schwerpunkte, Fähigkeitsausweise, Rezertifizierungen für alles Mögliche und Unmögliche. Die Kursorganisatoren wird es freuen. Dann wird es aber auch zunehmend schwierig werden, Leistungen aus anderen Fachgebieten zu erbringen und zu verrechnen, zum Beispiel den Prick-Test, die Immunotherapie, die gynäkologische Untersuchung, die Spirometrie, die Wundversorgung, die Immobilisation. Die Liste kann beliebig verlängert werden.

Qualitative Dignität schafft Probleme

Die technische Leistung (Infrastruktur, Personal, Schulungskosten etc.) soll so gestaltet sein, dass sie den Aufwand deckt, aber keine Gewinne zulässt. Wenn wir fordern, dass jeder Facharzt in seinem Gebiet gleich gut qualifiziert ist wie jeder andere in seinem, dass jede fachärztliche Leistung gleich viel wert ist, ob die pädiatrische, die psychiatrische oder die operative, dann müssen wir uns auch dazu einigen können, dass alle Pädiater gleichwertige Arbeit in ihrem Gebiet leisten, ob Praxispädiater oder Schwerpunktträger, ob mit Fähigkeitsausweis Psychosomatik oder Ultraschall.

Die qualitative Dignität dient der Abschottung von Interessegruppen, ist aufwendig und für den Patienten nutzlos.

mfe plädiert für eine Aufhebung der qualitativen Dignität.

Haus- und Kinderärzte Schweiz hält es immer noch für möglich, dass ein korrekter Tarif erarbeitet und von einer Mehrheit der FMH-Mitglieder genehmigt werden kann. Die Arbeit ist noch nicht zu Ende. ■

Geht der Lehrplan 21 uns Pädiater etwas an?



PD DR. MED. JÜRG BARBEN, DR. MED. ARNOLD BÄCHLER
ST. GALLEN

Im letzten Jahr wurden der Lehrplan 21 und die damit verbundenen Schulreformen in den Medien sehr kontrovers diskutiert. Anfänglich haben sich vor allem rechtskonservative Kreise kritisch zu den problematischen Entwicklungen um Harmos, den Lehrplan 21 und das Frühsprachenkonzept geäussert. Mit der Informationsbroschüre «Einspruch» haben sich gegen Ende des Jahres aber auch namhafte linksliberale Persönlichkeiten mahnend zu Wort gemeldet [1].

Meinung der Kinderärzte ist gefragt

Im Sommer 2014 wurde der Verein Ostschweizer Kinderärzte (VOK) von der Bildungsdirektion des Kantons St. Gallen aufgefordert, zum neuen Schulkonzept «Die ersten Schuljahre im Kanton St. Gallen» Stellung zu nehmen. Eine Arbeitsgruppe mit Mitgliedern aus der VOK und dem Ostschweizer Kinderspital hat sich daraufhin intensiv mit dem Thema «Schule und Pädiatrie» beschäftigt und ein Positionspapier verfasst, aus dem hier einige zentrale Statements in kursiver Schrift wiedergegeben werden.

«Kinderheilkunde, Erziehungsberatung und Pädagogik sind seit jeher eng miteinander verbunden. Sie lassen sich nicht trennen, weil Eltern beim Kinderarzt nicht nur medizinischen, sondern auch pädagogischen Rat suchen. Die Grundlage dieses Vertrauensverhältnisses ist die in vielen Fällen bis zur Geburt zurückreichende Beziehung zwischen der Familie und ihrem Kinderarzt.»

In einem Begleitbrief an die kantonale Bildungsdirektion haben wir die beiden Hauptanliegen des neuen Konzeptes, das selbstorganisierte Lernen und die Kompetenzorientierung, kritisch hinterfragt.

Selbstorganisiertes Lernen bereits ab Schulstart?

Gestützt auf den Lehrplan 21 sieht das neue Schulkonzept vor, dass die Kinder schon zu Beginn ihrer Schulzeit selbstorganisiert lernen und die Lehrer sich darauf beschränken sollen, lediglich als Lern-Coach zur Verfügung zu stehen.

«Unsere Skepsis gegenüber dem selbstorganisierten Lernen in den ersten Schuljahren beruht auf der neurophysiologischen Tatsache, dass die dafür erforderlichen exekutiven Funktionen spät reifen und erst mit 20 Jahren voll ausgebildet sind. Selbstorganisiertes Lernen im eigentlichen Sinn ist deshalb erst im höheren Schulalter und in der Erwachsenenbildung möglich.»

In Übereinstimmung mit der Hattie-Studie «Lernen sichtbar machen» [2; 3] halten wir der neuen Rollenzuteilung an die Lehrer entgegen, dass vor allem die Stärkung der Lehrer-Schülerbeziehung die Lernmotivation und die soziale Integration zu fördern und unterschiedliche Lernvoraussetzungen auszugleichen vermag.

Kompetenzorientierung – ein Paradigmawechsel

Das pädagogische Konzept der Kompetenzorientierung wird von namhaften pädagogischen Experten äusserst kontrovers beurteilt, von Befürwortern wie Gegnern jedoch übereinstimmend als Paradigmawechsel gewertet [4–9]. Da wir uns in der kinderärztlichen Sprechstunde ständig mit Schulproblemen konfrontiert sehen, wollten wir angesichts der angekündigten, tiefgreifenden Veränderungen im Schulbereich nicht abseits stehen und einfach nur zuschauen und abwarten, was da auf uns zukommt.

Reformhektik stoppen

Wird in der Medizin ein neues Medikament eingeführt, muss dieses zuerst geprüft und müssen dessen Wirkungen und Nebenwirkungen genau untersucht werden. Bei den Schulreformen scheint das anders zu laufen: Da wird etwas Neues eingeführt, das erst anschliessend evaluiert wird. Dabei dienen die Schulkinder als Probanden in einem offenen Forschungsdesign mit unbekanntem Ausgang [16]. Um diesem Vorgehen entgegenzuwirken, haben wir im Begleitbrief zu unserem Positionspapier ein Moratorium der Reformaktivitäten empfohlen.

«Die Erfahrung der letzten Jahre hat gezeigt, dass im Bildungswesen ‹Reformen von oben› regelmässig Schiffbruch erleiden, während Initiativen im Klassenzimmer meistens rasch zum Erfolg führen. Als Kinderärzte setzen wir unsere Erwartungen auf ‹Reformen von unten› und plädieren deshalb für einen verstärkten Einbezug der



Lehrpersonen, eine vermehrte Vernetzung der Schule mit den Eltern und allen an der Förderung beteiligten Fachpersonen, zu denen wir uns als Kinderärzte auch zählen. Ein Moratorium vor der allgemeinen Einführung des Lehrplans 21 ist nicht nur aus fachlichen, sondern auch aus politischen Gründen ratsam.»

Mit dieser Empfehlung haben wir uns auf das Memorandum «Mehr Bildung, weniger Reformen» bezogen, in welchem namhafte Entwicklungspädiater wie Prof. Remo Largo und renommierte Erziehungswissenschaftler wir Prof. Walter Herzog, einen Stopp der Reformhektik im Bildungswesen fordern[9;11–13]. Insbesondere plädieren wir dafür, die kritischen Stimmen aus deutschen Schulen, in denen die Lehrplanveränderungen schon implementiert sind, wahrzunehmen.

Öffentliche Vortragsreihe «Schule und Pädiatrie»

Leider haben wir bisher nicht erfahren, ob unsere kinderärztliche Sichtweise in der weiteren Ausarbeitung des Konzeptes für die ersten Schuljahre berücksichtigt worden ist. Da die Vorbereitungen zum Lehrplan 21 unter striktem Ausschluss der Öffentlichkeit stattgefunden haben, bestand zu Beginn des letzten Jahres nicht nur bei uns Pädiatern, sondern auch in weiten Teilen der Bevölkerung ein grosses Informationsmanko. Das veranlasste uns, unter dem Patronat des VOK und des Ostschweizer Kinderspitals eine öffentliche Vortragsreihe zum Thema «Schule und Pädiatrie» zu lancieren.

Grosser Fundus gemeinsamer Themen

Schule und Pädiatrie sind über viele Fragestellungen miteinander verbunden: Dazu gehören die Forderung nach einer breiten, auch biologische Aspekte umfassenden, Entwicklungsabklärung bei Kindern mit gravierenden Schulproblemen, die Früherfassung von Entwicklungs- und Verhaltensstörungen, die Prävention von Hör- und Sehstörungen, die Abklärung und Behandlung von psychosomatischen Beschwerden bei Schulstress, die Sicherstellung von Therapiemassnahmen, die nicht von der Schule erbracht werden können, die Prävention und Behandlung von Übergewicht und Bewegungsmangel, sowie die ärztliche Mitarbeit zur Vermeidung von Mobbing und Schulabsentismus. Aus dem Fundus dieser Themen liess sich ein reichhaltiges Vortragsprogramm gestalten (vgl. Kasten).

Mehr Mut zu öffentlichen Stellungnahmen

Unsere Erwartung, mit einer öffentlichen Vortragsreihe auf grosses Interesse zu stossen, hat sich mehr als bestätigt. Bei allen Veranstaltungen füllte sich der grosse Hörsaal im Fachhochschulzentrum St. Gallen bis auf den letzten Platz. Der Vortrag von Prof. Largo musste sogar in einen zweiten Hörsaal übertragen werden.

Nicht nur in Schulfragen, sondern auch bei anderen Fragen, welche die Lebenswelt der Kinder betreffen, fehlt fast immer die Stimme der Kinderärzte. Das grosse und anhaltende Interesse an der Vortragsreihe «Schule und Pädiatrie» sollte uns Mut machen, die kinderärztliche Sichtweise auch in andere gesellschaftspolitische Debatten einzubringen; nicht im Sinne einer parteipolitischen Stellungnahme, sondern im Interesse einer sachlichen Information. ■

«Schule und Pädiatrie» – Veranstaltungen 2015

- Wissen und Kompetenz – was brauchen unsere Kinder?
  Referenten: Prof. Walter Herzog (Bern), Prof. Elsbeth Stern (Zürich)
- Schule und Leistungsdruck – zwischen Anpassung und Erneuerung
  Prof. Remo Largo (Zürich), Dr. Arnold Bächler (St. Gallen)
- Individualisiertes Lernen und soziale Verantwortung – die Rolle der Lehrer
  Prof. Allan Guggenbühl (Zürich), Prof. Roland Reichenbach (Zürich)
- Integration und Inklusion – was tut unseren Kindern gut?
  Prof. Bernd Arbeck (Berlin), Thomas Schwemer (Teufen)

«Schule und Pädiatrie» – Veranstaltungen 2016

- Mobbing in der Schule – eine interdisziplinäre Herausforderung
  Prof. Françoise Alsaker (Bern), Esther Luder Müller (St. Gallen)
- Silikonvalley oder Waldschule – was ist besser für unsere Kinder?
  Prof. Dr. Thomas Merz (PH Thurgau), Dr. Markus Weissert (St. Gallen)
- Neue Medien – machen sie unsere Kinder nur dick, dumm und gewalttätig?
  Dr. Oliver Bilke-Hentsch (Winterthur), Prof. Dr. Ralf Lankau (Offenburg)
- Fremdsprache – wie und wann lernen Kinder fremde Sprachen am besten?
  Dr. Simone Pfenninger (Zürich), NN

Das aktuelle Programm finden Sie auf folgendem Link:
http://www.kinderaerzteschweiz.ch/Diverse-Veranstaltungen

[] Zitierte Literatur erhältlich bei: juerg.barben@kispisg.ch

AKTUELL

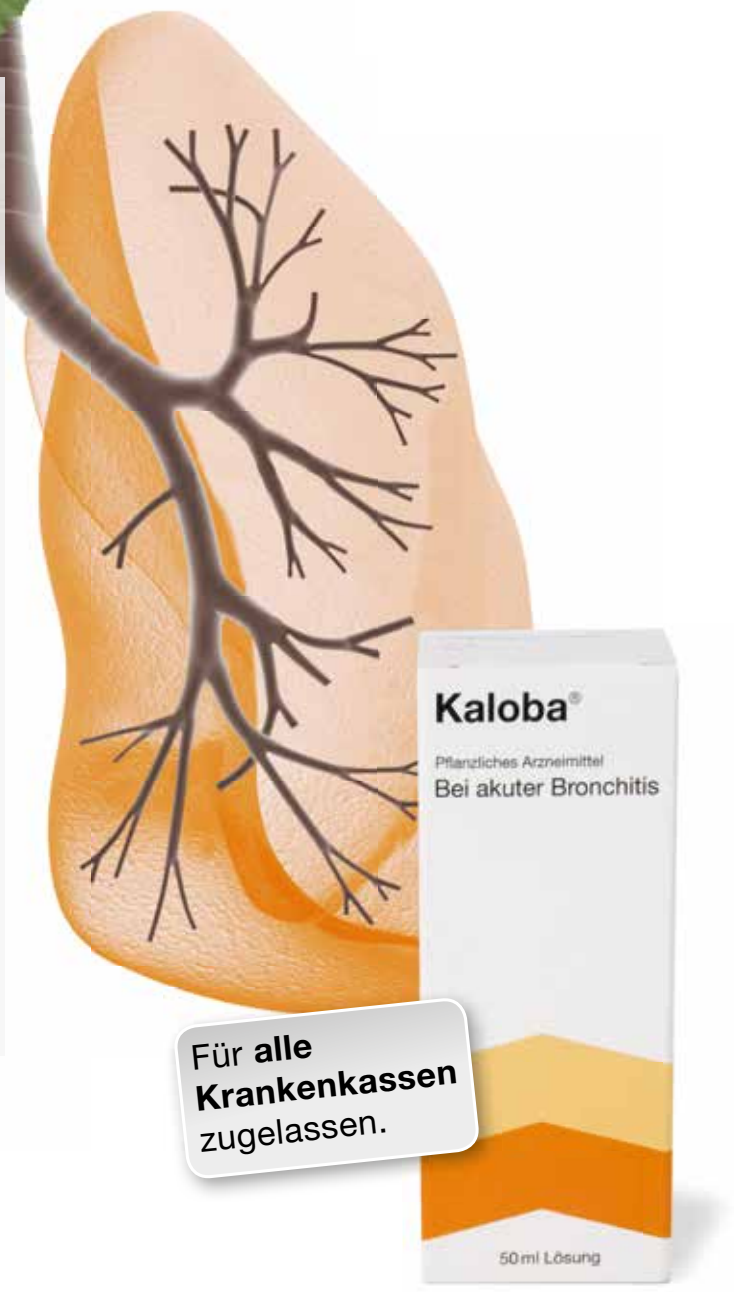


Pflanzenkraft

Bei akuter Bronchitis

Kaloba®

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



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

Für **alle Krankenkassen** zugelassen.

Schwabe Pharma AG
From Nature. For Health.

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

1: Kolodziej H et al. In vitro evaluation of antibacterial and immunomodulatory activities of *Pelargonium reniforme, Pelargonium sidoides* and the related herbal drug preparation EPs® 7630. Phytomedicine 14 (2007); Suppl. VI: 18-26.

2: Conrad A et al. Extract of *Pelargonium sidoides* (EPs® 7630) inhibits the interactions of group A-streptococci and host epithelia in vitro. Phytomedicine 14 (2007); Suppl. VI: 52-59.

3: Neugebauer P et al. A new approach to pharmacological effects on ciliary beat frequency in cell cultures – exemplary measurements under *Pelargonium sidoides* extract (EPs 7630). Phytomedicine 12 (2005); 46-51.

