KINDERÄRZTE.SCHWEIZ

Berufsverband Kinder- und Jugendärzte in der Praxis

04/2016 www.kinderaerzteschweiz.ch info@kinderaerzteschweiz.ch

Jahrestagung

Workshopberichte
Neuer Blog: Die pädiatrische Abrechnung
Durch unser Eröffnungsseminar auf gerader Linie in die Praxis

Aptamil Profutura™

Für eine gesunde Zukunft der nächsten Generation

Auf Basis aktueller Erkenntnisse unserer ENP[1]-Forschung zur Prägung durch frühkindliche Ernährung und mehr als 40 Jahren Wissen über Muttermilch setzen wir **einen neuen Standard für Milchnahrungen.**

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

Aptamil Profutura – Heute für morgen

NUR ERHÄLTLICH IN APOTHEKEN UND DROGERIEN

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

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

Erfahren Sie mehr auf **www.aptaclub.ch**

5 EDITORIAL

KIS INTERN
7 Danke Heidi … ! ! !
8 Interview mit unserem neuen Vorstandsmitglied Kerstin Walter, Bern

11 NOTIZBRETT

JAHRESTAGUNG 2016
13 Mitgliederversammlung Kinderärzte Schweiz 2016
15 Kinderärzte Schweiz: Jahrestagung 2016
16 Hauptreferat: Kindsmisshandlung – Kinderschutz: Theorie und Praxis
33 Herzlichen Dank an unsere Industrieaussteller und Sponsoren

18 JAHRESTAGUNG 2016 – WORKSHOPS

BERUFSPOLITIK
34 Neuer Blog: die pädiatrische Abrechnung
35 mfe – Haus- und Kinderärzte Schweiz

FORTBILDUNG
36 Die pädiatrische Praxisassistenz aus der Sicht eines dreijährigen Mädchens

DIE MPA SEITE
39 MPPA – Vorstellung unserer Netzwerkgruppe

REDAKTIONELLE SEITEN
40 Erstaunliche Einsichten? Ein Plädoyer zugunsten der Wachstumsgeschwindigkeit
41 Die Antwort des Verfassers an Marco Janner

ERFAHRUNGSBERICHT
42 Sublinguale Therapien bei Kindern mit neuen Langzeitstudienresultaten
43 Auf in die Praxis! – Rückblick auf das Praxiseröffnungsseminar in Zürich

SVUPP
44 Die SVUPP im Aufbruch

KURSE/WORKSHOPS/FORTBILDUNGEN
45 Kurse KIS/SVUPP

DAS GUTE KINDERBUCH FÜR DIE PRAXIS
46 Der Glücksschnuller

IMPRESSUM

REDAKTIONSTEAM:
Dr. med. Matthias Furter, Kleinandelfingen;
Dr. med. Stefanie Gissler Wyss, Neuendorf;
Dr. med. Raffael Guggenheim, Zürich (Leitung);
Dr. med. Cyril Lüdin, Muttenz; Dr. med. Nadia Sauter Oes, Winterthur;
Dr. med. Kerstin Walter, Bern; Dr. med. Regula Ziegler-Bürgi, Küsnacht;
Dr. Daniel Brandl, PhD, Geschäftsführer

HERAUSGEBERIN:
Verlag Praxispädiatrie GmbH, Badenerstrasse 21, 8004 Zürich

ABO:
4 Ausgaben/Jahr: Fr. 48.– inkl. Porto (für Mitglieder inklusive)
Spezialpreis für Mütter- und Väterberatungsstellen sowie Nonprofit-Organisationen im Bereich Kinder- und Jugendgesundheit:
Fr. 32.– inkl. Porto

BILDER Titelseite, Jahrestagung und Mitgliederversammlungen:
MELTED-Photography, Fabian Reichgruber www.melted-photography.com
ILLUSTRATIONEN: © Kerstin Walter; S. 9, 22 und 23

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

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

GRAFIK, SATZ UND DRUCK:
Vogt-Schild Druck AG, CH-4552 Derendingen
Auflage: 1450 Expl.
Nächste Ausgabe: 01/2017
Redaktionsschluss: 1. Februar 2017

printed in switzerland

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

PERFORMANCE myclimate neutral Drucksache
No. 01-16-293524 – www.myclimate.org
© myclimate – The Climate Protection Partnership

HABEN SIE ANREGUNGEN, KRITIK ODER LOB?

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

NEU

Jedem sein Abwehrsystem.

Zink und Vitamin C unterstützen unser Immunsystem!

- ✔ **Mit 5 mg Zink und 30 mg Vitamin C**
- ✔ **Ab 4 Jahren geeignet**
- ✔ **Lutschtabletten in zwei fruchtigen Aromen**
- ✔ **Laktose- und glutenfrei**

Nahrungsergänzung

Auch für Kinder

BioMed®

© Biomed AG. 01.2016. All rights reserved.
CH-8600 Dübendorf, biomed@biomed.ch, www.biomed.ch.

NADIA SAUTER OES,
WINTERTHUR

Liebe Leserin, lieber Leser

Der Herbst hat definitiv Einzug gehalten beim Schreiben dieser Zeilen, und bis sie gelesen werden, ist es vielleicht sogar schon ein bisschen Winter.
Traditionellerweise steht die letzte News-Ausgabe des Jahres ganz im Zeichen der Jahrestagung von Kinderärzte Schweiz. Ein Tag voller Informationen, Begegnungen und regem Austausch, der trotz des schwierigen Themas Kinderschutz farbenfroh, vielseitig und spannend war. Das widerspiegelt sich auch in den Fotos und den vielen Texten, die wir zu den Workshops erhalten haben. Ein grosses Dankeschön an all die Schreibenden!

Offenbar gibt es brachliegendes schreiberisches Potenzial in den Reihen unserer Mitglieder. Wer Interesse hat an der Mitarbeit im Redaktionsteam, darf sich gerne bei einem der Mitglieder des Redaktionsteams oder direkt bei Raffael melden.
Mit einer kleinen Standing Ovation möchten wir uns bei Carsten Peters bedanken und uns von ihm verabschieden. Er hat jahrelang an den KIS News mitgearbeitet und sie als Leiter des Redaktionsteams auch wesentlich geprägt. Vielen herzlichen Dank, Carsten, und geniesse die frei gewordene Zeit!

Neben den Texten zur Jahrestagung findet Ihr in diesem Heft zudem einen Bericht über den beliebten Praxiseröffnungsworkshop von Kinderärzte Schweiz, der diesen Sommer wieder von erfreulich vielen jungen Pädiaterkollegen besucht worden ist. Das stimmt doch zuversichtlich für die Praxispädiatrie!
Wir haben dieses Jahr bewusst das Themenheft eingeführt und möchten dieses Format gerne beibehalten und weiter vertiefen. Es bietet sich so die Möglichkeit, ein Thema ausgedehnter zu bearbeiten und von unterschiedlichen Seiten und mit verschiedenen Autoren zu beleuchten. Zudem sollen regelmässige Rubriken auflockernd und informativ eingeflochten werden. Konkreter wird es dann ab dem Heft 1/2017.
Nun wünsche ich uns allen ein gutes Jahresende – mit Herbst und Winter von ihrer schönsten Seite!

