

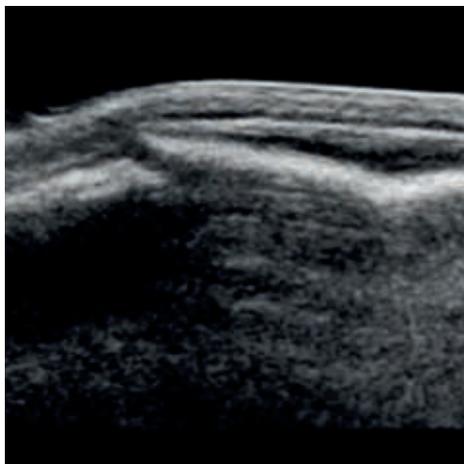


02/2016

www.kinderaerzteschweiz.ch info@kinderaerzteschweiz.ch



Das Programm
zur Jahrestagung 2016
«Herausforderung
Kinderschutz»



Unfälle in der Praxis

Commotio cerebri
Verbrennungen
Frakturdiagnostik



Auf Basis aktueller Erkenntnisse unserer ENP¹-Forschung zur Prägung durch frühkindliche Ernährung und mehr als 40 Jahren Wissen über Muttermilch setzen wir **einen neuen Standard für Milchnahrungen**.

Eine einzigartige Nährstoffkombination und der höchste LCPs²-Gehalt aller Säuglingsmilchnahrungen³ bringen nachhaltige Vorteile auf die Entwicklung von Stoffwechsel^{4,6}, Immunsystem⁷ und Gehirn⁸.

Aptamil Profutura – Heute für morgen

NUR ERHÄLTlich IN APOTHEKEN UND DROGERIEN



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

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



Erfahren Sie mehr auf www.aptaclub.ch



CARSTEN PETERS

Liebe Leserin, lieber Leser

Der Sommeranfang klopft an die Tür, die Velos sind aus den Kellern geholt, die Trampoline in den Gärten montiert und die Bäume laden zum Klettern ein. Wir freuen uns, wenn sich Kinder viel und in der Natur bewegen. Die Kehrseite der Aktivitäten spüren wir in den Praxen, die Zahl der Unfälle nimmt in der Regel im Sommer zu. Nach dem Themenheft «Kinderchirurgie» (01/2015) setzen wir dieses Mal den Umgang mit kleineren und grösseren Unfällen in den Mittelpunkt. Zum Thema Commotio haben wir landauf, landab verschiedene Praxispädiaterinnen über ihr Management der Commotio, aber auch den Spezialisten Marc Schumacher befragt. Anna Bewer weiss von einer Kuriosität zu berichten und Johannes Greisser, Michael Walther und Raoul Schmid empfehlen uns einmal mehr die Ultraschalldiagnostik bei einfachen Frakturen.

Zur Standespolitik: Ob die Tarmed-Revision auch als schwerer Unfall eingestuft werden muss oder als perfektes therapeutisches Ergebnis gefeiert werden darf, werden wir sehen... Unser direkter Draht in den MFE-Vorstand und zur Tarifikussion sind Heidi Zinggeler und Rolf Temperli. Und Vorstandsmitglied Jan Cahlik engagiert sich mit anderen für die Verbesserung der Impfstoffversorgung. Offensichtlich ist langsam Licht am Horizont zu erkennen.

Die Redaktionskommission hirnt immer wieder an Themen und seit kurzem auch an Themenheften, die spannend und hilfreich für die tägliche Praxisarbeit sind. Gerne nehmen wir auch Ideen und Vorschläge aus den Reihen der Leserinnen und Leser auf. Wir wollen schliesslich den Puls unserer Leserschaft spüren...

Ein herzliches Dankeschön gilt allen inner- und ausserhalb der Redaktionskommission, die zu diesem Heft beigetragen haben.

Viel Spass beim Lesen

Carsten Peters



Nicht auf dem Corcovado in Rio de Janeiro, sondern auf dem Uetliberg trafen sich der Vorstand und die Geschäftsstelle am 14. April 2016, um während eines reichbefrachteten Tages aktuelle und zukünftige Aufgaben von KIS zu besprechen.

Hintere Reihe v.l.n.r.: Jan Cahlik, Andrea Hohl, Heidi Zinggeler Fuhrer.

Vordere Reihe v.l.n.r. Dominik Bissig, Raffael Guggenheim, Rolf Temperli.

Foto: Daniel Brandl



Mehr Schutz von klein an.

Unser innovatives Impfstoff-Portfolio hilft vor Erkrankungen durch Pneumokokken¹, Meningokokken C² und der durch Zecken übertragenen Frühsommer-Meningoenzephalitis³ (FSME) zu schützen.

Prevenar 13[®]

AB 6 WOCHEN
BIS 5 JAHRE¹

NeisVac-C

AB 2 MONATEN²

FSME
immun
Unsere Erfahrung. Ihr Vorteil.

AB 1 JAHR³ /
AB 16 JAHREN⁴

Kürzte Fachinformationen:

Prevenar 13[®] (13-valenter Pneumokokken-Konjugatimpfstoff, Pneumokokkenpolysaccharide der Serotypen 1, 3, 4, 5, 6A, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19A, 19F, 23F und CRM₃₅-Trägerprotein). **I:** Aktive Immunisierung zur Prävention von invasiven Erkrankungen, Pneumonie und akuter Otitis media, die durch *Streptococcus pneumoniae* verursacht werden, bei Säuglingen und Kindern im Alter von 6 Wochen bis 5 Jahren. **D:** Säuglinge im Alter von 6 Wochen–6 Monaten: 3 Dosen im Abstand von mind. 1 Monat, erste Dosis normalerweise im Alter von 2 Monaten, mit vierter (Booster-)Impfung im Alter von 11–15 Monaten. Im Rahmen eines Standard-Impfprogramms alternatives Impfschema möglich: erste Dosis ab einem Alter von 2 Monaten, die zweite Dosis 2 Monate danach, mit dritter (Booster-) Dosis im Alter von 11–15 Monaten. Frühgeborene Säuglinge: Grundimmunisierung mit 3 Dosen im Abstand von mind. 1 Monat, erste Dosis normalerweise im Alter von 2 Monaten (möglich bereits im Alter von 6 Wochen), mit vierter (Booster-)Impfung im Alter von 11–15 Monaten. Ungempfte Säuglinge im Alter von 7–11 Monaten: 2 Dosen im Abstand von mind. 1 Monat sowie eine 3. Dosis im zweiten Lebensjahr; unempfte Kinder zwischen 12 und 23 Monaten: 2 Dosen im Abstand von mind. 2 Monaten; unempfte Kinder zwischen 24 Monaten und 5 Jahren: 1 Dosis. **KI:** Überempfindlichkeit gegen einen der Wirkstoffe, einen der sonstigen Bestandteile oder gegen Diphtherie-Toxoid. Schwere akute febrile Erkrankungen. **VM:** Nicht intravaskulär verabreichen. Überwachung u. geeignete med. Versorgung für seltenen Fall der anaphylaktischen Reaktionen gewährleisten. Nutzen-Risiko Abwägung bei Thrombozytopenie und Koagulationsstörungen. Prevenar 13 schützt ausschließlich gegen *Streptococcus pneumoniae*-Serotypen, die im Impfstoff enthalten sind. Über die Impfung in Hochrisikogruppen sollte individuell entschieden werden, spezifische Daten für Prevenar 13 liegen bislang nicht vor. Apnoerisiko bei Verabreichung an extrem Frühgeborene (geboren \leq 28. SSW) gegeben, respiratorische Überwachung erwägen. Antipyretikagabe entsprechend nationalen Behandlungsstandards empfohlen. **IA:** Kann gleichzeitig mit gängigen anderen pädiatrischen Impfstoffen unter Berücksichtigung des Schweizer Impfplans verabreicht werden. **UW:** Verminderter Appetit, Fieber, Reizbarkeit, Erythem, Verhärtung/Schwellung, Schmerz/Berührungsempfindlichkeit an der Injektionsstelle; Schläfrigkeit; mangelhafte Schlafqualität, Krampfanfälle (einschliesslich Fieberkrämpfe) u.a. **P:** 1 x 0,5 ml und 10 x 0,5 ml Suspension in Fertigspritze. Verkaufskategorie B. **Zulassungsinhaber:** Pfizer AG, Schärenmoosstrasse 99, 8052 Zürich. Ausführliche Informationen siehe Arzneimittel-Fachinformation unter www.swissmedinfo.ch. (FI V023)

NeisVac-C[®] (*Neisseria meningitidis* Serogruppe C (Stamm C11) Polysaccharid (de-O-acetyliert) konjugiert an Tetanustoxoid). **I:** Aktive Immunisierung von Kindern ab dem vollendeten 2. Lebensmonat, Jugendlichen und Erwachsenen zur Prävention invasiver, durch *Neisseria meningitidis* der Serogruppe C verursachter Erkrankungen. **D:** Primärimmunisierung: Säuglinge von 2 bis 4 Monaten (15 Wochen): Zwei Dosen à je 0,5 ml im Abstand von mindestens 2 Monaten. Säuglinge von 4 Monaten (16 Wochen) bis 12 Monaten: Eine Dosis à 0,5 ml. Oder alternativ für Kinder ab dem 2. bis zum vollendeten 12. Lebensmonat: 3 Dosen zu je 0,5 ml, die 1. Dosis nicht vor dem vollendeten 2. Lebensmonat, die 2. und 3. Dosis jeweils im Abstand von mindestens einem Monat. Kinder ab dem vollendeten 1. Lebensjahr, Jugendliche und Erwachsene: Eine Dosis à 0,5 ml. Auffrischung: Nach vollständiger Grundimmunisierung bei Säuglingen ist eine Booster-Impfung im Alter von 12–13 Monaten empfehlenswert, allerdings nicht früher als 6 Monate nach der letzten Impfung der Grundimmunisierung. Die geltenden nationalen Impfpfehlungen gemäss dem aktuellen Schweizerischen Impfplan sind zu beachten. **KI:** Überempfindlichkeit gegen Bestandteile des Impfstoffes, akute schwere febrile Erkrankungen. **VM:** Nicht intravaskulär oder subkutan verabreichen. Überwachung u. geeignete med. Versorgung für seltenen Fall der anaphylaktischen Reaktion gewährleisten. Vorsicht bei Gerinnungsstörungen oder bei Patienten unter antikoagulatorischer Medikation, bei sehr unreifen Frühgeborenen (Apnoerisiko). Bei Personen mit geschwächter Immunabwehr kann Bildung schützender Antikörper eingeschränkt sein oder ausbleiben. Verschiebung der Impfung bei akuten klinischen Symptomen (mit/ohne Fieber). **IA:** Die Verabreichung von NeisVac-C beeinträchtigt überwiegend nicht die Immunantwort auf Diphtherie- und Tetanustoxoide, Hib-Konjugat-Impfstoffe, IPV, azelluläre Pertussis-Impfstoffe, Ganzkeim Pertussis-Impfstoff (wP), MMR-Impfstoffe oder 13-valenten Pneumokokken-Konjugatimpfstoff. Darf nicht zusammen mit anderen Impfstoffen in einer Spritze verabreicht werden. **UW:** Erwachsene: Kopfschmerzen, Reaktionen an der Injektionsstelle (inkl. Druckschmerz/Schmerz, Schwellung und Erythem), Erbrechen, Myalgie, Unwohlsein, Fieber u.a.; Kinder: Kopfschmerzen, Reaktionen an der Injektionsstelle (inkl. Druckschmerz/Schmerz, Schwellung und Erythem), Ermüdung u.a.; Säuglinge/Kleinkinder: verminderter Appetit, Weinen, Sedierung/Somnolenz/Ernüdung, Schlafstörungen, Erbrechen, Reizbarkeit, Fieber, Reaktionen an der Injektionsstelle (inkl. Druckschmerz/Schmerz, Schwellung, Erythem und Induration), Pharyngitis/Rhinitis, Agitiertheit/Unruhe (beeinträchtigt Schlaf), Diarrhoe, Ausschlag, Hyperhidrosis u.a. **P:** 1 x 0,5 ml und 10 x 0,5 ml Injektions Suspension in Fertigspritze. Verkaufskategorie B. **Zulassungsinhaber:** Pfizer AG, Schärenmoosstrasse 99, 8052 Zürich. Ausführliche Informationen siehe Arzneimittel-Fachinformation unter www.swissmedinfo.ch. (V003)

FSME-Immun[®] CC (Frühsommer-Meningoenzephalitis-(FSME)-Virus (inaktiviert)) **I:** Aktive (prophylaktische) Immunisierung gegen die durch Zecken übertragene Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) bei Personen ab dem vollendeten 16. Lebensjahr, die sich dauernd oder vorübergehend in FSME-Endemiegebieten aufhalten. **D:** Grundimmunisierung: 3 Dosen à 0,25 ml i.m.: 1. Teilimpfung am Tag 0, 2. Teilimpfung 1–3 Monate nach 1. Teilimpfung, 3. Teilimpfung 5–12 Monate nach 2. Teilimpfung. Schnellimmunisierungsverfahren möglich: 1. Teilimpfung am Tag 0, 2. Teilimpfung nach 14 Tagen, 3. Teilimpfung 5–12 Monate nach 2. Teilimpfung. **Auffrischung:** 1. Auffrischungsimpfung 3 Jahre nach letzter Impfung, alle weiteren Auffrischungsimpfungen 5 Jahre nach letzter Impfung. **KI:** Überempfindlichkeit auf den Wirkstoff, auf einen der Hilfsstoffe, oder auf Produktionsrückstände, schwere Überempfindlichkeit auf Ei- und Hühnerweiss. Kreuzallergien mit anderen Aminoglykosiden als Neomycin und Gentamycin beachten. Akute febrile Infekte. **V:** Nicht intravaskulär verabreichen. Überwachung u. geeignete med. Versorgung für seltenen Fall einer anaphylaktischen Reaktion gewährleisten. Vorsicht bei Allergie gegen Hühnerweiss, bei bekannter oder vermuteter Autoimmunerkrankung, zerebraler Erkrankung, Epilepsie (erhöhte Frequenz von Krampfanfällen). Bei Personen mit geschwächter Immunabwehr kann Immunantwort beeinträchtigt sein. Falsch positive Ergebnisse möglich bei serologischen Tests zur Bestimmung der Notwendigkeit einer Auffrischung. Verschiebung der Impfung bei akuten klinischen Erkrankungen (mit/ohne Fieber). **IA:** Es liegen keine Studien zu Wechselwirkungen mit anderen Impfstoffen vor. **UW:** Schmerzen und Spannungsgefühl an der Injektionsstelle, Kopfschmerzen, Übelkeit, Myalgie, Arthralgie, Müdigkeit, allgemeines Krankheitsgefühl u.a. **P:** 1 x 0,5 ml und 10 x 0,5 ml Suspension zur i.m. Injektion in Fertigspritze. Verkaufskategorie B. **Zulassungsinhaber:** Pfizer AG, Schärenmoosstrasse 99, 8052 Zürich. Ausführliche Informationen siehe Arzneimittel-Fachinformation unter www.swissmedinfo.ch. (V001)

FSME-Immun[®] 0.25 ml Junior (Frühsommer-Meningoenzephalitis-(FSME)-Virus (inaktiviert)) **I:** Aktive (prophylaktische) Immunisierung gegen die durch Zecken übertragene Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) bei Kindern vom vollendeten 1. Geburtstag bis zum vollendeten 16. Geburtstag, die sich dauernd oder vorübergehend in FSME-Endemiegebieten aufhalten. **D:** Grundimmunisierung: 3 Dosen à 0,25 ml i.m.: 1. Teilimpfung am Tag 0, 2. Teilimpfung 1–3 Monate nach 1. Teilimpfung, 3. Teilimpfung 5–12 Monate nach 2. Teilimpfung. Schnellimmunisierungsverfahren möglich: 1. Teilimpfung am Tag 0, 2. Teilimpfung nach 14 Tagen, 3. Teilimpfung 5–12 Monate nach 2. Teilimpfung. **Auffrischung:** 1. Auffrischungsimpfung 3 Jahre nach letzter Impfung, alle weiteren Auffrischungsimpfungen 5 Jahre nach letzter Impfung. **KI:** Überempfindlichkeit auf den Wirkstoff, auf einen der Hilfsstoffe, oder auf Produktionsrückstände, schwere Überempfindlichkeit auf Ei- und Hühnerweiss. Kreuzallergien mit anderen Aminoglykosiden als Neomycin und Gentamycin beachten. Akute febrile Infekte. **V:** Nicht intravaskulär verabreichen. Überwachung u. geeignete med. Versorgung für seltenen Fall einer anaphylaktischen Reaktion gewährleisten. Vorsicht bei Allergie gegen Hühnerweiss, bei bekannter oder vermuteter Autoimmunerkrankung, zerebraler Erkrankung, Epilepsie (erhöhte Frequenz von Krampfanfällen). Bei Personen mit geschwächter Immunabwehr kann Immunantwort beeinträchtigt sein. Falsch positive Ergebnisse möglich bei serologischen Tests zur Bestimmung der Notwendigkeit einer Auffrischung. Verschiebung der Impfung bei akuten klinischen Erkrankungen (mit/ohne Fieber). **IA:** Es liegen keine Studien zu Wechselwirkungen mit anderen Impfstoffen vor. **UW:** Schmerzen und Spannungsgefühl an der Injektionsstelle, Kopfschmerzen, Übelkeit, Myalgie, Arthralgie, Müdigkeit, allgemeines Krankheitsgefühl (bei Kindern von 6–15 Jahren), u.a. **P:** 1 x 0,25 ml und 10 x 0,25 ml Suspension zur i.m. Injektion in Fertigspritze. Verkaufskategorie B. **Zulassungsinhaber:** Pfizer AG, Schärenmoosstrasse 99, 8052 Zürich. Ausführliche Informationen siehe Arzneimittel-Fachinformation unter www.swissmedinfo.ch. (V001)

Referenzen: 1. Prevenar 13[®]: Aktuelle Fachinformation auf www.swissmedinfo.ch 2. NeisVac-C[®]: Aktuelle Fachinformation auf www.swissmedinfo.ch 3. FSME-Immun[®] 0.25ml Junior: Aktuelle Fachinformation auf www.swissmedinfo.ch 4. FSME-Immun[®] CC: Aktuelle Fachinformation auf www.swissmedinfo.ch

Ein paar Fragen an unseren neuen Geschäftsführer Daniel Brandl

INTERVIEW:

DR. MED.

RAFFAEL GUGGENHEIM,
VORSTAND KIS

Wie bist Du eigentlich auf die Stelle bei KIS gekommen?

Mein Partner und ich waren zwanzig Jahre lang Auslandschweizer. Wir haben 16½ Jahre in Neuseeland gelebt und danach 3½ Jahre in Australien. Damit wir unsere Eltern in Zukunft besser unterstützen können, haben wir uns letztes Jahr wieder in der Schweiz angesiedelt. Hier habe ich nun eine neue Herausforderung im Non-Profit-Bereich gesucht und das Inserat von KIS hat mich gleich «elektrisiert» ...

Wieso genau suchtest Du im Non-Profit Bereich?

Ich liebe das Organisieren und Kommunizieren, arbeite gerne mit verschiedensten Menschen zusammen und vernetze sie sehr gerne untereinander. Nach meiner Rückkehr in die Schweiz wollte ich meine Fähigkeiten und Erfahrungen im Rahmen einer sinnvollen Tätigkeit anwenden. Als engagierter und initiativer Geschäftsführer für alle organisatorischen und administrativen Belange eines Berufsverbandes langfristig verantwortlich zu sein, ein kleines Team zu motivieren und zu führen, dem Vorstand und den Mitgliedern als proaktiver Dienstleister zur Seite zu stehen, grosse und kleine Projekte zu organisieren und zu managen, das wünschte ich mir – und genau das fand ich bei KIS. Geschäftsführung liegt mir am Herzen, denn ich habe dies viele Jahre in meiner eigenen Firma erfolgreich gemacht.

Was hast Du denn für eine Firma geführt?

Gleich im Anschluss an meine kaufmännischen Lehre bei einer Handelsfirma in Basel habe ich auf die Reisebranche gewechselt, da mir sowohl die Materie als auch die Organisation von Reisen und die damit verbundene Kundenbetreuung sehr liegt. Ich habe dann viele Jahre bei Kuoni Reisen im Hauptsitz in Zürich gearbeitet, zuerst als Spezialist für USA, Kanada und Alaska, und zuletzt als Abteilungsleiter für individuelle Asienreisen. 1992/1993 nahmen wir uns ein halbes Jahr Auszeit, um eine Weltreise zu machen. Gleich bei Ankunft in Neuseeland haben wir uns Hals über Kopf in das «schönste Ende der Welt» verliebt. Anfang 1995 wagten wir dann den Schritt über den Atlantik und Pazifik und sind nach Auckland gezogen. Nachdem ich einige Erfahrungen in der lokalen Reisebranche gesammelt hatte, eröffnete ich 1997 mein eigenes Reiseunternehmen Dolphin Travel, welches Kunden von Reisebüros in Europa, Nordamerika und Australien betreute. Dies lief sehr gut und machte mir einen riesigen Spass.

... und doch bist Du dann irgendwann auf die Uni gegangen ...

Ja, das Leben lief rund und war befriedigend, meine Beziehung war schön, die Arbeit war erfolgreich, und doch habe ich noch nach etwas Neuem und Ergänzendem gesucht. Ich war – und bin – neugierig auf Menschen. So marschierte ich eines Tages in die Universität von Auckland und verlangte nach einer Ausbildung – so ganz im Stil von Willy Russels «Educating Rita».



Zunächst habe ich als Hobby zwei Semester Psychologie studiert, die aber meinen «Gwunder» auf die Spezies Mensch nur teilweise befriedigt haben. Danach wechselte ich zu Anglistik und Geschichte, die ich dann nach vielen Jahren Teilzeitstudium auch abgeschlossen habe. Und die mir mehr Fragen über die Vielfalt und Komplexität der Menschheit beantwortet haben als die Psychologie.