Pränatale Prägung und ADHS

Bindung und Verhalten im präverbalen Raum

Seit bald drei Jahrzehnten beschäftige ich mich in meinem Praxisalltag mit verhaltensoriginellen Kindern und deren Eltern. Als Vater eines Adoptivkindes mit diversen Wahrnehmungsproblemen wurde mir das Leiden aus der Sicht des Kindes bewusst. Schmerzlich war das Gefühl der Hilflosigkeit als Vater, das dauernde Korrigieren von speziellen Verhaltensmustern. Wichtig wurde für mich als Pädiater die Arbeit mit den Eltern. Schule-Elternhaus-Kinderarzt und ein immenses Netz an therapeutischen Einrichtungen ergänzen sich im optimalen Fall, ansonsten dreht sich alles im Kreis.
Ich versuchte, die Ursachen der Fehlentwicklungen zu hinterfragen. Meinen Fokus richtete ich speziell auf das Zusammenspiel von psychosozialer Bindung und Gehirnentwicklung.

DR.MED. CYRIL LÜDIN,
MUTTENZ

Psychologisches Wissen

In den letzten zwei Jahrzehnten sind zahlreiche Veröffentlichungen entstanden, die auf die Bedeutung der pränatalen Zeit hinweisen. Dies sind Beobachtungen der normalen Entwicklung sowie der Auswirkungen von Stressoren während der Schwangerschaft.

Babys und Kleinkinder bringen in der psychotherapeutischen Situation ihre Erinnerungen von frühen schmerzlichen Erfahrungen zum Ausdruck. Die Einsicht, dass die Qualität der Bindung intrauterin eine Schlüsselrolle in der pränatalen Gehirnentwicklung spielt, bot mir Erklärungsansätze für die Affektregulation, die geistigen Fähigkeiten und die Handlungsweisen der «verhaltens-originellen» Kinder und Jugendlichen in meinem Praxis-Alltag.

Geschichte der Pränatalen Psychologie

Lester Sontag berichtete in den 40er-Jahren, dass der Herzschlag der Mutter das Kind im Mutterleib beeinflusse. Das Säuglingsschreien wurde mit «Rockabye Teddybears» um 40–50 % reduziert. Um 1980 erst konnten Psychotherapeuten wie Stanislav Grof (unter Verwendung von LSD), Frank Lake oder Artur Janov die Folgen vorgeburtlicher Traumatisierungen spezifizieren respektive den Geburtsprozess in den existentiellen Verarbeitungen beschreiben. Leider scheiterten sie vielfach am naturwissenschaftlich-patriarchalen Zeitgeist.

Der Gynäkologe Frédérick Leboyer setzte sich seit den Sechzigerjahren für eine sanfte Geburt ein. William Emerson ist einer der wichtigsten Forscher auf dem Gebiet der prä- und perinatalen Psychotherapie. Ebenso seine Schüler Karlton Terry und Matthew Appleton. Thomas Harms aus Bremen bietet uns mit seinem Konzept die Möglichkeit, die Emotionelle Erste Hilfe zur Krisenintervention und Eltern-Baby-Therapie auch im (Praxis-)Alltag anzuwenden.

FACHBERATER
FÜR EMOTIONELLE
ERSTE HILFE EEH
www.eltern-kind-bindung.net



Pränatale Prägung

In dem «ökologischen System» (nach Fedor-Freybergh) zwischen den Eltern und ihrem ungeborenen Kind erlebt dieses Glück und Unglück, Angst und Stress, Trauer, Ärger und Wut. All dies teilen Eltern ihrem ungeborenen Kind über den Herzschlag, Hormone und Spiegelneuronen mit. Die Plazenta und die Nabelschnur sind das erste Beziehungs- und Bindungsobjekt des Menschen. Das Kind und der Erwachsene erinnern sich auf der Gefühlsebene an diese erste Bindung und die Trennung durch die Geburt. Es sind Engramme im Unterbewussten, eingetragen in unserem Körpergedächtnis, ja in jeder unserer Zellen.

2001 wurde die Entschlüsselung des menschlichen Genoms vollendet und es stellte sich heraus, dass die DNS-Sequenz, also der «Text» der ca. 35 000 menschlichen Gene, bei allen Menschen untereinander zu 99,9 % identisch ist. Die Frage ist, in welchem Ausmass

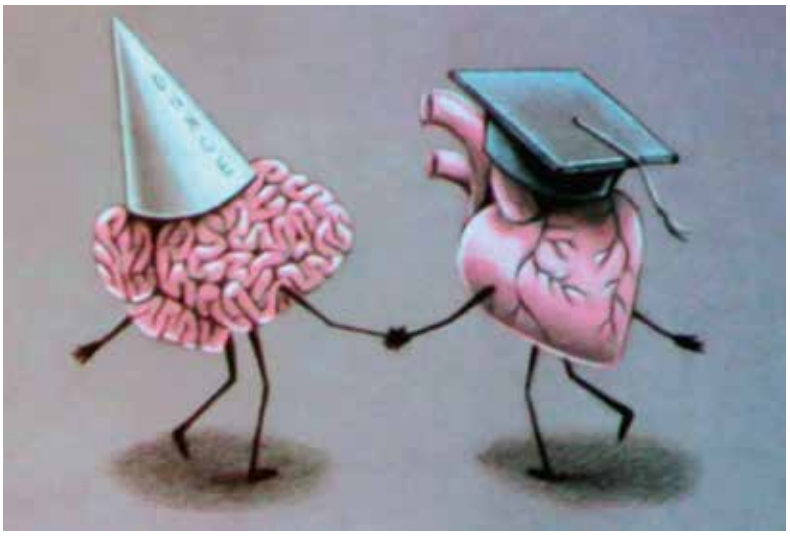
Gene aktiviert oder deaktiviert werden. Der Aspekt der Genregulation ist grösstenteils nicht genetisch vererbbar. Epigenetische Faktoren spielen für den Ausdruck der Gene eine wichtige Rolle. Das Geheimnis der Gesundheit liegt, was die grosse Mehrheit der Krankheiten betrifft, nicht im Text der Gene, sondern in der Regulation ihrer Aktivität.

Herz und Bindung

Wenige Tage nach der Empfängnis bildet sich im Embryo ein winziges Klümpchen pulsierender Zellen, die Anfänge des Herzens. Diese brauchen als Stimulus den Herzschlag der Mutter. Das Herz kommuniziert auf verschiedene Wege mit dem Gehirn und dem Körper.

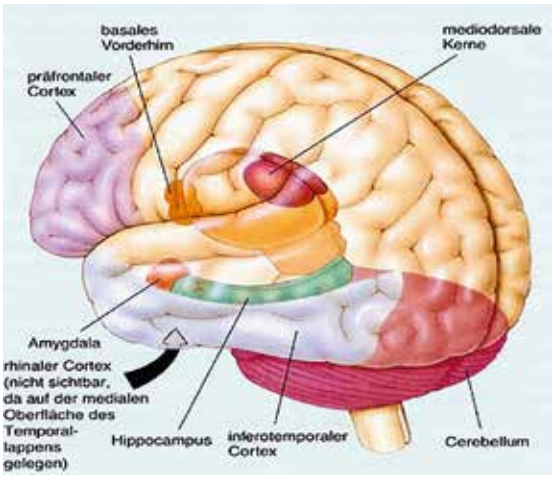
Die Neuralentwicklung wird durch den Herzschlag der Mutter, ihre Atmung und Bewegung ermöglicht. Mit jedem Herzschlag werden zahlreiche Nervensignale an das Gehirn geleitet. Das Herz ist als pulsierendes Organsystem das bioenergetische und emotionale Zentrum des Bindungsgeschehens. Es bezieht Informationen aus Hormonen, der Herzfrequenz und dem Blutdruck, verwandelt diese in Nervenimpulse und leitet sie über den N. Vagus und die Nervenbahnen des Rückenmarks an das Gehirn. Durch Verbindung von Herz und Gehirn werden unsere Instinkte, Gefühle und Gedanken harmonisch zusammengefügt.

Wir werden emotional berührt, wenn wir Nähe und Verbundenheit mit unserem Baby erleben. Andererseits schmerzt es, wenn frühe Verletzungen und anhaltender Stress das emotionale Band zwischen Eltern und ihrem Säugling belasten.



Pränatale Programmierung des Gehirns

Unser Gehirn wird durch die Entwicklung zellulärer Interaktionen geformt: die Zellteilung der Neuronen, ihre Migration, ihre dendritische Verzweigung und ihre Synaptogenese. Positive Stimmungen haben eine Aktivierung der Gene von Nerven-Wachstumsfaktoren zur



Folge – und umgekehrt. Das Gehirn funktioniert und entwickelt sich sequentiell, von unten nach oben («bottom-up»). Pränatale Erfahrungen beeinflussen auf direktem Weg eher die unteren Regionen, haben aber Auswirkungen auf die Synapsenbildung in den höheren präfrontalen Regionen. Extrem leidvolle Ereignisse wie gewalttätige Zeugung, Abtreibungsdrohung, Zwillingsverlust und Nahtoderfahrungen werden im Hirnstamm gespeichert und behindern eine gesunde Entwicklung der Mittelhirnregion.

Bei der Feststellung der Schwangerschaft ist der Embryo in voller Wahrnehmung, sozial, kommunikativ und bewusst. Er macht Erfahrungen, die später erinnert werden über das Körpergedächtnis. Das Ungeborene strebt nach einer sicheren Bindung und will gesehen werden.

Pränatale Bindungsprogrammierung

Das Bindungsverhalten des Kindes ist ein Spiegel der emotionalen Verfügbarkeit der Eltern und deren Umfeld. Die Gefühle der Eltern werden vom Kind «verstanden» und beeinflussen sein Lebensgefühl. Über den bidirektionalen Blutfluss durch Plazenta und Nabelschnur werden physische Wahrnehmungen vermittelt, welche Auswirkungen auf psychische Zustände bilden. Diesen Austausch von positiven und negativen Gefühlen bezeichnet der Körper-Psychotherapeut Frank Lake als «Nabelschnuraffekt», funktionierend etwa ab der fünften Schwangerschaftswoche.

Sichere Bindung heisst stabile und vorhersagbare Eltern im Erziehungsstil. Wärme, Geborgenheit, Unterstützung und eine adäquate Stressregulierung.

Unsichere Ambivalenz erzeugt ein verzweifeltes Gefühl von Nicht-Beachtung. Positive Erfahrungen sind nicht gesichert. Der Affektfluss ist noch gut genug, um einen Vertrauensverlust zu verhindern.

In *unsicher-vermeidender* Beziehung entstehen Verzweiflung, Unruhe, Angst, Wut. Diese Eltern sind unerreichbar, invasiv, kontrollierend, erstickend, distanziert.



Der Schmerz muss durch Abspaltung unterdrückt werden.

Die Entstehung der ersten synaptischen Verbindungen im Mittelhirn und frontalen Kortex wird durch die Qualität des Nabelschnuraffekts präformiert. Es erklären sich dadurch spätere Verhaltensweisen, unsere mentalen, exekutiven Funktionen: Impulskontrolle, emotionale Regulation und Selbststeuerung.

Das Kontrollsystem für Bindungsverhalten ist im orbitofrontalen Kortex der rechten Hemisphäre lokalisiert. In dieser Region werden kognitive und emotionale Prozesse integriert und koordiniert. So finden wir bei Kleinkindern mit unsicherem Bindungsmuster eine Störung der Balance zwischen Nähe und Distanz.

Intrauterine emotionale Vernachlässigung hinterlässt Kinder mit einer reduzierten Synapsierung des orbitofrontalen Kortex und führt zu einer Verringerung emotionaler Lerngelegenheiten und Erfahrungen.

Stressreaktionen

Jegliche Unsicherheiten und Ängste der Eltern bewirken eine chronisch rezidivierende Stimulation und somit eine Hypertrophie der fetalen Stress-Achse. Als Folge des hypertrophen Stress-Gens entsteht eine verminderte Reizschwelle, was wir von den schreienden Neugeborenen gut kennen. Stress führt zur Aktivierung des CRH-Gens mit Produktion von Kortisol und beeinflusst über Signale an den Hirnstamm die Kontrolle von Pulsfrequenz und Blutdruck. Kortisol blockiert ebenso Gene in den Zellen des Immunsystems: Interleukine und den sogenannten Tumor-Nekrose-Faktor. Es resultiert eine erhöhte Anfälligkeit für bestimmte Erreger (Herpes simplex, Rhinoviren, RSV, Reaktivierung von von EBV), im Praxisalltag beschäftigen uns die leidenden Kinder mit rezidivierenden Infekten der oberen Luftwege. Ausserdem finden wir bei seelisch Belasteten Hautaffektionen wegen einer verzögerten Wundheilung (IL1 und IL8).

Das Ausmass der individuellen CRH-Antwort auf Stress scheint (Forschungen Clemens Kirschbaum) nicht vererbt zu sein, was die Bedeutung der individuellen Prägung durch Vorerfahrungen unterstreicht (Zwillingsforschung).

Angst, Unruhe, mangelnde Synaptogenese durch fehlende Bindung

Emotional deprivierte Kinder haben Probleme in der präfrontalen Vernetzung, dem HPA-System und dem orbitofrontalen Kortex. Die Netzwerke des Gehirns werden durch Erfahrung geformt. Dieser Prozess der Synaptogenese und Apoptose ist zum Zeitpunkt der Geburt für die älteren Bereiche des Gehirns beendet, einschliesslich des Gehirnstamms, des Thalamus und des Hypothalamus. In jüngeren Gehirnregionen, wie in jüngeren Teilen des limbischen Systems und des Kortex, dauert dieser Vorgang bis weit nach der Geburt an, bis in die Adoleszenz und das junge Erwachsenenalter hinein.

Frühe Erfahrungen mit den Bindungspersonen haben eine entscheidende Rolle in der Entwicklung des emotionalen Verhaltens. Aber die grundlegenden neuronalen Muster, die wahren Schaltkreise des Selbst, werden bis zum dritten Lebensjahr geschmiedet (Abschluss der Myelinisierung des Hippocampus).

Es ist aus Studien erwiesen:

- Berührung bei Frühchen unterstützt alle Körperfunktionen, reduziert ihre Schreckreaktionen, vermindert ihr fisting und erhöht Wachheit und Aktivität (Field 1983). Abspielen von Brahms' «Schlaflied» beschleunigt die Gewichtszunahme ohne jede Steigerung der Kalorienaufnahme (Chapman 1975).
- Mütterliche Depressionen zu Beginn der Schwangerschaft zeigen eine Korrelation mit motorischer Beeinträchtigung der Kinder. Erhöhte Kortisol-Levels am Ende Schwangerschaft beeinträchtigen mehr die kognitive Entwicklung.
- Schwerere Folgen haben Kinder, die durch soziale Not oder familiäre Missstände einer massiven Vernachlässigung, Verwahrlosung oder gar Misshandlungen ausgesetzt sind. Hier entstehen schwere Beeinträchtigungen der Lernfähigkeit, des Sozialverhaltens, bis zu einer Verminderung des Gehirnvolumens. Stress der Eltern während der Schwangerschaft hat beim Baby später in Belastungs-Situationen eine bleibend erhöhte Stressreaktion zur Folge.
- Die ACE-Studie (Adverse Childhood Experiences) aus San Diego mit 27 000 befragten Patienten aller Altersstufen zeigt sehr deutlich und linear eine ungünstige Korrelation zwischen traumatischen Kindheitserfahrungen (die beginnen nicht erst mit der Geburt!) auf die Gesundheit im Erwachsenenalter. Herz- und Kreislauferkrankungen, chronische Lungenerkrankungen, Tumoren (Blockade des sog. Tumor-Nekrose-Faktors) werden intrauterin und in der frühen Kindheit programmiert.