Nadia Sauter Oes

Die Themen der folgenden Hefte sind:

News 01/2017: **Ernährung**
News 02/2017: **Dermatologie**
News 03/2017: **ePädiater**
News 04/2017: **Jahrestagung**

epogam® 1000 vegicaps soft® – Zusammensetzung: 1 Kapsel enthält: 1000mg Nachtkerzensamenöl (Ze 358), dies entspricht einem Gehalt von mindestens 80mg γ-Linolensäure.Dieses Präparat enthält zusätzlich Hilfsstoffe. Das Präparat ist für DiabetikerInnen geeignet. **Indikationen/Anwendungsmöglichkeiten:** Unterstützende Behandlung und symptomatische Erleichterung von atopischen, ekzematösen Hauterkrankungen mit begleitendem Juckreiz. **Dosierung/Anwendung:** Erwachsene: 2 × täglich den Inhalt von 2 – 3 Kapseln. Kinder von 1 – 12 Jahren: 2 × täglich den Inhalt von 1 – 2 Kapseln. Anwendungsdauer: Mind. 8 – 12 Wochen. **Kontraindikation:** Bekannte Überempfindlichkeit gegen das Präparat oder einen seiner Bestandteile. **Warnhinweise und Vorsichtsmassnahmen:** Bei Patienten, die bestimmte Medikamente gegen psychiatrische Erkrankungen einnehmen (sog. Phenothiazine), kam es unter der Behandlung von epogam® 1000 vegicaps soft® in Einzelfällen zum Auftreten von epileptischen Anfällen. Deshalb ist bei Patienten, welche Phenothiazine einnehmen oder an Epilepsie leiden, Vorsicht geboten. epogam® 1000 vegicaps soft® kann wegen seinem Ölgehalt die Aufnahme und die Wirkung anderer Medikamente beeinflussen. **Schwangerschaft und Stillzeit:** Aufgrund der bisherigen Erfahrungen ist bei bestimmungsgemässer Anwendung kein Risiko für das Kind bekannt. Systematische wissenschaftliche Untersuchungen wurden aber nie durchgeführt. Während der Stillzeit kann epogam® 1000 vegicaps soft® eingenommen werden, da γ-Linolensäure ein natürlicher Bestandteil der Muttermilch ist. **Unerwünschte Wirkungen:** Gelegentlich kann es zu Übelkeit, Verdauungsstörungen einschliesslich Durchfall und Kopfschmerzen kommen. In seltenen Fällen wurden allergische Erscheinungen beobachtet, die sich durch Hautausschläge, Bauchschmerzen sowie in Einzelfällen durch Temperaturerhöhung äussern. Bei Neurodermitis Patienten mit bekannter Nahrungsmittelallergie oder anderen Allergien ist eine sorgfältige ärztliche Überwachung nötig. **Packungsgrössen:** 120 und 240 Kapseln. **Verkaufskategorie:** D, kassenzulässig. **Zulassungsinhaberin:** Zeller Medical AG, 8590 Romanshorn, Tel.: 071 466 05 00. **Ausführliche Angaben** entnehmen Sie bitte www.swissmedicinfo.ch (Stand der Information: April 2009). [1] Morse N. et al. (2006) A meta-analysis of randomized, placebo-controlled clinical trials of Efamol evening primrose oil in atopic eczema. Where do we go from here in light of more recent discoveries? Curr Pharm Biotechnol. 7:503-524. [2] Tronnier H et al. (1993) Behandlungsstudie der Dermatitis atopica mit ungesättigten Fettsäuren. H+G Band 68, Heft 9:562-572. [3] Schalin M et al. (1987) Evening primrose oil in the treatment of atopic eczema: Effect on clinical status, plasma phospholipid fatty acids and circulating blood prostaglandins. British Journal of Dermatology. 117:11-19. [4] Pirow N (2003) Nachtkerzensamenöl bei Atopischer Dermatitis. Aktuelle Medizin 2:25-28. [5] HMPC Assessment report on Oenothera biennis L., Oneothera lamarckiana L., oleum. 2009. AD = atopische Dermatitis

0114

Kassenzulässig

epogam® – Die natürlich starke & systemische Basistherapie

- normalisiert den Fettsäure-Stoffwechsel durch Substitution von γ-Linolensäure (GLA)[1,2]
- überzeugend wirksam
  - verringert die Intensität und das Ausmass der AD[3,4]
  - verbessert die Trockenheit und den Juckreiz[1,3]
  - reduziert die Entzündung[1,3]
- sicher und gut verträglich in der Langzeittherapie[4,5]

150 JAHRE

zeller medical

www.zellermedical.ch

Danke Heidi … ! ! !

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

Pfäffikon, 8. September 2016, während der Mitgliederversammlung der Kinderärzte Schweiz: Heidi Zinggeler Fuhrer berichtet, dass sie die Leitung der Kurswesengruppe an mich übergibt. Ein einfacher geschäftsmässiger Verwaltungsakt? Keinesfalls!

Heidi war für das Ressort Kurswesen 5½ Jahre lang verantwortlich. Mit viel Energie, Einsatz und Herzblut initiierte sie stets neue Kurse und hat das Bewährte erhalten. Hierbei standen ihr lange Zeit Markus Bigler, die Geschäftsstelle, hier vor allem Bea Kivanc und die (von ihr ins Leben gerufene) Kurswesengruppe zur Seite – doch es war immer sie, die als treibende Kraft voranging. Über 50 unterschiedliche Kurse, an die 150 Kurstage, wohl kaum ein Mitglied, das nicht zumindest an einem Kurs teilgenommen hat, alles mit steigender Tendenz … Dies nur ein paar Zahlen, für die sie «verantwortlich» war.

Auf der einen Seite also eine einfache Ressortübernahme, denn es ist alles gut vorbereitet, vieles aufgegleist. Hinzu kommt eine – wie gewohnt(!) – perfekte Übergabe. Auf der anderen Seite allerdings eine schwierige Aufgabe, denn es ist unmöglich, weiter steigende Kurszahlen zu erreichen und wohl auch nicht machbar, das Niveau des letzten Jahres zu halten.

Wir werden uns mit der Kurswesengruppe sehr bemühen, dieses Werk fortzuführen und auch weiterhin ein gutes und abwechslungsreiches Fortbildungsprogramm anzubieten. Zusätzlich sind wir sehr dankbar, dass wir auch in Zukunft bei Bedarf auf Heidis Unterstützung zurückgreifen dürfen. *«Jetzt habe ich vielleicht auch wieder Zeit, selbst erneut mal einen Kurs zu leiten …»* habe ich bei der Übergabe vernommen – typisch Heidi. Immer voller Elan und neuer Ideen, und das trotz ihrer vielen anderen Tätigkeiten und Funktionen.

Hierfür möchte ich mich bei Heidi – dabei soll auch ihre Familie nicht vergessen werden, die oft auf sie verzichten musste – in meinem eigenen sowie im Namen des Vorstands und natürlich auch des ganzen Verbands ganz herzlich bedanken.

Jan Cahlik

Interview mit unserem neuen Vorstandsmitglied Kerstin Walter, Bern

Mit grossem Applaus wurde Kerstin Walter an unserer Jahresversammlung als jüngstes Mitglied in den Vorstand von Kinderärzte Schweiz gewählt. Viele kennen Kerstin ja schon aus den News, wo sie die jeweiligen Themen oft mit ihren witzigen Cartoons versieht. Doch wer ist eigentlich Kerstin Walter? Wir haben den Weg in ihre brandneue Praxis an der Kapellenstrasse in Bern gewagt und ihr ein paar Fragen zu ihrem Werdegang und ihren Visionen gestellt.

DR. MED. RAFFAEL GUGGENHEIM, ZÜRICH

Kerstin – hier bist Du also in Deiner neuen Praxis. Meistens heisst es heute, dass gerade die Pädiaterinnen das unternehmerische Risiko, eine neue Praxis zu eröffnen und zu führen, scheuen. Wieso hast Du es dennoch gemacht?
Noch vor einem Jahr wollte ich mich eigentlich auf keinen Fall selbstständig machen. Aber ich wollte eine berufliche Veränderung und hatte so viele Ideen und Vorstellungen, dass eine eigene Praxis eigentlich die einzige logische Konsequenz war. Und die Planung, Einrichtung und der Aufbau der Praxis haben auch extrem viel Spass gemacht! Ich habe immer gerne Neues ausprobiert – umgekehrt heisst das aber auch, dass ich mir immer noch nicht wirklich vorstellen kann, dort jetzt das nächste Vierteljahrhundert zu arbeiten …