Was ist «Educating Rita»...?

... ein wunderbares Theaterstück, welches in den 1980er-Jahren mit Michael Caine und der unvergleichlichen Julie Walters verfilmt wurde. Rita ist eine Coiffeuse aus dem Arbeitermilieu, welche an der Volkshochschule von einem eminenten, aber desillusionierten Literaturprofessor unterrichtet wird. In der persönlichen Beziehung erweitern beide ihre Horizonte und lernen voneinander. «Educating Rita» erinnerte mich immer etwas an meine eigene Geschichte. Meine Familie hatte eine Metzgerei im Kleinbasel und ich war der erste, der – wie Rita auf dem zweiten Bildungsweg – je studiert hat. Schon nach den allerersten Vorlesungen in den Geisteswissenschaften «packte» mich der Stoff; die unzähligen Fragen, die da in meinem Kopf explodierten; die vielen intellektuellen und technischen Herausforderungen und natürlich auch der intensive Kontakt mit Menschen, den man dadurch aufbaut. Meine Kollegen, Dozierenden sowie die historischen und rein fiktiven Personen, die ich während meiner Studienjahre kennenlernen durfte, haben mein Leben ungemein bereichert.

Und Du hast ja Dein Studium mit einer interessanten Arbeit abgeschlossen ...

Ja, nach dem Verkauf unserer Firma konnte ich mich ein paar Jahre lang dem nächsten Traum widmen: einem Doktorat in Geschichte, eng an Anglistik angelehnt. Meine Dissertation untersuchte die Geschichte und Geschichten von männerliebenden Männern, die in der Zwischenkriegszeit nach Berlin gereist sind. Berlin war von 1919 bis 1933 ein absoluter Magnet für Homosexuelle. Es gab Hunderte von einschlägigen Bars, Clubs, Restaurants, Hotels und Vereinen; Dutzende von Zeitungen und Zeitschriften sowie eine aktive und vielfältige Emanzipationsbewegung, welche das Thema wissenschaftlicher und sozialer Art politisierte und für rege, öffentlich geführte Diskussionen sorgte. Meiner These nach entstand das, was wir heute eine «schwule Identität» nennen, in Berlin während der Weimarer Republik. Einzelne Reisende haben sich diese revolutionären Ideen zu eigen gemacht und sie in ihre Heimatländer zurückgetragen, um dort später selbst aktiv zu werden. Es war ein Traum, Berge von Gerichtsakten, Geschichtsbüchern, Romanen, Zeitungen und Zeitschriften zu lesen, analysieren und ihnen innerhalb meiner Fragestellung Sinn zu geben.



Was liest Du denn gerne heute?

Ich liebe Geschichten mit gut recherchiertem historischem Hintergrund. Aktuell lese ich Michael Köhlmeiers «Zwei Herren am Strand», in welchem Charlie Chaplin und Winston Churchill eine Freundschaft aufbauen, um sich gegenseitig vor dem Selbstmord zu bewahren. Das Thema Depression ist ein zentraler Punkt dieses mehr erfundenen als faktischen Buches; ein Problem, das für ein eher sonniges Gemüt wie mich selbst recht schwierig zu erfassen ist.

Hast Du denn noch Freizeit neben Deinem Job?

Ich bin bei KIS zu 80% angestellt und arbeite von Montag bis Donnerstag. Ich beginne schon meist um 7 Uhr morgens und manchmal schaffe ich es sogar, um 16 Uhr Feierabend zu machen. Freitags und samstags besuche ich die Fachhochschule Nordwestschweiz in Olten, wo ich für ein Masters of Advanced Studies in Non-Profit und Public Management studiere. Die Sonntage und schulfreien Wochenenden gehören der Familie und unseren Freunden. Und so richtig erholen tun mein Partner

und ich uns in unserer «Sommervilla», unserem Wohnwagen in Kroatien ... der leider allzu häufig auf uns warten muss.

Nach 100 Tagen in Deinem neuen Job die klassische Frage: Was hast Du hier vorgefunden und was hast Du schon erreicht?

Ich habe eine sehr gut strukturierte Geschäftsstelle vorgefunden und meine Aufgaben entsprechen dem Stellenbeschrieb und der Beschreibung beim Vorstellungsgespräch; auch wurde ich von der bisherigen Geschäftsführerin Sylvia Locher bestens eingearbeitet. Es freut mich besonders, Bea Kivanc als sehr kompetente und erfahrene Arbeitskollegin an meiner Seite zu haben, mit der ich äusserst harmonisch und produktiv zusammenarbeite. Mit den Präsidentinnen und dem Restvorstand habe ich konstruktive, freundliche und offene Beziehungen aufgebaut und ich erfreue mich der guten und regen Kommunikation innerhalb aller Gremien, in welchen ich mitwirken darf.

Mein Vorsatz war, nichts auf Anhieb zu verändern, was bereits gut läuft, und vor allem für einen nahtlosen, nach aussen kaum bemerkbaren Übergang in der Geschäftsführung zu sorgen. Ich denke, dies ist mir bisher gelungen. Ich konzentriere mich in den ersten zwölf Monaten darauf, die Meilensteine des KIS-Jahres (Januartagung, Vorstandssitzungen, Jahrestagung) und natürlich sowohl das Kurswesen als auch die Herausgabe der Verbandszeitschrift reibungslos ablaufen zu lassen. Natürlich habe ich einige Veränderungen vorgenommen, zum Beispiel an unserer Homepage, die ich als lebendiges und interaktives Instrument und Bindeglied zwischen Vorstand, Geschäftsstelle und Mitgliedern weiterhin schrittweise ausgestalten will. Dort bin ich übrigens für Kommentare und Vorschläge seitens unserer Mitglieder stets sehr dankbar. Intern habe ich im Hintergrund der Homepage für diverse Arbeitsgruppen und für unseren Vorstand sogenannte «virtuelle Büros» eingerichtet, wo mit ein paar Klicks alle notwendigen aktuellen Dokumente gefunden werden können. Dies erleichtert den Gremien und Mitarbeitenden ihre Aufgaben.

Was sind so Deine Visionen für KIS und wie kannst DU dich da einbringen?

Der Historiker in mir sagt natürlich, dass man zuerst wissen muss, wo man herkommt, bevor man klar definieren kann, wo man hingehen will. Ich lerne tagtäglich neue Teile der Geschichte von KIS und seinen Mitgliedern. Ich fand Noldi Bächlers Vortrag von der Jubiläumstagung, welchen wir als Basis zur Erarbeitung zukünftiger Verbandsziele an der diesjährigen Januartagung genommen haben, sehr inspirierend und lehrreich.

Ein klares Problem besteht in der Nachwuchsförderung und ich wünsche mir, dass wir hier zusätzliche Wege finden werden, um den Berufsstand des Praxispädiaters auch für die folgenden Generationen attraktiv zu machen. Nebst berufspolitischen Vorstössen (wie z. B. die Praxisassistenz) ist hier unsere regelmässige Medien- und Öffentlichkeitsarbeit gefordert, in Form einer lebendigen und nützlichen Webseite; eines attraktiven Verbandsorgans; mit Fortbildungen sowie Präsentationen und der Präsenz von KIS-Vertretern an Veranstaltungen, bei welchen wir mit jungen Medizinstudenten (oder sogar schon mit solchen, die es erst werden wollen) erste Kontakte knüpfen können.

Zudem wünsche ich mir eine noch stärkere Einbindung unserer Mitgliedschaft in die Belange unseres Verbandes. Ich möchte weitere Plattformen und Netzwerke schaffen, durch welche Mitglieder mit uns und vor allem auch untereinander kommunizieren, sich auszutauschen und sich gegenseitig fördern können; einerseits innerhalb einer breiteren regionale Vernetzung, andererseits auch vermehrt durch elektronische Medien. Gewisse Belange wurden bereits thematisiert, wie zum Beispiel IT, Praxisübergabe an die nächste Generation, MPA Fortbildung oder Einzelinitiativen. Ich freue mich stets über neue Vorschläge und Vorstösse seitens unserer Mitglieder. Ein Problem kleinerer Organisationen besteht halt immer darin, dass man am liebs-

Letztlich liegt mir auch der Ausbau der Freiwilligen- und Milizarbeit innerhalb von KIS sehr am Herzen.

ten alles machen möchte, sich aber mit beschränkten personellen und finanziellen Ressourcen auf das aktuell Wesentlichste konzentrieren muss. Das heisst nicht, andere Anliegen zu vergessen, sondern sie dann in Angriff zu nehmen, wenn Valenzen bestehen, sie mit der nötigen Sorgfalt anzugehen.

Letztlich liegt mir auch der Ausbau der Freiwilligen- und Milizarbeit innerhalb von KIS sehr am Herzen. Wie schaffen wir es, in einer sich immer schneller drehenden Welt genügend Nachwuchs für unsere Gremien zu finden, um auch in Zukunft als ernstzunehmender, frischer und proaktiver Berufsverband die Anliegen unserer Mitglieder zu vertreten? Hier möchte ich nächstes Jahr innerhalb meiner Masterarbeit gewisse Ideen evaluieren und beleuchten sowie Lösungsansätze ausprobieren und dokumentieren. Ich glaube, ich kann mich in all diesen Gebieten in Drehscheibenfunktion als Planer, Organisator, Kommunikator und Brückenbauer zwischen diversen Stakeholdern einbringen.

Herzlichen Dank für dieses Gespräch. ■

Tag der Hausarztmedizin



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

Seit zehn Jahren ist der 1. April der Tag der Hausarztmedizin. Viele erinnern sich an die eindrückliche Demonstration auf dem Bundesplatz vom 1. April 2006 mit über 12 000 Personen. Unter dem Banner des Forum Praxispädiatrie marschierte auch eine beachtliche Anzahl Pädiater durch die Berner Gassen vor das Bundeshaus. «Ich bin wütend», das Leitmotiv. Unmittelbarer Anlass war die Absenkung des Labortarifs durch den Bundesrat. Es war der Beginn der Politisierung der Hausarztmedizin, von den Medien als «Zeitenwende in der Hausarztmedizin» aufgenommen.

Nach drei Jahren fand am 1. April 2009 eine erneute Demonstration statt, im strömenden Regen und mit weit weniger Teilnehmern. Ein Jahr später, am 1. April 2010, wurde die Initiative «Ja zur Hausarztmedizin» mit 202 256 Unterschriften eingereicht.

Die Initiative wurde zurückgezogen zugunsten eines Gegenvorschlages, der mit dem überwältigenden Mehr von 88% Ja-Stimmen am 14. Mai 2014 angenommen wurde. Seither steht die medizinischen Grundversorgung und die Förderung der Hausarztmedizin und die adäquate Abgeltung ihrer Leistungen in der Verfassung (BV Artikel 117 a). Der Bundesrat setzte den Masterplan zur Unterstützung der Haus- und Kinderärzte in Kraft, Geld wurde zu unseren Gunsten umverteilt. Unterdes-



Demonstration am ersten Tag der Hausarztmedizin (1. April 2006).

sen gibt es an allen fünf Fakultäten Hausarztinstitute, Forschung und Praxisassistenten werden gefördert. Und trotzdem bleibt noch viel zu tun.

Der Tag der Haus- und Kinderarztmedizin soll jedes Jahr auf unsere Anliegen aufmerksam machen. Dieses Jahr fand die Präsentation der Work Force Studie ein grosses mediales Echo. Unterdessen ist der Bevölkerung, den Politikern und den Krankenkassen klar, dass es erheblicher Anstrengungen bedarf, um die patientenzentrierte, qualitativ hochstehende, effiziente und kostengünstige medizinische Grundversorgung aufrechtzuerhalten.

Am 1. April dieses Jahres brachte der Vorstand mfe die Anliegen der Haus- und Kinderärzte unter die Passanten. Ein grosser Stand auf dem Berner Waisenhausplatz zog die Aufmerksamkeit der Bevölkerung auf sich. An zahlreichen Posten (Gesundheitscoaching, Ernährungscheck, Körperstabilität, Alkoholsimulator, Memory Test) wurden Wissen, Erfahrung und Ratschläge ausgetauscht. Viele spannende Diskussionen konnten geführt und die Sorgen der Bevölkerung abgeholt werden. Noch haben viele, welche ihn brauchen, auch einen Hausarzt respektive eine Kinderärztin. 60% der aktuell Praktizierenden werden in den nächsten zehn Jahren ihre Praxis aufgeben. Die Versorgungsfrage muss dringend angegangen werden.

Der Tag der Haus- und Kinderarztmedizin ist fester Bestandteil des Jahreskalenders, jeweils am 1. April. Er soll in den nächsten Jahren in verschiedenen Orten der Schweiz im direkten Kontakt mit der Bevölkerung begangen werden. Wir Ärzte müssen etwas von unserer kostbaren Zeit investieren, wenn wir etwas erreichen wollen. Das kann durchaus auch mit Spass verbunden sein. ■

■ Kernforderungen der Hausärztedemo vom 1. April 2006

Weil die Hausarztmedizin ein zentraler Pfeiler unseres Gesundheitssystems und ein Garant für eine menschliche, kostenbewusste und nachhaltige Grundversorgung ist, fordern die Schweizer Hausärzte:

1. Bessere Arbeitsbedingungen:
 - a. durch Erhaltung und Förderung des Dienstleistungsangebotes
 - b. durch Reduktion des bürokratischen Aufwandes und der Reglementierungen
 - c. durch gleiche Rechte und Chancen in Tariffragen
2. Umfassende Mitspracherechte:
 - a. durch Einbezug in alle gesundheitspolitischen Entscheidungsprozesse
3. Praxisnahe Aus- und Weiterbildungen in Hausarztmedizin
 - a. durch Schaffung von Instituten für Hausarztmedizin an allen Schweizer Fakultäten
 - b. durch Etablierung der Weiterbildung künftiger Hausärztinnen und Hausärzte in Arztpraxen (Praxisassistenten)

mfe

Haus- und Kinderärzte Schweiz
 Médecins de famille et de l'enfance Suisse
 Medici di famiglia e dell'infanzia Svizzera

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

Bei Redaktionsschluss (und mit Sicherheit auch danach) ist das heisseste Eisen im Verband der Haus- und Kinderärzte immer noch die Tarifrevision. Der Entscheid des Vorstandes mfe, bei der Urabstimmung über den revidierten Tarif 7 x Nein zu empfehlen, fand an der Delegiertenversammlung vom 13. Mai breite Unterstützung ohne eine einzige Gegenstimme. Auch die Vorstände von KIS und SGP und viele kantonale und regionale Ärztegesellschaften und Hausärztevereine stellten sich hinter diesen Entscheid. Die Delegierten mfe empfinden den Entscheid als mutig, aber unbedingt nötig. Das von der Eidgenössischen Finanzkommission geforderte und von niemandem widersprochene Hauptziel der Revision war die Besserstellung der medizinischen Grundversorger. Dieses Ziel ist mit dem vorliegenden Tarifvorschlag und der sich katastrophal auswirkenden Normierung zumindest sehr fraglich wenn nicht unmöglich erreichbar.

Bis zum Erscheinen dieses Textes wird das Resultat der FMH-Urabstimmung bekannt sein. Wie immer es ausfällt, muss die Arbeit am Tarif weitergehen. mfe wird weiterhin alles daran setzen, die Besserstellung der Haus- und Kinderärzte zu erreichen. Im Gegensatz zu den Chirurgen und den mit ihnen in der Tarifunion zusammengeschlossenen Radiologen und anderen Fachgesellschaften halten wir die Tarifrevision nicht für gescheitert, sondern lediglich für nicht abgeschlossen. Wird der Tarif angenommen, so wird mfe darauf bestehen, die bekannten Fehler sofort zu korrigieren und den Tarif regelmässig zu pflegen. Wird der Tarif abgelehnt, so müssen sich vorerst die Tarifpartner und das Bundesamt für Gesundheit über die weiteren Schritte klar werden. mfe will einen fairen Tarif, der die Arbeit der Haus- und Kinderärzte richtig abbildet und angemessen entschädigt. Daran arbeiten wir weiter, hartnäckig.

Mit der Fusion der Internisten (SGIM) und Allgemeinmediziner (SGAM) zur neuen Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin SGAIM ist eine neue Ära angebrochen. Die Spitalinternisten müssen sich neu positionieren, die Hausärzte müssen sich – wie die Praxispädiater schon immer – vermehrt mit der Spitalmedizin auseinandersetzen. Die Zusammenarbeitsverträge zwischen mfe und SGAIM müssen neu ausgehandelt werden. Die Qualitätsarbeit soll primär innerhalb der SGAIM vorangetrieben werden, unter spezieller Berücksichtigung der pädiatrischen Anliegen, welche aber von den Pädiatern selbst vertreten werden

müssen. Primary Care, die Verbandszeitschrift von mfe, wurde in Primary and Hospital Care umgetauft. Die Pädiatrie produziert parallel dazu weiterhin ihre eigenen Zeitschriften.

mfe arbeitet intensiv an seinem Grundversorgerkonzept. Es soll die Arbeit der Haus- und Kinderärzte und deren Stellung im Gesundheitswesen beschreiben und als Positionspapier innerhalb der Ärzteschaft und gegenüber allen anderen Anspruchsgruppen dienen. Das Gesundheitswesen ist in Bewegung, Politiker und Ökonomen bestimmen mit, Berufsgruppen definieren sich neu und wollen Aufgaben in der Grundversorgung übernehmen. Das Gesundheitswesen ist eine Wachstumsbranche, an der viele teilhaben wollen. Aufgabenteilung und Aufgabendefinition sind zwingend. Wir erachten es als äusserst wichtig, dass Verantwortlichkeiten klar geregelt sind und der Lead bei den Haus- und Kinderärzten bleibt. Wir wollen unsere Rolle aktiv mitgestalten.

Die neu zusammengesetzte Delegiertenversammlung mfe hat den Vorstand neu gewählt.

Folgende Pädiaterinnen und Pädiater vertreten die Anliegen der Kinder- und Jugendmedizin bei mfe:

Im Vorstand: Heidi Zinggeler Fuhrer, Rolf Temperli
Vertreter von SGP und KIS: Philipp Jenny, Mario Schuhmacher, Ursula Wehrli, Katharina Wyss; Ersatz Andrea Hohl.

Vertreter von Kantonen: Pius Bürki, Franziska Engler, Moreno Malosti, Anne Romanowicz, Stephan Rupp, Harald Schütze, Kerstin Walter, Sibylla Weymann. ■

«Ansichtssache» – die Rotaviren-Impfung

12



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

Allgemein:

Rotaviren verursachen häufig eine Magen-Darm-Infektion. Diese ist sicherlich lästig, doch bei uns – im Gegensatz zu Ländern mit schlechter medizinischer Versorgung – nicht bedrohlich. Dennoch führt sie des Öfteren zur Hospitalisation der Kinder. Rotaviren sind die häufigste Ursache für stationäre Aufenthalte der kleinen Patienten bei einer Magen-Darm-Infektion. In der Schweiz ist dies jährlich 1200–1400 Mal der Fall. Rechnerisch führt jede 54. Rotaviren-Gastroenteritis zu einem Spitalaufenthalt.

Seit einigen Jahren gibt es eine Schluckimpfung gegen Rotaviren (von zwei Anbietern). Diese ist in der Schweiz zugelassen, findet sich aber im Gegensatz zu vielen anderen Ländern nicht im offiziellen Impfplan und wird daher auch nicht von der Grundversicherung übernommen.

Sichtweise:

■ **Praxispädiater:** Die Aufnahme dieser Schluckimpfung würde zu einem neuen und höheren Aufwand bei den Impfaufklärungen führen. Obwohl es sich hier nicht um eine «neue Spritze» handelt, sind viele Kollegen bei einer Impfung, die eine nicht bedrohliche Erkrankung verhindern soll, eher skeptisch. Es gibt gleichzeitig Bedenken, dass dadurch die Impfbereitschaft bei den bisherigen Impfungen leiden könnte («schon wieder etwas Neues»...). Dagegen steht zudem ein für die einzelne Praxis nicht allzu grosser sichtbarer Effekt. Rechnerisch kommt man jährlich auf ca. 1–2 Kinder pro Praxis, die stationär behandelt werden müssen. Weiter hochgerechnet wären es jährlich knapp 100 Krankheitsfälle der betreuten Patienten einer jeden Praxis, wobei nicht alle mit einem Durchfall vorgestellt werden. Macht also auf das ganze Jahr gerechnet geschätzt ein bis zwei Kinder mit einer Rotaviren-Gastroenteritis pro Woche in jeder Praxis....

■ **Kinderkliniken:** Hier machen sich aufgrund der o.g. Zahlen die Rotaviren natürlich deutlich mehr bemerkbar. Über 1000 Fälle pro Jahr – die teilstationären Fälle, bei denen eine Rehydrierung auf den Notfallstationen durchgeführt wird (und die somit aus der Statistik rausfallen) nicht mit einberechnet – spielen für die Spitäler eine bedeutende Rolle. Der Wegfall dieser Erkrankung würde sicherlich eine spürbare Entlastung bringen.

■ **BAG:** Bei einer nicht (lebens-)bedrohlichen Erkrankung spielt bei der Entscheidung, ob eine Empfehlung einer Kostenübernahme durch die Grundversicherung erfolgen soll, der wirtschaftliche Aspekt eine übergeordnete Rolle. Allerdings ist die Grundlage der Kostenberechnung in diesem konkreten Fall nicht ganz transparent (s. u.).

■ **EKIF:** Hier gibt es eindeutige Kriterien, nach denen entschieden wird, ob eine Impfung empfohlen wird (und auf welcher Stufe: Basisimpfung, ergänzende Impfung, Impfung für Risikogruppen, Impfung ohne Empfehlung). Bei der Rotavirenimpfung würde hieraus eine Empfehlung als ergänzende Impfung resultieren, allerdings nur unter der Voraussetzung der Kostenübernahme durch die obligatorische Krankenversicherung.