Alltag in der Praxis

Beim Erstkontakt in der Praxis lohnt es sich, die genaue Anamnese ab Kinderwunsch, Schwangerschaft und Geburt aufzunehmen. Die Eltern sind häufig belastet durch die fehlende Anerkennung ihrer Ängste und Nöte. Wir erfahren die familiäre Herkunft nur über ein entsprechendes Interesse. Die Erfahrung, ihrem weinenden Baby in den ersten Tagen und Wochen nicht zur Seite stehen zu können, erzeugt bei den Eltern Hilflosigkeit, Ohnmacht, Verzweiflung und Schlafmanko. Zum Teil auch Wut und Hassreaktionen. Wir reagieren vielleicht mit beruhigenden Ratschlägen oder behandeln die Regulationsstörungen der Kinder, finden aber kaum Anerkennung für die elterliche Not.

Bei unseren späteren Abklärungen stellen wir eine ADHS mit folgenden Symptomen fest: Mangelhafte oder unreife Selbststeuerung (Frontalhirn), Vigilanzproblem (Formatio reticularis), Motorische Koordinationsstörungen (Kortex und Hirnstamm), Erniedrigte Reizschwelle und verminderte Kanalkapazität (limbisches System), verminderte Abstraktionsfähigkeit (Kortex) oder frühkindliche Deprivation und taktil-kinästhetische Wahrnehmungsstörungen.

Ausblick

In der Anamnese bei ADHS-Kindern sind aus meiner Erfahrung praktisch immer systemrelevante Ursachen wegweisend. Frühkindliche Belastungen manifestieren sich noch Jahrzehnte später im Körper. Durch das Thematisieren der kritischen Zeiten während Schwangerschaft und Geburt können Themen offengelegt werden, deren Bewusstheit zur Anerkennung und Entlastung führen. Das Ziel ist es, die Eltern in der Selbstbestimmung zu lassen. In einem Entspannungsprozess können unverarbeitete Gefühle auftauchen, die belastend sind und auch professionelle Hilfe notwendig werden lassen. Abwehrsysteme der Eltern dürfen zwar berührt, aber nicht überschritten werden.

Es geht auf alle Fälle nicht um eine Schuldzuweisung. Das Ziel der Gespräche ist eine spürbare Entspannung. Die Eltern sollen ein Instrument in die Hand bekommen, mit dem sie selbst bestimmen können, was möglich ist. Ihr Begleiten und Unterstützen, auch Erarbeiten von Ressourcen, bringen Entlastung im Familien-Alltag. Das Kind nimmt diese positive Veränderung wahr, Entspannung wirkt ansteckend und es entsteht eine Nachreifung neuronaler Netze. Das Gehirn bleibt lebenslang plastisch, wir bewirken durch die Änderung des Verhaltens sogar eine Änderung des Genoms. ■

ANZEIGE



ADHS und Mehrsprachigkeit – Eine andere Sicht

Hannes Geiges, ein erfahrener Pädiater und KIS-Mitglied der ersten Stunde, befasst sich seit 20 Jahren mit dem Phänomen ADHS. Er berichtet aus seinem Alltag und gibt hier seine ganz persönliche Meinung wieder.

Dr. med. Hannes Geiges, Rüti

Interview: Sylvia Locher, Redaktionskommission

Kinderärzte Schweiz: Ist ADHS eine Krankheit?

Hannes Geiges: ADHS ist eine Anpassungsstörung, welche in schweren Fällen zu einer Krankheit führen kann. Diese Krankheit kann je nach Umfeld in verschieden starkem Ausmass vorliegen. Die Gesellschaft will und kann die ADHS-Eigenheiten des ADHS-Betroffenen nicht akzeptieren. Der ADHS-Betroffene kann und will sich den Eigenheiten, den Anforderungen und Wertvorstellungen unserer Gesellschaft nicht anpassen.

Wo liegen die Ursachen von ADHS?

In der Evolution des Frontalhirns. Vor einigen tausend Jahren hatten die ADHS-Betroffenen dank ihren vielen guten Fähigkeiten die besten Überlebenschancen. Heute werden die meisten dieser Eigenschaften als störend empfunden.

Gibt es Zusammenhänge zwischen Erziehung, Umwelteinflüssen und ADHS?

Ja. Erziehung und Umwelteinflüsse tragen massgeblich bei zur positiven, leider auch zur negativen Entfaltung der ADHS-Eigenschaften.

Welche Faktoren begünstigen das Auftreten von ADHS in der Schule, in der Familie?

Wenn die Gesellschaft, d.h. die Eltern, Lehrpersonen (LP), Kameraden, Nachbarn usw. (von mir künftig «Seilschaft» genannt), das ADHS (den «Berg») erklimmen will, muss sie das ADHS sehr gut kennen. Seine Eigenheiten, seine Ursachen, seine umweltbedingten Verstärker, seine psychosozialen Folgen. Kennt die «Seilschaft» diese nicht, geschehen Fehler in der Begleitung, den Anforderungen, der Therapie. Durch diese Fehler werden die negativen neurobiologischen Besonderheiten wie aggressives, oppositionelles Verhalten, erhöhte Vergesslichkeit, mangelnde Konzentration, ausgeprägte Teilleistungsdefizite und Wahrnehmungsstörungen verstärkt. Selbstwertverlust, Minderwertigkeitsgefühle, Depressionen oder Flucht in die Süchte sind die Folgen.

Mit welchen Problemen haben insbesondere Eltern von ADHS-betroffenen Kindern zu kämpfen?

Vergleiche oben. Dazu kommen eigene Versagens- und Schuldgefühle der «Seilschaft», welche zu Kräfteverlust und Verzweiflung führen.



Therapieformen?

Als Grundlage vor jeder Therapie ist die Aufklärung und Arbeit an der «Seilschaft». Es muss eine positive Beziehung zum ADHS-Kind erhalten bleiben. Solange die «Seilschaft» als Ziel nur «gewinn»bringende Leistung in Bezug auf Geld und Karriere hat und die Bedeutung der 4 Grundbedürfnisse des Kindes und der Crew der «Seilschaft» missachtet (genug und gesundes Essen, genug Bewegung, genug Schlaf und Freizeit, gute Beziehungen) sollte gar nicht erst mit der Einzeltherapie (Medikamente, Psychotherapie) am Kind begonnen werden.

Wie können sie ADHS entgegenwirken?

Wir müssen dem ADHS nicht entgegenwirken, sondern dieses akzeptieren und lernen, mit seinem veränderten Wahrnehmungs- und Reaktionsstil umzugehen.

Es braucht die Erfüllung der 4 Grundbedürfnisse, eine Behandlung der Teilleistungs- und Wahrnehmungsdefizite und eine Schulung der Gefühlswahrnehmungen. Diese hat im Zeitalter der elektronischen Medien und dem Einflussverlust der Religionen an Bedeutung zugenommen.

Bei schwierigen Passagen «in der Felswand» braucht es einen «Bergführer» (den fachkundigen Kinderarzt und oder Psychotherapeuten), evtl. einen Traubenzucker und einen Bergbickel (die Pille MPH).

Welche Möglichkeiten stehen dem Pädiater zur Verfügung?

Er hat meiner Meinung nach die Funktion des Bergführers: Ein Bergführer braucht eine lange spezifische

Ausbildung. Er muss früh Wahrnehmungs- und Teilleistungsstörungen und auch Dissonanzen in der Seilschaft erkennen und entsprechende Therapien verordnen. Als Begleiter der Familien und ihrer Kinder von Geburt bis zum Lehrabschluss hat er den Überblick über die Risiken und Gefahren (Internet, Bewegungsarmut, Stress, Beziehungsverlust) unseres «Berges». Er kennt das Problem der z.T. sehr schwierigen Dosierung der MPH-Pille.

Du arbeitest bereits seit über 20 Jahren intensiv mit ADHS-Kindern. Hat ADHS zugenommen?

Die Veranlagung ADHS hat nicht zugenommen. Die modernen Umweltbedingungen mit vermehrtem Stress, mangelnder Anerkennung der positiven ADHS-Eigenschaften, Energydrinks statt Vollkorn usw. wirken sich bei verschiedenen Eigenschaften der ADHS-Kinder negativ aus. Die Anpassungsstörung wird immer grösser, das ADHS wird immer häufiger zur Krankheit.

Wo siehst du Fortschritte in Bezug auf die Behandlung von ADHS?

Ich sehe eigentlich nur wenig Fortschritte, sondern im Gegenteil eine Zunahme der Probleme (vergl. oben). Dadurch dass gewisse ADHS-Eigenschaften von der Gesellschaft nicht akzeptiert werden, müssen wir oft zur Notmassnahme von Medikamenten und Psychotherapie greifen. Damit kann sich die Gehirnfunktion unserer modernen – kranken? – Gesellschaft anpassen. Wollen die ADHS-Betroffenen nicht auswandern, müssen sie sich einfügen. Wir als Kinder- und Jugendärzte müssen ihnen dabei helfen.

Fortschritte sehe ich in der frühen Erkennung von Wahrnehmungsstörungen und in der frühen Einleitung entsprechender Therapien. Damit bessert sich das Selbstbewusstsein unserer arg bedrängten ADHS-Kinder. Weiss der Leser, dass täglich mehr als 80% Negativbotschaften auf unsere ADHS-Kinder einprasseln? Durch die Ausbildung der «Seilschaft», die Frühtherapien aber auch durch MPH-Medikation kann ein Absturz in Minderwertigkeitsgefühle und Depressionen vermindert, oft sogar verhindert werden.

ADHS-Kinder werden gesellschaftlich oft in die Ecke des nervigen Zappelphilipps gestellt. Aber nicht nur. Wie fallen sie im positiven Sinne auf?

Durch die 80% Negativbotschaften wird das Minderwertigkeitsgefühl unserer ADHS-Kinder geradezu gefüttert. Die vielen positiven Eigenschaften wie Kreativität, Ideenreichtum, die leidenschaftliche, humorvolle, tierliebende, begeisterungsfähige, sensible Art bleibt auf der Strecke. Der ehrgeizige, hartnäckige Durchhaltewillen wird durch die Betonung und Überbewertung der Teilleistungsdefizite geschwächt. «Er könnte, wenn er wollte», stimmt so nicht. Hier ist Handlungsbedarf.

Du bist ein Gegner der Mehrsprachigkeit in der Primarschule und engagierst dich in der Internetplattform «Kindgerechte Schule» und Verein «Schule mit Zukunft». Du bist im Initiativkomitee der Initiativen: «Lehrplan 21 vors Volk» und «mehr Qualität – nur eine Fremdsprache in der Primarschule».
Siehst du zwischen der Mehrsprachigkeit in der Primarschule und dem Auftreten von ADHS Zusammenhänge?

Ja. Der zusätzliche Stress, speziell bei nicht sprachbegabten Kindern, führt zu Misserfolgen. Alle Umwelteinflüsse und Misserfolge wirken wesentlich stärker bei ADHS-Kindern. Vielen Kindern gelingt es nicht, in nur 2 Wochenstunden der 5. und 6. Klasse eine Fremdsprache zu lernen. Und dies trotz Ehrgeiz, initialer Begeisterungsfähigkeit und Motivation. Es ist belegt, dass beim Schulabschluss die Sprachkenntnisse mindestens ebenso gut sind, wenn erst in der Oberstufe mit dem Erlernen der Fremdsprache begonnen wird. Warum also diese sinnlose Zusatzbelastung? Sie zerstört oft jede Motivation am Sprachenlernen. Wir Kinderärzte sagten das schon vor 10 Jahren. Auf uns wurde nicht gehört. Jetzt brauchen über 50% der Schüler Stützunterricht. In jeder Schulstube gibt es mehrere Lehrpersonen (LP) und Heilpädagogen. Jede Schule braucht 1 bis 2 Schulsozialarbeiter. Auch die LP stehen mit all den Neuerungen unter einem Dauerstress. Viele von ihnen haben Burn-outs oder geben ihren Beruf auf. Wo bleibt das Vorbild? Mit den vielen Teilpensen der LP bleibt diesen keine Zeit, gute Beziehungen zu ihren Schülern aufzubauen. ADHS-feindliches selbstständiges Lernen, Wochenpläne und falsche Sanktionen sind in der Primarschule alltäglich. Schulverweigerungen, Aggressionen, Depressionen sind die Folgen.

Viele Lehrpersonen (LP) geraten im Umgang mit ADHS-Kindern an ihre Grenzen. Wie können Lehrpersonen ihre Kompetenzen in dieser Beziehung stärken?

Die LP ist ein Teil unserer «Seilschaft». Auch bei ihr müssen die Grundbedürfnisse erfüllt sein. Die LP brauchen mehr Wissen über Symptome, Ursachen, Folgen und Hilfen bei ADHS. Nach meinen vielen Vorträgen in Schulen, an der PHZH, an der HfH und der Uni/ZH wage ich zu behaupten, dass die Ausbildung über die häufige Veranlagung des ADHS bei unseren Schülern nach wie vor ungenügend ist.

Was möchtest du den Gesundheitspolitikern in Bezug auf den Umgang mit ADHS mit auf den Weg geben?

In erster Linie wünschte ich mir, dass die LP und die ganze «Crew der Seilschaft» realisieren würde, dass ihr Verhalten und ihr Vorbild wichtiger sind als Psychotherapie



und Medikamente. Die Politiker lassen die LP ausbilden. Sie sind für die Erfüllung der Grundbedürfnisse der «Seilschaft» und des Kindes wesentlich mitverantwortlich. Gute Wohnverhältnisse, Förderung von Jugendvereinen, gesunde Freizeitbeschäftigungen. Keine nur leistungsorientierte Lehrpläne vom «grünen Tisch» ohne Miteinbezug der an der Front stehenden LP und der Bevölkerung. Von den Politikern ein demütiges Anerkennen gemachter Fehler, z.B. dem Wunschdenken und Irrglauben verfallen gewesen zu sein, man könne mit 2 × 45 Min. pro Woche «spielerisch» eine Fremdsprache erlernen. Ich möchte den Politikern sagen, dass den Kindern, insbesondere den ADHS-Kindern geschadet wurde, als man ihre Lektionen von kreativem, handwerklichem und musischem Handeln «zu Gunsten» von Sprachen opferte, die Klassen vergrösserte, die Anzahl von LP schon in der Primarklassen vervielfachte, die Kleinklassen mit speziell motivierten LP auslagerte und an ihre Stelle stundenweise Heilpädagogen in die Klasse schickte. Heilpädagogen, die heute keine Zeit und Möglichkeit haben, eine genügend gute Beziehung zu ihren ADHS-Kindern aufzubauen, obwohl dies das Wichtigste in der Begleitung derselben wäre. Schon in der Primarschule selbstständiges Lernen und Wochenpläne für Hausaufgaben ist eine Überforderung der Frontalhirntätigkeit beim ADHS-Kind in diesem Alter. «Strafen» mit Einträgen, welche erst nach einem halben Jahr im Zeugnis erscheinen und erst später beim Lehrstellensuchen wirksam werden, ist bei ADHS-Kindern so nutzlos und falsch wie ein 2-stündiges Üben pro Woche von Gehen und Sprechen beim 6 Monate alten Kind. Ich wünschte mir, dass Politiker auch auf die Internetplattform «Kindgerechte Schule» gehen, um dort zu erfahren, was die Basis für Erfahrungen mit der Reformitis an den Schulen machte.