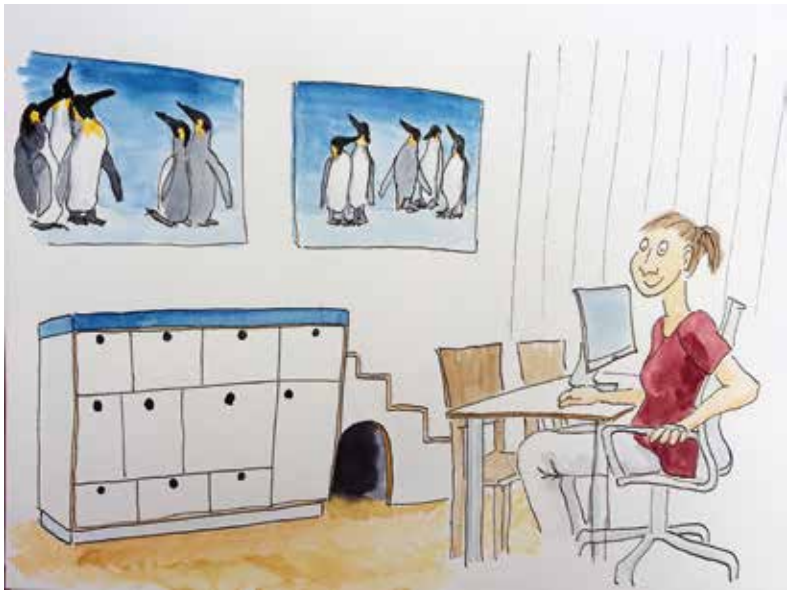
Wir beobachten ja schon länger den Trend, dass immer mehr junge Ärzte, die in die Praxis wechseln, sich in einem Ärzte-Zentrum anstellen lassen. Du kennst ja nun beide Seiten, wie stehst Du zu dieser Entwicklung?
Ich hatte das grosse Glück, beim Aufbau eines solchen Zentrums dabei sein zu können und habe dabei ohne eigenes unternehmerisches Risiko Erfahrungen zum Thema «Wie baue ich eine Praxis auf?» sammeln können. Dabei konnte ich sehr viel lernen, Kontakte knüpfen und ausprobieren, was sich in der Praxis bewährt und was nicht, wie man Abläufe in einer Praxis etabliert, einen Patientenstamm aufbaut etc. All das hat mir extrem geholfen, meine eigene Praxis zu eröffnen – nicht zuletzt auch, weil ich von Anfang an mit einer vollen Agenda starten konnte, da ich praktisch schon einen kompletten Patientenstamm hatte.

Für jemanden, der wie ich nur das andere Extrem kennt – mein Spezialgebiet ist eigentlich Neonatologie und Intensivmedizin – und erst einmal ausprobieren möchte, ob ihm Praxismedizin überhaupt liegt, ist eine Anstellung sicher erst mal eine gute Möglichkeit, den Praxisalltag auszuprobieren. Mit einer eigenen Praxis identifiziert man sich aber einfach doch mehr – und das wiederum führt auch zu mehr Arbeitszufriedenheit, gerade wenn man so viel Herzblut in seine Arbeit steckt.

Wie sieht denn Dein Praxisalltag aus? Wer arbeitet noch mit Dir?
Ich habe von Anfang an zwei freie Nachmittage eingeplant, zumal ich ja noch in einem Geburtsspital neonatologische Hintergrunddienste mache. Aktuell arbeite ich mit zwei jungen, motivierten MPAs zusammen, ab November kommt aber noch eine weitere Kinderärztin dazu und ich freue mich schon sehr auf den Austausch, der so entstehen wird.

Du sprichst ja kein «Bärndütsch» – wo bist Du denn aufgewachsen?
Ja, leider spreche ich kein Schweizerdeutsch. Das kann bei einer 2-Jahres-Kontrolle ziemlich mühsam sein, wenn die Kinder mich nicht verstehen und ich den Eltern sagen muss «Sagen Sie Ihrem Kind mal …». Aber was das Sprechen von Dialekten betrifft, bin ich leider komplett unbegabt – ich kann auch in keinem deutschen Dialekt reden.

Ich bin in Frankfurt am Main geboren, in Reutlingen zur Schule gegangen und habe in Marburg studiert. Und ich hatte nie geplant, auszuwandern. Dann habe ich aber fast zwei Jahre in England gearbeitet und dabei festgestellt, dass es auch in einem anderen Land



sehr schön sein kann … Und da ich lange in Freiburg im Breisgau gearbeitet habe, war der Schritt nach Bern in gewisser Weise sogar kleiner, als wenn ich zum Beispiel nach Hamburg gewechselt wäre.

Was hat Dich dazu motiviert, Pädiaterin zu werden?
Ich wollte eigentlich nie Kinderärztin werden, ich dachte immer: «Mit den Kindern ist das ja noch ganz nett, aber die Eltern …» Meinen Berufsweg habe ich in der Humangenetik begonnen, dort aber schnell gemerkt, dass ich am Patientenkontakt viel mehr Spass hatte als an der Laborarbeit. Und am schönsten fand ich den Kontakt mit Kindern und ihren Eltern.

Oft sehen wir Dich an Sitzungen und Fortbildungen mit dem Stift in der Hand und dem Skizzenbuch auf dem Tisch – was zeichnest Du eigentlich und wieso?
Derzeit versuche ich mich an Porträts – ich bewundere Karikaturisten, die mit wenigen Strichen eine Person so zeichnen können, dass man sofort sieht, wer gemeint ist. Das würde ich auch gerne können, aber das braucht viel, viel Übung! In Sitzungen oder Fortbildungen habe ich einerseits Zeit zum Üben und andererseits können die Sujets nicht einfach weglaufen …

… und daraus machst Du dann Karikaturen?
Nein, die Karikaturen haben sich bei Kinderärzte Schweiz nur zufällig ergeben. Richtig gute Karikaturen finde ich auch sehr schwierig, weil sie ja lustig und treffend zugleich sein sollen. Gute Karikaturen bestehen ja nicht einfach nur aus einer Zeichnung, sondern stellen eigentlich eine «kleine Geschichte» dar. Dazu müssen dann immer mal die anderen Mitglieder der Redaktionskommission Ideen liefern, weil ich da selber oft nicht so kreativ bin.

Und nebst den KIS-Karikaturen?
Ich würde sehr gerne ein Bilderbuch zeichnen, das habe ich allerdings mittlerweile schon seit mehreren Jahren vor – aber zu viel Freiheit ist der Kreativität nicht unbedingt zuträglich. In gewisser Weise ist es einfacher, wenn man ein Thema und einen Redaktionsschluss vorgegeben hat.

Lass mich raten, die Helden Deines Bilderbuches wären bestimmt Deine speziellen Mitbewohner?
Meine Laufenten? Genau! Nun ja, sie sind halt nun mal äusserst elegant …! Bisher habe ich sie immerhin als Logo für meine Praxis verewigt.

Das sind ja viele Projekte, bleibt da überhaupt noch Zeit für Kinderärzte Schweiz?
Ein ganz erfahrener Kollege hat mal zu mir gesagt, er habe auf die Frage, was er denn beruflich mache, immer geantwortet, er sei «Allgemeinpädiater, quersubventioniert durch Neonatologie und Hüftsonografie». Das hat mich schwer beeindruckt – vor allem, weil ich mir für mich selbst auch so schlecht vorstellen kann, jahrelang immer nur das Gleiche zu machen – ich brauche auch ein Gegengewicht. Dieses bietet mir Kinderärzte Schweiz. Mich in viele verschiedene Projekte einzubringen, inspiriert mich und so entsteht neuer Schwung, den ich dann hoffentlich wieder anderweitig nutzen kann.

Wie kamst Du eigentlich zu Kinderärzte Schweiz?
Carsten Peters hat mich vor drei Jahren für die Redaktionskommission angeworben. Ich wollte mich gerne ein bisschen engagieren, war aber nicht sicher, ob ich überhaupt etwas Konstruktives beitragen kann und die Mitarbeit bei den News schien mir machbar. Ich profitiere ja auch vom Engagement anderer und Organisationen wie die unsere leben nun einmal davon, dass verschiedene Menschen ihre Ideen, Gedanken, Zeit und Energie einbringen. Gerade als Neueinsteigerin war dies aber auch eine gute Möglichkeit, Einblick in die Schweizer Berufspolitik zu erhalten und Kontakt zu Kollegen zu knüpfen, die über ihren eigenen Tellerrand hinausschauen.