■ **Impfstoffhersteller:** Diese haben selbstredend ein Interesse an einer Impfeempfehlung und unternehmen einige Anstrengungen, um



dies zu erreichen. Im konkreten Fall hat GSK einen Antrag auf die Aufnahme des Rotavirenimpfstoffs in die SL gestellt und zuvor den Preis für den Impfstoff deutlich gesenkt (nach eigenen Angaben sind die Kosten in der Schweiz die tiefsten in ganz Europa).

Aktueller Stand:

Im Dezember 2015 hat das EDI informiert, dass die Aufnahme in die SL und somit die Kostenübernahme durch die Grundversicherung nicht erfolgt. Begründet wird dies durch nicht gegebene Kosteneffektivität. Offensichtlich wurde dies allerdings aufgrund eines einzelnen Gutachtens entschieden, deren Einzelheiten nicht öffentlich bekannt sind. Wahrscheinlich wurden darin aber nur direkte (Spital-)Kosten berücksichtigt – also keine ambulanten sowie teilstationären (Klinikambulanzen) Kosten. Ebenfalls unberücksichtigt blieben wohl auch die indirekten Kosten (Betreuungskosten der Eltern, Verdienstausschlag, ...). Uns steht also eine effektive und sichere Schluckimpfung zur Verfügung, die in den meisten Nachbarländern zum offiziellen Impfplan dazugehört und dort inzwischen auch einen deutlichen positiven Effekt zeigt. Sie wird bei uns aber nicht empfohlen (auch als ergänzende Impfung nicht) und wird daher auch nicht von den Grundversicherungen übernommen (Zweiklassenmedizin?). Aus diesem Grund erwägt die EKIF den Antrag auf Einsichtnahme in die entsprechenden Gutachten und ggf. eine Neubewertung der Daten durch einen neutralen Gutachter. GSK bietet inzwischen ab dem 1. April 2016 trotz des abgelehnten Kostenübernahmeantrags den Impfstoff zu einem günstigeren Preis an.

Abschliessend bleibt es natürlich jedem selbst überlassen, wie man mit dieser Situation in der Praxis umgeht. Auf der einen Seite würde mit dieser Impfung ein (neuer) zusätzlicher Aufwand entstehen, deren Effekt man in der einzelnen Praxis alleine kaum merkt – zudem sie aktuell aus wirtschaftlichen Gründen nicht allen Kindern zur Verfügung steht. Dagegen könnte man schweizweit etlichen Kindern stationäre Aufenthalte ersparen, die Kinderkliniken entlasten und (wahrscheinlich) für die Allgemeinheit Kostenersparnisse bewirken. Grundsätzlich begrüssen wir als Kinderärzte natürlich jede Möglichkeit, welche Kindern Erkrankungen erspart. Allerdings erwarten wir gleichzeitig die Unterstützung der offiziellen Stellen (z. B. BAG, EKIF) – das heisst konkret: die Kostenübernahme durch die Grundversicherung sowie eine eindeutige Empfehlung bei nachgewiesenen wirksamen Massnahmen. ■

Fazit des Vorstandes Kinderärzte Schweiz:

Prinzipiell begrüssen wir Kinderärzte natürlich alle sinnvollen Massnahmen, die Kinder vor Krankheiten schützen. Dazu gehören insbesondere Impfungen. Die zunehmende Verkomplizierung der Impfeempfehlungen in der Schweiz erschwert die Beratung der Eltern und verunsichert diese massiv. So gibt es in gewissen Kantonen noch obligatorische Impfungen. Unter den empfohlenen und von den Krankenkassen bezahlten Impfungen wird zwischen den Grundimpfungen und den ergänzenden Impfungen unterschieden. Andere Impfungen werden nur vergütet, wenn sie im Rahmen von kantonalen Programmen erfolgen. Es gibt empfohlene, aber nicht vergütete Impfungen sowie vergütete, aber nur in spezielle Situationen empfohlene; zudem solche, die zwar im benachbarten Ausland Teil des üblichen Impfprogramms sind, nicht aber in der Schweiz... Wen wundert es, wenn die Bevölkerung kritisch ist und bleibt? Kinderärzte Schweiz fordert einmal mehr eine einfache und von allen verständliche Impfeempfehlung. Selbstverständlich kann im einzelnen Fall auch individuell entschieden werden. Als wirksam und für die hiesige Bevölkerung nützlich erachtete Impfungen sollen ins Impfprogramm aufgenommen und von der Krankenkasse vergütet werden. Auf die aufwändigen und hinderlichen kantonalen Programme ist zu verzichten.

Ein Besuch in Wavre (GSK-Impfstoffzentrale)

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

Wavre in Belgien ist das Welthauptquartier der Impfstoffabteilung von GSK. In den letzten Jahren wurde dort ein modernes Firmengelände aufgebaut, auf dem ca. 6000 Menschen arbeiten. Dort wird geforscht und produziert, gleichzeitig ist dort die Hauptverwaltung der Impfstoffsparte. Dieses relativ neue Gelände ist nur wenige Kilometer von der ehemaligen Zentrale in Rixensart entfernt, wo auch noch ca. 3000 Menschen beschäftigt sind.

Am 10. März 2016 besuchten Vertreter des KIS-Vorstandes (überrigens alle ohne jegliche Sponsorengelder auf eigene Kosten) diese Zentrale in Wavre. Wir waren Mitglieder einer Delegation, die von Vertretern des BAG, BWL und SGP vervollständigt wurde. Diese Firmenbesichtigung erfolgte auf Einladung von GSK Schweiz und wurde von deren Geschäftsführer, dem Leiter der Impfstoffabteilung sowie dem Verkaufsleiter begleitet. Neben der Führung durch das Werksgelände waren der Meinungs- und Informationsaustausch mit Vertretern der weltweiten GSK-Leitung Hauptprogrammpunkte des Aufenthalts in der Nähe von Brüssel. Es war das erste Mal, dass eine Diskussionsveranstaltung, bei der Vertreter eines Landes (die massgeblich an Impfprogrammen beteiligt sind) sowie die Firmenleitung des Impfstoffherstellers beteiligt waren, durchgeführt wurde.

Auch wenn die Vorträge und Diskussionen mit einigen führenden Vertretern der Firma stattfanden (unter anderem dem Leiter der weltweiten Impfstoffherstellung sowie dem medizinischen Leiter der GSK Impfstoffsparte), ergaben sich erwartungsgemäss keine grundlegend neuen Gesichtspunkte. Es wurde bestätigt, dass es weiterhin einen Mangel an der Pertussiskomponente gibt, was noch einige Zeit die Verfügbarkeit aller Kombiimpfstoffe mit Keuchhustenanteil gefährden könnte. Hier ist allerdings eine Besserung in Sicht, denn in Wavre ist ein komplett neues Produktionsgebäude für ausschliesslich diesen Impfstoffanteil praktisch fertiggestellt. Aktuell müssen nur noch die üblichen Testläufe durchgeführt werden, bevor in der zweiten Jahreshälfte die Produktion anlaufen kann.

Bei den Fragen nach den Ursachen erklärten die Verantwortlichen, dass die Planung äusserst schwierig ist. Es wurde allerdings klar, dass in der Vergangenheit der Bedarf an gewissen Produkten intern von GSK aus verschiedensten Gründen falsch (zu niedrig) eingeschätzt wurde. Aufgrund der ca. 18 Monate dauernden Produktionskette ist es dann schwierig bis unmöglich, eine rasche Nachbesserung zu erreichen.

Gleichzeitig wurde aber auch verständlich, dass Anforderungen von aussen die Produktion (unnötig?) erschweren. Hier wären zunächst die auch heutzutage noch ständig zunehmenden Tests zu nennen. Es stellt sich die Frage, wie viele neue Prüfverfahren für bereits jetzt sehr gute und sichere Impfstoffe noch nötig sind. Zudem ist es so, dass es neben den ca. 90% standardisierten – von allen Kunden verlangten und akzeptierten – Testverfahren noch zusätzlich etwa ein Zehntel sehr variabler Sicherheitsanforderungen gibt. Praktisch jedes Land «darf» sich etwas wünschen. Diese «Individualität» erschwert wesentlich die Produktion und kostet viel Zeit. Auch die Tatsache, dass es sehr viele äussere Vorstellungen gibt, erschwert die Flexibilität der Lieferungen. Es ist nicht so, dass die Impfstoffe für alle Länder bis zum Schluss auf der gleichen Produktionslinie laufen, und im letzten Schritt der Beipackzettel in der entsprechenden Sprache hinzugefügt wird. Die verschiedensten Wünsche hinsichtlich der Spritze, der Verpackung, der Nadel, der



Aufkleber usw. erfordern, dass bereits früh in der Produktion festgelegt werden muss, für welches Land der entsprechende Impfstoff bestimmt ist. Somit ist es sehr schwierig, am Ende der Produktion eine Änderung durchzuführen: also bei Bedarf den Überschuss eines Landes in ein anderes Land mit Engpässen zu liefern.

Bei allem Verständnis für die Schwierigkeiten bei der Planung und der Produktion eines biologischen Medikamentes wie einer Impfung ist es sicherlich so, dass bei GSK (vermeidbare?) Fehler gemacht wurden, die zum Teil die Impfstoffknappheit mitverursacht haben. Wir konnten aber erkennen, dass sich die Firma sehr bemüht, diese Probleme wieder in den Griff zu bekommen. Gleichzeitig scheint sie erkannt zu haben, wie wichtig der Kontakt und Austausch mit dem (End-)Kunden ist. Dies kann zwar keine kurzfristigen Lösungen ermöglichen: Aber nur wenn man beide Seiten sieht und versteht, kann man gemeinsam nach Verbesserungsmöglichkeiten für die Zukunft suchen. Dazu gehört auch die Feststellung, dass die verantwortlichen Institutionen der Abnahmeländer (wie auch zum Beispiel das BAG oder Swissmedic) versuchen müssen, unnötige Ursachen für Verzögerungen zu beseitigen – es muss doch nicht sein, dass die Zulassungsstellen aus z. B. Lettland, der Schweiz, Finnland oder USA landesspezifisch zusätzliche und unterschiedliche Prüfverfahren verlangen.

Es gibt also auf allen Seiten Möglichkeiten, Verbesserungen anzugehen. Uns (als eher kleinem Partner) bleibt dabei die Aufgabe, immer wieder nachzuhaken sowie auf Probleme aufmerksam zu machen und damit vielleicht etwas Sinnvolles anzustossen. Dazu war der Besuch in Wavre ein kleiner Schritt.

Die aktuelle Situation stellt sich wie folgt dar: Abgesehen vom 5-fach-Impfstoff (für Mitte des Jahres geplant) hat sich die Situation im Moment beruhigt. Wenn es nicht zu unerwarteten Produktionsproblemen kommt, so sollte es bis Ende 2016 keine wesentlichen Lieferschwierigkeiten mehr geben. Die Vorhersage für 2017 ist (angeblich) noch nicht möglich, doch bis Ende des kommenden Jahres wird die neue Produktionsanlage für die Pertussiskomponente vollständig arbeiten, so dass es spätestens dann eine (anhaltende?) Stabilisierung der Liefersituation geben sollte (ganz unabhängig vom Stand der geplanten Impfstoffpflichtlager). ■

Commotio cerebri: Im Spital bleiben? Ist das wirklich nötig?

Kopf angeschlagen, einmal erbrochen und etwas Kopfschmerzen – muss mein Kind deswegen tatsächlich im Spital übernachten? Für viele Eltern ist der ärztliche Reflex der stationären Commotio-Überwachung nicht immer nachvollziehbar. Doch wie notwendig ist die Hospitalisation zur Überwachung tatsächlich? Und: Vor 30 Jahren lagen die Kinder mit ihrer Gehirnerschütterung 10–14 Tage im abgedunkelten Zimmer. Sollten sie das heute immer noch tun?



DR. MED.
MARC SCHUMACHER,
LEITENDER ARZT
KINDERCHIRURGIE,
STADTSPITAL TRIEMLI,
ZÜRICH

Grundlagen

Die Commotio cerebri ist eine im Kindesalter sehr häufige Diagnose. Als Synonym wird der Begriff «Schädel-Hirn-Trauma (SHT) Grad 1» verwendet, dies in Abgrenzung zum SHT Grad 2 (Contusio cerebri) und zum SHT Grad 3 (Compressio cerebri). Im angelsächsischen Raum kommt auch der Begriff «mild traumatic brain injury» zur Anwendung und wird oft synonym zur «concussion» gebraucht. Definitionsgemäss können bei der Commotio weder radiologische noch morpho-pathologische Korrelate zur auffälligen Neurologie gefunden werden. Das heisst, dass in konventionellen Schnittbildverfahren (CT/MRI) keine Kontusionsherde, Blutungen oder andere Auffälligkeiten zur Abbildung kommen. Es sind auch keine durch die üblichen Verfahren der morphologischen Untersuchung fassbaren Verletzungen von Axonen vorhanden. In funktionellen Untersuchungen (SPECT/PET) können sich jedoch hyperaktive Areale, welche wohl mit Läsionen von Neurofilamenten im Nanobereich korrelieren, zeigen. Solche Untersuchungen sind aber vor allem von wissenschaftlichem Interesse und spielen im Alltag keine Rolle [1].

Diagnostik

Diagnostisch ist wichtig zu wissen, dass eine Bewusstlosigkeit nicht zwingend zu den Symptomen einer Commotio gehören muss. Ein stumpfes Kopftrauma gefolgt von Kopfschmerzen, Verwirrtheit, Schwindel und Amnesie für das Ereignis reichen für die Diagnose [2]. Diese Symptome können sofort nach dem Trauma oder auch mit einigen Minuten Verzögerung auftreten. In der Aufzählung fehlen absichtlich die Nausea und das Erbrechen, welche zwar häufig, aber ebenfalls nicht obligat sind. Ein GCS <14 und vor allem eine Bewusstlosigkeit von länger als 10 Minuten sowie pathologische, insbesondere fokale neurologische Befunde und Krampfanfälle sollten zu einer Schnittbildgebung, in der Regel einem CT, falls sofort erhältlich noch besser einem MRI, führen. Bei solchen klinischen Befunden besteht ein stark erhöhtes Risiko für Blutungen oder andere therapiebedürftige intracranielle Befunde [2]. Ein konventionelles Röntgenbild bringt in dieser Situation

keine zusätzliche Information und sollte daher unterlassen werden. Dies gilt nicht bei klinischen Zeichen einer Schädelfraktur wie z.B. einem Hämatom, Hämatotympanon oder Liquorrhoe, welche immer einer radiologischen Abklärung bedürfen.

In der Praxis

Die meisten Kinder aber, die sich nach einem Kopf-anprall mit den Zeichen einer Commotio in der Praxis vorstellen, weisen all diese potenziell gefährlichen Symptome nicht auf. Wie soll sich dann also der Praktiker verhalten, wenn ein Kind den Kopf angeschlagen hat, Zeichen einer Commotio zeigte, bei Vorstellung aber bereits wieder klinisch komplett unauffällig ist? Muss das Kind stationär in einem Spital überwacht werden? Und wenn ja weshalb? Oder ist eine ambulante Behandlung mit häuslicher Pflege (und Überwachung!) möglich? Grundsätzlich muss unterschieden werden zwischen der Indikation zur Hospitalisation zwecks Überwachung und raschen Diagnose von (seltenen) Komplikationen und jener zwecks (therapeutischer) Schonung des Kindes. Selbstverständlich ist die dritte mögliche Indikation, die soziale nämlich, immer möglich und unterliegt einzig der Einschätzung der Situation durch den erstbehandelnden Arzt. Auf diese soll daher hier nicht näher eingegangen werden.

Überwachung

Obwohl es bei Kindern mit nur milden, bei Erstvorstellung bereits wieder verschwundenen Symptomen (Kopfschmerz, Verwirrtheit, Schwindel, evtl. Erbrechen, aber keine Bewusstlosigkeit) nur äusserst selten zu sekundären Problemen kommt (in einer Studie mit über 5000 untersuchten Kindern traten gar keine solche Probleme auf [3]) wird eine Überwachung während 24–48 Stunden empfohlen [2]. Zeichen im Verlauf, die eine sofortige, weiterführende Untersuchung erfordern, sind: Das Kind lässt sich nicht mehr wecken; zunehmende Kopfschmerzen oder Verwirrtheit; Krampfanfälle; Visusverlust; Erbrechen; Fieber; Einnässen; fokale neurologische Symptome wie Sensibilitätsstörungen oder motorische Schwäche. In diesen Fällen bedarf es einer



Schnittbildgebung. Wo und durch wen diese Überwachung jedoch erfolgt, ist sekundär, sie kann auch problemlos zu Hause durch die Eltern durchgeführt werden [2]. Wichtig ist einzig, dass diese Alarmsymptome erkannt werden und man korrekt darauf reagiert. Gegen die Überwachung zu Hause spricht einzig eine schlechte Erreichbarkeit von medizinischen Einrichtungen im Notfall, was bei uns eher selten der Fall ist, oder aber wenn die Eltern nicht willens oder fähig sind, diese Überwachung mit der nötigen Sorgfalt durchzuführen. Kommt der Praktiker zum Schluss, dass dem so ist, so muss er das Kind zwingend hospitalisieren und während mindestens 24 Stunden stationär überwachen lassen.

Bettruhe

In der Literatur finden sich keine klaren Angaben zur Dauer und zum Ausmass der strikten Schonung respektive Bettruhe nach Commotio. Stattdessen wird empfohlen, sich so lange körperlich aber auch kognitiv zu schonen, bis die Symptome komplett abgeklungen sind. Im Falle eines bereits bei Vorstellung asymptomatischen Kindes würde das aber bedeuten, dass gar keine Schonung notwendig ist. Dies scheint jedoch nicht sehr sinnvoll, das Einhalten einer mindestens 24-stündigen Karenz ist sicherlich immer angebracht [4]. Eine strikte, eventuell dann auch stationäre Schonung während 48 Stunden, wie sie in einigen Häusern zunehmend auch durchgeführt wird, ist sicherlich nicht falsch, bei fehlender Datenlage aber auch nicht evidenzbasiert. Nach 24(–48) Stunden kann, sofern absolute Symptomfreiheit besteht, die Belastung täglich gesteigert werden: Beginnend mit dem Schulbesuch über leichte Tätigkei-

ten und sportliche Aktivitäten kann nach 10–14 Tagen die volle Wettkampfbereitschaft erreicht werden. Sollten sich in dieser Phase der Rekonvaleszenz erneute Symptome zeigen, so muss der Belastungsaufbau gestoppt und sogar wieder reduziert werden. Erst nach ein bis zwei Tagen kann die Belastungssteigerung dann wieder weitergeführt werden [4]. Die Erholung dauert bei Kindern zudem länger als bei Erwachsenen, weshalb auch das Sporttraining bei Junioren länger warten muss als bei der 1. Mannschaft [4]. Etwas was Sporttrainer (und manchmal auch Väter) ab und zu verkennen. Andererseits scheint das Risiko nach einer ausgeheilten Commotio langfristig Komplikationen, wie z. B. eine chronisch-traumatische Enzephalopathie, zu entwickeln bei Kindern eher klein [2]. Diese Probleme entwickeln sich fast ausschliesslich bei Erwachsenen mit rezidivierenden Traumata über Jahre, wie sie etwa bei Boxern oder American Football-Spielern vorkommen. ■

REFERENZEN

- [1] JT Povlishock, DI Katz: Update of neuropathology and neurological recovery after traumatic brain injury. *J Head Trauma Rehabil* (2005) 20(1):76–94.
- [2] Committee on Quality Improvement, American Academy of Pediatrics: The management of minor closed head Injury in children. *Pediatrics* (1999) 104: 1407–1415.
- [3] SJ Masters, PM McClean et al.: Skull radiograph examination after head trauma: recommendations by a multidisciplinary panel and validation study. *N Engl J Med* (1987) 316: 84–91.
- [4] P McCrory, WH Meeuwisse, M Aubry et al: Consensus statement on concussion in sport: the 4th international conference on concussion in sport held in Zurich, November 2012. *Br J Sports Med* (2013) 47: 250–258.

Wie geht man in der Praxis mit Commotio cerebri um?

DR. MED.
STEFANIE GISSLER WYSS,
NEUENDORF UND
DR. MED.
NADIA SAUTER OES,
WINTERTHUR

Die Eltern stehen notfallmässig mit dem 18-monatigen Jonas in der Praxis. Er ist in seiner unbändigen Bewegungs- und Entdeckerlust auf den Tisch geklettert. Nur hinunter, da hat es offenbar nicht mehr so richtig geklappt. Die Mutter hat einen lauten Aufprall und gleich anschliessend heftiges Weinen gehört. Nun hat sich Jonas zwar wieder beruhigt, die Mutter macht sich aber Sorgen, da ihr Sohn unterdessen schon zweimal erbrochen hat und etwas müde wirkt.

Eine typische Situation aus unserem Alltag. Hirnerschütterungen oder leichte Schädel-Hirn-Traumata sind ein alltägliches Problem in unserer Praxis. Die jährliche Inzidenz wird auf bis zu 500 pro 100 000 Kinder geschätzt. Trotzdem existieren keine eindeutigen Richtlinien für die Betreuung.

In der Anamnese und klinischen Untersuchung haben wir Routine und müssen nicht mehr überlegen. Der Entscheid aber über das weitere Procedere fällt nicht immer so leicht. Die Publikationen über Richtlinien zur Betreuung des kindlichen Schädel-Hirn-Traumas unterscheiden sich auch in der Schweiz. Die letzte Publikation mit Empfehlungen und einem Entscheidungsalgorithmus liegt über 10 Jahre zurück (Paediatrica Vol. 15, No 4 2004). Die verschiedenen Kinderkliniken haben ihre eigenen Hausregeln, die Umsetzung aber ist abhängig davon, welcher Oberarzt gerade Dienst hat. Die geografischen Bedingungen sind ebenso wichtig wie der GCS. Würden wir alle Kinder zuweisen, die irgendwo runtergefallen sind, so wären unsere Kinderkliniken übervoll.