Ich wünschte mir von den Politikern, dass sie sich selbst etwas mehr Zeit nähmen, die echten Lebenswerte in der Natur kennenzulernen und sich vermehrt für diese einzusetzen. Ich wünschte mir, dass sie erkennen würden, dass es Zeit ist, erwachsen zu sein. Stetiges Wachstum, wie von der Wirtschaft gefordert wird, widerspricht allen Naturgesetzen. Ständig auf der «Baustelle Schule» arbeiten zu müssen, macht depressiv. ADHS-Kinder hassen Veränderungen. Es braucht weder Nike-Schuhe noch einen Ferrari, um Kreativität und Lebenskraft entfalten zu können. Nicht Cockpit-Tests, mit dem unerfüllbaren Ziel der Gleichmachung aller Kinder, sondern das Üben von Gefühlen und der Toleranz erscheint mir wichtig. Burn-out und Berufswechsel bei LP sollte zur Seltenheit werden.

Die Schulpolitiker müssten sich nicht nur überlegen, warum die Finnen seit Jahren am Top der PISA-Studie stehen, sondern sich auch Gedanken machen, warum diese die dritthöchste Suizidrate Europas haben; warum auch bei uns die Hochschulabgänger deutlich mehr Suizide verzeichnen als unsere Handwerker; warum bei unsern ADHS-Betroffenen die Suizidrate fünfmal häufiger ist als in der Normalbevölkerung.

Zusammengefasst: Die ADHS-Betroffenen brauchen keine besondere Politik, sondern Politiker, die den Eltern nicht unsinnige Versprechen für ihre Kinder machen, von 20 Rp. mehr Stundenlohn für jede zusätzliche Fremdsprache (Zitat Altregierungsrätin Regina Äppli 2005). Ich wünschte mir für unsere ADHS-Schüler nicht ewige Erneuerungen, sondern die Zurückbesinnung auf Werte, die glücklich und zufrieden machten, als die Schweiz noch ein Land war, in welchem keine Milch und Honig floss. Schön wäre es, wenn unsere ADHS-Kinder in ihrer Schulzeit von ihrer «Seilschaft» lernen und erfahren könnten, dass Zeit nicht Geld, sondern viel, viel mehr wert ist! ■

Shut up

von Jan Sobrie und Raven Ruëll

Damien hat die Diagnose ADHS, Becky wird von den Schulpsychologen auf Minderbegabung abgecheckt und François wurde innerhalb von zwei Jahren schon sechs Mal von der Schule verwiesen.

Theater im Schiffbau/Matchbox, Zürich
Aufführungsdaten: 11. März bis 6. April 2016
http://junges.schauspielhaus.ch/spielplan/premieren/639-shut-up

(Neue) Medikamente bei ADHS

PROF. DR. MED. DIPL. PSYCH. SUSANNE WALITZA
UND
DR. MED. GREGOR BERGER
ZÜRICH

Gibt es neue Medikamente bei ADHS?

Eigentlich sind die Medikamente, die es seit jüngerer Zeit auf dem Markt gibt oder die neu im Vordergrund der Diskussion stehen, keine neuen Substanzen oder Wirkstoffe, sondern bekannte Wirkstoffe mit z. B. einer neuen Galenik. So ist das in der Schweiz vor Kurzem zugelassene Lisdexamphetamin (Elvanse®) ein Amphetaminabkömmling, der jedoch durch seine Prodrug-Technologie einige Besonderheiten gegenüber den alten, herkömmlichen Amphetaminen aufweist.

Antihypertensiva wie Clonidin sind im deutschen Sprachraum kaum eingesetzt worden und Omega-3-Fettsäuren sind schon seit Jahrzehnten bekannt. Doch erst zwei neuere Meta-Analysen zeigen, dass sie im Vergleich zu herkömmlichen Substanzen nur eine moderate Effektivität zeigen und bei klinisch ausgeprägten ADHS-Formen die herkömmlichen Stimulanzien nicht ersetzen. Im Folgenden werden allgemeine Hinweise zur medikamentösen Behandlung auf Grundlage der gängigen Leitlinien zusammengefasst und ein kurzer Überblick zu den aktuell empfohlenen Medikamenten für ADHS gegeben.

Wann wird eine ADHS medikamentös behandelt?

Die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) ist dann medikamentös behandlungsbedürftig, wenn eine schwere Beeinträchtigung beim Kind oder Jugendlichen vorliegt oder andere Massnahmen nicht ausreichend helfen oder nicht verfügbar sind (Atkinson and Hollis 2010). Die Kardinalsymptome der ADHS sind auch die Zielsymptome der Medikation. Diese Kardinalsymptome sind vor allem bei Kindern und Jugendlichen eine ausgeprägte motorische Unruhe (Hyperaktivität), leistungsbeeinträchtigende Konzentrationsstörungen (Unaufmerksamkeit, erhöhte Ablenkbarkeit) sowie massive Schwierigkeiten, das eigene Verhalten zu planen und zu steuern (Impulskontrollstörung).

Wahl der Pharmakotherapie

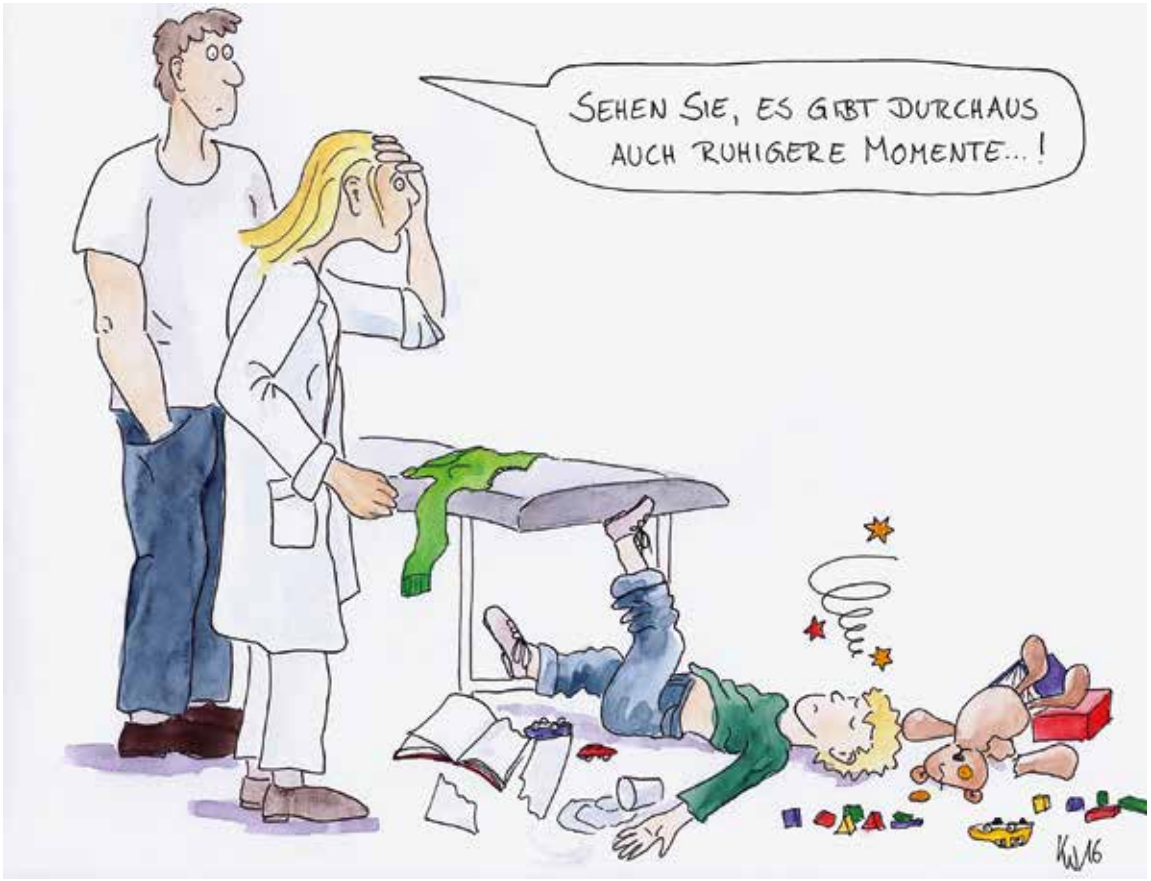
Medikation der ersten Wahl ist in der Schweiz das Stimulans Methylphenidat, das es als kurz- und langwirksames Präparat und von verschiedenen Herstellern gibt. Die Wirksamkeit von Methylphenidat ist in der Behandlung der ADHS bei Kindern und Jugendlichen in zahlreichen doppelblinden, randomisierten, placebokontrollierten klinischen Studien belegt, auch wenn die neueste Cochrane-Analyse die Höhe der bisher angenommenen Effektstärke von 0.8 bis über 1 für Methylphenidat in Frage stellt (Storebo, Krogh et al. 2015). In Deutschland und in der Schweiz sind Atomoxetin und Lisdexamphetamin für die Behandlung der ADHS dann zugelassen, wenn Methylphenidat nicht ausreichend wirkt oder die Nebenwirkungen zu stark sind.

Einige Autoren gehen davon aus, dass die Effektstärken von Amphetaminen sich nicht wesentlich von Methylphenidat unterscheiden (Heal et al. 2013), jedoch gibt es keine direkten klinischen Vergleichsstudien, die dies belegen. In einer Meta-Analyse wurde eine moderat höhere Wirksamkeit für Amphetamin-Präparate wie z. B. Lisdexamphetamin gezeigt (Faraone and Glatt 2010).

Die klinische Wirksamkeit von Atomoxetin (ein selektiver Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer) wurde ebenfalls in mehreren randomisierten, placebokontrollierten Kurzzeitstudien nachgewiesen und Atomoxetin konnte die drei Kernsymptome signifikant wirksam behandeln. Die in den Studien verwendeten mittleren Dosen hatten nicht nur einen positiven Effekt auf die ADHS-Kernsymptome, sondern auch auf die Aktivitäten des täglichen Lebens und waren hilfreich, wenn eine Wirksamkeit über 24 Stunden notwendig ist. Unter diesen Umständen wird Atomoxetin auch als Medikation der ersten Wahl angewendet. Ebenfalls ist es auch Medikament erster Wahl, wenn komorbide Angst- oder Tic-Störungen vorliegen (Kendall, Taylor et al. 2008). Die klinische Wirkung von Atomoxetin tritt im Gegensatz zu Methylphenidat und Amphetamin nicht sofort ein, sondern entwickelt sich in der Regel erst nach mehrwöchiger regelmässiger Einnahme in ausreichender Dosierung. In der Regel ist zwischen drei und sieben Wochen eine erste Verbesserung sichtbar, die volle Wirkung wird gewöhnlich nach 12 Wochen erreicht.

Die Antihypertonika *Clonidin* und *Guanfacin* (adrenerge α_2-Agonisten) sind Medikation der zweiten und dritten Wahl. Sie werden in englischsprachigen Regionen häufiger bei ADHS eingesetzt, sie können mittlerweile auch in retardierten Formulierungen verordnet werden und haben eine FDA-Zulassung (für das Alter 6 bis 17 Jahre) für die Behandlung von ADHS. Sie können als Monotherapie und Kombinationstherapie mit Methylphenidat gegen ADHS eingesetzt werden. Eine Reihe von aktuellen Studien hat die Wirksamkeit und Sicherheit von Clonidin und Guanfacin auch in Kombination mit Stimulanzien gezeigt (Sallee et al., 2013). Die Wirkungen von Clonidin und Guanfacin sind teilweise den Stimulanzien entgegengesetzt und wirken sich positiv aus auf Symptome wie Schlafstörungen und einen Blutdruckanstieg, die unter Stimulanzien auftreten können. Bei einer Kombinationstherapie gerade im Kindes- und Jugendalter ist immer eine individuelle engmaschigere, klinische Beobachtung angezeigt.

KLINIK FÜR KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE UND -PSYCHOTHERAPIE, PSYCHIATRISCHE UNIVERSITÄTSKLINIK ZÜRICH
susanne.walitza@puk.zh.ch
gregor.berger@puk.zh.ch



Omega-3-Fettsäurepräparate mit einem hohen EPA-/DHA-Gehalt zeigen bei ADHS moderate positive Effekte (SMD 0.31) (Bloch and Qawasmi 2011), die mit der EPA-Dosis korrelierte. So sollten mindestens >600 mg EPA pro Tag mit einem Anteil an EPA >60 % gegenüber DHA eingenommen werden (Sublette, Ellis et al. 2011). Die herkömmlichen Präparate enthalten üblicherweise zwischen 90–180 mg EPA und 60–120 mg DHA pro Kapsel. Daher ist es empfehlenswert, nur Präparate auszuwählen, die einen sehr hohen Gehalt an EPA (>300 mg pro Kapsel) haben mit einer EPA : DHA Ratio von mindestens 2:1. Wenn Kinder die relativ grossen Kapseln nicht schlucken können, gibt es auch Kaukapseln oder flüssige Darreichungsformen. Es empfiehlt sich, die Kapseln vor den Mahlzeiten einzunehmen, auf der einen Seite, um die Absorption zu verbessern und auch einem Aufstossen entgegenzuwirken.

Einstellung der Medikation

Nach einer Einstellung mit kurzwirksamem Methylphenidat, die den Bedürfnissen des Kindes am besten entspricht (z. B. brauchen einige Kinder nur während des Schulunterrichtes und andere 24 Stunden eine medikamentöse Unterstützung, während bei anderen Kindern besonders die Abende oder Wochenenden eine grosse Herausforderung darstellen) sollte die Medikation auf ein langwirksames Methylphenidat umgestellt werden.

Nach den kanadischen Leitlinien CADDRA (Canadian ADHD Resource Alliance, 2013) sind immer langwirksame Medikamente die medikamentöse Behandlung der ersten Wahl und sollten auch wegen der besseren Compliance angestrebt werden. Nach CADDRA ist es dabei zweitrangig, ob es sich um Stimulanzien (Methylphenidate oder Amphetamine) oder Atomoxetin handelt. Unter Methylphenidat gibt es Präparate mit 8- bzw. 12-stündiger Wirkdauer, während Lisdexamphetamin durchschnittlich 13 Stunden und Atomoxetin 24 Stunden Wirksamkeit zeigt. ■

AUSGEWÄHLTE LITERATUR

Behandlung der ADHS (Walitza, Renner, Romanos) in Gerlach, M.; Mehler-Wex, C; Walitza, S; Warnke und Wewetzer C. (2016 in press). Neuro-Psychopharmaka im Kindes- und Jugendalter: Grundlagen und Therapie, 3. Auflage, Springer Wienm NewYork.

REFERENZEN

Atkinson, M. and C. Hollis (2010). «NICE guideline: attention deficit hyperactivity disorder.» Arch Dis Child Educ Pract Ed **95**(1): 24–27.

Bloch, M. H. and A. Qawasmi (2011). «Omega-3 fatty acid supplementation for the treatment of children with attention-deficit/hyperactivity disorder symptomatology: systematic review and meta-analysis.» J Am Acad Child Adolesc Psychiatry **50**(10): 991–1000.

Canadian ADHD Resource Alliance 2013. «Resource Alliance (CADDRA).» Canadian ADHD practice guidelines.

Faraone, S. V. and S. J. Glatt (2010). «A comparison of the efficacy of medications for adult attention-deficit/hyperactivity disorder using meta-analysis of effect sizes.» J Clin Psychiatry **71**(6): 754–763.

Kendall, T., E. Taylor, A. Perez, C. Taylor and G. Guideline Development (2008). «Diagnosis and management of attention-deficit/hyperactivity disorder in children, young people, and adults: summary of NICE guidance.» BMJ **337:** a1239.

Storebo, O. J., H. B. Krogh, E. Ramstad, C. R. Moreira-Maia, M. Holmskov, M. Skoog, T. D. Nilausen, F. L. Magnusson, M. Zwi, D. Gillies, S. Rosendal, C. Groth, K. B. Rasmussen, D. Gauci, R. Kirubakaran, B. Forsbol, E. Simonsen and C. Gluud (2015). «Methylphenidate for attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents: Cochrane systematic review with meta-analyses and trial sequential analyses of randomised clinical trials.» BMJ **351:** h5203.