Herzlichen Dank, liebe Kerstin, für Deine Zeit und viel Freude und Erfolg in der Vorstandsarbeit. ■

Neu

milupa

90 Jahre Erfahrung führen uns zur Entwicklung der nächsten Generation Milumil Milch

Milumil Pre
von Geburt an

Milumil 1
von Geburt an

Milumil 2
nach 6 Monaten

Fermentierte Milch

Rückgang von Darmgasen[1]
Leichtere Verdauung[1]

EINZIGARTIGE KOMBINATION
NUTRI MIX
✓ Fermentiert/fermenté
✓ GOS/FOS
✓ Nukleotide
MELANGE UNIQUE

GOS/FOS* (9:1)
(patentierte Mischung)

Für bifidogene[2-7] Darmflora, weichere[2,8,9] und häufigere Stühle[2,6,8,10]

✓ unterstützt eine ausgeglichene Verdauung
✓ für Babys Wohlbefinden

1. Roy P et al., Arch D Ped, 2004; 11: 1546-54. **2.** Moro G et al., JPGN, 2002; 34: 291-295. **3.** Boehm G et al., Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed, 2002; 86: F178-181. **4.** Knol J et al., JPGN, 2005; 40: 36-42. **5.** Haarman M and Knol J, Appl Environ Microbiol, 2005; 71: 2318-2324. **6.** Moro G et al., Arch Dis Child, 2006; 91: 814-819. **7.** Knol J et al., Acta Paediatr Suppl, 2005; 94: 31-33. **8.** Costalos C et al., Early Hum Dev, 2008; 84: 45-49. **9.** Veereman-Wauters G et al., J Pediatr Gastroenterol Nutr, 2011; 52: 763-771. **10.** Bisceglia M et al., Acta Paediatr, 2009; 98: 1579-1581.

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

Verbands-/Vorstandsarbeit:

Auf dieser Seite informieren wir Sie in Kurzform über Neuigkeiten und Aktivitäten vom Vorstand und aus unseren Arbeitsgruppen:

Danke Carsten!

Nun hat sich also Carsten Peters von der Redaktionskommission verabschiedet, um mehr für Familie und Hobbies Zeit zu haben. Zeit um Dir nochmals zu danken für die tolle Führung dieser Kommission, die Motivation vieler neuer Mitglieder und natürlich für Deinen steten Humor und die Effizienz, mit welcher Du unser Team charmant und stets zielgerichtet geführt hast.

Antwort von Bundesrat Berset zu KIS Intervention Lieferunterbrüche Impfstoffe

Im Juni hat KIS in Zusammenarbeit mit SGP, SGAIM und EKIF nochmals beim Bundesamt für Gesundheit ein vorzeitiges Intervenieren der Behörden gefordert, um Lieferengpässe bei Basisimpfstoffen zu verhindern oder möglichst rasch zu beheben. Die Antwort kam von höchster Stelle, direkt von Bundesrat Berset: Geplant sind eine verbesserte Lagerhaltung, Massnahmen bei der Zulassung, die Möglichkeit alternativer Herstellungsorte sowie auch Anpassungen bzgl. Preisfestsetzung und Vergütung. Beschlossen wurde ein Pflichtlager für Impfstoffe sowie die erleichterte Einfuhr von Arzneimitteln, insbesondere Immunologika aus dem Ausland.

AG Kurse:

Wie bei der Jahrestagung mitgeteilt, gab es in der Arbeitsgruppe personelle Veränderungen (siehe auch Bericht auf Seite 7). Die neue Mannschaft bemüht sich um ein weiterhin abwechslungsreiches und gutes Fortbildungsprogramm. Besonders hingewiesen sei auf zwei «neue» Kurse: Migrationskurs Ende Juni 2017 und MPA–Kurs Anfang März. Alle buchbaren Kurse sind stets auf unserer Homepage zu finden.

HPV-Impfung:

Seit dem Sommer haben wir in der Schweiz endlich den internationalen Standard erreicht und können nun die HPV-Impfung auch für die Jungs anbieten. Allerdings sind die Rahmenbedingungen sehr unbefriedigend. Wie bei den Mädchen kann dies lediglich im Rahmen der kantonalen Programme erfolgen. Es gab für uns keine Möglichkeit, diese Impfung in den normalen Leistungskatalog (wie alle anderen empfohlenen Impfungen) integrieren zu lassen.

Erfolgreiche MPA Fortbildung Netzwerk MPPA Juni 16

Nicht nur durch eigene Fortbildungen oder Workshops an unserer Jahrestagung, sondern wie auch immer möglich fördert und unterstützt KIS die Medizinischen Praxisassistentinnen in den Pädiatriepraxen. So auch die Netzwerkgruppe MPPA (Medizinische pädiatrische Praxisassistentinnen) mit einem Rundmail für einen ihrer Fortbildungsanlässe am Kantonsspital St. Gallen im Juni 2016. Dies wurde sehr geschätzt und der Anlass war ein grosser Erfolg. Die Netzwerkgruppe MPPA stellt sich in diesem Heft auf Seite 39 selbst vor.

Die NEWS neu als Themenhefte:

Ab 2017 ist es nun soweit: Wir werden die News inhaltlich neu gestalten: Die eine Hälfte ist unserer Verbandsarbeit und der Information gewidmet, während die andere sich jeweils auf ein grösseres Thema konzentriert. Dazu werden wir einerseits Guest-Editors begrüssen und andererseits vermehrt Mitglieder um Artikel anfragen. Die Themenhefte sind jeweils ein Jahr im Voraus bekannt und sind auf der Editorialseite ersichtlich. Ziel bleibt wie bisher «Aus der Praxis, für die Praxis»! Wir wünschen viel Lesevergnügen.

Regelmässige Rubriken: Nebst diversen internen und berufspolitischen Themen, Erfahrungsberichten und redaktionellen Seiten berichten wir weiterhin auf unserem Notizbrett über aktuelle Neuigkeiten von Präsidium, Vorstand und Arbeitsgruppen. Ab dieser Ausgabe gibt es zudem zwei neue Rubriken: «Die pädiatrische Abrechnung» und «Die MPA Seite». Nach dem Upgrade des Computersystems in der Geschäftsstelle werden im Laufe des nächsten Jahres ein Veranstaltungskalender und eine Rubrik «Die gute Fortbildung» eingeführt. Während ab Heft 1/2017 in einer weiteren neuen Rubrik Kinderärzte ihre eigenen Praxen vorstellen, bleibt die beliebte Rubrik «Das gute Kinderbuch für die Praxis» natürlich weiterhin bestehen.

Wir leben Impfen

Unsere Produkte

Sanofi Pasteur MSD bietet eine umfangreiche Impfstoffpalette, die Menschen von klein auf bis ins hohe Alter vor Infektionskrankheiten schützen kann.[1] Für Standard- und Reiseimpfungen stehen Einzel- und Kombinationsimpfstoffe zur Auswahl.[1]

GARDASIL®
ZOSTAVAX®
Herpes Zoster (Gürtelrose)-Lebendimpfstoff
PENTAVAC®
VARIVAX®
TETRAVAC™
REVAXIS®
M-M-R vaxPro®
PNEUMOVAX®23
HBvaxPRO® 10 µg
MUTAGRIP®
HBvaxPRO® 40 µg Dialyse
STAMARIL®

Referenz
1. Ausführliche Informationen zu Gardasil®, Pentavac®, Tetravac®, M-M-RVAXPRO®, HBVAXPRO®, Zostavax®, Varivax®, Revaxis®, Pneumovax®-23, Mutagrip® und Stamaril® siehe Arzneimittel-Fachinformation unter www.swissmedicinfo.ch.