Aber wie behandeln wir Pädiater in der Praxis denn nun solche Fälle? Wann scheint uns eine Überweisung zur Überwachung ins Kinderspital sinnvoll, und was sind Kriterien, die uns in unserer Entscheidung beeinflussen?

Wir wollten es genauer wissen und haben acht Praxispädiater mit unterschiedlich langer Praxiserfahrung, geografischem Umfeld und Distanz zu einer Kinderklinik zu ihrem Vorgehen im Falle einer Konsultation wegen Commotio cerebri befragt. Selbstverständlich können wir mit dieser Umfrage keine repräsentativen Aussagen über das Verhalten des Durchschnittspädiaters machen (wenn es einen solchen überhaupt gibt), geschweige denn, Empfehlungen zur Behandlung ableiten. Die Übersicht zeigt aber doch schön einige Gemeinsamkeiten in Bezug auf das Procedere bei Commotio cerebri in der Praxis. So weisen alle Kollegen Patienten mit mehrmaligem Erbrechen und/oder neurologischen Auffälligkeiten zur Überwachung ins Spital ein. Sie tun dies jedoch meist unabhängig von fixen Kriterien bezüglich Alter, Unfallhergang und Tageszeit. Vielmehr ist das Gesamtbild des Kindes zum Zeitpunkt der Untersuchung entscheidend sowie sozio-emotionale Faktoren, die die ganze Familie betreffen. Hier kommt der grosse Vorteil des Praxispädiaters zum Tragen: Er betreut die Familie meist seit einiger Zeit und kennt so ihre Ressourcen und Grenzen (sprachlich, sozial, emotional).

Auch wenn keiner der befragten Kollegen je einen schwerwiegenden Verlauf nach einer Commotio cerebri erlebt hat, ist allen wichtig, dass die Eltern gut über mögliche Komplikationen informiert sind (mündlich oder über Informationsblätter) und im Notfall entweder der Pädiater oder ein Kinderspital erreichbar ist. Denn wirklich gelassener werden wir in solchen Situationen auch mit zunehmender Praxiserfahrung nicht. Und so kommt es, dass die telefonische Rückfrage nach dem Verlauf von Jonas' Befinden vor Praxisabschluss nicht nur für die Mutter eine Erleichterung ist, sondern auch uns Pädiater besser schlafen lässt.

Vielen herzlichen Dank den acht Kolleginnen und Kollegen, die sich Zeit genommen haben, den Fragebogen auszufüllen und uns so einen kleinen Einblick in ihr Denken und Schaffen in der Praxis gegeben haben! ■

■ Sind neue Commotio-Richtlinien nötig?

Keiner der befragten Praxispädiater hat je eine schwere Komplikation nach Commotio erlebt. Daraus lassen sich selbstverständlich noch keine evidenzbasierten neuen Richtlinien ableiten. Die im Artikel von Dr. med. Marc Schumacher zitierte Studie mit über 5000 untersuchten Kindern ohne sekundäre Probleme nach Commotio scheint mir aber doch aussagekräftig genug, die aktuelle Überwachungspraxis bei Commotio zu hinterfragen. Braucht es wirklich eine 24–48-stündige Hospitalisation der Kinder? Oder würde im Falle einer raschen Erreichbarkeit einer Kinderklinik und bei kompetenten, gut instruierten Eltern eine ambulante Überwachung genügen? Es wäre wünschenswert, dass diese Frage in einem kompetenten Gremium bestehend aus Vertretern der Kinderchirurgie, SGP und Praxispädiatrie diskutiert und allgemeingültige, praxisnahe Richtlinien erarbeitet würden.

Auf Seiten 25/26 publizieren wir mit freundlicher Genehmigung von www.paediatricinfo.ch ein praktisches Merkblatt zum Thema Commotio. Klare Information ist für Eltern gerade bei einer aufregenden Situation wie einer Hirnerschütterung wichtig. Die Merkblätter von www.paediatricinfo.ch zeichnen sich durch ihre einfache und klare Sprache sowie eine ansprechende Gestaltung aus. Sie werden jährlich aktualisiert und können für eine kleine Jahresgebühr schnell und praktisch direkt in der Praxis heruntergeladen werden. Diese Merkblätter sind auch publiziert in Thomas Baumann und Paul W. Meiers Buch «Informationen vom Kinderarzt».

Umfrage: Wie gehen verschiedene Praxispädiater/-innen beim Verdacht auf Commotio cerebri vor?

Welche Umstände bewegen Dich, einen Säugling oder ein Kind zur Commotiüberwachung in eine Klinik einzuweisen?

Name:	Dr. med. Elsbeth Burch Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin	Dr. med. Franz Fitze Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin	Dr. med. Andrea Heck Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin	Dr. med. Ronny Jager Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Praxis:	Praxis Centramed in Luzern (LU)	Gruppenpraxis in Rorschach (SG)	Kinderarztpraxis im Spital Davos (GR)	Kinderarztpraxis Olten (SO)
Erfahrung in Praxispädiatrie:	9 Jahre	35 Jahre	2 Jahre	1 Jahr
Arbeitsregion (ländlich/städtisch):	städtisch	kleinstädtisch	kleine Stadt im ländlichen Gebiet	städtisch
Entfernung nächstes Kinderspital:	im Ort	10 km (St. Gallen)	120 km (Chur)	20 km (Aarau)
Ist das Alter entscheidend (z. B. < 1J / > 1J)?	Nur wenn Schilderungen sehr ungenau sind und Eltern das Kind nicht gut «lesen» können. < 1 Jahr: eher Hospitalisation bei Unsicherheit > 1 Jahr: Bewusstsein kann besser beurteilt werden, beim Fehlen von Warnzeichen keine Hospitalisation.	Habe keine Commotio unter 1 Jahr mit Bewusstlosigkeit gesehen. Beim «unauffälligen Sturz vom Wickeltisch» mache ich v. a. zur Beruhigung der Eltern eine Schädelsonografie.	ja < 1J	Das Alter ist sicher mit ausschlaggebend, aber nicht absolut.
Welche klinischen Kriterien sind entscheidend für die Einweisung (z. B. Erbrechen, Bewusstlosigkeit, Verhalten, Begleiterkrankungen, ...)?	Erbrechen, Bewusstlosigkeit sind klare Gründe für eine Zuweisung, ebenfalls auffälliges Verhalten, Schläfrigkeit, Begleiterkrankung eher nicht, es sei denn, diese selber ist ein Grund, ein Kind zu hospitalisieren.	Bewusstlosigkeit und wiederholtes Erbrechen, auffälliges Verhalten auch nach 1 h.	alle genannten Kriterien	Sicher bei Vorliegen von Commotio-Zeichen weise ich das Kind für eine Überwachung/resp. weitere Diagnostik zu, ebenfalls spielen Grundleiden eine Rolle, vor allem entscheidend ist auch der Eindruck des Kindes, den ich in der Praxis gewinne. Bewusstlosigkeit: immer 2x Schwallartiges Erbrechen. Verhalten: sehr wichtig, klinische Untersuchung auffällig. Begleiterkrankungen: beeinflussen den Entscheid zur Einweisung mit (cerebrale Erkrankungen, geistige Behinderung).
Ist die Tageszeit entscheidend für den Entscheid zur Einweisung (z. B. nach 18 Uhr ...)?	Nein, denn die meisten Patienten wohnen sehr nahe am Zentrumsspital, sind also bald im Kinderspital. Gute Aufklärung über die red flags.	Bei zuverlässigen Eltern, die ein regelmässiges Wecken in der Nacht übernehmen wollen: nein.	Tageszeit ist auch entscheidend	Gegen Abend weise ich grosszügiger ein als gegen Morgen, da im Verlauf des Tages gut von der Familie Rücksprache mit uns genommen werden kann. Vor 18.00 Uhr: Zuverlässige Eltern, geringe Sturzhöhe, keine Commotio-Zeichen lasse ich im Einverständnis der Eltern zu Hause «überwachen» (z. B. im Elternzimmer oder in der Nähe schlafen lassen, kein Weckprotokoll).
Tragen sozio-emotionale Kriterien zum Entscheid bei (z. B. sprachliche Kompetenz der Eltern, Zweifel an Unfallschilderung, ...)?	Ja, wenn zusätzlich noch Auffälligkeiten im Status dazukommen oder Unsicherheiten darüber bestehen, ob das Kleinkind wirklich adäquat reagiert.	ja	ja	Dies spielt sicher mit eine Rolle, v. a. wie sicher sich die Eltern fühlen und wie gut ich das Feingefühl der Eltern einschätzen kann. «Gefühl» den Eltern gegenüber: stark mitbestimmend. Sprachliche Kompetenz der Eltern: eher hintergründig, solange sie meine Anweisungen verstehen und richtig handeln können. Zweifel an Unfallschilderung: stark mitbestimmend.
Gibt es Unfallmechanismen, die eine Indikation zur Einweisung darstellen (z. B. Sturzhöhe, Sturzuntergrund, ...)?	Sturzhöhe und Sturzuntergrund sind alleine für sich keine Indikation für eine Hospitalisation. Evtl. mache ich eine zweite Beurteilung am selben Tag, falls das Unfallereignis und die Konsultation am Morgen stattgefunden haben oder dann im Verlauf des Tages telefonische Nachfrage, wie es geht.	«Krasser» Sturz im Freien, z. B. 2 m auf Betonunterlage: ja.	ja	Sturzhöhe und Sturzuntergrund sind sicher von grosser Bedeutung, ebenfalls auch Geschwindigkeiten bei Fahrrad-, Kickboard-Stürzen, Tragen eines Helmes etc. Sturzhöhe mitentscheidend, keine fixe Grenze, Sturzuntergrund mitentscheidend, nur im Kontext mit der restlichen Anamnese
Wenn ein Kind nicht eingewiesen wird, bist du, oder wer sonst jederzeit telefonisch erreichbar?	Nein, aber die Notfallnummer des Kinderspitals gebe ich den Eltern mit und Informationen über die Warnzeichen.	ja	ja (Spital)	Zu Praxiszeiten sind wir erreichbar, danach müssen sich die Eltern an die Kinderklinik in Aarau wenden.
Erinnerst du dich an einen Fall einer Commotio (nicht schweres SHT) mit einem sehr schwerwiegenden Verlauf?	Noch nie!	nein	nein	nein
Gibst du Merkblätter zur Commotio ab?	Nein, alles mündlich.	nein	ja	ja
Hast Du sonstige Bemerkungen zum Thema Commotio?	keine	Kliniküberweisung auf Wunsch der Eltern oder bei nicht 100% zuverlässigen Eltern (aus verschiedensten Gründen).	keine	Entscheidend für das Einweisen ist für mich vor allem der Untersuch in der Praxis, die Eindrücke, die ich dabei vom Kind gewinne und wie ich die Eltern einschätze. An für mich absoluten Indikationen, >= 2x Erbrechen, Bewusstlosigkeit, Amnesie rüttle ich nicht. Bei 10-/11-Monatigen richte ich meinen Entscheid auf die Untersuchung und den Eindruck, darunter weise ich in der Regel zu, ausser bei sehr geringer Sturzhöhe (Sofahöhe) und ohne jegliche Auffälligkeiten.

Umfrage: Wie gehen verschiedene Praxispädiater/innen beim Verdacht auf Commotio cerebri vor?

Welche Umstände bewegen Dich, einen Säugling oder ein Kind zur Commotioüberwachung in eine Klinik einzuweisen?

Name:	Dr. med. Marion Jäger Fachärztin für Kinder- und Jugend- medizin	Dr. med. Priska Kruker Fachärztin für Kinder- und Jugend- medizin	Dr. med. Benedikt Malin Facharzt für Kinder- und Jugend- medizin	Dr. med. Paul W. Meier Facharzt für Kinder- und Jugend- medizin
Praxis:	Ärzte im Zentrum in Weinfelden (TG)	Ärztpraxis Stüsslingerstrasse in Lostorf (SO)	Gruppenpraxis in Ilanz (GR)	Gruppenpraxis in Solothurn (SO)
Erfahrung in Praxispädiatrie:	3 Jahre	32 Jahre	15 Jahre	10 Jahre
Arbeitsregion (ländlich/städtisch):	kleinstädtisch	ländlich bis städtische Agglomeration (Olten/Aarau)	kleine Stadt im ländlichen Gebiet	gemischt
Entfernung nächstes Kinderspital:	17 km (Münsterlingen), 40 km (St. Gallen)	15 km (Aarau)	im Ort	30 km (Biel)
Ist das Alter entscheidend (z. B. < 1J / > 1J)?	Alter ist für mich wichtig, wie grosszügig ich ein Kind bei Sturz auf den Kopf anschau: Alle Kinder < 1 Jahr bestelle ich i. d. Regel in die Praxis. Falls keine klaren Zeichen einer Commotio bestehen, dann bespreche ich es mit der Km/Ke, wie sicher sie sich zu Hause fühlen und entlasse sie i. d. Regel nach Hause mit der Bitte, das Kind in den nächsten 24 Std. gut zu beobachten, auch nachts 2–3 x zu wecken und bei Auffälligkeiten sich wieder zu melden, resp. Vorstellung im Spital zur Überwachung.	Das Alter nicht als fixe Grenze. Grosszügiger Einweisung, wenn sich die Kinder nicht sprachlich ausdrücken können.	Je kleiner die Kinder, umso grosszügigere Einweisung.	Mir ist wichtig, ob das Kind Schmerzen, Unwohlsein, Übelkeit, Schwindel, Sehstörungen angeben kann. Unter 3–4 Jahren weise ich deshalb relativ grosszügig ein.
Welche klinischen Kriterien sind entscheidend für die Einweisung (z. B. Erbrechen, Bewusstlosigkeit, Verhalten, Begleiterkrankungen, ...)?	Falls Bewusstlosigkeit, Erbrechen, Amnesie oder neurologische Auffälligkeiten bestehen, Zuweisung ins Spital zur Überwachung.	Bewusstlosigkeit: immer stationäre Überwachung. Erbrechen: bei wiederholtem Erbrechen (ca. >3 x). Verhalten: wenn die Kinder sich anders verhalten als sonst. Hier ist der subjektive Eindruck der Eltern entscheidend. Begleiterkrankungen: Alle Kinder mit neuropädiatrischen Grunderkrankungen wie Epilepsie, geistige Behinderungen etc. werden eingewiesen. Andere: Auffälligkeiten im Neurostatus, Koordinationsprobleme, andauernde oder zunehmende starke Kopfschmerzen, fluktuierendes Hämatom am Schädel.	Weise zur Überwachung zu, selbst bei Kopfschmerzen alleinig; ansonsten bei Erbrechen, gcs < 15, Müdigkeit, Nausea, neurologische Ausfälle, Epilepsieanfall.	Bei mehr als 3 x Erbrechen, Bewusstlosigkeit/Amnesie > 1 Minute, Verlangsamung/Irritabilität/Desorientierung weise ich grosszügig ins Spital.
Ist die Tageszeit entscheidend für den Entscheid zur Einweisung (z. B. nach 18 Uhr ...)?	Prinzipiell nein, weiterhin eher abhängig von Vorhandensein klarer Zeichen einer Commotio und dann wie sicher sich die Eltern bei der Überwachung fühlen. Erwähne, dass es nachts natürlich schwieriger sei das Kind zu beurteilen, wenn aber keine Commotiozeichen vorhanden sind und die Eltern es sich zu Hause zutrauen, dann Entlassung nach Hause.	Nach 16h, wenn sich die Bettzeit schon bald nähert bei kleinen Kindern eher grosszügiger Einweisung als bei Unfall am Morgen.	nein	Ist ein Zusatzfaktor. Abends überweise ich grosszügiger.
Tragen sozio-emotionale Kriterien zum Entscheid bei (z. B. sprachliche Kompetenz der Eltern, Zweifel an Unfallschilderung, ...)?	Eher nicht, aber im Zweifel eher Zuweisung.	«Gefühl» den Eltern gegenüber: relativ starkes Kriterium. Sprachliche Kompetenz der Eltern: auf jeden Fall mitentscheidend, ob das Kind zu Hause überwacht werden kann wegen der genauen Instruktion. Zweifel an Unfallschilderung: grosszügig, wenn der Gedanke an eine Misshandlung besteht. Andere: Bildungsstand und Beruf der Eltern (z. B. medizinischer Hintergrund eines Elternteils). Erfahrung der Eltern (1. Kind...).	ja	Eher weniger. Wichtiger ist mir eine klare Anamnese. Wenn diese unklar, dann eher Einweisung.
Gibt es Unfallmechanismen, die eine Indikation zur Einweisung darstellen (z. B. Sturzhöhe, Sturzuntergrund, ...)?	eher nicht	Plausibilität: sicher, Stichwort Kinderschutz! Sturzhöhe: ab Wickeltischhöhe Sturzuntergrund: in Kombination mit der Sturzhöhe mitentscheidend. Andere: Unfallhergang unbeobachtet.	Sturzhöhe höher als 1,5 m eher Zuweisung.	Ja, je stärker die Krafteinwirkung, desto eher Überweisung.
Wenn ein Kind nicht eingewiesen wird, bist du, oder wer sonst jederzeit telefonisch erreichbar?	Ich bin nur zu den offiziellen Sprechstundenzeiten erreichbar, sage den Eltern, dass sie sich ausserhalb dieser Zeiten im Spital melden müssen.	Bis zum Ende der Praxisöffnung auf alle Fälle, danach auch Hinweis auf Notfallnummer des Kinderspitals.	Ja, oder meine Partnerin.	Nein, Eltern müssten sich im Kinderspital melden.
Erinnerst du dich an einen Fall einer Commotio (nicht schweres SHT) mit einem sehr schwerwiegenden Verlauf?	nein	nein	nein	nein
Gibst du Merkblätter zur Commotio ab?	Nein, nur mündliche Info. Erkläre den Eltern wieso ich das Kind einweise resp. bei keinen klaren Zeichen einer Commotio worauf sie achten müssen und weshalb das Kind beobachtet werden muss.	Ja, angelehnt an jene der Kinderklinik.	nein	Ja. Siehe praktisches Merkblatt für Commotio von www.paediatrieinfo.ch auf den Seiten 25/26.
Hast Du sonstige Bemerkungen zum Thema Commotio?	keine	Der Entscheid, ob ich ein Kind einweise, hängt auch immer von meiner Befindlichkeit am jeweiligen Tag ab. Ich bin nicht an jedem Tag gleich mutig. Man wird nicht unbedingt gelassener, je älter man wird. Ich studiere heute fast öfters als früher noch abends über meine Entscheidungen nach und rufe manchmal die Eltern abends noch an und frage nach dem Wohlergehen des Kindes. Die Eltern schätzen dies und ich kann besser schlafen.	Es würde mich sehr freuen, wenn es schweizweit einheitliche Richtlinien gäbe.	Ich versuche immer, den gesunden Menschenverstand walten zu lassen und überlege mir: Würde ich mit meinem Kind in dieser Situation ins Spital fahren? Eine klinische Überwachung der Kinder durch die Eltern (Pupillen, Weckbarkeit usw.) halte ich für eine Zumutung. Entweder können wir die Eltern beruhigen, dann müssen sie ausser Schonung und Schmerztherapie nichts tun oder das Kind gehört in die Klinik.



Jahrestagung 2016: «Herausforderung Kinderschutz»

Donnerstag, 8. September 2016, Seedamm Plaza in Pfäffikon (SZ)

Herzlich willkommen zur Jahrestagung 2016 in Pfäffikon (SZ).

Wir freuen uns, euch wiederum ein vielfältiges, spannendes Programm zu präsentieren!

Kinderschutz – ein fortwährendes Thema neu aufgelegt. Welches sind die Herausforderungen für uns als Praxispädiater? Was können und was müssen wir tun? Wir sind überzeugt, dass die Thematik nach wie vor aktuell ist:

- Eine sich stetig verändernde digitale Welt, mit der unsere Jungen meist besser vertraut sind als wir selber, fordert uns heraus*
- Fremde Kulturen mit anderen Normen in unserer Gesellschaft: Was gilt? Wo dürfen, wo sollen wir eingreifen?*
- Mit der Einführung des neuen Kinder- und Erwachsenenschutzrechtes entstehen neue Anlaufstellen und rechtliche Abläufe – aber auch heftige Diskussionen in Presse und Gesellschaft*

Als sensibilisierte und informierte Fachpersonen möchten wir uns besser und glaubwürdiger in Diskussionen einbringen können. Der Anspruch an uns Kinderärzte liegt vor allem darin, bei unserem Klientel Gefährdungssituationen früh zu erkennen, um mit geeigneten Schutz- und Unterstützungsmassnahmen jenen Rahmen zu bieten, in welchem sich Kinder und Jugendliche gesund und ihrem Potenzial entsprechend entwickeln können.

Ulrich Lips und Ruedi Winet liefern in ihrem Hauptvortrag die Basis mit theoretischen Grundlagen zur Kindesmisshandlung. Besonderes Gewicht wird der Umgang mit dem Verdacht in unseren Praxen erhalten. – Am Nachmittag werden wir dieses und weitere Kinderschutzthemen in bewährter Form in verschiedenen Workshops behandeln: Wie sieht es aus mit Hinweisen für die Verletzung des Kindeswohles aus gynäkologischer, dermatologischer, interkultureller Sicht? Welchen Stellenwert hat die Internetkriminalität? Wie gestaltet sich die Rolle des Kinderarztes bei psychisch belasteten Eltern?

Ausserdem haben wir ein paar besonders beliebte Workshops der letzten Jahre nochmals eingeflochten: Autismus, Reanimation im Team und «Arbeiten mit Zauberpuste und Feenstaub» – letzteres dieses Jahr ausschliesslich für unsere MPAs.

Lassen wir uns herausfordern!

Wir freuen uns auf die Begegnung und den Austausch mit euch – bis bald in Pfäffikon (SZ)!