Sublette, M. E., S. P. Ellis, A. L. Geant and J. J. Mann (2011). «Meta-analysis of the effects of eicosapentaenoic acid (EPA) in clinical trials in depression.» J Clin Psychiatry **72**(12): 1577–1584.

Langjähriges Engagement der ADHS-Organisation elpos Schweiz

Die unabhängige und neutrale Organisation elpos wurde 1974 in Zürich von betroffenen Eltern und engagierten Fachpersonen als Selbsthilfeverein gegründet. Sie zählt heute rund 3000 Mitglieder. Ziel war, das damalige POS (Psychoorganisches Syndrom) in der Gesellschaft bekannter zu machen und die betroffenen Kinder und ihre Eltern zu unterstützen. In den Folgejahren entstanden weitere Regionalvereine, die sich 1995 im Dachverband elpos Schweiz zusammenschlossen. Jährlich finden eigene Fachtagungen statt und alle zwei Jahre gemeinsam mit der schweizerischen Fachgesellschaft SFG ADHS. elpos wird vom Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) unterstützt und finanziert sich ausserdem durch Mitgliederbeiträge, Dienstleistungen und Spenden.

Unsere Haltung

Als Elternorganisation wissen wir, wie wichtig die richtige Unterstützung/Therapie und wie schwierig der Weg dahin oft ist. So setzte sich elpos schon früh zum Ziel, Mütter und Väter zu motivieren, selbst aktiv zu werden und sich in Gesprächsgruppen auszutauschen. Denn: Nur wer versteht, was eine ADHS ist und bewirkt, der kann Verständnis und Toleranz für den betroffenen Menschen entwickeln.



elpos Schweiz ist Herausgeberin der Spezialausgaben «Was wir über ADHS wissen müssen», «Das hilft bei ADHS» und «ADHS in der Schule».

- **Jedes Kind ist einzigartig**

Viele dieser Kinder verfügen über ein grosses Potential, das sie aufgrund der Probleme jedoch nicht genügend umsetzen können. So sind sie oft sehr empfindsam und haben viele «starke Seiten». Im Sinne einer resilienten Erziehung sollen diese positiven Eigenschaften gefördert und in der Therapie als Ressourcen mit einbezogen werden. Nicht zuletzt geht es auch um die Bereitschaft, diese Kinder und Jugendlichen in ihrer ganzen Persönlichkeit wahrzunehmen und zu respektieren. Die Auswirkungen von ADHS müssen wir ernst nehmen, das Kind jedoch nie auf diese Problematik reduzieren!

- **Abklärung und Diagnose**

Eine differenzierte und ganzheitliche Abklärung durch eine qualifizierte Fachperson ist die Voraussetzung für eine erfolgreiche und individuelle Therapie. Denn rund 5% der Kinder sind in einem Ausmass betroffen, dass ihre persönliche und schulische Entwicklung erheblich darunter leidet.

- **Früherfassung und Behandlung**

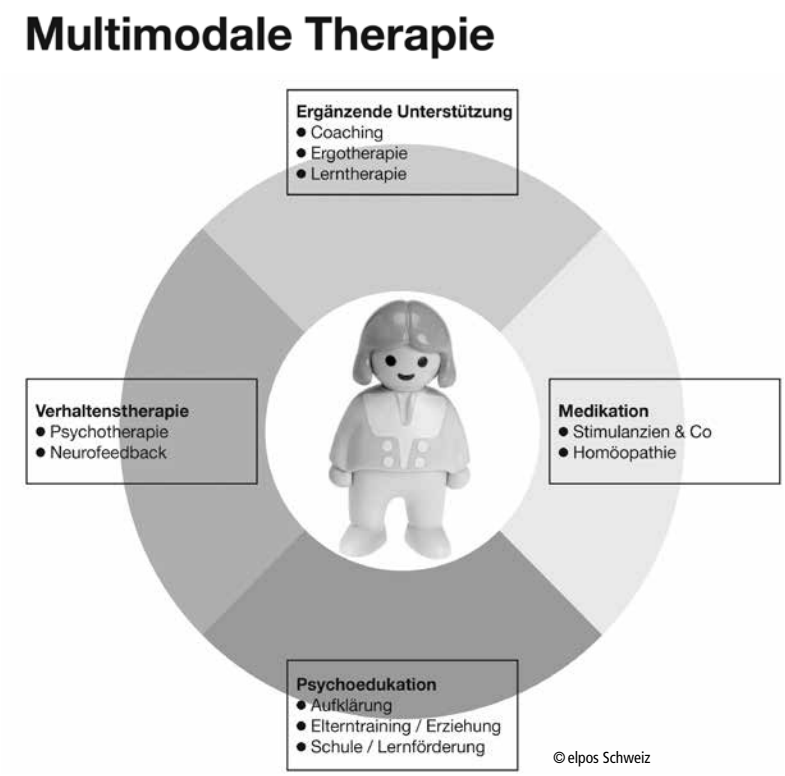
Diese sind bei ADHS enorm wichtig. Erlebt sich das Kind stets negativ, ist der Aufbau eines gesunden Selbstwert- und Identitätsgefühls kaum möglich, was das weitere Leben stark beeinträchtigt. Wird eine ADHS-Symptomatik nicht rechtzeitig entdeckt oder behandelt, erhöht sich das Risiko einer Komorbidität.

- **Hilfe, Unterstützung, Therapie**

Nach erfolgter Diagnose durch den Facharzt oder Psychologen ist die Aufklärung und Beratung von Eltern und Kind durch den Spezialisten ein Muss. Welche Interventionen sinnvoll und hilfreich sind, muss im Einzelfall abgeklärt und entschieden werden. Damit die Behandlungsbausteine tragend wirken, sollten sie für alle Beteiligten stimmig sein. Auf keinen Fall darf ein Kind «übertherapiert» werden.

- **Ein klares Behandlungskonzept: Die multimodale Therapie**

Nach jahrelangen Diskussionen haben auf ADHS spezialisierte Psychiater und Pädiater in Europa und Nordamerika (grösstenteils) übereinstimmende Leitlinien und die multimodale Therapieform zur Behandlung der neurobiologischen Störung entwickelt. Die drei Bausteine der multimodalen Therapie basieren auf Psychoedukation, Pharmakotherapie und Verhaltenstherapie. Was dabei



wichtig ist: Die betroffene Familie braucht für eine erfolgreiche Therapie in jedem Fall ein gut funktionierendes Netzwerk!

- **Psychoedukation**

Die Aufklärung der Familie und des erweiterten Umfelds über Grundsymptomatik, Ursache, Auswirkungen und Behandlungsmöglichkeiten schafft Klarheit und Entlastung. Sie erfolgt in der Regel unmittelbar nach der Diagnose. Durch das Wissen können die Bezugspersonen dem Betroffenen verständnisvoller begegnen. Das Kind selbst soll seine Schwierigkeiten dadurch besser verstehen lernen und erkennen, dass es für seine Probleme auch Lösungen gibt.

- **Verhaltenstherapie/Psychotherapie**

Eine Verhaltenstherapie schafft oft die Basis, dass die Erziehung des betroffenen Kindes überhaupt realisierbar ist und zieht im besten Fall auch die pädagogischen Bezugspersonen mit ein. Gilt es doch, soziale Kompetenzen zu fördern, das Selbstwertgefühl aufzubauen, Strategien und Arbeitstechniken zu entwickeln, die die Konzentration und Aufmerksamkeit verbessern.

- **Pharmakotherapie**

Der Entscheid, ob und wann bei einem Kind Medikamente eingesetzt werden, muss individuell und unter Berücksichtigung des Leidensdrucks des Betroffenen, der Bezugspersonen und des pädagogischen Umfelds entschieden werden.

- **Beziehung ist das A und O**

80 Prozent an positiven Einflüssen werden über die Beziehungsebene erreicht (Paul Watzlawick). Deshalb ist bereits im Vorschulalter ein Elterntraining sehr hilfreich und wirksam. elpos bietet solche Kurse immer wieder an. Hier wird vermittelt, wie mit dem Kind kommuniziert werden soll, welche Strukturen und Regeln es braucht, um mit der Reizüberflutung umgehen zu können oder aus der negativen Verhaltensspirale herauszufinden.

Ein Wundermittel gegen die ADHS haben auch wir noch nicht gefunden. Aber wir wissen: Verständnis, Liebe und der Glaube an unsere betroffenen Kinder und Jugendlichen sind heilsam. Und es liegt an uns allen, ihr positives Potential zu entdecken und zu fördern: Offenheit, Spontanität, Durchsetzungskraft, Kreativität, Humor, Hilfsbereitschaft, Sensitivität, Neugierde, Gerechtigkeitssinn, Einfühlungsvermögen und Authentizität.

elpos bietet Hand

- Jeder Regionalverein führt eine Beratungsstelle. Diese werden von Fachpersonen professionell geleitet. Unser Ziel ist es, wertneutral und ganzheitlich zu unterstützen und aufzuklären. Eltern, Betroffene und andere Bezugspersonen können sich unentgeltlich informieren und beraten lassen. Gleichzeitig erhalten sie Auskünfte zu Adressen von Fach- und Anlaufstellen und Informationen zu Gesprächsgruppen und Veranstaltungen (Referate, Workshops).

- **elpost und Fachpublikationen**

Unsere Vereinszeitschrift erscheint dreimal jährlich. Sie bietet aktuelle Beiträge rund um ein Schwerpunktthema. Darin finden sich zudem Buchbesprechungen, aktuelle Informationen und Angaben zu den Veranstaltungen. elpos Schweiz ist Herausgeberin der Spezialausgaben «Was wir über ADHS wissen müssen», «Das hilft bei ADHS» und «ADHS in der Schule» mit Beiträgen von ausgewiesenen Fachpersonen.

- **www.elpos.ch**

Unsere Website enthält Informationen zur Organisation, zu Veranstaltungen und zur ADHS. Zudem finden Sie hier Adressen und Links zu den Regionalvereinen und Fachstellen. ■

elpos engagiert sich für:

- Eine wertneutrale Unterstützung und Beratung.
- Fundierte und ganzheitliche Informationen über ADHS.
- Die Sensibilisierung der Gesellschaft und der Schulen.
- Eine hohe Qualität unserer Dienstleistungen, basierend auf langjähriger Erfahrung, regelmässiger Weiterbildung und ständigem Austausch mit Betroffenen und Fachpersonen.
- Schaffen von besseren Lebensbedingungen für die Betroffenen und ihre Familien.

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, Narkolepsie. **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 Nervenausfälle, 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, Choreoathetose, 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 †. Ausführliche Informationen: Packungsbeilage, Arzneimittelinformation Publikationsplattform der Swissmedic (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, Alkohol- und Drogenabusus, familiäre Belastung oder Diagnose Tourette-Syndrom, Glaukom, Phäochromozytom, Hyperthyreose, Herzrhythmusstörungen, vorbestehende Herz-Kreislauferkrankungen (einschliesslich schwerer Hypertonie, Herzinsuffizienz, Angina pectoris, hämodynamisch signifikanter angeborener Herzfehler, Kardiomyopathien, Herzinfarkt, potentiell lebensbedrohender Arrhythmien und Kanalopathien), arterielle Verschlusskrankheit, vorbestehende zerebrovaskuläre Erkrankungen, MAO-Hemmer, bekannte Überempfindlichkeit gegenüber Inhaltsstoffen, Anazidität des Magens, H2-Rezeptorblocker- oder Antazidatherapie. **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 Kehlkopfschmerzen, Bauchschmerzen, Durchfall, Übelkeit, Magenbeschwerden, Erbrechen, Mundtrockenheit, Alopezie, Pruritus, Hautausschlag, Urtikaria, Arthralgie, Pyrexie, Wachstumsverzögerung, Veränderung von Blutdruck und Herzfrequenz, Gewichtsabnahme, Suizid, Suizidversuch, Suizidgedanken, stereotype Verhaltensweisen, taktile Halluzinationen, choreatische Bewegungsstörungen, Tics oder Verschlechterung bestehender Tics, reversible Nervenausfälle, Migräne, malignes neuroleptisches Syndrom, Akkommodationsstörungen, plötzlicher Herztod, Herzinfarkt, zerebrovaskuläre Störungen bzw. Hämorrhagie, Vaskulitis, Raynaud-Syndrom, peripheres Kältegefühl, Leberfunktionsstörungen, exfoliative Dermatitis, Steven-Johnson-Syndrom, Erythema multiforme, Arzneimittelexanthem, Hämaturie, Gynäkomastie, Hypersensibilitätsreaktionen, Leukopenie, Thrombozytopenie, Anämie, Hyperaktivität, Konvulsionen, Choreoathetose, toxische Psychosen, zerebrale Arteriitis, 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 †. Ausführliche Informationen: Packungsbeilage, Arzneimittelinformation Publikationsplattform der Swissmedic (www.swissmedicinfo.ch) oder SalmonPharma GmbH, St. Jakobs-Strasse 90, 4002 Basel. 03/12

GEMEINSAM ADHS BEGEGNEN

Salmon Pharma
Ein Unternehmen der
MEDICE

ADS/ADHS und Homöopathie

Seitdem in der Schweizerischen ADS/ADHS-Doppelblindstudie 2005 [1] eine gute Wirkung der Homöopathie auf Impulsivität, Aufmerksamkeitsdefizit und Hyperaktivität/Passivität nachgewiesen wurde, hat die Nachfrage für diese Behandlung sprunghaft zugenommen. Im vorliegenden Artikel werden die homöopathische Behandlung des ADHS anhand eines Fallbeispiels vorgestellt und die Resultate aufgezeigt, die man bei hyperaktiven Kindern erreichen kann.

DR. MED. HEINER FREI,
LAUPEN

Einführung

Das ADHS/ADS ist eine seit den 1990er-Jahren immer häufiger diagnostizierte Störung, die aus den Hauptsymptomen Hyperaktivität oder Passivität, Impulsivität und Aufmerksamkeitsdefizit besteht. Damit die Diagnose gestellt werden kann, müssen nach DSM-IV die betroffenen Kinder vor dem sechsten Lebensjahr bereits während mindestens sechs Monaten auffällig sein, und dies in unterschiedlichen Situationen, z. B. zu Hause und in der Schule [2]. Schulmedizinischer Behandlungsstandard ist Methylphenidat (MPD), ein Amphetaminderivat, das unter das Betäubungsmittelgesetz fällt. Während man vor 1990 von einer ADHS/ADS-Häufigkeit von drei bis fünf Prozent der Kinder ausging, hat sich diese Zahl anscheinend derart stark vergrössert, dass die MPD-Verordnungen in der westlichen Welt exponentiell zunehmen. 1996 belief sich der MPD-Konsum in der Schweiz auf 10 kg, bis im Jahr 2011 ist er auf 349 kg angestiegen [3]. Damit stellt sich die unbequeme Frage, in welche Richtung sich unsere Gesellschaft entwickelt. Viele Eltern haben Bedenken, ihren Kindern derartige Medikamente zu verabreichen, und suchen deshalb andere Therapiemöglichkeiten.

Was ist Homöopathie?

Homöopathie ist eine ganzheitliche alternative Behandlungsmethode für Krankheiten, in der «hochpotenzierte» Substanzen an Patienten verabreicht werden. Hochpotenziert bedeutet, dass die Ausgangssubstanz in einem repetitiven Verdünnungs- und Verschüttelungsprozess zum Medikament verarbeitet wird. Im Endprodukt ist chemisch von der Ausgangssubstanz nichts mehr vorhanden; die Wirkung der Homöopathie kann deshalb chemisch nicht erklärt werden. Es können aber physikalisch-chemische Unterschiede zwischen Hochpotenzen und reinen Verdünnungen festgestellt werden, z. B. Unterschiede in den thermodynamischen Eigenschaften, welche darauf hinweisen, dass die Wirkung der Homöopathie im weitesten Sinne wohl eine physikalische ist.