Gekürzte Fachinformationen: Gardasil®: Z: Eine Impfdosis (0.5 ml) Impfstoffsuspension enthält ca. 20 µg HPV-Typ 6 L1-Protein, 40 µg HPV-Typ 11 L1-Protein, 40 µg HPV-Typ 16 L1-Protein, 20 µg HPV-Typ 18 L1-Protein. I: Impfstoff zur Prävention der folgenden Erkrankungen, die von den Typen 6, 11, 16 und 18 des humanen Papillomvirus (HPV) verursacht werden: Zervixkarzinom, prämaligne Läsionen im Genitalbereich (Zervix, Vulva und Vagina), Analkarzinom, prämaligne Läsionen im Analbereich und Genitalwarzen (Condyloma acuminata) bei Frauen und Mädchen ab einem Alter von 9 Jahren. Analkarzinom, prämaligne Läsionen im Analbereich und Genitalwarzen (Condyloma acuminata) bedingt durch HPV 6 und 11 bei Männern und Jungen im Alter zwischen 9 und 26 Jahren. D: Grundimmunisierung: 3 Einzeldosen zu je 0.5 ml, die gemäss Impfschema 0, 2, 6 Monate verabreicht werden. Der Impfstoff ist intramuskulär anzuwenden. Die Anwendung von Gardasil® bei Kindern unter 9 Jahren wird nicht empfohlen. KI: Überempfindlichkeit gegen die Wirkstoffe oder gegen einen der sonstigen Bestandteile; akute, schwere, fieberhafte Erkrankung. VM: Wie bei allen injizierbaren Impfstoffen sollten für den Fall seltener anaphylaktischer Reaktionen nach Gabe des Impfstoffs geeignete Behandlungsmöglichkeiten unmittelbar zur Verfügung stehen; Synkopen. UW: Kopfschmerzen, Übelkeit, Erythem, Schmerzen, Schwellung; Fieber, Schmerzen in den Extremitäten; Bluterguss, Pruritus. P: Fertigspritze (1 Impfdosis) mit Nadelschutzvorrichtung und zwei separat eingeblisterten Nadeln. Packungen mit 1 und 10 Fertigspritzen. Stand der Information: Mai 2015. Verkaufskategorie B. Zulassungsinhaberin: Sanofi Pasteur MSD AG, Gulmmatt, 6340 Baar. Ausführliche Informationen siehe Arzneimittel-Fachinformation unter www.swissmedicinfo.ch. **Pentavac®:** Z: Diphtherie-, Tetanus-, Pertussis-Toxoide, gereinigtes filamentöses Haemagglutinin, inaktivierte Polioviren Typ I, II und III sowie konjugiertes Hämophilus-influenzae-Typ-b-Polysaccharid. I: Grundimmunisierung und Auffrischimpfung (4. Dosis) bei Kindern. D: Grundimmunisierung: 3 Dosen im Alter von 2, 4 und 6 Monaten. 4. Dosis im 2. Lebensjahr ab dem vollendeten 12. bis zum vollendeten 24. Lebensmonat. KI: Überempfindlichkeit gegen einen der Bestandteile des Impfstoffes. UW: Lokal: Rötung Schwellung. Systemisch: Fieber, Reizbarkeit, Schläfrigkeit, ungewöhnliches Schreien. IA: Bei Patienten unter immunsuppressiver Behandlung oder mit Immunschwäche kann der Impferfolg beeinträchtigt sein. P: Durchstechflasche mit Lyophilisat und Fertigspritze mit Lösungsmittel. Packung mit 1 Fertigspritze/ Stechampulle und 10 Fertigspritzen/Stechampullen. Stand der Information: März 2015. Verkaufskategorie B. Zulassungsinhaberin: Sanofi Pasteur MSD AG, Gulmmatt, 6340 Baar. Ausführliche Informationen siehe Arzneimittel-Fachinformation unter www.swissmedicinfo.ch. **Tetravac®:** Z: Diphtherie-, Tetanus-, Pertussis-Toxoide, gereinigtes filamentöses Haemagglutinin, sowie inaktivierte Polioviren Typ I, II und III. I: Grundimmunisierung und Auffrischimpfung (4. und 5. Dosis) bei Kindern. D: Grundimmunisierung: 3 Dosen im Alter von 2, 4 und 6 Monaten. 4. Dosis im 2. Lebensjahr ab dem vollendeten 12. bis zum vollendeten 24. Lebensmonat. Eine 5. Dosis wird bei Kindern im Alter von 4–7 Jahren gemäss nationalem Impfplan empfohlen. KI: Überempfindlichkeit gegen einen der Bestandteile des Impfstoffes. UW: Lokal: Rötung Schwellung. Systemisch: Fieber, Reizbarkeit, Schläfrigkeit, ungewöhnliches Schreien. IA: Bei Patienten unter immunsuppressiver Behandlung oder mit Immunschwäche kann der Impferfolg beeinträchtigt sein. P: Fertigspritze (1 Impfdosis) mit Nadelschutzvorrichtung und zwei Nadeln. Packung mit 1 Fertigspritze. Stand der Information: Juli 2015. Verkaufskategorie B. Zulassungsinhaberin: Sanofi Pasteur MSD AG, Gulmmatt, 6340 Baar. Ausführliche Informationen siehe Arzneimittel-Fachinformation unter www.swissmedicinfo.ch. **M-M-RVAXPRO®:** Z: Eine Dosis (0.5 ml) des rekonstituierten Impfstoffes enthält: mind. 1'000 TCID50 * Masern-Virus, Stamm Enders' Edmonston (lebend, attenuiert); mind. 12'500 TCID50 * Mumps-Virus, Stamm Jeryl-Lynn™ (Level B) (lebend, attenuiert; gezüchtet auf embryonalen Hühnerfibroblasten-Zellkulturen); mind. 1'000 TCID50 * Röteln-Virus, Stamm Wistar RA 27/3 (lebend, attenuiert). *Zellkulturinfektiöse Dosis 50%. I: Indiziert zur gleichzeitigen aktiven Immunisierung gegen Masern, Mumps und Röteln ab dem Alter von 12 Monaten. D: Eine zweite Dosis wird im Alter von 15 bis 24 Monaten empfohlen und kann frühestens einen Monat nach der Erstdosis verabreicht werden. KI: Frühere Überempfindlichkeitsreaktionen gegenüber einem Masern-, Mumps- oder Rötelnimpfstoff oder auf einen der enthaltenen Hilfsstoffe dieser Impfstoffe, einschliesslich Neomycin; Schwangerschaft; aktive, unbehandelte Tuberkulose; pathologische Blutbildveränderungen; Leukämie; Lymphome oder andere Malignome mit Auswirkung auf das hämatopoetische oder lymphatische System; humorale oder zelluläre Immundefizienz; immunsuppressive Behandlung; Immunmangel; akute behandlungsbedürftige Erkrankungen. VM: Für den Fall einer seltenen anaphylaktischen Reaktion nach Verabreichung des Impfstoffes sollten stets geeignete medizinische Behandlungs- und Überwachungsmöglichkeiten unmittelbar zur Verfügung stehen. IA: Immunglobulin (Ig) darf nicht gleichzeitig verabreicht werden. Nach Bluttransfusion oder Applikation eines menschlichen Immunglobulin-Präparates ist ein Abstand von mindestens 3 Monaten bis zur Impfung einzuhalten. UW: Fieber (38.5 °C oder höher [17.6%]), Erythem an der Injektionsstelle, Schmerz an der Injektionsstelle, Schwellung an der Injektionsstelle, grippeähnliche Symptome, Schweissausbrüche, Schüttelfrost. P: Packung mit 1 Fertigspritze/ Stechampulle und 10 Fertigspritzen/Stechampullen. Stand der Information: Dezember 2014. Verkaufskategorie B. Zulassungsinhaberin: Sanofi Pasteur MSD AG, Gulmmatt, 6340 Baar. Ausführliche Informationen siehe Arzneimittel-Fachinformation unter www.swissmedicinfo.ch. **HBVAXPRO®10µg:** Z: HBsAg (10µg). I: Aktive Immunisierung gegen eine Infektion mit dem Hepatitis B-Virus, einschliesslich aller bekannten Subtypen. D: 3 bzw. 2 Dosen (Adoleszente vom 11. bis zum 16. Geburtstag). KI: Überempfindlichkeit gegen einen Impfstoffbestandteil. VM: Impflinge, die Symptome einer Überempfindlichkeitsreaktion nach Applikation aufweisen, sollten keine weitere Injektion von HBVAXPRO® erhalten. UW: Lokalreaktionen an der Injektionsstelle: vorübergehende Druckempfindlichkeit, Rötung und Verhärtung. P: 1 Fertigspritze oder 10 Fertigspritzen mit je 2 separaten Kanülen. Stand der Information: Januar 2012. Verkaufskategorie B. Zulassungsinhaberin: Sanofi Pasteur MSD AG, Gulmmatt, 6340 Baar. Ausführliche Informationen siehe Arzneimittel-Fachinformation unter www.swissmedicinfo.ch. **HBVAXPRO®40µg:** Z: HBsAg (40µg). I: Aktive Immunisierung für Dialyse- und Prädialysepatienten gegen eine Infektion mit dem Hepatitis B-Virus, einschliesslich aller bekannten Subtypen. D: 3 Dosen an den Zeitpunkten 0, 1 und 6 Monaten. KI: Überempfindlichkeit gegen einen Impfstoffbestandteil. VM: Impflinge, die Symptome einer Überempfindlichkeitsreaktion nach Applikation aufweisen, sollten keine weitere Injektion von HBvaxPRO® erhalten. UW: Lokalreaktionen an der Injektionsstelle: vorübergehende Druckempfindlichkeit, Rötung und Verhärtung. P: Packung mit 1 Stechampulle. Stand der Information: Januar 2012. Verkaufskategorie B. Zulassungsinhaberin: Sanofi Pasteur MSD AG, Gulmmatt, 6340 Baar. Ausführliche Informationen siehe Arzneimittel-Fachinformation unter www.swissmedicinfo.ch. **Zostavax®:** Z: Eine Dosis (0.65 ml) des rekonstituierten Impfstoffs enthält: Varicella-Zoster-Virus1, Stamm Oka/Merck (lebend, attenuiert): mindestens 19 400 PBE2. 1Gezüchtet in humanen, diploiden Zellen (MRC-5). 