Christa Etter und Andrea Hohl

Kindsmisshandlung – Kinderschutz: Theorie und Praxis

*Dr. med. Ulrich Lips, Facharzt Kinder- und Jugendmedizin
1983–1988 Praktizierender Kinderarzt (Zürich-Hottingen)
1988–2013 Stv. Direktor Medizin Kinderspital Zürich und Leiter Kinderschutzgruppe
und Opferberatungsstelle*

*Ruedi Winet, Pflegefachmann Psychiatrie, Jurist
2006–2012 Adjunkt Vormundschaftsbehörde Winterthur
seit 2012 Präsident KESB Bezirk Pfäffikon ZH und Präsident Dachverband KESB Kanton Zürich*

In einem ersten Teil werden die theoretischen Grundlagen zur Kindsmisshandlung und zum Kinderschutz repetiert: Definitionen, Erscheinungsformen, Risikofaktoren, Epidemiologie und Statistik. Besonderes Gewicht wird auf den Umgang mit dem Verdacht in der Praxis des Grundversorgers gelegt. Im zweiten Teil folgt die Darlegung von möglichen Vorgehensweisen sowie die Erläuterung der Abläufe bei der Meldung einer Gefährdung des Kindes an die zuständigen Behörden, inkl. einem Überblick über die Massnahmen des Kinderschutzrechtes.

Kurzbiografien der Referenten



Ueli Lips übernahm nach seiner Assistenz- und Oberarztstätigkeit am Kispäi Zürich und der Neonatologie USZ im Jahre 1983 eine Kinderarztpraxis in Zürich-Hottingen. Von Prof. A. Fanconi als Leitender Arzt Medizin ans Kispäi Zürich zurückberufen, leitete er in dieser Funktion von 1988 bis 2013 die Kinderschutzgruppe, die in den folgenden Jahren eine grosse Ausweitung an involvierten Berufsgruppen und Aufgaben erlebte. Ueli Lips gründete 1992 die Fachgruppe Kinderschutz der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie, die alle Schweizer Kinderkliniken kinderschutzmässig zusammenfasst und Klassifikation und Vorgehen vereinheitlicht. Er gestaltete 1997 ein Aufklärungsvideo zum Schütteltrauma und war Co-Autor der vom Kanton Zürich herausgegebenen Broschüre «Leitfaden zur Standardisierung des Vorgehens in Fällen von Kindsmisshandlung» (2000/2005). 2011 verfasste er den Leitfaden «Kindsmisshandlung – Kinderschutz. Ein Leitfaden zu Früherfassung und Vorgehen in der ärztlichen Praxis.»



Ruedi Winet leitet heute die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) des Bezirks Pfäffikon ZH und präsidiert den Dachverband der KESB im Kanton Zürich. Zudem ist er Mitglied der Kantonalen Kinderschutzkommission. Seine Erstausbildung hat er als Pflegefachmann HF absolviert, danach arbeitete er zunächst in der Psychiatrie und bei Beratungsstellen. Nach einem Studium in Rechtswissenschaften an der Uni Fribourg und einem Zwischenhalt bei den Jugendanwaltschaften war er bei der Vormundschaftsbehörde erst als juristischer Mitarbeiter, dann als Leiter des Kinderschutzteams tätig.

Vorprogramm: Symposium für Ärzte und MPAs

Mit freundlicher Unterstützung der Firma Milupa:

Ernährung = Vorbeugung – von der Theorie zur Praxis

Ernährung ist lebenswichtig und spielt gerade in den ersten tausend Lebenstagen eine entscheidende Rolle für die Gesundheit und das zukünftige Wohlbefinden des Menschen. Dieser Workshop beschäftigt sich mit der frühkindlichen Ernährung in der Schweiz und bietet Gelegenheit, den Begriff «gesunde Ernährung» für Ein- bis Dreijährige genauer zu definieren. Praktische Lösungen und ihre Umsetzung stehen dabei im Mittelpunkt: Was können wir konkret tun, um Adipositas und Zivilisationskrankheiten vorzubeugen? Wie wirken Nahrungsergänzungsmittel und wie werden sie verordnet? Eine Momentaufnahme.

Referent: PD Dr. med. Andreas Nydegger, Médecin adjoint, Unité de Gastroentérologie Pédiatrique, Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne

Workshops nur für Ärzte

Workshop 1:

Praktischer Kinderschutz anhand von Fallbeispielen

Anhand von zwei verschiedenen gelagerten Fallbeispielen werden die einzelnen Schritte bei Kindeswohlgefährdung illustriert, vom Anfangsverdacht zur allfälligen juristischen Beurteilung bis hin zu den Möglichkeiten und Grenzen von behördlichen Massnahmen. Der Workshop ist interaktiv gestaltet, d. h. die Teilnehmenden sind aufgefordert, bei den konsekutiven Ablaufschritten ihre Meinung, Beurteilung und Vorschläge zum weiteren Vorgehen einzubringen.

Referenten:

*Dr. med. Ulrich Lips, Facharzt Kinder- und Jugendmedizin
Ruedi Winet, Pflegefachmann Psychiatrie, Jurist*

Moderation:

*Dr. med. Moreno Malosti, Facharzt Kinder- und Jugendmedizin,
Praxispädiater in Rapperswil-Jona, Mitglied der Kantonalen Arbeitsgruppe Kinderschutz des Kantons St. Gallen*

Workshop 2:

Sexueller Missbrauch – was muss der Pädiater wissen?

Sexueller Missbrauch von Kindern ist ein Tabuthema, die Dunkelziffer ist hoch. Es fällt auch Ärzten oft schwer, darüber zu sprechen. Aus der langjährigen Kinderschutzarbeit werden Fälle vorgestellt und diskutiert, wie bei Verdachtsmomenten richtig reagiert werden kann, worauf bei der Untersuchung geachtet wird und welche Schritte einzuleiten sind. Gerne können auch eigene Fälle im Workshop diskutiert werden. Die Vignette bitte vorgängig an die Referentin mailen: ruth.draths@luks.ch oder: ruth.draths@hin.ch

Referentin:

Dr. med. Ruth Draths, Leitende Ärztin Neue Frauenklinik Luzern und Kinderspital Luzern, Leitung gynäkologischer Kinderschutz Kantonsspital Luzern. Fachärztin Gynäkologie und Geburtshilfe, Schwerpunkt Kinder- und Jugendgynäkologie. In eigener Praxis tätig: Frauenpraxis Buchenhof, Praxis für Mädchen und Frauen, Sursee

Moderation:

*Dr. med. Tanja Belzer, Fachärztin Kinder- und Jugendmedizin.
Eigene Praxis für Kinder- und Jugendmedizin sowie Kinder- und Jugendgynäkologie in Wettingen*

Workshops nur für Ärzte

Workshop 3:

Infektiologische Abklärungen und Impfungen von direkt aus dem Ausland zugezogenen Kindern

Anhand von Fallbeispielen wird präsentiert und diskutiert, wie und wann asymptomatische, direkt aus dem Ausland zugezogene Kinder und deren Familien abgeklärt werden sollen. Dabei geht es je nach Herkunft des Kindes um die Erkennung allfälliger Grundkrankheiten oder bei uns kaum vorkommenden Krankheitsbildern sowie um latente oder chronische Infektionen (TB, HIV, Hepatitis B). Weiter befassen wir uns mit der Erfassung und Vervollständigung des Impfschutzes und diskutieren mit den Teilnehmern, woran sonst noch zu denken ist bei diesen Familien. In den Beispielen wird auch diskutiert, was die Aufgaben in der Praxis bzw. jene des pädiatrischen Infektiologen am Zentrum sind und wie diese Zusammenarbeit gestaltet werden kann.

Referent:

*Prof. Dr. med. Christoph Berger, Co-Leiter Infektiologie,
Universitätskinderspital Zürich*

Moderation:

*Dr. med. Andreas Geiser, Facharzt Kinder- und Jugendmedizin,
Praxispädiater in Schlieren und Lehrarzt am Universitätsspital Zürich*

Workshop 4:

Vergiftungen bei Kindern – gefährlich oder harmlos?

Bei Tox Info Suisse wurden letztes Jahr 38396 telefonische Beratungen durchgeführt. In mehr als der Hälfte der Anfragen sind Kinder oder Jugendliche (< 16 Jahre) betroffen. Dabei handelt es sich vor allem um Kinder im Vorschulalter, aber auch Jugendliche können sich vergiften, sei dies in suizidaler oder abusiver Absicht oder durch die akzidentelle Einnahme eines in ein Trinkgefäss umgefüllten Produktes. In diesen Situationen stellt sich oft die Frage, ob es sich um eine harmlose oder gefährliche Exposition handelt. Wann muss unverzüglich gehandelt bzw. ein Antidot verabreicht werden? Welche Medikamente sind in kleinen Mengen gefährlich? Was ist gefährlich in Haushalt und Garten? Wie kann zur Prävention von Vergiftungen beigetragen werden? Diese Fragen sollen anhand von Fallbeispielen beantwortet werden. Auch eigene Erfahrungen der Teilnehmer mit Vergiftungen können eingebracht und besprochen werden.

Referentin:

Dr. med. Cornelia Reichert, Oberärztin bei Tox Info Suisse, Zürich

Moderation:

*Dr. med. Susanna Buri, Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin,
Praxispädiaterin in Urdorf*

Workshop 5:

Zahn- und Mundgesundheit: Alles was ihr wissen wollt

Für den Pädiater sind Zahnprobleme ein häufiger Nebenbefund in der Praxis. Das kann schon beim Zahndurchbruch beginnen mit Durchbruchshindernissen wie Eruptionszysten. Ferner stellen sich Fragen zur Kariesprophylaxe, Zahnfehlbildungen, Lippen- und Zungenbänd-

chen, Behandlung von Zahn- und Zahnfleischinfekten, Zeitpunkt für eine kieferorthopädische Behandlung und korrektes Vorgehen bei Zahnunfällen. Der Workshop soll ein Forum sein für Fragen aus der Praxis mit konkreten Hinweisen zu Informationsquellen.

Referent:

Dr. med. dent. Hubertus van Waes, Oberarzt, Leiter Station für Kinderzahnmedizin am Zentrum für Zahnmedizin, Universität Zürich

Moderation:

Dr. med. Harald Schütze, Facharzt Kinder- und Jugendmedizin, Praxispädiater in Zürich

Workshop 6:

Zeichen von Vernachlässigung und Gewalteinwirkung auf der Haut – oder doch nicht?

Im klinischen Alltag sind wir regelmässig konfrontiert mit der Frage, ob die vorliegende Hautveränderung beim Kind oder Jugendlichen eine Folge äusserer Einwirkung ist oder einer Hauterkrankung entspricht. In diesem Workshop wird es darum gehen, mögliche Differentialdiagnosen von Hautveränderungen anhand von Bildern praxisnah zu besprechen.

Referentin:

Dr. med. Kristin Kernland Lang, Dermatologie. Konsiliaria pädiatrische Dermatologie Kantonsspital Baden, 5404 Baden und Oberärztin pädiatrische Dermatologie/Sprechstunde Epidermolysis bullosa, Kinderspital Zürich Eleonorenstiftung, 8032 Zürich

Moderation:

Dr. med. Tanja Murer, Fachärztin Kinder- und Jugendmedizin, Praxispädiaterin in Lachen

Workshop 7:

Andere Länder, andere Sitten: Werkzeuge im Umgang mit anderen Kulturen

Ziel unseres Workshops ist es, kulturelle Gleichheit und Unterschiede sowie deren Wertbegriffe sichtbar zu machen, um eine bessere Verständigung zwischen den Kinderärzten und Patienten mit anderem kulturellen Hintergrund zu erlangen. Es werden Hintergrundinformationen vermittelt und Hinweise gemacht, welche für den Arbeitsalltag nützlich sein können. Wie gehe ich mit Differenzen um? Wie kann ich meine interkulturelle Kompetenz und Konfliktfähigkeit erhöhen? Es soll ein Austausch stattfinden und Diskussion von konkreten Fallbeispielen, die auch durch die Teilnehmenden eingebracht werden.

Referent:

Mahir Mustafa, Fachmann für Interkulturelle Fragen, Dozent an der Agogis und Pädagogische Hochschule Thurgau

Moderation:

Dr. med. Emanuel Steinhauer, Facharzt Allgemeine Innere Medizin, Assistenzarzt, Kinderärzte am Untertor in Bülach
Dr. med. Johannes Ledergerber, Facharzt Kinder- und Jugendmedizin, Praxispädiater in Zürich

Workshop 8:

Herausforderung Internet – Gefahren und Risiken für Kinder und Jugendliche

Schritt für Schritt werden alle Lebens- und Arbeitsbereiche «technisiert», auch automatisiert – und vor allem beschleunigt. Ein wenig bedachter Spruch auf einem Pausenplatz ist etwas ganz anderes als ein wenig bedachter Tweet, der sich wie das Vögelchen seines Logos verselbstständigt. Deswegen nimmt die Bedeutung der Fähigkeit, medial vermittelte Informationen auszuwählen, zu hinterfragen, zu verstehen, zu nutzen (oder eben nicht!) und zu kommunizieren, kontinuierlich zu. Entsprechend zentral ist die Frage nach der korrekten Medienerziehung, denn Kinder und Jugendliche sind im Internet vielerlei Risiken ausgesetzt: Kostenfallen, Cyber-Grooming, Cyber-Bullying, Cyber-Mobbing, unbedachte Äusserungen und Abbildungen im Netz, Social Media-Sucht, Online-Games, Konfrontation mit unsittlichen, gewalttätigen oder anderen kriminellen Inhalten, ... die Liste ist lang. Es geht darum, die verschiedensten Gefahren und Risiken zu kennen um in Gesprächen mit Jugendlichen oder Eltern mögliche Hinweise auf Misshandlungen zu erkennen und gezielt nachzufragen.

Referent:

Rolf Nägeli, Leiter Kommissariat Prävention der Stadtpolizei Zürich

Moderation:

Dr. med. Carlos Lorca, Facharzt Kinder- und Jugendmedizin, Kinderarzt in Winterthur

Workshop 9:

Interdisziplinäre Gespräche

Interdisziplinäre Gespräche sind die Basis, um gemeinsame und tragfähige Lösungen auszuarbeiten. Welche Faktoren tragen zu positiven Veränderungen bei? Kinderärztinnen und Kinderärzte sind zentrale Vertrauenspersonen der betroffenen Familiensysteme und damit wichtige Ressourcen. Es braucht Entschlossenheit, sich einzubringen. Indem jede Fachperson in ihrem Fachgebiet Verantwortung für das Ganze übernimmt, wird eine tragfähige Basis geschaffen. Diese Vernetzung und Transparenz führt zu mehr Vertrauen. Sowohl in den erfolgreichen Zwischenschritten wie auch bei Misserfolgen steht das gemeinsame Tragen im Zentrum. Eine wichtige Voraussetzung dazu ist, blockierende und lösungsverhindernde Faktoren zu erkennen und Verhaltensstrategien, die Misstrauen entgegenwirken, zu kennen. Im Workshop diskutieren wir die dafür nötigen strukturellen Voraussetzungen; erfolgversprechende Strategien werden vorgestellt.

Referentin:

Regina Renggli-Bruder, dipl. Psych SBAP, Lehrende Transaktionsanalytikerin PTSTA-C, Supervisorin BSO, Schulpsychologin, Sekundarlehrerin, schulische Heilpädagogin

Moderation:

Dr. med. Kurt von Siebenthal, Facharzt Kinder- und Jugendmedizin, Entwicklungspädiater



Workshops für Ärzte und MPAs

Workshop 10:

Autismus: Nah und doch fern

Dieser beliebte Workshop wird aufgrund grosser Publikumsnachfrage erneut angeboten! Lasst euch von der beeindruckenden Darstellung eines persönlich Betroffenen berühren! Autismus ist eine tiefgreifende Entwicklungsstörung. Die damit verbundenen Besonderheiten werden nicht als eine allgemeine Reife- oder Entwicklungsverzögerung angesehen, sondern als eine qualitativ andere Art der Wahrnehmungsinformationsverarbeitung in den Bereichen des Wahrnehmens, Denkens, Lernens, Gedächtnisses, Fühlens und der sozialen Kognition. In diesem Workshop werden Besonderheiten und Vorgehensweisen diskutiert, welche aufzeigen sollen, wie einfach und wie schwierig es sein kann, Autismus zu erkennen und diagnostizierte Patienten zu behandeln.

Referent:

Matthias Huber, M.Sc.

Fachbereich Autismus, Uniklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Universitäre Psychiatrische Dienste (UPD) Bern

Moderation:

Dr. med. Mélanie Doutaz, Fachärztin Kinder- und Jugendmedizin, Praxispädiaterin in Aarau

Workshops für Ärzte und MPAs

Workshop 11:

ABC der Kinderreanimation

Es kann uns allen passieren: in der eigenen Praxis, auf der Strasse, im Restaurant. Plötzlich aufgeregte Stimmen, darunter das Schreien einer Mutter «Sie atmet nicht, sie atmet nicht! Hilfe, wir brauchen einen Arzt, gibt es hier einen Arzt?» Ernsthafte Notfälle sind in der Kindermedizin glücklicherweise nicht so häufig. Trotzdem oder gerade deshalb bedeuten sie eine grosse Herausforderung für das Team, welches die Erstversorgung gewährleisten und den allfälligen Transport organisieren muss. Um in solchen Situationen den Überblick zu behalten, lohnt es sich, systematisch vorzugehen. Wir üben in interdisziplinären Praxis-Teams (Ärzte und MPA) den Ernstfall.

Workshopleitung:

Dr. med. Iris I. Bachmann Holzinger, Fachärztin Kinder- und Jugendmedizin, Schwerpunkt Kindernotfallmedizin. PALS Kursdirektorin, EPC Instruktorin. Oberärztin interdisziplinäre Notfallstation Universitätskinderhospital Zürich

Dr. med. Eva Berger Olah, Fachärztin Kinder- und Jugendmedizin Schwerpunkt Kindernotfallmedizin. PALS Kursdirektorin, EPC Instruktorin, ATLS Instruktorin. Oberärztin interdisziplinäre Notfallstation Universitätskinderhospital Zürich

Sibylle Immoos, Dipl. Expertin Anästhesiepflege, Universitätskinderhospital Zürich, BLS-Instruktorin

Kathrin de Meurichy, Dipl. Expertin Anästhesiepflege, Universitätskinderhospital Zürich, PALS-Instruktorin

Workshop 15:

Kinder psychisch belasteter Eltern – Die Rolle der Kinderärztin

Die psychosoziale Entwicklung von Kindern, die mit psychisch belasteten Eltern aufwachsen, ist vielfach beeinträchtigt. Deshalb ist es wichtig, solche Risikokonstellationen zu erkennen und Schutzprozesse zu gestalten. Kinderärztinnen sind häufig die ersten Fachpersonen, die mit Kindern psychisch belasteter Eltern in Kontakt kommen und die Möglichkeit haben, bereits in einem frühen Stadium präventiv einzuwirken.

Im Workshop soll anhand konkreter Beispiele der Referentinnen und der Teilnehmerinnen auf die Auswirkungen psychischer Störungen der Eltern auf deren Kinder, auf alterstypische Vulnerabilitäten und Ressourcen der betroffenen Kinder sowie auf die Kommunikation und Beziehungsgestaltung der Kinderärztinnen mit betroffenen Eltern und Kindern eingegangen werden.

Referentinnen:

Dr. phil. Maria Teresa Diez, Forschungsleiterin, Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste St. Gallen

Dr. med. Suzanne Erb, ärztliche Direktorin, Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste St. Gallen

Moderation:

Dr. med. Alexandra Sawatzki, Fachärztin Kinder und Jugendmedizin, Praxispädiaterin in St. Gallen

Workshops nur für MPAs

Workshop 12:

Beratung am Telefon

Die telefonische Beratung ist eine Herausforderung in der Praxis wie auch im Spital und ist mit einer grossen Verantwortung verbunden. Wir werden mit Ihnen zusammen die wichtigsten Grundsätze der telefonischen Beratung erarbeiten. Anhand von Fallbeispielen werden wir Ihnen aufzeigen, wie Sie eine sichere Triagierung der Patienten gewährleisten können, was sind Redflags für bestimmte Symptome, welche nicht verpasst werden dürfen. Wir zeigen Ihnen auf, wie Sie die Verantwortung auch wieder den Eltern zurückgeben können. Gerne können Sie auch eigene Fallbeispiele an den Workshop mitbringen.

Referenten/Moderation:

Dr. med. Andreas Bänziger, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Schwerpunkt Kindernotfallmedizin, Oberarzt interdisziplinäre Notfallstation Universitätskinderhospital Zürich & Team

Workshop 13:

Die zauberhafte Kinderarztpraxis – «Mit Feenstaub und Zauberpuste»

Wer wünscht sich bei den Behandlungen unserer kleinen Patienten nicht manchmal Zauberkraft? Annalisa Neumeyer stellt Ihnen in diesem Workshop das Therapeutische Zaubern® vor, eine Kombination aus Hypnotherapie und Zaubern. Sie vermittelt verblüffend wirksamen und leicht zu erlernenden Zauber und die dazugehörige Sprache. Auf spielerische Weise können Sie damit Kindern (und auch Erwachsenen) Mut zusprechen und Schmerzen verringern, sie in die Entspannung führen und zur Mitarbeit bewegen – unmittelbar in der täglichen Praxis. Nach dem Erfolg vom Vorjahr bieten wir den Workshop nun für die medizinischen Praxisassistentinnen an.

Referentin:

Annalisa Neumeyer, Dipl.-Sozialpädagogin, approbierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, Therapeutin für Klinische Hypnose, eigene Praxis in Freiburg (Deutschland)

Moderation:

med. prakt. Sven Sprenger, Facharzt Kinder- und Jugendmedizin, Praxispädiater in Wädenswil

Workshop 14 für **alle** MPAs:

Gleicher Schutz für alle – Flüchtlingskinder impfen!