Das Wirkungsspektrum eines homöopathischen Arzneimittels wird in Arzneimittelprüfungen an gesunden Probanden ermittelt: Bei täglicher Einnahme des Mittels entstehen bei den Probanden diejenigen Symptome, die durch dieses geheilt werden können, wenn es einem kranken Menschen verabreicht wird. Die Aufgabe des homöopathischen Arztes besteht darin, die relevanten Symptome des Patienten mit denjenigen eines Arzneimittels in Übereinstimmung zu bringen. Gelingt dies, so erfolgen in der Regel schnelle und nebenwirkungsfreie Heilungen [4]. Beim ADS/ADHS sind es hauptsächlich die Wahrnehmungssymptome der Patienten, die zur richtigen Mittelbestimmung führen.

Die Bedeutung der Wahrnehmungssymptome

Beim ADS/ADHS arbeiten die peripheren Sinnesorgane normal, die Reizselektion, Reizverarbeitung im Zentralnervensystem und die Reaktion auf Wahrnehmungsreize verlaufen aber pathologisch: Die Reize werden entweder zu wenig selektioniert, womit es zur Reizüberflutung kommt, die zu Unruhe, Konzentrationsschwäche und schneller Ermüdung führt, oder die Reaktion auf die Sinnesreize ist inadequat, was ein unangepasstes Verhalten der Kinder bewirkt [5]. Die Wahrnehmung betrifft das Sehen, Hören, Riechen, Schmecken, den Tastsinn, die Temperaturempfindung und die Tiefensensibilität. Hinzu kommen die Auswirkungen der unvollkommenen Wahrnehmungsprozesse, wie Sprachstörungen, gestörte Fein- und Grobmotorik, langsame Denkprozesse, ein schwaches Gedächtnis und schliesslich auch psychische Symptome wie Traurigkeit oder Gereiztheit. Durch die jedem Patienten eigene Kombinationen an Wahrnehmungsdefiziten kann das für ihn bestpassende Arzneimittel ermittelt werden. Andere Symptome werden nur verwendet, wenn die Wahrnehmungssymptomatik zu wenig umfangreich ist und keine sichere Mittelwahl zulässt. Ein Mittel, das die ADS/ADHS-Symptomatik bessert, hat in der Regel eine umfassende Wirkung, sodass auch Nebensymptome, die nichts mit dem Grundleiden zu haben, verschwinden.

Ablauf der Fallaufnahme

Die homöopathische Fallaufnahme wird bei uns in zwei Sitzungen durchgeführt. Der erste Termin hat eine kurze Anamnese und eine Untersuchung des Patienten zum Gegenstand, anschliessend werden die Behandlung und ihre Erfolgsaussichten erklärt und Fragebögen für Wahrnehmungsstörungen und ADS/ADHS, Nebensymptome sowie das ADS/ADHS-Beurteilungsblatt vorgestellt. Das letztere entspricht dem Conners Global Index (CGI) [6] und dient der Erfassung des Behandlungserfolges: Die

Eltern müssen hierzu die zehn wichtigsten Symptome auf einer Intensitätsskala von 0 bis 3 bewerten, zunächst vor der Behandlung, danach bei jeder Kontrolluntersuchung. Die Symptome sind: Erregbarkeit, Impulsivität/Häufiges Weinen/Unruhe, Zappeligkeit/Immer auf dem Sprung/Zerstörerisches Verhalten/Fehlende Ausdauer/Konzentrationsmangel/Schnelle Stimmungswechsel/Frustrationsintoleranz/Stören anderer Kinder. Bei der Besprechung des Behandlungsablaufes ist es wichtig, die Eltern darauf aufmerksam zu machen, dass die Behandlung Zeit braucht, und der Erfolg mit zunehmender Dauer zunimmt. Bei der zweiten Sitzung erfolgt die Sichtung und Besprechung der Symptome, danach die Bestimmung des zur Symptomatik passenden Arzneimittels mithilfe einer geeigneten Software.

Fallbeispiel 1

Matthias H., 9-jährig

Matthias ist ein magerer, hypotoner Knabe mit dunklen Haaren und dunkler Haut. Er fällt in der Schule auf durch Unruhe, kurze Aufmerksamkeitsspanne, motorische Ungeschicktheit und phasenweise absolute Passivität. In seinem Denken und Verstehen ist er langsam, besonders wenn es um abstraktere Dinge geht, und hat ein schlechtes Gedächtnis. Wegen Legasthenie erhält er Spezialunterricht. Seit früher Kindheit leidet er an Ängsten bei Dunkelheit, hat ein geringes Selbstvertrauen, ist aber zu Hause herrisch gegenüber der Mutter und dem Bruder, besonders seit der Trennung der Eltern vor drei Jahren. Anlässlich einer ausführlichen neurologischen und neuropsychologischen Abklärung ist die Diagnose eines ADHS gestellt worden. Da die Mutter kein Ritalin verabreichen will, kommt sie in die homöopathische Sprechstunde.

Im Fragebogen für Wahrnehmungsstörungen und ADHS/ADS unterstreicht sie folgende Symptome:

- Sehen angestrengt verschlimmert
- Berührung verschlimmert
- Wärme verschlimmert
- Entblössung bessert
- Schreiben verschlimmert
- Muskeln schlaff
- Vor dem Einschlafen verschlimmert
- Begreifen schweres
- Gereiztheit, Aggressivität, Zornausbrüche

Auf dem Fragebogen für Nebensymptome erwähnt sie zudem Bauchschmerzen und eine extreme Reizbarkeit bei Hunger. Ideal für Matthias seien häufige kleine Mahlzeiten. Die Intensität der Symptomatik wird auf dem Beurteilungsblatt mit 17 Punkten bewertet (mittelschweres ADHS).

Für die Mittelbestimmung verwenden wir nur die oben aufgeführten Wahrnehmungssymptome. Die sogenannte Repertorisation wird mithilfe einer speziellen Software [7] durchgeführt und ergibt die folgende homöopathische Differentialdiagnose:

Repertorisation

	Borx.	Bry.	Calc.	Cham.	Chin.	Lyc.	Puls.	Sulph.	Asar.	Aur.
Anzahl der Treffer	9	9	9	9	9	9	9	9	8	8
Summe der Grade	15	17	27	20	15	32	22	23	13	15
Polaritätsdifferenzen	**11**	**12**	**22**	**17**	**9**	**26**	**14**	**12**	**10**	**8**
< Sehen, angestrengt (P) [85]	2	1	4	1	1	4	2	2	1	3
< Berührung (P) [121]	2	3	1	4	1	4	3	4	1	1
< Wärme allg. (P) [73]	1	1	1	2	1	2	4	2	2	1
> Entblößung (P) [37]	3	1	3	2	2	4	2	2	2	1
< Schreiben (P) [76]	1	1	4	1	2	3	1	2	1	1
Muskeln, Schlaffheit (P) [53]	2	1	4	3	2	3	2	3		
< vor dem Schlaf, beim Einschlafen (P) [99]	2	5*	5*	1	3	5*	4	3	1	2
Begreifen, schweres (P) [74]	1	1	3*	2	1	4	1	2	2	2
Gereiztheit (Ärgerlichk., Aggressivität) (P) [64]	1	3	2	4	2*	3	3	3	3*	4
> Sehen, angestrengt (P) [5]										
> Berührung (P) [42]		2	4/KI		1	1		2		
> Wärme allg. (P) [90]	3/KI	2	1	1	2	1	1	3/KI	1	3/KI
< Entblößung (P) [56]	1	1		2	2		1		1	3/KI
> Schreiben (P) [2]										
Muskeln, Straffheit (P) [34]					1		2	2		
> vor dem Schlaf, beim Einschlafen (P) [1]										
Begreifen, leichtes (P) [17]						1		1		
Sanftheit (mildes Gemüt) (P) [37]						3	4(KI)	3	1	1

Neun Arzneimittel decken alle Symptome ab, fünf davon haben aber Kontraindikationen (grauer Hintergrund), und fallen deshalb ausser Betracht. Die Polaritätsdifferenz ist ein Mass für die Spezifität, mit der ein Arzneimittel die Patientensymptome abdeckt. Erste Wahl ist deshalb Lycopodium (Lyc), zu dem auch die Nebensymptome diktatorisches Verhalten, Mangel an Selbstvertrauen und Reizbarkeit beim Auslassen einer Mahlzeit passen.

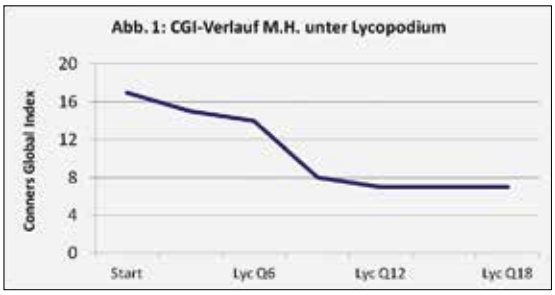
Mittelgabe und Verlauf

Matthias erhält Lycopodium (Q3) täglich. Nach vier Wochen berichtet die Mutter folgendes: Es geht besser in der Schule, Matthias hat begonnen Bücher zu lesen, was er vorher nie tat, und er liest auch flüssiger. Bei Konflikten und Aufregungen lässt er sich viel eher beruhigen. Der CGI ist von 17 auf 15 Punkte gesunken. Obschon das wenig ist, entscheiden wir uns, mit Lycopodium Q6 weiterzufahren.

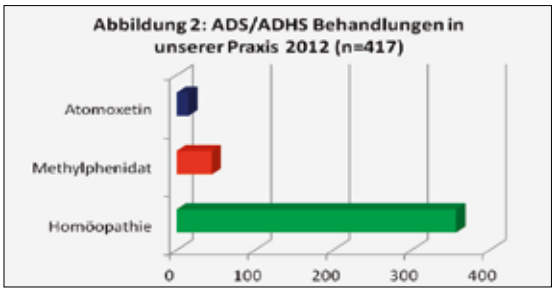
Die nächsten zwei Wochen ist Matthias sehr reizbar, danach beruhigt er sich und beginnt ein Tagebuch zu schreiben. Die Mutter hat bezüglich Lycopodium ein gutes Gefühl: Der Sohn hört trotz Zornausbrüchen und Oppositionsverhalten besser zu als vorher, und der CGI ist auf 14 gesunken. Einen Monat später, nach Lycopodium Q9 berichtet sie, es sei jetzt viel lieber, könne zuhören, beruhige sich bei Konflikten schneller als früher, und der CGI sinkt auf 8. Im Langzeitverlauf pendelt er sich bei sieben Punkten ein *(Abbildung 1).*

Behandlungsresultate [8]

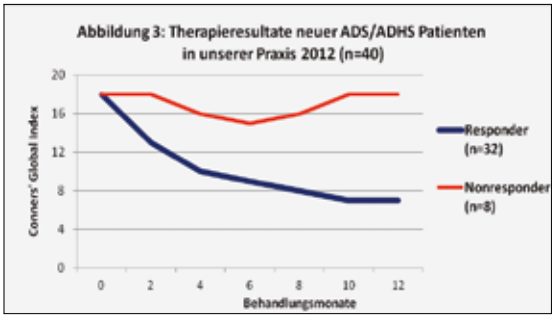
Im Jahr 2012 behandelten wir in unserer Praxis 417 Kinder mit ADHS/ADS und Wahrnehmungsstörungen, davon 357 (85,6 %) mit Homöopathie allein, 45 (10,8 %)



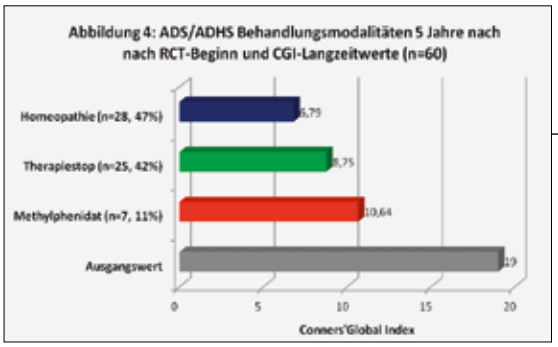
mit MPD und 15 (3,6 %) mit Atomoxetin. Viele von diesen Patienten waren bereits mehrere Jahre in homöopathischer Behandlung. Allopathisch wurden Kinder behandelt, die primär ungenügend auf die Homöopathie ansprachen. Häufigster Grund für eine Umstellung auf Schulmedizin war der grosse Druck, den die Schulen auf Eltern und Patienten ausübten *(Abbildung 2)*.



Bei 40 neuen Patienten wurde im Jahr 2012 zusätzlich der Verlauf der Conners Global Index in den ersten zwölf Behandlungsmonaten prospektiv aufgezeichnet. Unter Homöopathie konnte der CGI bei 32 der 40 Patienten (80 %, Responders) im Durchschnitt von 18 auf 7 Punkte gesenkt werden, was einer Besserung von 61 % entspricht. Bei den übrigen acht Patienten (20 %, Non-Responders) erreichten wir keine anhaltende Besserung *(Abbildung 3)*.



Schliesslich seien hier auch die Langzeitresultate der Berner ADHS-Studie erwähnt. In dieser Untersuchung konnten die Eltern und Patienten nach Abschluss des Doppelblind-Versuches die weitere Behandlung frei wählen. Dabei ergab sich fünf Jahre nach Behandlungsbeginn die folgende Verteilung: Von der 62 Teilnehmern waren 60 für den Langzeit-Follow-Up erreichbar. 28 Kinder standen immer noch in einer homöopathischen Behandlung. Ihr CGI betrug durchschnittlich 6,8 Punkte. 25 Kinder hatten jede Behandlung gestoppt; ihr CGI lag bei 8,8 Punkten. 7 Kinder waren auf eine MPD-Behandlung umgestiegen und hatten einen CGI von 10,6 *(Abbildung 4)*.



Diskussion

Sowohl die klinische Langzeiterfahrung als auch die ADHS-Doppelblindstudie zeigen, dass die Mehrzahl der hyperaktiven Kinder (75 %) homöopathisch gut behandelt werden können. Fünfundzwanzig Prozent sprechen aber entweder primär nicht auf die Homöopathie an oder müssen zu einem späteren Zeitpunkt auf MPD umgestellt werden. – Voraussetzung für eine erfolgreiche Behandlung ist eine gute Beobachtungsgabe der Eltern, die dem homöopathischen Arzt die relevanten Symptome übermitteln müssen, und, wie *Abbildung 3* zeigt, etwas Geduld, bis sich die maximale Wirkung der Behandlung einstellt. Auf jeden Fall greift die gängige pauschale Verurteilung der Homöopathie als Placebo-Behandlung zu kurz. Sie entspricht in keiner Weise der klinischen Erfahrung und auch nicht der wissenschaftlichen Datenlage [9]. Was wir als Therapeuten erleben, sind sehr oft erfreuliche Ergebnisse, die für das betroffene Kind, die Familie und die Schule eine grosse Erleichterung bedeuten und dem Kind die Integration in ein normales Leben ermöglichen. ■

WEITERFÜHRENDE LITERATUR

Heiner Frei: Die homöopathische Behandlung von Kindern mit ADS/ADHS. Ein systematisches Therapiekonzept. 3. Auflage, Haug-Verlag, Stuttgart 2011.