2PBE = Plaquebildende Einheiten. I: Prävention von Herpes Zoster (Zoster oder Gürtelrose) und durch Herpes Zoster verursachter postherpetischer Neuralgie (PHN). Bei Personen ab 50 Jahren. D: Eine Dosis subkutan (vorzugsweise im Bereich des Deltamuskels). Derzeit ist nicht bekannt, ob eine weitere Dosis erforderlich ist. Nicht intravenös verabreichen. KI: Bekannte Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff, einen der sonstigen Bestandteile des Impfstoffs oder einen der in Spuren vorhandenen Rückstände aus der Herstellung (z.B. Neomycin). Angeborene und erworbene Immunschwäche als Folge einer akuten und chronischen Leukämie, Lymphom, andere Erkrankungen des Knochenmarks oder des lymphatischen Systems, Immundefizienz als Folge von HIV/AIDS; zelluläre Immundefizienz, Immunsuppressive Therapie (einschliesslich hoher Dosen von Kortikosteroiden); ZOSTAVAX® ist jedoch nicht kontraindiziert bei Personen unter topischer (einschliesslich Inhalation) oder niedrig dosierter systemischer Kortikosteroidtherapie oder bei Personen unter Kortikosteroid-Substitutionstherapie (z. B. bei Nebenniereninsuffizienz). Kinder und Jugendliche; Aktive, unbehandelte Tuberkulose; Schwangerschaft. VM: selten anaphylaktische / anaphylaktoide Reaktionen gegen den Wirkstoff oder alle sonstigen Bestandteile des Impfstoffs sowie gegen Spuren von Rückständen aus der Herstellung (Neomycinallergie) (geeignete medizinische Behandlungs- und Überwachungsmöglichkeiten sollten unmittelbar zur Verfügung stehen), Nicht indiziert zur Behandlung von Herpes Zoster oder PHN. Möglichkeit der Übertragung des abgeschwächten Impfvirus auf empfängliche Personen. I: 23-valenter Pneumokokken-Polysaccharid-Impfstoff, M-M-R-VAXPRO® und andere Lebendimpfstoffe; Immunglobulin-Präparate. UW: Kopfschmerzen, Erythem, Exanthem, Schmerz / Druckempfindlichkeit, Schwellung, Hämatom, Pruritus, Überwärmung. P: Packungen mit 1 Durchstechflasche mit Pulver und 1 Fertigspritze mit Lösungsmittel für 1 Dosis und mit 2 eingeblisterten separaten Nadeln oder 10 Durchstechflaschen mit Pulver und mit 10 Fertigspritzen und 20 eingeblisterten Nadeln. Stand der Information: Oktober 2013. Verkaufskategorie B. Zulassungsinhaberin: Sanofi Pasteur MSD AG, Gulmmatt, 6340 Baar. Ausführliche Informationen siehe Arzneimittel-Fachinformation unter www.swissmedicinfo.ch. **Varivax®:** Z: Eine Dosis (0.5 ml) des rekonstituierten Impfstoffes enthält Varicella-Virus (Stamm Oka/Merck) >1350 Plaque-bildende Einheiten gezüchtet auf humanen, diploiden Zellen (MRC-5). I: Aktive Immunisierung gegen Varizellen (Windpocken) ab dem vollendeten 12. Lebensmonat und postexpositionelle Varizellenprophylaxe. D: Kleinkinder, Kinder und Jugendliche ab dem vollendeten 12. Lebensmonat bis zum vollendeten 13. Lebensjahr erhalten eine Dosis von 0.5 ml. Jugendliche ab dem vollendeten 13. Lebensjahr und Erwachsene erhalten zwei Dosen von 0.5 ml im Abstand von 4 bis 8 Wochen. KI: Bekannte Überempfindlichkeit gegenüber einem Varizellenimpfstoff oder einem der sonstigen Bestandteile einschliesslich Gelatine und Neomycin. VM: Wie bei allen als Injektion verabreichten Impfstoffen sollten für den Fall von seltenen anaphylaktischen Reaktionen nach Gabe des Impfstoffes geeignete medizinische Behandlungs- und Überwachungsmaßnahmen bereit stehen. Vor der Impfung von Frauen im gebärfähigen Alter muss eine Schwangerschaft ausgeschlossen werden. UW: Schmerzhaftigkeit, Schwellung, Rötung, varizellenartiger Ausschlag an der Injektionsstelle. Fieber >37.7 °C (orale Messung). P: Durchstechflasche mit Lyophilisat und Fertigspritze mit Lösungsmittel. Packung mit 1 Fertigspritze/ Stechampulle. Stand der Information: Dezember 2013. Verkaufskategorie B. Zulassungsinhaberin: Sanofi Pasteur MSD AG, Gulmmatt, 6340 Baar. Ausführliche Informationen siehe Arzneimittel-Fachinformation unter www.swissmedicinfo.ch. **Revaxis®:** Z: Mind. 2 I.E. gereinigtes Diphtherie-Toxoid, mind. 20 I.E. gereinigtes Tetanus-Toxoid, 40 Einheiten D Antigen des inaktivierten Poliovirus Typ 1, 8 Einheiten D Antigen des inaktivierten Poliovirus Typ 2 und 32 Einheiten D Antigen des inaktivierten Poliovirus Typ 3. I: Auffrischimpfung nach vollständiger Grundimmunisierung gegen Tetanus, Diphtherie und Poliomyelitis bei Kindern ab dem 5. Geburtstag, Jugendlichen und Erwachsenen. D: 1 Impfdosis. KI: Überempfindlichkeit gegen einen Impfstoffbestandteil. VM: Injektion in ein Blutgefäss (intravasal) ist strikt zu vermeiden. UW: Schmerzen, Erytheme, Indurationen, Ödeme, Knötchenbildung an der Injektionsstelle, Fieber, Kopfschmerzen, Myalgien und Arthralgien. P: 1 Fertigspritze für eine Impfdosis (0.5 ml) und 10 Fertigspritzen für 10 Impfdosen (zu je 0.5 ml). Stand der Information: April 2013. Verkaufskategorie B. Zulassungsinhaberin: Sanofi Pasteur MSD AG, Gulmmatt, 6340 Baar. Ausführliche Informationen siehe Arzneimittel-Fachinformation unter www.swissmedicinfo.ch. **Pneumovax®-23:** Z: Kapselpolysaccharide der 23 häufigsten oder invasivsten Kapseltypen von Streptococcus pneumoniae. I: Zur Immunisierung gegen Pneumokokkenerkrankungen, die durch die im Impfstoff enthaltenen Pneumokokkentypen verursacht werden. Ab dem 2. Geburtstag. D: Eine Dosis zu 0.5 ml intramuskulär oder subkutan. Auffrischimpfungen werden empfohlen, wenn bei Personen mit einem erhöhten Risiko (Asplenie, HIV-Infektion, Leukämie, Lymphom, M. Hodgkin, multiple Myelome etc.), an einer schweren Pneumokokken-Infektion zu erkranken, die letzte Impfung länger als 5 Jahre zurückliegt oder von denen bekannt ist, dass ihre Pneumokokken-Antikörpertiter schnell abfallen (z.B. Patienten mit nephrotischem Syndrom, Nierenversagen oder Transplantationsempfänger). KI: Überempfindlichkeit gegen einen Impfstoffbestandteil. VM: Vorsicht und die nötige Sorgfalt sind bei Patienten mit stark beeinträchtigter Herz u/o Lungenfunktion geboten, bei welchen eine systemische Impfreaktion ein bedeutsames Risiko darstellen würde. UW: Am häufigsten Müdigkeit, Muskelschmerzen, Kopfschmerzen. Lokale Reaktionen an der Einstichstelle. P: Packungen mit 1 Stechampulle. Stand der Information: Dezember 2013. Verkaufskategorie B. Zulassungsinhaberin: Sanofi Pasteur MSD AG, Gulmmatt, 6340 Baar. Ausführliche Informationen siehe Arzneimittel-Fachinformation unter www.swissmedicinfo.ch. **Mutagrip®:** Z: Je 15 µm Hämagglutinin von Grippeviren der Stämme nach den jährlichen Empfehlungen der WHO. I: Zur Vorbeugung der echten Virusgrippe (Influenza). D: Erwachsene und Kinder ab 3 Jahre: 1 Injektion zu 0.5 ml. Kinder zwischen 6 und 35 Monaten: siehe www.swissmedicinfo.ch. KI: Bekannte Überempfindlichkeit gegen einen oder mehrere Inhaltsstoffe. IA: Die Immunogenität des Impfstoffes kann bei Patienten, die immunsuppressiv therapiert werden oder an einer Immunschwäche leiden, eingeschränkt sein. UW: Lokal: Rötungen, Schwellungen, Schmerzen, Ekchymose, Verhärtungen. Allgemein: Fieber, Unwohlsein, Schüttelfrost, Müdigkeit, Kopfschmerzen, Schwitzen, Muskel- und Gelenkschmerzen. P: Packungen à 1 oder 10 Fertigspritzen. Stand der Information: März 2012. Verkaufskategorie B. Zulassungsinhaberin: Sanofi Pasteur MSD AG, Gulmmatt, 6340 Baar. Ausführliche Informationen siehe Arzneimittel-Fachinformation unter www.swissmedicinfo.ch. **Stamaril®:** Z: Gelbfieber-Virus, Stamm 17 D-204 (lebend, attenuiert): mind. 1'000 IU. Gezüchtet in Hühnerembryonen, frei von speziellen Krankheitserregern. I: Stamaril ist indiziert zur aktiven Immunisierung gegen Gelbfieber bei Erwachsenen und Kindern ab dem vollendeten 9. Lebensmonat. D: Erwachsene und Kinder ab dem vollendeten 9. Lebensmonat: erhalten eine Einzeldosis von 0.5 ml des rekonstituierten Impfstoffs. KI: Schwangerschaft, bekannte Überempfindlichkeitsreaktionen auf Bestandteile des Impfstoffs, insbesondere gegen Hühnereiweiss, akute und chronische Infektionskrankheiten, progrediente maligne Erkrankungen, Immunsuppression. UW: Kopfschmerzen (sehr häufig), Asthenie, Fieber, Myalgien, Übelkeit, Durchfall, Erbrechen (häufig), Unwohlsein, grippeartige Symptome, Bauchschmerzen, Arthralgien (gelegentlich). P: Durchstechflasche mit Lyophilisat und Fertigspritze mit Lösungsmittel. Packung mit 1 Fertigspritze/ Stechampulle. Stand der Information: Januar 2013. Verkaufskategorie B. Zulassungsinhaberin: Sanofi Pasteur MSD AG, Gulmmatt, 6340 Baar. Ausführliche Informationen siehe Arzneimittel-Fachinformation unter www.swissmedicinfo.ch.