Weltweit nimmt die Anzahl Personen, die sich auf der Flucht befinden, stetig zu. Im Jahr 2015 stellten 39523 Personen einen Asylantrag in der Schweiz, darunter >40% Kinder und Jugendliche. Bei ihrer Ankunft in der Schweiz fehlen meistens Impfausweise und oft wurden die Kinder und Jugendlichen aufgrund mangelnder oder sogar fehlender Gesundheitsversorgung in ihrem Herkunftsland inkomplett oder gar nicht geimpft. Fehlende Impfungen sollen unter Berücksichtigung aller bereits dokumentierten Impfungen auch bei diesen Kindern und Jugendlichen ergänzt werden. Ziel dieses Workshops ist es, anhand von konkreten Beispielen Impfschemata zu erstellen.

Referentin:

Dr. med. Sara Bernhard-Stirnmann, MSc in PID Oberärztin pädiatrische Infektiologie, Klinik für Kinder und Jugendliche, Kantonsspital Aarau

Moderation: Belinda Battaglia & Claudia Scheidegger, MPAs

Anmeldung

Bitte benützen Sie ausschliesslich die Online-Anmeldung auf www.jahrestagung.ch

Anmeldeschluss ist der 2. September 2016.

Kosten

Ärzte

Für ordentliche und ausserordentliche Mitglieder von Kinderärzte Schweiz und der SVUPP betragen die Tagungskosten CHF 250.–, inkl. Referate, Workshops, Handouts, Pausenverpflegungen, Flying Lunch und Getränke. Es wird eine Teilnahmebestätigung abgegeben.

MPAs

Die Tagungskosten für MPAs betragen CHF 170.–, inkl. Referate, Workshops, Pausenverpflegungen, Flying Lunch und Getränke. Die Teilnehmerzahl ist aus logistischen Gründen auf 90 Personen beschränkt. Es wird eine Teilnahmebestätigung abgegeben.

Die Workshops für Ärzte stehen ausschliesslich den Mitgliedern offen.

Nach Erhalt Ihrer Anmeldung werden wir Ihnen eine Rechnung zustellen, die vor Beginn der Tagung zu bezahlen ist (Bezahlung vor Ort oder mit Kreditkarte ist nicht möglich). Die Anmeldung ist verbindlich. Der einbezahlte Betrag kann nur in begründeten Ausnahmefällen zurückerstattet werden.

Anreise

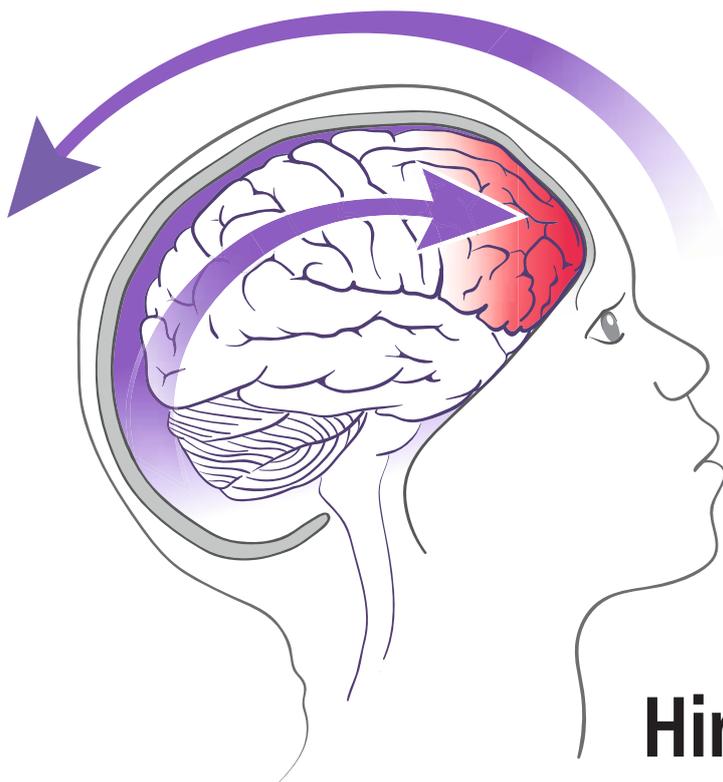
Anreise mit der Bahn

Gehen Sie beim Bahnhof Pfäffikon SZ durch die Unterführung Richtung See, folgen rechts dem Fussweg nach Hurden-Rapperswil. Das SEEDAMM PLAZA ist in 10 Gehminuten erreichbar. Fahren Sie vom Bahnhof Pfäffikon SZ mit dem Postauto Richtung Reichenburg bis zur Haltestelle «Schweizerhof», überqueren die Strasse und sind in 2 bis 3 Gehminuten beim SEEDAMM PLAZA. Nemen Sie am Bahnhof ein Taxi, das Sie in wenigen Minuten zum SEEDAMM PLAZA bringt.

Anreise mit dem Auto

Von der Autobahn A3 her nehmen Sie die Ausfahrt Pfäffikon SZ, zweigen Richtung Pfäffikon SZ ab, folgen nach rund 250 Metern rechts dem Wegweiser SEEDAMM PLAZA. Von Rapperswil her zweigen Sie am Ende des Seedamms rechts Richtung Pfäffikon SZ ab und biegen unmittelbar nach rechts zum SEEDAMM PLAZA ein.





Hirnerschütterung

Eine Hirnerschütterung ist eine leichte Hirnverletzung, meist ausgelöst durch einen Sturz auf den Kopf. Dies führt zu einer Fehlfunktion von Hirnzellen, was sich mit Schwindel, Übelkeit, Erbrechen oder Kopfschmerzen zeigen kann. Wichtig ist die Abgrenzung gegenüber schwereren Hirnverletzungen. Kleine Kinder sind von Kopfverletzungen besonders häufig betroffen, da sie einerseits oft stürzen und andererseits einen relativ grossen und schweren Kopf haben. Ausserdem ist die Beurteilung des Schweregrades einer Verletzung bei Kindern mangels Kooperation oft schwierig.

DRES. MED.
PAUL W. MEIER UND
THOMAS BAUMANN,
KINDERÄRZTE FMH,
SOLOTHURN

Definition

Kopfverletzungen werden generell als Schädel-Hirn-Trauma (SHT) bezeichnet und in drei Schweregrade eingeteilt:

- *SHT-Grad I Commotio cerebri (Hirnerschütterung)*: leichte Störungen wie Schwindel, Übelkeit, Erbrechen, Kopfschmerzen usw.
- *SHT-Grad II Contusio cerebri (Gehirmprellung)*: schwerere Störungen wie Bewusstlosigkeit länger als eine Stunde mit retrograder Amnesie (man kann sich nicht mehr an den Unfall erinnern), stärkerem Kopfschmerz, Erbrechen usw.
- *SHT-Grad III Compressio cerebri (Gehirnquetschung)*: noch schwerere Folgen: Bewusstlosigkeit, stärkere Beeinträchtigungen der Gehirnfunktionen mit Atem-, Kreislauf- und Temperaturregulationsstörungen. Die Symptome werden durch den vergrösserten Hirndruck verursacht. Die Folge ist oftmals ein lang andauerndes Koma, ein komaähnlicher Zustand oder gar der Tod.

Ursache

Die Einwirkung von Gewalt auf den Kopf, wie sie bei vielen Unfällen auftritt, führt zu einer vorübergehenden Fehlfunktion der Nervenzellen, die Störungen des Bewusst-

seins, Gedächtnisstörungen (Amnesie) und Verwirrtheit hervorrufen. Es werden auch Nervenzellen durch den Schlag zerstört, das Ausmass ist jedoch so klein, dass im Normalfall kein bleibender Schaden entsteht.

Symptome

Es kommt im Moment des Unfalls zu kurzfristiger, wenige Sekunden bis Minuten dauernder Bewusstlosigkeit und danach zu Kopfschmerzen. Ausserdem können Übelkeit, Erbrechen und Schwindel auftreten. Für die Zeit unmittelbar vor (retrograd) oder nach (anterograd) dem Unfall besteht häufig eine Gedächtnislücke (Amnesie).

Prinzipiell sollten Sie nach jeder Bewusstlosigkeit, besonders aber bei Auftreten von Alarmzeichen (siehe unten) einen Arzt aufsuchen!

Diagnose

Abhängig von den Symptomen und den Ergebnissen der neurologischen Untersuchung entscheidet der behandelnde Arzt, ob zum Ausschluss einer schweren Hirnverletzung eine Computertomographie oder Kernspintomographie des Kopfes angefertigt und der Patient zur weiteren Beobachtung in ein Krankenhaus eingewiesen werden muss.

Behandlung

Zahlreiche Studien haben gezeigt, dass eine Überwachung während 24 Stunden nötig ist. Bei einem SHT Grad II oder III ist immer eine Überwachung im Spital notwendig. Bei leichten SHT, also einer Hirnerschütterung, ist nicht immer eine Hospitalisation notwendig. Die Überwachung kann auch zu Hause erfolgen.

Wir geben Ihnen dazu einige Ratschläge:

- Falls Ihr Kind Kopfschmerzen hat, geben Sie ihm als Schmerzmittel Paracetamol (Dafalgan, Tylenol, Ben-u-Ron, Acetalgin, Panadol etc.).
- Geben Sie kein Brufen, Ponstan, Aspirin oder Aspegic.
- Ihr Kind soll 24 bis 48 Stunden ruhen. Lesen, zeichnen, Gesellschaftsspiele, fernsehen sind erlaubt.
- Falls es an die Sonne muss, soll es Sonnenbrille und Mütze tragen.
- Von heftigen Bewegungen und Kampfsportarten ist während zwei Wochen abzuraten.
- Geben Sie ihm während 24 Stunden leichte Kost: Getränke, Bouillon, Milch, Joghurt, Müesli.
- Es ist möglich, dass Ihr Kind erbrechen muss; wir tolerieren höchstens dreimaliges Erbrechen.
- Zögern Sie nicht, während der zwei Wochen, die dem Unfall folgen, Ihren Kinderarzt anzurufen, falls Sie weitere Informationen brauchen.

und Empfehlungen:

Rufen Sie die Notfallstation an, falls Ihr Kind eines der folgenden Symptome aufweist:

- Andauernde, zunehmende Kopfschmerzen, die trotz Paracetamol nicht nachlassen.

- ungewöhnliche Schläfrigkeit
- Schwindel
- Erbrechen mehr als sechs Stunden nach dem Schädeltrauma
- mehr als dreimaliges Erbrechen
- Ihr Kind ist reizbar, weint vermehrt und kann nicht beruhigt werden.

Bringen Sie Ihr Kind unverzüglich zur Notfallstation, falls es eines der folgenden Symptome aufweist:

- Krämpfe
- Seh- oder Wortfindungsstörungen
- Schwäche in einem Bein oder Arm
- ungewöhnliches Verhalten
- verwechselt Namen oder Orte
- kann nicht geweckt werden, antwortet nicht auf Anruf
- zögernder Gang, Gleichgewichtsstörungen
- Blutung oder klarer Ausfluss aus Nase oder Ohr.

Spätfolgen

Eine Hirnerschütterung bleibt meistens folgenlos. In manchen Fällen kann es jedoch einige Monate dauern, bis die letzten Folgen verschwinden. Dazu gehören zum Beispiel: Kopfschmerzen, Schwindel, Sehstörungen, Müdigkeit, Licht- und Geräuschempfindlichkeit sowie Konzentrationsschwierigkeiten. ■

Diese Informationen sind kein Ersatz für ärztliche Beratung oder Behandlung. Der Inhalt kann und darf nicht verwendet werden, um eigenständig Diagnosen zu stellen oder Behandlungen durchzuführen. Der Inhalt widerspiegelt den aktuellen Wissensstand der Autoren. Trotz grösster Sorgfalt können sie keine Gewähr für Vollständigkeit und Aktualität übernehmen. Jegliche Haftung wird abgelehnt. Reproduktion, Kopie, elektronische Verarbeitung sind untersagt.

© 2011 by Dres. med. Paul W. Meier und
Thomas Baumann, Kinderärzte FMH Solothurn
& Hans Huber Verlag Bern
Illustration: desience Layout: Michel Burkhardt

Überreicht durch



Verbrennungen bei Neugeborenen durch Wärmeflaschen und Kirschkernkissen

Viele praktizierende Pädiater betreuen auch die Neugeborenen in den Regionalspitälern. Frühgeborene, Mangelgeburten und Säuglinge nach perinataler Asphyxie haben ein erhöhtes Hypothermierisiko, weshalb die Körpertemperatur regelmässig überprüft wird. Wenn das Neugeborene eine Hypothermietendenz zeigt, werden an vielen Gebärkliniken Wärmeflaschen oder Kirschkernkissen verwendet, um dem Säugling Wärme zuzuführen. Dies beinhaltet nicht zu unterschätzende Gefahren, wie folgende 2 Fallberichte aufzeigen:

**DR. MED.
RETO GAMBON,**
PRAXISGEMEINSCHAFT
FELDSTRASSE, THUSIS

NG A.D. 14.6.2012, Spontangeburt 39 1/7 SSW, GG 3090 g, Apgar 9/10/10, keine Risikofaktoren. Postpartal ging die Mutter zum Duschen und der Säugling wurde nur in eine Decke gewickelt ins Kinderbett gelegt. Um eine Hypothermie zu verhindern, legte die Hebamme eine Bettflasche aus Metall, mit einer Stoffhülle ummantelt, ins Bett. Das Kind strampelte sich dann unbemerkt aus der Decke und verbrannte sich im Kontakt mit der Flasche den rechten Ellbogen (*Abb. 1*).

Es entstand eine Verbrennung 2° mit Blasenbildung von 2×3 cm. Nach Kühlung, Analgesie und Lokaltherapie mit lalugen-Salbe kam es zu einer raschen Abheilung. Bei Kontrolle im Alter von 1 Jahr keinerlei Narbenbildung und unauffällige Haut.



Abbildung 1

NG P.L. 04.05.2015, Vacuumextraktion unter PDA bei Geburtsstillstand in 39 4/7 SSW. Perinatale Asphyxie mit NS art pH 7,03, Apgar 6/9/9, GG 3310 g, Kephälhämatom. In der Folge Trinkschwierigkeiten und Gewichtsabnahme über 10%. Bei Hypothermietendenz am dritten Lebenstag wärmte die Hebamme ein Kirschkernkissen in einem Kissenanzug im Wärmeschrank auf (angeblich auf 40°) und legte es auf den Bauch des bekleideten Säuglings. Das Kind begann kurz darauf heftig zu weinen und nach 30 Min. bemerkte die Mutter, dass sich das Kind warm anfühle. Die Hebamme wollte darauf das Kind neu wickeln, dabei bemerkte sie eine star-

ke Rötung des linken Beines und eine kleine Brandblase am linken Knie (*Abb. 2*).

Nach Kühlung, Analgesie und Lokalbehandlung mit lalugen-Salbe rasche Abheilung der Läsionen innert 48 h. 1 Monat später keine Narbenbildung und unauffällige Haut.



Abbildung 2

Der Gebrauch von Kirschkernkissen (*Abb. 3*) hat an vielen Gebärkliniken die Anwendung von Bettflaschen abgelöst, da deren Gefahrenpotenzial für Verbrennungen bekannt ist, während die «natürlichen» Kirschkernkissen als unbedenklich gelten. Auch bei deren Anwendung kann es zu Verbrennungen kommen. Einerseits durch zu starkes Erwärmen im Wärmeschrank (falsche Einstellung der Temperatur), zu lange Einwirkung oder durch direkten Hautkontakt (Strampeln des Säuglings). In beiden Fällen wurde die Oberflächentemperatur der Wärmeflasche oder des Kissens durch erfahrene Hebammen als nicht zu warm beurteilt!

Im Vergleich zum Erwachsenen ist die Wärmeempfindlichkeit des Neugeborenen deutlich höher, die Haut besteht aus weniger Zellschichten und bildet eine schwache Barriere gegenüber physikalischen Schädigungen. Die durch Wärmeapplikation induzierte Oberflächentemperatur auf der kindlichen Haut darf 42° nicht übersteigen, sonst kommt es zur thermischen Schädigung.



Abbildung 3

Auch andere externe Wärmequellen bergen Gefahren. *Abb. 4* zeigt eine in einem Spital in der Mongolei angewendete Methode einer mit Warmwasser gefüllten PET-Flasche, obwohl das Neugeborene in einem modernen Wärmebett liegt (Traditionen!).



Abbildung 4

Generell sollten heute keine dieser potenziell gefährlichen Methoden zur Temperaturstabilisierung mehr angewendet werden und jede Gebärklinik sollte mit einem Wärmebett ausgerüstet sein. ■

ANZEIGE



ipda Institut für Psychodrama und Aktionsmethoden



3. Internationaler Psychodramakongress
für die Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und Familien
23.-25. September 2016 in Basel

Der Schwerpunkt wird auf die Bedeutung der Bühne als Mittler zwischen unterschiedlichen Wahrnehmungswelten gelegt; sei es die Spielbühne im Kinderpsychodrama, die „Kriegsspielbühne“ bei Kindern aus Kriegsgebieten, die Raumbühne bei der Aufstellungsarbeit mit Familien oder das Computergame als Bühne der Imagination.

Ein Kongress für Fachpersonen aus unterschiedlichen therapeutischen Schulen, die mit Kindern, Jugendlichen und Familien arbeiten und spielerisch-kreative Methoden weiter entwickeln wollen.

Informationen zu den Vorträgen/Workshops und Anmeldung:

www.pdh.ch/kongress

Humanistische Psychotherapie mit Schwerpunkt Psychodrama

Die Weiterbildung ist von der SGPP anerkannt und kann als Weiter- oder Fortbildung in Psychotherapie angerechnet werden.

Beginn der Psychodrama-Grundstufe: November 2016 in Konstanz

Offene Seminare

Das Ein-Personen-Rollenspiel in Beratung, Coaching und Therapie

3./4. September in Bern, Leitung: lic.phil. Roger Schaller

Psychotherapeutische Arbeit mit Träumen und Märchen

27./28. Oktober in St. Gallen, Leitung: Dr.med. Susanne Kunz Mehlstaub

Informationen und Anmeldung:

Institut für Psychodrama und Aktionsmethoden

www.ipda.ch

E-Mail: info@ipda.ch

Tel. 032 344 24 97



Empfehlung der Strabismus-Kommission der SOG

Plusoptix-Werte zur Überweisung an den Augenarzt/die Augenärztin

DR. MED.
CORINA KLAEGER,
BERN,
gurtengasse@gmail.com

PROF. DR. MED.
ANJA PALMOWSKI-WOLFE,
AUGENKLINIK, UNIVERSI-
TÄTSPITAL BASEL,
BASEL

Der Plusoptix Visionscreener ist ein wertvolles Hilfsmittel für Nicht-Ophthalmologen, v. a. Kinderärzte, um schnell und für den Patienten ohne Belastung einen Test zur Erkennung von Amblyopie-Risikofaktoren durchzuführen. Es ersetzt nicht die klinische Untersuchung, sondern ist nur in Ergänzung hierzu zu sehen.

Für Kinderärzte empfehlen wir die Zuweisung an einen Ophthalmologen, wenn bei den Vorsorge-Untersuchungen gemäss der Checkliste der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie [1] folgende Untersuchungen auffällig sind:

1. Kann das Kind die Fixation aufnehmen? Zittern die Augen? Kann die Fixation mit jedem Auge einzeln gehalten werden?
2. Optische Achse klar (Medientrübung)? Fundusrot-Reflex symmetrisch (Abb. 1)?
3. Test auf Schielen: Hornhaut-Reflexe, Fundusrot-Reflex, wenn möglich Abdecktest, Lang-Stereotest (Abb. 1 Mitte und unten).
4. Ist die Augenbeweglichkeit eingeschränkt? (Folgebewegung mit Spielzeug)
5. Sobald dies möglich ist, sollte die Sehschärfe geprüft werden. Bei Babys kann eine Untersuchung des Verhaltens bei Abdeckung des einen Auges im Vergleich zur Abdeckung des anderen Auges einen Hinweis darauf geben, ob die Sehentwicklung in etwa symmetrisch ist. Für ältere Kinder im Alter ab 3 Jahren, evtl. auch früher, sollte die Sehschärfe gezielt mit Sehtafeln monokular geprüft werden. Hier bietet sich für die Kinderarzt-Praxis der Test nach Lea Hyvärinen an (Abb. 2).
6. Plusoptix-Screening mit geänderten Normwerten im Vergleich zur Werkseinstellung.

Empfehlungen zum Plusoptix

Keine Methode besitzt eine 100% Sensitivität und Spezifität. Dies ist daher auch von diesem Gerät nicht zu erwarten. Die vom Werk eingestellten aktuellen Normwerte führen zu einer sehr hohen Anzahl von unnöti-



Abb. 1: Prüfung des Fundusrot-Reflexes.

Oben: 6 Monate altes Baby mit beidseitiger angeborener Linsentrübung. Der Einblick bei regredientem Licht zeigt die Linsentrübung als dunkle «Scheibe», da das rote Rückleuchten des gut durchbluteten Augenhintergrunds verhindert wird. Am linken Auge ist der Strahlengang zum Teil etwas schräg. Das schräg auf die Linsentrübung fallende Licht wird als Streulicht zurückgeworfen und lässt hierdurch die Linsentrübung weiss erscheinen.

Mitte und unten: Alternierendes Innenschielen. In der Mitte schielt das rechte Auge nach innen, unten das linke Auge. Das Fundusrot ist auf dem schielenden Auge gut zu sehen und asymmetrisch zum fixierenden Auge.

gen Überweisungen an den Augenarzt (zu niedrige Spezifität mit vielen falsch positiven Resultaten) [2]. Aus diesem Grund empfiehlt die Strabismuskommission der SOG (ausgearbeitet von Dr. Corina Klaeger, Bern, und Prof. Anja Palmowski-Wolfe, Basel) neue Werte, ab denen eine Überweisung zum Augenarzt empfohlen wird (Tab. 1).