LITERATUR

[1] Frei H, Everts R, von Ammon K et al: Homeopathic Treatment in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder – a Randomized, Double-Blind, Placebo Controlled Trial. Eur J Ped (2005) 164: 758–767.
[2] American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition. Washington DC: American Psychiatric Association,1994.
[3] Stricker HR, Der Ritalinkonsum in der Schweiz steigt weiter an. Schweiz. Ärztezeitung (2013) 94,15: 575–577.
[4] Hahnemann S, Organon der Heilkunst. 6. Auflage, Hrsg. JM Schmidt. Haug Verlag, Stuttgart, 2002.
[5] Ayres AJ, Sensory Integration and Learning Disorders, Los Angeles: Western Psychological Services, 1973.
[6] Conners CK, Conners Rating Scales – Revised. Multi Health Systems Inc., Toronto, 1997.
[7] Boenninghausen Arbeitsgemeinschaft, PC-Programm zu Boenninghausens Therapeutischem Taschenbuch, Hrsg. Boenninghausen Arbeitsgemeinschaft Ahrweiler, 2014.
[8] Frei H, Homeopathy and ADHD, A new Treatment Concept with Polarity Analysis. Narayana Verlag, Kandern, 2015.
[9] Lüdke R, Rutten ALB, The conclusions on the effectiveness of homeopathy highly depend on the set of analyzed trials. J Clin Epidemiol, 2008, doi<.10.1016/j.jclinepi.2008.06.015.



Urs Hunziker, Dr. Skrodzki und Meinrad Ryffel.



Remo Largo und Beat Glogger.

1. Schweizer ADHS-Kurs für Kinderärzte

DR. MED. PETER SCHIBLER, STÄFA

Vier Pädiater haben einen ausgezeichneten Kurs ins Leben gerufen, hoffentlich zukünftig mit festem Platz im Kursangebot. *René Kindli* ist Liechtensteiner Praktiker mit Steckenpferd ADHS, die anderen drei sind Entwicklungspädiater in Winterthur: *Urs Hunziker* und *Michael von Rhein* an der Kinderklinik, *Kurt von Siebenthal* in eigener Praxis. Durch den Besuch dieses Kurses ist mein ADHS-Horizont wesentlich weiter geworden, manche meiner Unsicherheiten sind beseitigt. Gute Einblicke in die angrenzenden Fachgebiete erleichtern die vernetzte Arbeit. *Michael Gattenhof* hat den Kurs souverän organisiert, der Wissenschaftsjournalist *Beat Glogger* hat ihn professionell moderiert. Beides trug entscheidend bei zum hohen Kursniveau. Die Atmosphäre im Plenum war sehr lernfreudig, geschickt wurden Round Tables, Interviews mit Experten und Auftritte von Betroffenen eingestreut. Geleitete Workshops und Fallbesprechungen brachten Vertiefung und Austausch unter den gut 50 Teilnehmenden. Die elektronisch verfügbaren Kursunterlagen bilden ein reichhaltiges Nachschlagewerk und beinhalten diverse nützliche Formulare. Es hat sich für mich vollends gelohnt, das Kursgeld und 8 Fortbildungstage zu investieren!

Am Rande der Altstadt von Zug beschäftigten wir uns mit der **Diagnose.** *Prof. Huss* aus Mainz präsentierte einen sehr gelungenen Ueberblick. Das reine ADHS stellt mit gut 30% die Ausnahme dar, ADHS ist also viel mehr als seine Kernsymptome! *Frau Prof. Walitza* vom KJPD Zürich erläuterte die Diagnosestellung mittels multiaxialer Klassifikation und fokussierte auf die Komorbiditäten. Sie empfiehlt uns die CADDRA-Guidelines. Von *Dr. Albermann* vom SPZ Winterthur erfuhren wir, dass bei der Autismuss-Spektrum-Störung bei 40–80% Symptome von ADHS vorliegen. *Frau Dr. Germann* vom RAD Nordschweiz vermittelte sehr nützliche Ratschläge für den Verkehr mit der IV. Sie ermuntert uns zum Studium des KSME Rz 404 inkl. Anhang 7 (neue Formulierung seit 2012) und wünscht Arztberichte mit nachvollziehbaren Befunden. Differentialdiagnostische Workshops zur Frage «alles ADHS oder was?» und eine Lesung von *Tim Krohn* gaben diesem Kursblock eine gute Abrundung.

Für den zweiten Block reisten wir nach Disentis. Wir wurden von *Abt Vigeli Monn* begrüsst und befassten uns in unvergesslicher Klosteratmosphäre mit der **Abklärung.** Es wurde kein allgemeingültiger Abklärungsgang vorgeschlagen. *Von Siebenthal* referierte über die Bedeutung der Anamnese und stellte verschiedene Fragebogen vor (Conners 3, DISYPS-II). testzentrale.ch ist eine gute Bezugsquelle , kjpd.zh.ch bietet auf der Homepage viele nützliche Fragebogen an. Auch der Neuropsychologe *Prof. Jokeit* aus Zürich kennt kein spezifisches ADHS-Abklärungsinstrument. Die präfrontale Reifungsverzögerung beträgt gut 2 Jahre, die Prävalenz eines sekundären ADHS bei Epilepsie von 30% hat mich überrascht. Es folgten Kurzreferate und Fallbeispiele. *Hunziker:* Impulsivität/*Kindli:* IDS, praxistauglicher allgemeiner Entwicklungs- und Intelligenztest/*Von Siebenthal* und *Hunziker:* Wahrnehmungsstörungen/ *Dr. Keller,* Neuropädiatrie KSGR: Nichtsprachliche Lernstörung NLD/*Dr. Leeners,* KJPD Schwyz: Computer assisted neuropsychological diagnostic and therapy (candit.com). Sehr eindringlich beschrieb uns *Frau Dr. Simchen* aus Mainz die Besonderheiten des hypoaktiven ADS-Kindes und insbesondere seine schulischen Schwierigkeiten. Die Kinderneurologin *Frau Dr. Schmid* aus Winterthur berichtete, dass 50% der ADHS-Patienten eine auffällige Motorik im Sinne F82 haben, trotzdem ist diese in keinem gängigen Klassifikationssystem ein Kriterium! Betreffend Feinmotorik ist das An- und Ausziehen aussagekräftig, die Hypotonie sei ein häu-





fig unerkannter «Energiefresser». *Glogger* führte mit *Prof. Largo* ein spannendes Gespräch über die Kompatibilität der kindlichen und erwachsenen Welt. Klosterführung, Andacht sowie die Neuroséance von *Prof. Brugger* von der Uni Zürich bildeten den faszinierenden kulturellen Rahmen.

Am Ufer der Aare, mitten in Solothurn, trafen wir uns zum Thema **Therapie.** *Dr. Skrodzki* aus Oberfranken (AG ADHS, Aufruf zur Mitgliedschaft!) präsentierte eine umfassende Übersicht über alle verwendeten Medikamente. Ein grossartiges Referat, die entsprechenden Unterlagen sind ein wertvolles Nachschlagewerk! Am Round Table zur medikamentösen Einstellung nahm als Kenner der Stimulanzientherapie auch *Dr. Ryffel* aus Münchenbuchsee teil. Und wenn die Medikamente nicht wirken? Antworten darauf gab *Skrodzki* in seinem zweiten Vortrag. Ein praktischer Tipp: 2,5 mg Methylphenidat zum Einschlafen, gegen den Rebound. *Skrodzki* bekommt für die Betreuung eines ADHS-Patienten 39 Euro pro Quartal! Die bekannte Psychologin *Cordula Neuhaus* referierte sehr engagiert über das Erwachsenwerden mit ADHS und präsentierte ihr Elterncoaching. Seine höchst interessante Zusammenstellung der Studienlage zu den nicht-medikamentösen Therapien zeigte uns dann *Hunziker.* Mit einem guten Coaching können wir die Wirksamkeit anderer therapeutischer Massnahmen verbessern, insbesondere im Langzeitverlauf. Ausser bei schwer Betroffenen, sind nach über 2 Jahren keine positiven Effekte der Medikation mehr nachweisbar! Die Ausführungen von *Prof. Brandeis* aus Zürich zum Biofeedbacktraining sind für unsere Bedürfnisse zu theoretisch ausgefallen, hingegen haben mich Solothurns Altstadt und die Lesung von *Peter Stamm* begeistert.

In einem sehr stimmigen Kongresszentrum in Winterthur fand der finale Kursblock unter dem Titel **Begleitung vom Kind zum Erwachsenen** statt. Der Schulleiter *Kaspar Schüpbach* informierte uns über das schulische Förderangebot, *Urs Wüthrich* bietet mit Avantos Arbeitstauglichkeitsabklärungen und Ausbildungsplatzvermittlungen an. Das Referat von *Prof. Grolimund* aus Fribourg (mit-kindern-lernen.ch) über erfolgreiches Lernen mit ADHS war hinreissend und voller praktischer Aspekte (Sieger- oder Trost-Eis, Gummibärchen-Methode, Motz- und Müll-Zeit). Die Konzentrationsspanne ohne ADHS beträgt bei Einschulung 15, in der Oberstufe 30 Minuten. *Von Siebenthal* berichtet aus grosser Erfahrung über die Schnittstelle Schule-Pädiater, beleuchtete die Bedeutung der Diagnose für die Schule und den Nachteilsausgleich. Der Auftritt des Sozialpädagogen *Gerhard Spitzer,* selbstbezeichnet ein schrulliger Betroffener aus Wien, glich einem Vulkanausbruch. Er berichtete zum Freizeitverhalten jugendlicher Betroffener. Mit viel trockenem Humor zeigte der Adoleszenten-Psychiater *Dr. Bilke,* SOMOSA Winterthur, die Probleme Jugendlicher mit ADHS und die psychologischen Besonderheiten der Adoleszenz auf. Das merk ich mir: Was ich nicht erfrage, erfahre ich nicht. Adoleszente fühlen sich unsterblich und beschäftigen sich gleichzeitig mit Suizid. Für weibliche Jugendliche ist die beste Freundin wichtig, für den Jugendlichen seine ganze Gruppe. *Frau Prof. Eich* vom USZ referierte zum ADHS im Erwachsenenalter. Die Prävalenz beträgt 4%, dominierende Symptome sind affektive Labilität, Impulsivität und Stressintoleranz. Zahnhygienische Probleme finden sich 32-mal häufiger! Beim Abendprogramm im Kantonsspital löste das *Kabarett Birkenmeier* mit dem Programm «Ritalin im Pausenriegel» herzhaftes Lachen aus, bei mir punktete es am meisten mit der «Heulpädagogik».

Vielleicht fehlte dem Kurs phasenweise noch etwas der rote Faden, gewisse Workshops könnten noch effizienter gestaltet werden. Die Organisatoren werden die Feedbackbogen ausgewertet haben, der Kurs wird sich positiv entwickeln. Ich kann euch die Teilnahme schon nach dem ersten Durchgang sehr warm empfehlen, der zweite beginnt anfangs September 2016! ■

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**

Für Kinder ab 2 Jahren

kassenpflichtig

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 oder www.compendium.ch. *kassenpflichtig.

Biomed AG, 8600 Dübendorf © Biomed AG. 07/2014. All rights reserved.

BioMed®





Allergie im pädiatrischen Alltag

DR. MED. PATRIK SCHIMERT, RICHTERSWIL

Bereits zum vierten Mal und wieder wie ein Popkonzert von Adele war dieser Fortbildungskurs in pädiatrischer Allergologie innert Minuten ausverkauft.

Ob dies am Resort und Spa Hotel Seerose lag, welches im ersten Block lockte und zum Entspannen und Geniessen einlud, oder am Thema und an der Kursleitung, sollte sich noch herausstellen. Das Programm des ersten Moduls las sich jedenfalls wie die Liedtitel eines Popstars für einen Teenie.

Roger Lauener, Facharzt Allergologie und Immunologie, Chefarzt Pädiatrie am Kinderspital St. Gallen und Mitglied des CK-CARE Direktoriums, sowie Michael Hitzler, Kinderarzt in Baar und Oberarzt der Pneumologischen Klinik am Kinderspital Zürich, reizten mit einem praxisrelevanten Einstieg in die Grundlagen der Allergologie und anschliessender Pricktestung im Workshop. Zu Beginn der Fortbildung war sofort zu spüren, dass die beiden Fachärzte darauf aus waren, ohne Hemmungen alles Vorhandene aus ihrem Erfahrungsschatz weiterzugeben. Die Tricks und Tipps liessen uns das Wasser im Mund zusammenlaufen. Es war interaktiv vom Feinsten.

Zu kurz kam dann, Allergie hin oder her, auch das Essen nicht an diesem schönen Ort am Hallwilersee.



Philippe Eigenmann konnte nachmittags mit vollem Magen über Nahrungsmittelallergien sprechen. Interessant scheinen hier vor allem die nicht IgE vermittelten, bei welchen mir vor allem drei in Erinnerung blieben. Erstens die Kuhmilchproteinallergie beim Säugling, zweitens die nahrungsmittelinduzierte Enterocolitis beim Kleinkind nach Milch oder Huhn und drittens die Eosinophile Oesophagitis beim Zweijährigen oder 10- bis 12-Jährigen mit Reflux oder Dysphagie. Welche Allergene alle noch eine Spättypreaktion machen, möchte ich gar nicht wissen. Wieder einmal zeigt sich, dass die Kunst der Medizin in erster Linie in der Anamnese liegt.

Nach dem ausgezeichneten Abendessen erwartete uns nach kurzer Nacht ein brennendes Thema für jeden Allgemeinpädiater: die atopische Dermatitis. Lisa Weibel und ihre rechte Hand Anna-Barbara Schlüer versorgten uns zwar nicht mit einer Massage, was angesichts des Kursortes auch angebracht gewesen wäre, dafür aber mit unglaublich viel auch in der Praxis anwendbaren Informationen und Material. Vom WetWrap bis zur Javelwasser-Therapie. Mit der Mär wenig zu baden, woher auch immer sie kommt, wurde auch aufgeräumt.

Unter die Haut ging die gelungene Abwechslung in Form von Uwe Gielers Vortrag über die psychosozialen Faktoren bei Allergien und die Tatsache, wie stark unsere Psyche Einfluss auf immunologische Vorgänge hat.

Erfreulicherweise kamen die Gespräche unter den Kursteilnehmern zusammen mit den engagierten Leitern nicht zu kurz, und die unzähligen Fälle unterstützen alle in der Umsetzung des an diesem Block Gelernten.

Fazit:

Diese spannende und unglaublich praxisnahe Fortbildung hinterlässt viele kleine Allergologen und Dermatologen in ihre Praxen, gestärkt und bereichert, zur Weiterarbeit.

Prädikat sehr empfehlenswert. ■

Autismus – noch immer zu spät erkannt?

DR. MED. ALAIN WIMMERSBERGER, VISP
DR. MED. ARNOLD BÄCHLER ST. GALLEN

Autismus-Spektrum-Störungen (ASS) sind in den letzten Jahren zunehmend in den Fokus von Klinik und Forschung gerückt. Auch die Belletristik, das Kino und die Medien haben sich mit dem Thema befasst und das Bild von Autisten als Sonderlinge mit herausragenden Begabungen gefestigt. Dabei geht vergessen, dass es innerhalb des Spektrums auch schwer betroffene Patienten mit grossen Problemen in der Schule und im Alltag gibt, die fälschlicherweise als geistig behindert eingestuft werden.

In den letzten Jahren sind therapeutische Angebote entstanden, von denen man vor 20 Jahren nur träumen konnte. Von einer flächendeckenden Früherfassung und gezielten pädagogisch-therapeutischen Versorgung autistischer Kinder ist man in der Schweiz aber noch immer weit entfernt.