sanofi pasteur MSD
impfstoffe fürs leben

Sanofi Pasteur MSD AG
Gulmmatt | CH-6340 Baar | www.spmsd.ch
Tel. 041 761 56 65 | info-ch@spmsd.com

CH00408

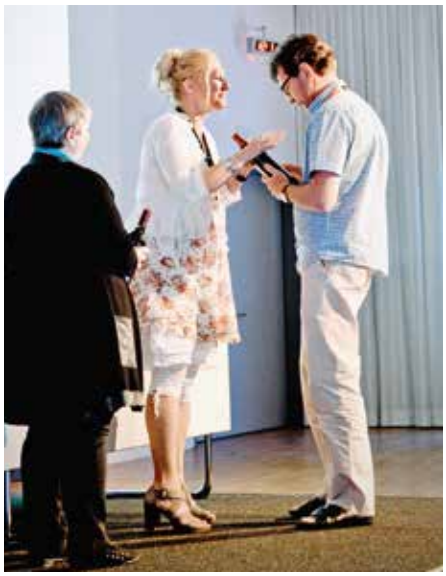
Mitgliederversammlung 2016

DR. MED. ROLF TEMPERLI,
KINDERÄRZTE SCHWEIZ

An dieser Stelle nur eine kurze Zusammenfassung. Das offizielle Protokoll wird den Mitgliedern direkt zugestellt. Rund 150 Mitglieder haben an der Versammlung teilgenommen – vielen Dank für euer Engagement. Mit 43 Neumitgliedern zählt der Verband nun 685 Mitglieder; 530 ordentliche und 155 ausserordentliche. Die Jahresrechnung 2015/2016 weist erfreulicherweise einen Gewinn von gut 16000 Franken aus. Das Vereinsvermögen deckt wie angestrebt die Personal- und Betriebskosten eines ganzen Geschäftsjahres. Mit Kerstin Walter wurde ein neues Mitglied in den Vorstand gewählt, dessen übrige sieben Mitglieder an der MV 2015 für drei Jahre gewählt wurden. Andrea Hohl-Seiler hat nach zwei Jahren das Amt als Co-Präsidentin abgegeben. Ihre Arbeit wurde von Heidi Zinggeler Fuhrer herzlich verdankt. Ebenso verdankt wurde der Einsatz von Cyril Lüdin für das Sponsoring, von Daniel Brandl und Bea Kivanc in der Geschäftsstelle und von der neu konstituierten Arbeitsgruppe Kurswesen, die nun von Jan Cahlik geleitet wird. Heidi hat das Ressort Kurswesen während vieler Jahre geleitet und dynamisiert und ihr Erfolg ist messbar.

Das Präsidium ist neu besetzt und neu organisiert. Wie in allen Verbänden fällt es zunehmend schwer, engagierte Mitstreiterinnen und Mitstreiter für verantwortungsvolle Aufgaben zu finden. Unser Vorstandsmitglied Jan Cahlik hat sich dazu bereit erklärt, die Nachfolge von Andrea Hohl-Seiler anzutreten und zusammen mit Heidi Zinggeler Fuhrer unseren Verband zu führen. Präsidium und Vorstand haben beschlossen, das System des Co-Präsidiums durch eines mit Präsident/-in und Vizepräsident/-in zu ersetzen. Wir versprechen uns davon eine klare Regelung der Verantwortung und eine Steigerung der Effizienz. Heidi Zinggeler Fuhrer übernimmt die Funktion der Präsidentin, Jan Cahlik die des Vizepräsidenten. ■

Hintere Reihe v.l.n.r. Jan Cahlik, Dominik Bissig, Daniel Brandl, Stefan Roth, Raffael Guggenheim, Rolf Temperli. Vordere Reihe v.l.n.r. Kerstin Walter, Heidi Zinggeler Fuhrer, Beatrice Kivanc. Nicht auf dem Bild: Andrea Hohl-Seiler.