Begründungen zu den einzelnen Normwerten

Anisometropie

Dieser Wert wurde im Vergleich zur Werkseinstellung nur minimal um 0.25 dpt erhöht – auf 1.0 – ohne Altersabhängigkeit, weil bei einem Seitenunterschied unter 1 dpt das Risiko einer Amblyopie-Entwicklung praktisch nicht gegeben ist. Sollte dennoch eine kleine Amblyopie auftreten, sollte diese durch die Sehprüfungen im Schulalter auffallen. Eine solche Refraktionsamblyopie kann noch bis ins Teenager-Alter erfolgreich behandelt werden [3].

Art	Geräte Normwerte	Überweisung ab Alter		
		< 2J	2 – 5 J	≥ 6 J
Anisometropie	Sphärisches Äquivalent	≥ 0.75 dpt	≥ 1.0	≥ 1.0
Astigmatismus	Zylinder	≥ 0.75 dpt	≥ 2.5	≥ 1.5
Hyperopie	Sphärisches Äquivalent	≥ +1 dpt	≥ +3.0	≥ +2.5
Myopie	Sphärisches Äquivalent	≥ -1 dpt	≥ -1.5	≥ -0.75
Hornhautreflexe	Asymmetrie	≥ 5.0		
Anisokorie	Pupillendurchmesser	≥ 1 mm		
Kein Messergebnis trotz guter Mitarbeit		in jedem Alter Zuweisung		

Tab. 1: Plusoptix-Werte, ab denen eine Überweisung zum Augenarzt empfohlen wird.

Astigmatismus

Da der Astigmatismus typischerweise bei kleinen Kindern hoch ist und sich im Laufe des Wachstums verbessert (Abb. 3), darf man höhere Werte als die Normvorgaben tolerieren, ohne dass man bezogen auf den späteren Visus im Kindergartenalter etwas verpasst. Die sensitive Phase für refraktive Amblyopie ist viel länger als für Schielamblyopie [3]. Eine Brille wegen eines Astigmatismus bei Kindern unter 2 Jahren ist sehr selten nötig.

Hyperopie

Ein hyperopes Auge ist zu klein. Durch Wachstum vermindert sich die Hyperopie. Sofern kein Schielen vorliegt, ist eine Hyperopie von +3.0 dpt bei einem kleinen Kind unproblematisch und führt nicht zur Amblyopie. Dementsprechend werten die American Association of

Pediatric Ophthalmology and Strabism, der deutsche Berufsverband der Augenärzte und die Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft Refraktionswerte in Zykloplegie von > +3 dpt als Amblyopie-Risiko [2, 4]. Hierzu ist anzumerken, dass das Plusoptix die Refraktion nicht in Zykloplegie misst.

Wie bei allen Testmethoden ist die Hyperopie in Zykloplegie höher als in Miosis.

Wenn eine signifikante Hypoakkommodation kombiniert mit Hyperopie vorliegt, wird der Screener dies erfassen. Wenn durch die Akkommodation die Hyperopie kompensiert wird, ohne dass es zum Schielen kommt (normaler Lang-Stereotest), darf mit einer Brille bei einer Hyperopie von $\leq +3.0$ gewartet werden, bis im Alter von ca. 4 Jahren ein Sehtest durchgeführt werden kann.

Abb. 2: Sehprüfung kleiner Kinder mit Symbolen nach Lea Hyvärinen. Wichtig ist hier die Berücksichtigung des Prüfabstandes bei der Auswertung.

Oben: Monokulare Prüfung, indem ein Auge mit einem Mattglas abgedeckt ist.
Unten: Bei Kindern, die nicht reden können, können die Symbole als Antwort durch das Kind auch gezeigt werden.

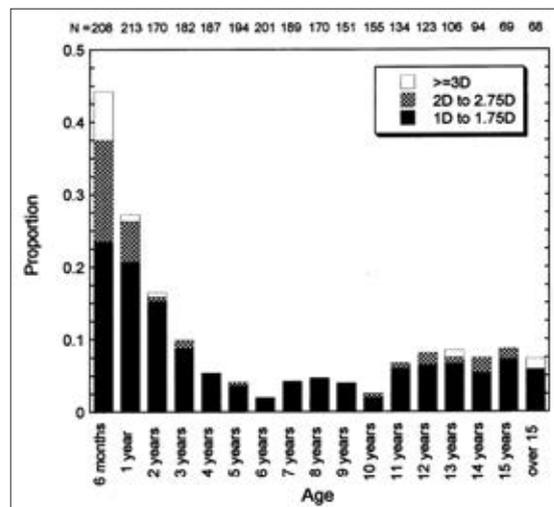


Myopie

Beim Plusoptix wird die Messung beim Kinderarzt ohne Zykloplegie durchgeführt. Auch wenn die Untersuchung in einer Entfernung von 1 m erfolgt, kann es sein, dass Kinder noch akkomodieren und so eine Myopie vorgetäuscht wird. Eine Myopie von < -1.5 dpt führt nicht zur Amblyopie, da genaues visuelles Arbeiten in der Nähe stattfindet und hier eine scharfe Abbildung auf der Netzhaut auch ohne Korrektur erfolgt. Da mit einer geringfügigen Myopie auch die mittlere Entfernung noch gut gesehen werden kann, stellt eine unkorrigierte Myopie in dieser Grösse für ein Kind kein Hindernis für die Sehentwicklung dar. Allerdings darf die Myopie nicht in kurzer Zeit (1–3 Monate!) drastisch zunehmen. Bei Kindern unter 3 Jahren ist die Sklera noch elastisch und kann bei erhöhtem Augeninnendruck nachgeben. Somit kann in den ersten 3 Lebensjahren eine schnell zunehmende Kurzsichtigkeit ein erster Hinweis auf ein Augendruckproblem sein und sollte dann kurzfristig dem Kinderophthalmologen vorgestellt werden.

Zusammenfassend ist das Plusoptix für den Kinderarzt eine gute zusätzliche Möglichkeit, Amblyopierisiken zu erfassen. Wichtig ist in jedem Fall, dass die Untersuchung mit dem Plusoptix nicht die klinische Untersuchung ersetzt, sondern ergänzt. ■

Abb. 3: Astigmatismus-Werte in Abhängigkeit des Alters. Reprinted from Gwiazda J, Grice K, Held R, et al. Astigmatism and the development of myopia in children, Vision Research 2000; 40:1019–1026, with permission from Elsevier.



REFERENZEN

- [1] Ambühl D, Bächeler A, Baumann T, et al. Checklisten Vorsorgeuntersuchungen. Swiss Society of Paediatrics, 4. Aufl. 2011.
- [2] Nathan NR, Donahue SP. Modification of Plusoptix referral criteria to enhance sensitivity and specificity during pediatric vision screening. J Amer Assoc Pediat Ophthalmol Strabism 2011; 15:551–555.
- [3] Khan T. Is There a Critical Period for Amblyopia Therapy? Results of a Study on Older Anisometric Amblyopes. Clin Diagn Res. 2015; 9: NC01–NC04.
- [4] Arens CD, Bertram B (eds). Praxisorientierte Handlungsleitlinien für Diagnose und Therapie in der Augenheilkunde des Berufsverbands der Augenärzte e. V. Düsseldorf: BVA. (1998). Leitlinie Nr. 26a: Amblyopie.

Kommentar

Dr. med. Patrik Schimert, Praxispädiater in Richterswil
Anita Baehler Spieser, Diplom Orthoptistin im Augenzentrum Höfe in Freienbach

31

Die flächendeckende effiziente Erfassung von Sehstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter, welche zu einer Amblyopie führen, ist bislang eine der grossen Lücken in der Vorsorge unserer Kinder. Je nach Literatur leiden 5–10% unserer Kinder an einer Amblyopie, welche bis anhin häufig erst spät erkannt wurde und dann teilweise nur schwer korrigiert werden konnte, da sich das sensitive Fenster der Sehentwicklung ab fünf Jahren zunehmend schliesst. Zwar wird die Entwicklung der Augen von allen Kinderärzten bei den Vorsorgeuntersuchungen beurteilt, aber die klinische Untersuchung ist vor allem bei Kindern vor dem vierten Lebensjahr schwierig. Wir haben im Jahr 2008 anlässlich einer Untersuchung [1] an 120 Kindern in unserer Praxis bereits gezeigt, dass die Erfassung von Sehstörungen mit dem Plusoptix Vision Screener eine ausgezeichnete Möglichkeit der Früherfassung darstellt, wenn sie als Ergänzung zur klinischen Untersuchung von einer erfahrenen Fachperson durchgeführt wird. Bislang fehlten jedoch offizielle, für den Pädiater sinnvolle Grenzwerte, welche mit ausreichender Sensitivität und Spezifität eine Überweisung zum Ophthalmologen festlegen.

Die Verzögerung rührt daher, dass leider in der Vergangenheit nicht alle Ophthalmologen die Meinung der Autorinnen vertreten haben, dass die Refraktometrie ohne Zykloplegie eine optimale Ergänzung zur bisherigen Augenvorsorge für Pädiater ist.

Die vorgeschlagenen Grenzwerte entsprechen mehrheitlich unserer Erfahrung. Die Werte des Astigmatismus sind mit dem Gerät sehr genau messbar und können eindeutig nach oben angepasst werden. Die Myopie stellt wie beschrieben in dieser Altersgruppe kein erhebliches Hindernis für die Entwicklung der Augen dar. Wahrscheinlich könnte in den ersten zwei Lebensjahren der Wert auch auf 2.0 angepasst werden.

Verglichen mit der Skiaskopie in Cycloplegie werden die Werte der Hyperopie mit dem Gerät eindeutig zu tief gemessen. Deswegen ist besonders ab dem zweiten Lebensjahr bei den Überweiskriterien Vorsicht geboten. Nach unseren Erfahrungen könnte eine latente Hyperopie mit den vorgeschlagenen Werten verpasst werden. Dies gilt insbesondere für schielende Kinder, die in diesem Alter nicht immer entdeckt werden, da der Langtest aufgrund der Compliance oft schwierig zu interpretieren ist. Wir würden hier den Grenzwert ab zwei Jahren eher auf 2.0 setzen, was voraussichtlich aber zu mehr Überweisungen führen würde.

Wie bei allen technischen Neuerungen ist zu bedenken, dass die Anwendung des Plusoptix Vision Screeners mit seinen angepassten Grenzwerten dazu verleiten könnte, das Gerät als ausschliessliche Screeningmethode im Säuglings- bzw. Kleinkindalter zu brauchen. Dafür ist das Gerät unserer Ansicht nach eindeutig nicht vorgesehen, sondern, wie auch die Autorinnen es betonen, nur als Ergänzung zur klinischen Untersuchung.



Neben der Frage nach der Gültigkeit der Grenzwerte stellt sich jene nach dem Zeitpunkt, ab dem der Plusoptix Screener sinnvoll und kosteneffizient eingesetzt werden kann. Unserer Meinung nach sollte die erste Untersuchung mit 18 Monaten stattfinden, vorausgesetzt die klinische Untersuchung ist bis zu diesem Zeitpunkt unauffällig. Sollte diese zu einem grenzwertigen Resultat führen, könnte eine zweite Untersuchung mit zwei Jahren anlässlich der VU erfolgen. Dies wäre immer noch viel früher als bis anhin, da die Kinder im ersten oder zweiten Kindergarten einem Screening unterzogen werden. Spielen die Kosten eine untergeordnete Rolle, könnte bereits mit 4 oder 6 Monaten das Screening begonnen werden. Dies führt zu einem weiteren wichtigen Punkt: Leider gibt es bislang noch keine Tarifposition, über welche diese hervorragende, ergänzende Screeningmethode abrechenbar ist. Wir hoffen sehr, wir können uns zusammen mit den Augenärzten erfolgreich für eine Aufnahme in den Tarifkatalog einsetzen, damit eine flächendeckende, möglichst frühzeitige Erfassung der Sehstörungen bei unseren Kindern erfolgen kann.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die einfache Anwendung des Plusoptix Vision Screener und die nun vorgeschlagenen Überweiskriterien als Ergänzung zur klinischen Untersuchung ein Meilenstein in der Vorsorge der Augen unserer Kinder sind.

[1] G. Schimert, U. Kramer, A. Bähler, «Augenuntersuchungen bei Kleinkindern», Forum News Sommer 2009, S. 20–23.

Sonografische Frakturdiagnostik in der pädiatrischen Praxis und Notfallstation

32

DR. MED.

JOHANNES GREISSER,
KINDER- UND JUGEND-
PRAXIS ARCHE,
AARBERG (BE)

DR. MED.

MICHAEL WALTHER,
UNIVERSITÄTSKINDERKLINIK
BASEL

DR. MED. RAOUL SCHMID,
BAARER KINDERARZTPRAXIS,
BAAR (ZG)

Einleitung

Die konventionell-radiologische Diagnostik ist bis heute der Goldstandard zum Nachweis oder Ausschluss von kindlichen Frakturen. Aufgrund der zahlreichen Vorteile der Sonografie gegenüber dem konventionellen Röntgen gibt es eine zunehmende Anzahl wissenschaftlicher Arbeiten, welche den Stellenwert der Sonografie in der kindlichen Frakturdiagnostik evaluieren. In diesem Artikel werden anhand von verschiedenen Kasuistiken die Möglichkeiten der Sonografie in der pädiatrischen Praxis und auf der Kindernotfallstation aufgezeigt. Die aktuelle Literatur wird zusammengefasst und Empfehlungen für den klinischen Alltag daraus abgeleitet.

Muskuloskeletale Sonoanatomie

Aus physikalischen Gründen kommt es am Übergang zwischen Muskulatur und Knochen zu einer Totalreflexion von Ultraschallwellen. Dadurch stellt sich die orthograd angeschallte Kortikalis als lineare, scharf begrenzte, hyperechogene Struktur dar (s. Abb. 1). Der Knochen kann somit aus beliebigen Positionen angeschallt werden (im Gegensatz zum Röntgenbild, wo meist nur zwei Darstellungsebenen zur Verfügung stehen). Der Fraktur nachweis erfolgt durch den Nachweis einer Formveränderung oder Unterbrechung der Kortikalis. Häufig wird dafür auch der Seitenvergleich hinzugezogen.

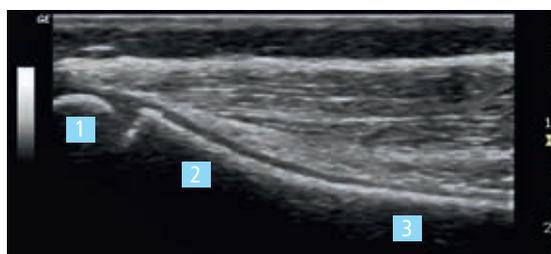
Kasuistiken

a) Fall 1

Dislozierte Vorderarmfrakturen sind nicht das Kerngeschäft der Praxispädiatrie und auch nicht der Sonografie. Was uns in der Praxis begegnet, ist oft weniger spektakulär: Nach einem Sturz oder Zusammenprall schmerzt der distale Vorderarm. Eine Schwellung kann palpirt werden oder auch nicht...

Die häufigste Verletzung des kindlichen Skeletts hat sich inzwischen vielerorts zur Ultraschall-Domäne gemauert. Es darf darauf hingewiesen werden, dass bereits 2004 an dieser Stelle ein Artikel dazu publiziert wurde [1]. Inzwischen gilt die sonografische Diagnostik der Stauchungsfraktur am distalen metaphysären Radius als standardisiert und in Bezug auf Sensibilität und Spezifität dem Röntgenbild zumindest ebenbürtig. Dazu wird das Kind bequem auf oder an der Liege, evtl. auf dem Schoß der Mutter platziert. Radius

Abb. 1: Proximale Fibula im Longitudinalschnitt. Gut erkennbar sind die Epiphyse (1), Metaphyse (2) und Diaphyse (3). Zwischen Epi- und Metaphyse ist die Epiphysenfuge gut erkennbar.



und Ulna werden von dorsal, volar und lateral im Longitudinalschnitt dargestellt, ohne dass, mit der auch für die Hüftsonografie verwendeten linearen Schallsonde, Druck auf den Arm ausgeübt wird. Auch für Laien sind Biegungen, Stufenbildungen oder Unterbrechungen der Kortikalis leicht zu erkennen (Abb. 2.a-c).

b) Fall 2

2 Monate altes Mädchen, das anamnestisch wenige Minuten zuvor aus ca. 1,5 m auf den Parkettboden gefallen ist. Keine Bewusstlosigkeit, kein Erbrechen. Bei der Vorstellung ist die Vigilanz ungetrübt und es zeigen sich keine neurologischen Ausfälle. In der Untersuchung ist keine Prellmarke zu sehen, die Fontanelle ist im Niveau. Occipital links tastet sich eine Imprimierung des Schädels ohne harte oder fluktuierende Schwellung. Ein sofort durchgeführter Ultraschall der Schädelkalotte bestätigt den Verdacht auf eine bestehende Impressionsfraktur (Abb. 3). Das stumpfe Schädel-Hirn-Trauma (SHT) ohne Anhalt auf eine intracerebrale Druckerhöhung oder Blutung ist der häufigste Vorstellungsgrund bei Sturz auf den Kopf. In solchen Fällen ist ausser Alter und Sturzmechanismus unter anderem der Verdacht auf eine Schädelfraktur ein Kriterium zur stationären Überwachung und ggf. weiterführenden Diagnostik. Die Durchführung einer Sonografie der Schädelkalotte ist daher sowohl für den Notfallmediziner in der Klinik als auch für den niedergelassenen Kinderarzt ein geeignetes Diagnosewerkzeug zur Triagierung solcher Fälle.

c) Fall 3

Nach Einschätzung der Eltern nach einem (alltäglichen) Sturz, ohne Allgemeinsymptome, beginnt ein 5-jähriges Kind zu hinken oder belastet ein Bein plötzlich nicht mehr. Die Anamnese und die klinische Präsentation lassen ihn zwar vermuten, in der Eile beweisen oder ausschliessen lässt sich ein Hüftgelenkserguss jedoch nur sonografisch. Dazu wird beim Kind in Rückenlage der Linearschallkopf unterhalb der Leiste längs auf den Schenkelhals ausgerichtet. Es zeigt sich eine Flüssigkeitsansammlung im ventralen Rezessus, verstärkt bei (im Falle einer Coxitis unbeliebter, weil schmerzhafter) Innenrotation. (Abb. 4). Röntgen erübrigt sich, eine osäre Läsion ist nicht zu vermuten.

d) Fall 4

Das 4 Jahre alte Mädchen präsentiert sich mit Schmerzen am ganzen Arm, nachdem es beim Eislaufen gestürzt war und versucht hat, mit dem betroffenen Arm den Sturz aufzufangen. Jede Bewegung verursacht Schmerzen. Eine Schwellung oder ein Hämatom ist nicht erkennbar.

Die Untersuchung findet auf dem Schoß der Mutter statt. Der Longitudinalschnitt über der Fossa olecrani



Abb. 2.a–c: Metaphysärer Radius mit Verbiegung (2.a), wellenförmiger Stauchung (2.b) oder Unterbrechung der Kortikalis (2.c).

Abb. 3: Impressionsfraktur occipital links mit geringem Galeahämatom.



Abb. 4: Schenkelhals, Epiphysenfuge und Femurkopfeiphysse (echoreich) mit Knorpelüberzug (echofrei). Dem Schenkelhals anliegend und von dort nach cranial wieder wegziehend, ist die kräftige Gelenkkapsel erkennbar, zwischen deren Facetten sich ein echofreier Reizerguss befindet.

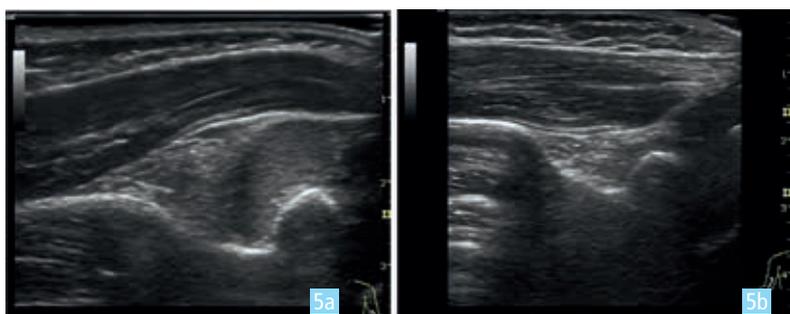


Abb. 5: Dorsaler Longitudinalschnitt des Ellbogens im Seitenvergleich (5.a betroffene Seite, 5.b Vergleichsbild).

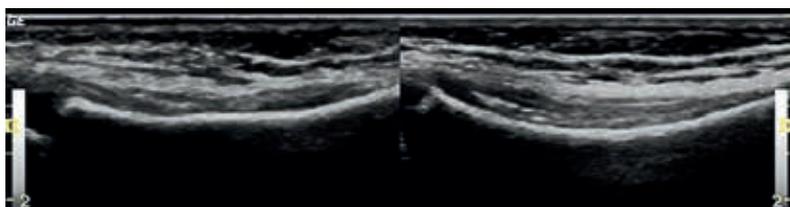


Abb. 6: Auf der linken Bildhälfte ist die proximale Tibiametaphyse links dargestellt, wobei am meta-diaphysären Übergang die Formveränderung der Kortikalis im Vergleich zur Gegenseite (rechte Bildhälfte) einfach zu erkennen ist (im Gegensatz zum zusätzlich durchgeführten konventionellen Röntgenbild, wo die Fraktur nicht erkennbar war).

offenbart *Abb. 5*. Der Vergleich mit der Gegenseite zeigt zweifelsfrei den Befund eines Ellbogen-Gelenkergusses. Sonografisch ist klar erkennbar, dass das normalerweise bei angewinkeltem Gelenk in der Fossa olecrani befindliche Fettpolster durch den echofreien (serös) oder wolkig echoreichen (Hämarthros) Erguss nach cranial und dorsal verlagert ist: Fat Pad Sign als Frakturhinweis! Ähnlich wie bei Röntgenbildern ist die ossäre Läsion bei nicht dislozierten supracondylären Humerusfrakturen nicht immer als solche zu erkennen.

e) Fall 5

6-jähriger Junge, welcher vor 3 Tagen mit seinem Vater auf dem Trampolin spielte. Dabei kam es zu einer Hyperextension des linken Knies. Seit dann Knieschmerzen links und hinkendes Gangbild. Klinisch fand sich eine Druckdolenz im Bereich der proximalen Tibiametaphyse, jedoch keine Schwellung oder Hämatomverfärbung. Sonografisch zeigte sich eine Formveränderung der Kortikalis der proximalen Tibiametaphyse, welche vor allem im Seitenvergleich gut zu erkennen ist (*Abb. 6*).