Neuropsychologische Konzepte

ASS gelten heute als angeboren und nicht als Folge erzieherischer Fehlhaltungen oder traumatisierender, lebensgeschichtlicher Erfahrungen.

Drei neuropsychologische Konzepte zum Verständnis von ASS stehen heute im Vordergrund: die verspätete und auffällige Bildung der «theory of mind», eine schwache zentrale Kohärenz und die verzögerte Reifung exekutiver Funktionen. Dazu gesellt sich oft eine motorische Ungeschicktheit.

Häufig verkannte Diagnose

Oft laufen die Kinder in unserer Praxis während Jahren unter anderen Diagnosen, wie etwa Sprachentwicklungsstörung, Störung des Bindungsverhaltens, ADHS oder geistige Behinderung. Die unter diesen Diagnosen eingeleiteten Behandlungen erweisen sich oft als inadäquat und häufig sind es die Eltern, die über das Internet Selbsthilfegruppen kontaktieren und so zu den entscheidenden Informationen gelangen.

Früherfassung und Frühförderung

Auf dem Weg zur Diagnose verstreicht oft wertvolle Zeit. Schwer betroffene Kinder mit frühkindlichem Autismus sollten jedoch möglichst früh erfasst und intensiv gefördert werden. Wichtige kommunikative, sprachliche und spielerische Fähigkeiten reifen bei ihnen nicht spontan, sondern müssen mühsam, über kognitive Kanäle trainiert werden.

Schlüsselrolle der Praxispädiatrie

Den Kinderärzten kommt bei der Früherfassung von ASS eine Schlüsselrolle zu. Es ist wichtig, dass sie bei Kindern mit Entwicklungsauffälligkeiten früh an die Möglichkeit einer ASS denken. Verschiedene Screening-Instrumente wie der M-CHAT für Kleinkinder und der FSK-Fragebogen, ab dem Alter von 4 Jahren, erlauben eine erste Standortbestimmung.

Ergeben sich Verdachtsmomente auf eine ASS, sollte eine eingehende Autismus-Abklärung veranlasst werden. Eine frühe Diagnose ist wichtig, um gezielte Fördermassnahmen und eine autismusspezifische Beratung in die Wege zu leiten. ■

AUS UNSEREM KURSPROGRAMM

Autismus-Spektrum-Störungen in der Praxispädiatrie

Vom 23. bis 25. Juni 2016 findet im Tagungszentrum Kloster Kappel in Kappel am Albis ein Fortbildungskurs statt, der die Rolle der Praxispädiatrie in der Diagnostik und Begleitung von Patienten mit ASS klären soll.

Herausragende Fachleute wie

Dr. Ronnie Gundelfinger (Zürich),
Dr. Thomas Girsberger (Liestal),
Dr. Evelyn Herbrecht (Basel),
Monika Casura (Basel),
Matthias Huber (Bern),
Regina Renggli Bruder und
Dr. Kurt von Siebenthal (Winterthur)

haben ihre Mitwirkung zugesagt.

Details zum Kurs finden Sie in der Kursagenda auf unserer Website.

Pädiatrische ORL – ein Update für die Praxis

Referentinnen: Dr. med. Claudine Gysin, Leiterin der Abteilung HNO, Universitätskinderklink Zürich
Dr. med. Andrea Hilgenfeld, Affoltern am Albis
Ort: Zürich
Datum: 2. Juni 2015
Kosten: CHF 400.– (CHF 500.– für Nichtmitglieder)

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
Kosten: CHF 650.– (CHF 800.– für Nichtmitglieder)

Autismus-Spektrum-Störungen in der Praxispädiatrie

Referenten: Dr. med. Ronnie Gundelfinger (Zürich), Dr. med. Thomas Girsberger (Liestal), Dr. med. Evelyn Herbrecht (Basel), Monika Casura (Basel), Matthias Huber (Bern)
Ort: Kappel am Albis
Datum: 23.–25. Juni 2016
Kosten: CHF 1150.– (CHF 1400.– für Nichtmitglieder)

Röntgen in der Praxis – ein Kurs für Kinderärzte und ihre MPAs

Referenten: Dr. med. Rainer Wolf, Leitender Arzt Pädiatrische Bildgebung, Inselspital Bern sowie fachärztliche Mitarbeitende
Eric Stöckli, Leiter MTRA Pädiatrische Bildgebung und Mitarbeitende
Ort: Bern
Datum: 17. September 2016
Kosten: CHF 400.– (CHF 500.– für Nichtmitglieder), CHF 150.– für MPAs

Reanimationskurs – für das Praxisteam

Leitung: Dr. med. G. Staubli, Leiter Notfallstation Kinderspital Zürich
Ort: Zürich
Datum: 22. September 2016
Kosten: CHF 400.– (CHF 500.– für Nichtmitglieder), CHF 400.– für MPAs

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)

KURSANGEBOT

Die meisten der oben erwähnten Kurse sind bereits ausgebucht. Das freut uns zwar einerseits, andererseits ist es uns ein Anliegen, unseren Mitgliedern ein noch umfangreicheres Angebot offerieren zu können. Bitte kontaktieren Sie von Zeit zu Zeit unsere Homepage: **http://www.kinderaerzteschweiz.ch/Kursagenda/kinderaerzte**

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

BEITRITTSERKLÄRUNG

Ich melde mich an als

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

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

Vorname, Name _____

Titel _____

Facharzt _____

Adresse _____

PLZ/Ort _____

Telefon Praxis _____ Telefon Privat _____

Fax _____ E-Mail _____

Datum/Unterschrift: _____

Schwerpunkte in meiner Praxistätigkeit:

_____

_____

Vorschläge für Projekte im Rahmen von Kinderärzte Schweiz:

_____

_____

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

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

KURSE KINDERÄRZTE SCHWEIZ

Vorsorgekurs 2016/17

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.

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

Kosten: CHF 7200.– (CHF 8800.– 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.

ANZEIGE



ALLERGOPHARMA AG, Erlenstrasse 29, 4106 Therwil, Telefon 061 721 88 66, Fax 061 721 88 68, www.allergopharma.ch

Die Fachinformation ist auf der Homepage von Swissmedic unter www.swissmedicinfo.ch publiziert.

Ein Unternehmen von MERCK

Homepage

Wir machen unsere Mitglieder darauf aufmerksam, dass wir unsere Homepage **www.svupp.ch** mit folgenden Links ergänzt haben:

FAQ – die häufigsten Fragen zum Ultraschall in der Pädiatrie

Auf dieser Seite werden etwa 70 Fragen rund um die Hüftsonografie, die Pädiatrische Sonografie sowie die SVUPP im Allgemeinen beantwortet.

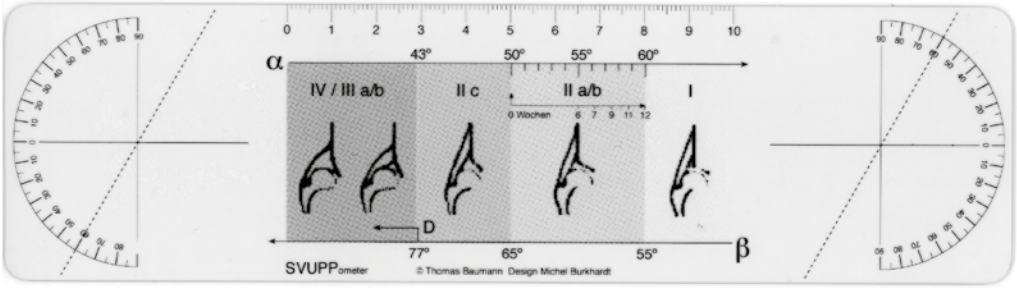
Eigene Forschung und interessante Literatur

Diese Seite befindet sich im Aufbau.

Ansprechperson auf der Geschäftsstelle

Nach dem Weggang von Sylvia Locher aus der Geschäftsstelle KIS ist Bea Kivanc die alleinige Ansprechpartnerin für die Anliegen der SVUPP-Mitglieder auf der Geschäftsstelle.
Sie ist den meisten bereits bestens als Kursorganisatorin und Bindeglied zum Vorstand bekannt.





SVUPP-o-Meter

Preis CHF 20.–
plus Porto und Verpackung

ULTRASCHALLKURSE

Refresherkurs Hüftsonografie

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

Aufbaukurs pädiatrische Sonografie

Leitung: Dr. med. Johannes Greisser, Aarberg
Ort: Aarberg
Datum: 26./27. Mai 2016
Kosten: CHF 900.– für Mitglieder (CHF 1000.– für Nichtmitglieder)

12. Workshop in pädiatrischer Sonografie

Leitung: Dr. med. Johannes Greisser, Aarberg
Ort: Zürich
Datum: 20. Oktober 2016
Kosten: CHF 250.– für Fachärzte, (CHF 150.– für Assistenzärzte)

Abschlusskurs pädiatrische Sonografie

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

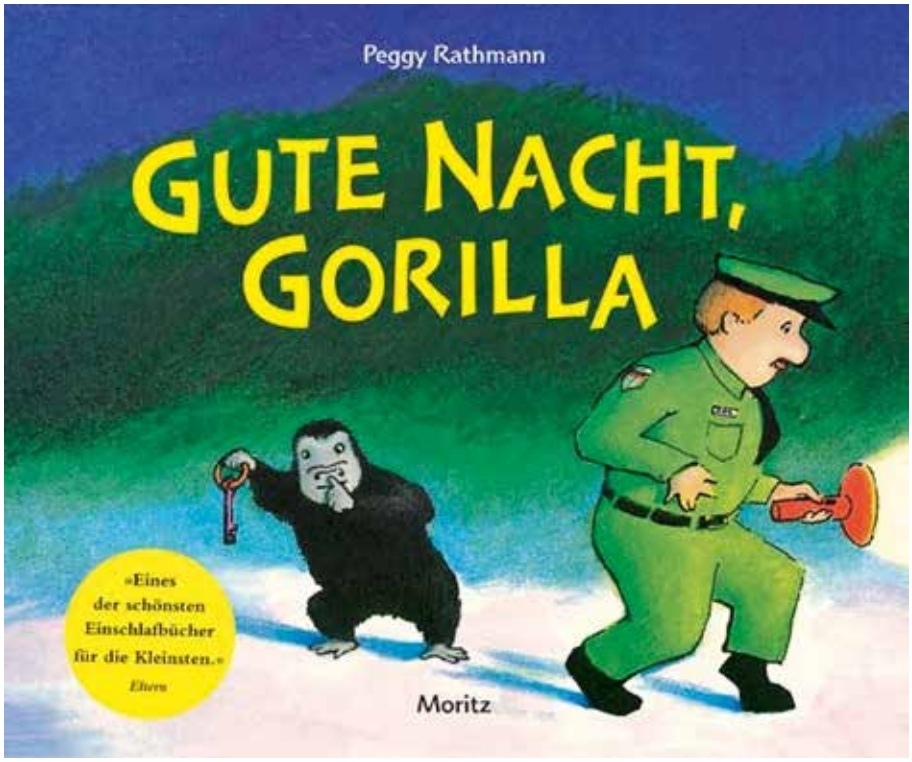
Abschlusskurs Hüftsonografie

Leitung: Dr. med. Thomas Baumann, Solothurn
Ort: Solothurn
Datum: 25./26. November 2016
Kosten: CHF 800.– für Mitglieder (CHF 900.– für Nichtmitglieder)

Refresherkurs Hüftsonografie

Leitung: Dr. med. Thomas Baumann
Ort: Solothurn
Datum: 26. November 2016
Kosten: CHF 300.– für Mitglieder (CHF 400.– für Nichtmitglieder)

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



DAS GUTE KINDERBUCH

«Gute Nacht, Gorilla» von Peggy Rathemann

DR. MED. STEFANIE GISSLER WYSS,
NEUENDORF

Bei der Beratung über die Wichtigkeit des Einschlafrituals bei Kleinkindern kann ein Hinweis auf dieses Buch für etliche Eltern und Kinder ein Ritual einleiten, das lange anhalten kann.

Dieses einfache Kartonbuch mit 32 Seiten lässt sich Abend für Abend als 5 Minuten-Gute-Nachtgeschichte erzählen, ohne langweilig zu werden. Es kommen darin keine 10 Worte vor. Die Bilder sind einfach, bunt, aber doch voller versteckter Details, sodass sie bereits Kleinkinder im 2. Lebensjahr, aber auch grössere Kinder noch ansprechen.

Die Geschichte selbst handelt von einem Ritual, indem der Zoowärter an den Gehegen vorbeigeht und den Tieren eine gute Nacht wünscht. «Gute Nacht Gorilla, gute Nacht Elefant, gute Nacht Giraffe…» Der freche Gorilla aber stiehlt ihm unbemerkt den Schlüsselbund und befreit ein Tier nach dem andern. Hinter seinem Rücken gehen sie mit bis in sein Schafzimmer und legen sich hin. Der freche Gorilla legt sich sogar ins Bett neben seine Frau. Der Tierwärter, der von allem nichts merkt, löscht das Licht und seine Frau wünscht ihm eine «Gute Nacht». Auf dem dunklen Bild antworten jetzt nur sieben weisse Sprechblasen «Gute Nacht». Auf der folgenden Seite – der Lieblingsseite meiner 3-jährigen Nichte – sind gar nur zwei weisse verdutzte aufgerissene Augen auf schwarzem Hintergrund. Die Frau des Tierwärters schimpft jedoch nicht wie erwartet, sondern nimmt den Gorilla an der Hand und führt alle Tiere zurück in ihre Gehege und geht zurück ins Bett. Nur der Gorilla und seine Freundin, eine verschmitzte Maus, schaffen es abermals, unbemerkt wieder neben sie unter die Decke zu schlüpfen und flüstern ganz leise «Gute Nacht»!

Das Buch spricht Kinder an, da schon ganz Kleine den Witz realisieren. Aber auch das Gefühl des Affen, unbemerkt in ein warmes Bett zu schlüpfen, kennen sie vom Elternbett.

Meiner Meinung nach eines der besten Kinderbücher überhaupt. ■

ISBN 978-3-89565-177-9
16. Auflage, (Ersterscheinung 1994 USA)
Moritz-Verlag GmbH



Zielgerichteter Einsatz von Antibiotika

Strep A und CRP Bestimmung auf einem Gerät

Schnelldiagnose mit dem QuikRead go® POC System

- Qualitativer Nachweis einer Streptokokken-A-Pharyngitis in max. 4 Minuten
- CRP Messungen mit nur 10 µl Vollblut in 2 Minuten
- Tests müssen nicht gekühlt werden und gestatten sofortigen Einsatz
- Ergebnisse werden automatisch gespeichert, wenn gewünscht mit Patienten- und Benutzer-ID
- Anschlussmöglichkeiten an IT-Systeme erhöhen die Zuverlässigkeit und Ergebnisverwaltung
- **Ohne Geräteinvestition, mittels AnalysenAbo**



QuikRead go® ist ein eingetragenes Warenzeichen der Orion Diagnostica Oy.

©2016 Roche

Roche Diagnostics (Schweiz) AG
6343 Rotkreuz

Erfahren Sie mehr und nehmen Sie an der Verlosung teil – gewinnen Sie für Ihr Wartezimmer ein Plüschtier «Sorgenfresser».

www.roche-diagnostics.ch/de/verlosung

ORION DIAGNOSTICA

Roche



DEM GEHEIMNIS DER MUTTERMILCH AUF DER SPUR

SPEZIALISTEN WELTWEIT BESTÄTIGEN:

Protein wird als eine der wichtigsten Komponenten der Muttermilch angesehen.[1]

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.

1 Research on breast milk components, March 2014, Russia, Mexico, Brazil, France, China.

Nestlé
Für einen guten Start ins Leben.