Literaturzusammenfassung

Um die Jahrtausendwende wurden die ersten Studien zur sonografischen Diagnostik von Frakturen veröffentlicht. So haben im Jahr 2000 in einer Fallserie Dursten und Swartzentruber Repositionsergebnisse von dislozierten Vorderarmfrakturen mittels Ultraschall erfolgreich kontrolliert [2]. Im selben Jahr veröffentlichten Willamson und Kollegen eine Pilotstudie, in der bei 26 Patienten mit Verdacht auf Stauchungs- oder Grünholzfraktur des distalen Unterarmes direkt vor dem Röntgenbild durch den Radiologen eine Sonografie durchgeführt wurde [3]. In dieser Studie korrelierten die Ergebnisse des Ultraschalls zu hundert Prozent mit den Ergebnissen des Röntgenbildes. Ebenfalls im Jahr 2000 veröffentlichte die Gruppe um Hübner eine erste grössere Studie, in der bei 163 Kindern mit Frakturverdacht an 224 Lokalisationen der Ultraschall mit dem Goldstandard Röntgenbild verglichen wurde [4]. In dieser Studie fand sich ebenfalls eine gute Korrelation zwischen Ultraschall und Röntgenbild bei den distalen, unkomplizierten Unterarmfrakturen und den unkomplizierten diaphysären Frakturen des Oberschenkels. Für mehrfragmentäre Frakturen, Frakturen des Hand- oder Fuss skeletts sowie Salter-Harris Typ-I Frakturen und Frakturen mit Gelenksbeteiligung zeigte sich in dieser Studie die Ultraschalldiagnostik als weniger geeignet. Einige Jahre später zeigten Chen und Kollegen in einer Studie mit 68 Patienten, dass die Ultraschalldiagnostik durchgeführt als «bed-side» Verfahren von pädiatrischen Notfallmedizinern sowohl für die Detektion von Unterarmfrakturen als auch für die Kontrolle der Reposition eine zuverlässige und geeignete Methode ist [5]. Zu ähnlichen Ergebnissen bei höherer Fallzahl

34

kam die Gruppe um Chaar-Alvarez im Jahr 2011 für die Detektion von nicht dislozierten, distalen Unterarmfrakturen [6].

Im Jahr 2009 veröffentlichte die Gruppe um Ackermann und Eckert ebenfalls eine Studie zur Untersuchung von Unterarmfrakturen mittels Ultraschall. Sie konnten zeigen, dass die Methode in den Händen von Assistenz- und Fachärzten ohne spezifisches Training eine Sensitivität von 94% und eine Spezifität von 99% vorweisen kann [7]. Im Weiteren machte sich diese Forschungsgruppe um die Standardisierung und Erweiterung der Ultraschalldiagnostik bei Frakturen der Röhrenknochen verdient und veröffentlichte im Jahr 2010 und 2012 Standardschnitte zur Diagnostik von distalen Unterarmfrakturen und subcapitalen Humerusfrakturen [8, 9]. In diesen Studien erreichte die Sensitivität des Ultraschalls 96,1% und die Spezifität 97% für die distalen Unterarmfrakturen und ähnliche Werte für die subcapitale Humerusfraktur in allerdings relativ niedriger Fallzahl. Der durchschnittliche Unterschied des Dislokationswinkels der distalen Unterarmfrakturen zum Röntgenbild beträgt nach den Untersuchungen dieser Forschungsgruppe ca. 2°. Eine weitere Veröffentlichung dieser Kollegen konnte bei grösserer Fallzahl ähnlich gute Ergebnisse bei den distalen Unterarmfrakturen vorweisen [10]. Im Jahr 2014 veröffentlichten Eckert und Ackermann schliesslich sonografische Algorithmen zum Nachweis von handgelenksnahen Unterarmfrakturen, Frakturen des proximalen Humerus und des sog. «Fat Pad Sign», das hinweisend auf einen Ellenbogenerguss und damit nach Trauma als indirektes Frakturzeichen gilt [11]. In der Sonografie ist dieses Zeichen mit einer hohen Sensitivität zu diagnostizieren [12,13]. Röntgenaufnahmen des Ellenbogens können somit reduziert werden

Bereits 1996 wurde eine erste Studie zur Ultraschalldiagnostik bei Verdacht auf Schädelfrakturen veröffentlicht. Damals noch verglichen mit den heutzutage obsoleten Röntgenaufnahmen des Schädels postulierte die Gruppe um Steiner, dass der Ultraschall eben diese Röntgenaufnahmen ersetzen könnte [14]. In weiteren Studien der letzten Jahre zeigten die verschiedenen Forschungsgruppen eine Sensitivität des Ultraschalls für die Schädelfraktur zwischen 85% und 100% und eine Spezifität von 94% und 97%, und scheint damit eine zuverlässige Methode zu sein, um eine Schädelfraktur zu diagnostizieren [15, 16, 17]. Zu betonen ist, dass die Methode nur zur Frakturdiagnostik geeignet ist. Eine Aussage zu intrakraniellen Läsionen und Blutungen kann nicht getroffen werden.

Aktueller Stellenwert der Sonografie in der kindlichen Frakturdiagnostik

Wie im vorangegangenen Abschnitt beschrieben, gibt es eine zunehmende Anzahl von wissenschaftlichen Arbeiten, welche den Stellenwert der Sonografie in der

kindlichen Frakturdiagnostik begründen. Die Sonografie verfügt gegenüber dem konventionellen Röntgenbild über zahlreiche Vorteile: keine ionisierende Strahlung notwendig, unmittelbare räumliche Verfügbarkeit in der Praxis und auf der Notfallstation, Seitenvergleich, multiple Schnittebenen und die Darstellung von ganzen Extremitäten (z.B bei Kleinkindern, welche sich nicht gut untersuchen lassen). Die wenigen Nachteile (keine Bildgebung im Gips möglich, Untersucherabhängigkeit, keine Winkelmessungen, langstreckige Verbiegungen von Knochen nicht gut erkennbar) wiegen die zahlreichen Vorteile nicht auf, respektive definieren das Indikationsgebiet der muskuloskelettalen Sonografie. Geeignet ist diese somit zum Frakturausschluss (auch eine Diagnose!), bei Wulst- und wenig dislozierten Frakturen im metaphysären Bereich von Röhrenknochen und der Metacarpalia, Metatarsalia und Phalangen, von Sternum und Rippen, sowie der Schädelkalotte. Im Weiteren zum Nachweis von okkulten Frakturen (Beispiel Fat Pad Sign). Nicht geeignet ist die Sonografie somit bei stark dislozierten Frakturen, bei winkelbildenden Frakturen im diaphysären Bereich von langen Röhrenknochen, bei langstreckigen Biegungsfrakturen und bei Frage nach Hand- oder Fusswurzelfrakturen.

Weitere Möglichkeiten der muskuloskelettalen Sonografie

Die Sonografie kann auch bei nicht-traumatologischen Fragestellungen im Bereich des kindlichen Bewegungsapparates und der Weichteile eine wertvolle diagnostische Hilfe sein. Aufgrund der oberflächlichen Lage sind die darzustellenden Struktur oft gut zugänglich und auf der pädiatrischen Notfallstation und in der Praxis können mittels der Sonografie wichtige diagnostische Weichen gestellt werden. Beispiele hierfür sind die Coxitis fugax (s. Fall 3), Frage nach Osteomyelitis (Abb. 7), subkutan gelegenen Fremdkörpern (Abb. 8) oder Handgelenkganglion (Abb. 9).

Zusammenfassung

Dem aktuellen Wissenstand entsprechend kann die Sonografie zur primären und abschliessenden Bildgebung bei ausgewählten Frakturtypen und -lokalisationen dienen. Dies sind im Speziellen nicht oder wenig dislozierte



Abb. 7: Bei diesem neugeborenen Mädchen findet sich im Bereich der distalen Femurmetaphyse eine im Vergleich zur Gegenseite deutlich erkennbare Knochenarrosion (linke Bildhälfte), welche einer Osteomyelitis entspricht.

Abb. 8: Im Bereich der Fusssohle findet sich eine längliche, hyperechogene Struktur, welche einem Holzspriessen entspricht (Abbildung mit freundlicher Genehmigung von Andrea Imahorn, Wil).

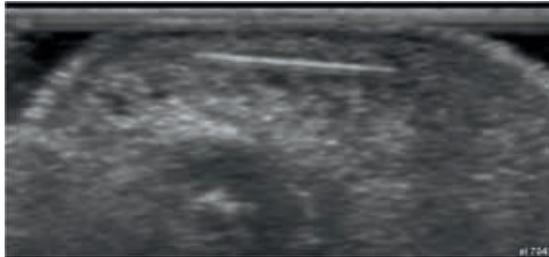


Abb. 9: Dorsal und longitudinal über dem Handgelenk aufgesetzte Linearsonde, wobei sich eine anechogene, scharf begrenzte, von einem Septum durchzogene Läsion zeigt, welche einem Handgelenkganglion entspricht.



Frakturen am dia-metaphysären Übergang von Röhrenknochen, Phalanxfrakturen und Schädelimpressionsfrakturen. Nicht zu vergessen der Frakturausschluss, welcher oft ebenfalls rein sonografisch ohne Anwendung eines Röntgenbildes erfolgen kann. Sicherheitstechnische (Vermeidung von ionisierender Strahlung), organisatorisch-logistische (keine Röntgenanlage in der Praxis oder direkt auf der Notfallstation) und fachliche (Seitenvergleich, multiple Schnittebenen, Beurteilung angrenzender Weichteile) Gründe sprechen für einen zunehmenden Einsatz der Sonografie in der kindlichen Traumatologie. Wie in der Literaturzusammenfassung aufgezeigt, ist diese Bildgebungsmodalität nun auch wissenschaftlich begründbar und die Bahn ist somit frei für die rege Nutzung der Sonografie in den dargelegten Anwendungsgebieten.

Auf Seite 38 finden Sie das aktuelle Kursangebot der SVUPP, wo die notwendigen Fertigkeiten zur Anwendung der Sonografie am kindlichen Bewegungsapparat erworben werden können. ■

LITERATURNACHWEIS

- [1] Schmid, R. Metaphysäre Radius-Stauchungsfrakturen. *ForumNews*. 2004; 3: 18–20.
- [2] Durston W, Swartzentruber R; Ultrasound guided reduction of pediatric forearm fractures in the ED. *Am J Emerg Med*. 2000 Jan;18(1): 72–7.
- [3] Williamson D, Watura R, Cobby M; Ultrasound imaging of forearm fractures in children: a viable alternative? *J Accid Emerg Med*. 2000 Jan;17(1): 22–4.
- [4] Hübner U, Schlicht W, Outzen S, Barthel M, Halsband H; Ultrasound in the diagnosis of fractures in children. *J Bone Joint Surg Br*. 2000 Nov;82(8): 1170–3.
- [5] Chen L, Kim Y, Moore CL; Diagnosis and guided reduction of forearm fractures in children using bedside ultrasound. *Pediatr Emerg Care*. 2007 Aug;23(8): 528–31.
- [6] Chaar-Alvarez FM, Warkentine F, Cross K, Herr S, Paul R; Bedside ultrasound diagnosis of nonangulated distal forearm fractures in the pediatric emergency department. *Pediatr Emerg Care*. 2011 Nov;27(11).
- [7] Ackermann O, Liedgens P, Eckert K, Chelangattucherry E, Husain B, Ruchholtz S; Ultrasound diagnosis of forearm fractures in children: a prospective multicenter study. *Unfallchirurg*. 2009 Aug;112(8): 706–11.
- [8] Ackermann O, Sesia S, Berberich T et al.; Sonographische Diagnostik der subcapitalen Humerusfraktur im Wachstumsalter. *Unfallchirurg* 2010; 113: 839–844
- [9] Eckert K, Ackermann O, Schweiger B, Radeloff E, Liedgens P; Sonographic diagnosis of metaphyseal forearm fractures in children: a safe and applicable alternative to standard x-rays. *Pediatr Emerg Care*. 2012 Sep;28(9): 851–4.
- [10] Eckert K(1), Ackermann O, Schweiger B, Radeloff E, Liedgens P; Ultrasound as a viable alternative to standard X-rays for the diagnosis of distal forearm fractures in children. *Z Orthop Unfall*. 2012 Sep;150(4)
- [11] Eckert K, Ackermann O. Sonographic fracture diagnosis in children; *Unfallchirurg*. 2014 Apr;117(4): 355–68.
- [12] Rabiner JE, Khine H, Avner JR, Friedman LM, Tsung JW; Accuracy of point-of-care ultrasonography for diagnosis of elbow fractures in children. *Ann Emerg Med*. 2013 Jan;61(1): 9–17
- [13] Eckert K, Janssen N, Ackermann O, Schweiger B, Radeloff E, Liedgens P; Ultrasound diagnosis of supracondylar fractures in children. *Eur J Trauma Emerg Surg*. 2014 Apr;40(2): 159–68.
- [14] Steiner S, Riebel T, Nazarenko O, Bassir C, Steger W, Vogl T, Felix R; Skull injury in childhood: comparison of ultrasonography with conventional X-rays and computerized tomography. *Rofo*. 1996 Oct;165(4): 353–8.
- [15] Parri N, Crosby BJ, Glass C, Mannelli F, Sforzi I, Schiavone R, Ban KM; Ability of emergency ultrasonography to detect pediatric skull fractures: a prospective, observational study. *J Emerg Med*. 2013 Jan;44(1): 135–41.
- [16] Riera A, Chen L; Ultrasound evaluation of skull fractures in children: a feasibility study. *Pediatr Emerg Care*. 2012 May;28(5): 420–5.
- [17] Rabiner JE, Friedman LM, Khine H, Avner JR, Tsung JW; Accuracy of point-of-care ultrasound for diagnosis of skull fractures in children. *Pediatrics*. 2013 Jun;131(6): e1757–64.

Kuriose Geburt im pädiatrischen Notfalldienst – oder warum Lachgas einfach genial ist!

DR. MED.
ANNA BEWER SILVESTRI,
KINDERARZTPRAXIS
NAUTILUS, THALWIL

Am Abend um ca. 21 Uhr Anruf einer Mutter. Ihr Sohn habe seit dem Abend eine Bohne im Penis, die komme nicht heraus. Sie habe schon im Spital angerufen und im allgemeinärztlichen Notfalldienst, keiner wolle ihrem Sohn helfen.

Ankunft in der Praxis um 21.50 Uhr eines 14½-jährigen Jugendlichen in Begleitung einer sehr besorgten Mutter, in schmerzreduziertem Allgemeinzustand, afebril, mit geschwollenem Penis. Unter vier Augen berichtet er, er habe sich bereits am Vorabend eine Bohne in den Penis gesteckt. Auf die Frage, wie er an diese gekommen sei, antwortet er, die habe im Bad herumgelegen, da seine Mutter gerade Setzlinge im Bad züchte. Er habe mal ausprobieren wollen, wie sich das anfühlt, wenn etwas im Penis stecke. Er habe mehrfach versucht, die Bohne mit einer Stricknadel zu zertrümmern um sie herauszuholen. Aber er habe praktisch seit 24 Stunden nicht urinieren können. Am Folgeabend dann Zunahme der Schmerzen und dann Mitteilung an die ahnungslose Mutter.

Nach Gabe von 40 Tropfen Tramal p.o., 50 mg Diclofenac p.o. und Lidocaingel intraurethral habe ich den Jugendlichen erstmal alleine ins Bad geschickt, um sich die Bohne selber herauszudrücken. Von dort hörte man wiederholt Schreie wie im Kreissaal.

Nach ca. 45 Minuten erfolglosem Pressen dann der Vorschlag meinerseits einer Lachgassedierung. Diese wurde initial vehement abgelehnt. Er nehme schliesslich keine Drogen und ich solle ihn einfach in Ruhe lassen. Er wirkte schmerzbedingt gereizt und aggressiv. Im Verlauf gelang es mir jedoch, ihn zu überzeugen, da die Alternative eine operative Entfernung durch einen Urologen in Narkose sei. Unter Lachgas Analgosedierung und erneuter intraurethraler Installation von sterilem Lidocaingel gelang es mir schliesslich, durch alleiniges Pressen von aussen die Bohne (Originalfoto rechts) intakt zu «gebären». Der Junge wirkte wie eine Frau während der Geburt. Nachdem die Bohne draussen war, strahlte er einfach nur und meinte, das Lachgas sei das Genialste, was er je erlebt habe. Er versicherte mir, sich nie mehr etwas in den Penis zu stecken, denn jetzt kenne er ja das Gefühl!

Warum schreibe ich diesen Artikel? Weil ich Lachgas einfach genial finde. Vor allem in der Praxis ist es ein schnelles und gutes Mittel, um kooperativen, aber ängstlichen Kindern Angst zu nehmen. Welche Vortei-



le hat Lachgas? Es wirkt primär anxiolytisch und auch leicht analgetisch. Allerdings sollte man es bei schmerzhaften Eingriffen immer mit einem NSAR oder gar einem lokalen Anästhetikum kombinieren. Ferner wirkt es euphorisierend und macht eine retrograde Amnesie. Es braucht einen Vorlauf von 3 bis 5 Minuten, dann ist es in der Regel angeflutet und der Patient ist für den Eingriff parat. Danach braucht es kaum Überwachung, die meisten älteren Kinder beklagen einen leichten Schwindel, aber der liegt eher an der Hyperventilation als an dem Lachgas. Der Schwindel ist praktisch innerhalb von wenigen Minuten rückläufig. Sodass der Patient einfach mit einem guten Gefühl die Praxis wieder verlässt. ■

Kommentare und Rückfragen nimmt die Autorin gerne entgegen unter: a.bewer@hin.ch.

KURSE KINDERÄRZTE SCHWEIZ

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 Bild-
 gebung 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)

Details zu den Kursen und Anmeldung:

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

FORTBILDUNGSNACHWEIS

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

KURSANGEBOT

Die meisten der 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>

37



kinderärzte.schweiz

Berufsverband Kinder- und Jugendärzte in der Praxis
 Association professionnelle 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



■ ULTRASCHALLKURSE

38

Abschlusskurs pädiatrische Sonografie

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

12. Workshop in pädiatrischer Sonografie

Leitung: Dr. med. Johannes Greisser, Aarberg**Ort:** Zürich**Datum:** 17. November 2016**Kosten:** CHF 250.– für Fachärzte, (CHF 150.– für Assistenzärzte)

Grund- und Aufbaukurs Hüftsonografie

Leitung: Dr. med. Markus Renggli, Baden

Dr. med. Nils Hammerich, Lenzburg

Ort: Wil (SG)**Datum:** 17.–19. November 2016**Kosten:** CHF 1400.– (CHF 1500.– für Nichtmitglieder)

Abschlusskurs Hüftsonografie

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

Refresherkurs Hüftsonografie

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

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

ANZEIGE



ALLERGOVIT®
Die Pollen-AIT



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**



Robin und der rote Zweig

Ein Spitalvorbereitungscomic für Kinder im Schulalter

DR. MED.
STEFANIE GISSLER WYSS,
NEUENDORF

Es ist bekannt, dass präventive Information die Angst vor einem Spitalaufenthalt vermindern kann. Über die Hälfte der Kinder kommt als Notfall ins Spital, deshalb macht es Sinn, mit Kindern über den Ablauf im Spital zu sprechen, Rollenspiele zu machen und Bücher zum Thema Spital zusammen anzuschauen.

Wer kennt nicht den Klassiker «Elisabeth wird gesund», der aktualisiert wurde, aber immer noch aussieht wie in meinen Kindertagen.

Es gibt viele Bilder- und Sachbücher zum Thema, die sich aber vor allem an kleinere Kinder richten.

Die Stiftung «Kind + Spital» hat ein Comic herausgegeben, welches sich eher an grössere Kinder im Schulalter richtet. Die Geschichte wurde zusammen mit einer Kinderjury mit 7 Kindern im Alter von 6 bis 11 Jahren entwickelt und vom Zürcher Illustrator Marco Locatelli bildlich umgesetzt. Die Projektleitung hatte Netty Fabian inne, Pflegeexpertin im Universitäts-Kinderspital beider Basel und Vorstandsmitglied von «Kind + Spital», unter fachlichem Beirat von ärztlicher und pflegerischer Seite.

Der Comic erzählt die Geschichte des 11-jährigen Robin, welcher mit starken Bauchschmerzen ins Kinderspital muss. Im Rahmen der Untersuchungen, welche

alle erklärt werden, wird eine Blinddarmentzündung diagnostiziert. Diese und die nötige Operation werden Robin auf lustige, jedoch fachlich korrekte Weise erklärt, ebenso die dazu notwendige Narkose.

Die Kinder erfahren in Wort und Bild, wie der Ablauf sein wird im Falle einer nötigen Operation, und der Comic regt an, Fragen zu stellen.

Robin erlebt während der Narkose einen wilden Traum, in dem er als Held hervorgeht, sodass der Comic als unterhaltsame Geschichte und nicht nur als medizinisches Informationsmaterial daher kommt.

Es wurde Wert darauf gelegt, die Charaktere multikulturell darzustellen. Die einzelnen Berufsgruppen in einem Kinderspital und deren Aufgaben werden zu Beginn erklärt.

Bestellen kann man die 24-seitige Broschüre direkt bei «Kind + Spital» im Webshop (www.kindundspital.ch) zu einem Preis von 6.80 Fr. (Bei grösseren Mengen Preis auf Anfrage). Bestellkarten als Postkarte sind gratis zum Auflegen in der Praxis erhältlich. ■

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.



Für einen guten Start ins Leben.