Pfizer Vaccines

Mehr Schutz von klein an.

FSME immun
Unsere Erfahrung. Ihr Vorteil.

Ab 1 Jahr[1] /
Ab 16 Jahren[2]

Zur aktiven, prophylaktischen Immunisierung gegen die durch Zecken übertragene Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME).

Referenzen:
1. FSME-Immun® 0.25ml Junior: Aktuelle Fachinformation auf www.swissmedicinfo.ch
2. FSME-Immun® CC: Aktuelle Fachinformation auf www.swissmedicinfo.ch

Gekürzte Fachinformationen:
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 Hühnereiweiss. Kreuzallergien mit anderen Aminoglykosiden als Neomycin und Gentamycin beachten. Akute fieberhafte Infekte. **V:** Fieberreaktionen möglich, bei Bedarf fiebersenkende Prophylaxe oder Behandlung einleiten. Nicht intravaskulär verabreichen. Überwachung u. geeignete med. Versorgung für seltenen Fall einer anaphylaktischen Reaktion gewährleisten. Vorsicht bei Allergie gegen Hühnereiweiss, 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 Auffrischimpfung. Verschiebung der Impfung bei akuten klinischen Erkrankungen (mit/ohne Fieber). **IA:** Es liegen keine Studien zu Wechselwirkungen mit anderen Impfstoffen vor. **UW:** Kopfschmerzen, Schmerzen und Spannungsgefühl an der Impfstelle, Fieber, Anorexie (verminderter Appetit), Unruhe (bei Kindern von 1–5 Jahren), Schlaflosigkeit, Übelkeit, Erbrechen, Myalgie, Schwellung, Verhärtung und Erythem an der Impfstelle, Müdigkeit und allgemeines Krankheitsgefühl (bei Kindern von 6–15 Jahren), u.a. **P:** 1 x 0.25 ml und 10 x 0.25 ml Suspension zur i.m. Injektion in Fertigspritze. Verkaufskategorie B. **Zulassungsinhaberin:** Pfizer AG, Schärenmoosstrasse 99, 8052 Zürich. Ausführliche Informationen siehe Arzneimittel-Fachinformation unter www.swissmedicinfo.ch. (V001)

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 0.5 ml i.m.: 1. Teilimpfung am Tag 0, 2. Teilimpfung 1–3 Monate nach 1. Teilimpfung, 3. Teilimpfung 5–12 Monate nach 2. Teilimpfung. Schnellimmunisierungsverfahren möglich: 1. Teilimpfung am Tag 0, 2. Teilimpfung nach 14 Tagen, 3. Teilimpfung 5–12 Monate nach 2. Teilimpfung. *Auffrischung:* 1. Auffrischungsimpfung 3 Jahre nach letzter Impfung, alle weiteren Auffrischungsimpfungen 5 Jahre (Personen 16–49 Jahre), respektive 3 Jahre (Personen ≥50 Jahre) nach letzter Impfung. **KI:** Überempfindlichkeit auf den Wirkstoff, auf einen der Hilfsstoffe, oder auf Produktionsrückstände, schwere Überempfindlichkeit auf Ei- und Hühnereiweiss. Kreuzallergien mit anderen Aminoglykosiden als Neomycin und Gentamycin beachten. Akute fieberhafte Infekte. **V:** Nicht intravaskulär verabreichen. Überwachung u. geeignete med. Versorgung für seltenen Fall einer anaphylaktischen Reaktion gewährleisten. Vorsicht bei Allergie gegen Hühnereiweiss, 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 Auffrischimpfung. 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. **Zulassungsinhaberin:** Pfizer AG, Schärenmoosstrasse 99, 8052 Zürich. Ausführliche Informationen siehe Arzneimittel-Fachinformation unter www.swissmedicinfo.ch. (V001)

Pfizer AG, Schärenmoostrasse 99, 8052 Zürich, www.pfizer.ch

76135-060-0716

Kinderärzte Schweiz: Jahrestagung 2016

Nach der überschwänglichen Jubiläumsfeier vom Vorjahr fand die 21. Jahrestagung unseres Verbandes wieder in einem bescheideneren Rahmen statt. Nur ein einziger Tag, kein Festessen, kein Tanz. Und trotzdem war das Angebot wie immer vielseitig und bereichernd: Erstmals gab es ein Vorsymposium, gefolgt wie gewohnt vom Hauptvortrag und fünfzehn verschiedenen Workshops zu verschiedenen Themata, dazu die Workshops speziell für unsere MPAs sowie die Mitgliederversammlungen von KIS und SVUPP. Rund 200 Praxispädiater und 96 MPAs haben dieses Jahr teilgenommen und für eine entspannte, fröhliche Stimmung gesorgt. Dreissig Industrieaussteller präsentierten ihre Produkte und waren mit der Anzahl und Qualität der geknüpften Kontakte äusserst zufrieden. In dieser Ausgabe erlauben wir uns, mit stolzer Genugtuung auf die Jahrestagung 2016 zurückzublicken. Die Jahrestagung 2017 findet am 7. September ein weiteres Mal in Pfäffikon (SZ) statt, organisiert von der Arbeitsgruppe Jahrestagung unter der Leitung von Andrea Hohl und Christa Etter. Falls Du Interesse an einer Mitarbeit in dieser Arbeitsgruppe hast, dann melde Dich doch spontan bei unserem Geschäftsführer Daniel Brandl: jahrestagung@kinderaerzteschweiz.ch.

Rolf Temperli

Kindsmisshandlung – Kinderschutz:

REFERENTEN:
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

LIC. IUR. RUEDI WINET, PFLEGEFACHMANN PSYCHIATRIE, JURIST 2006–2012 ADJUNKT VORMUNDSCHAFTSBEHÖRDE WINTERTHUR
SEIT 2012 PRÄSIDENT KESB BEZIRK PFÄFFIKON ZH UND PRÄSIDENT DACHVERBAND KESB KANTON ZÜRICH

AUTORIN:
DR. MED. VERENA GRIEBEL, JONA

Mit theoretischen Grundlagen, Zahlen und Fakten zum Thema Kindsmissbrauch startete Ulrich Lips in den ersten Teil des Hauptreferats. Seine Ausführungen über die Frage, wie Grundversorger in der Praxis mit dem Verdacht der Kindsmisshandlung umgehen sollten, brachten einen guten Überblick über die verschiedenen Aspekte.

Ruedi Winet widmete sich im zweiten Teil der schwierigen juristischen Seite. Die komplexen Abläufe bei der Gefährdungsmeldung bei den zuständigen Behörden und Massnahmen im Rahmen des Kinderschutzrechts legte er klar und übersichtlich dar.

Ulrich Lips führte uns Zuhörer rasch ins Thema ein. Er begann mit der Definition der Kindsmisshandlung (KM) als eine nicht zufällige, bewusst oder unbewusst herbeigeführte körperliche und/oder seelische Schädigung des Kindes durch Eltern, Familienangehörige und andere Personen. Es seien verschiedene Formen der KM zu unterscheiden wie körperliche, sexuelle und psychische KM. Im Weiteren wies er auf besondere Herausforderungen wie Vernachlässigung, Überschneidungsformen der KM sowie das Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom hin.

Für die Schweiz würden jährlich Meldungen über KM von zwanzig (der insgesamt 26) Kinderspitälern gesammelt und ausgewertet. Die Jahresstatistik für 2015 weise 1388 gemeldete Fälle aus, davon 31,1% psychische und 28,3% körperliche Misshandlung, 20% Vernachlässigung, 19,9% sexueller Missbrauch und 0,7% Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom. 80% der Täter/-innen kämen aus dem familiären Umfeld, 12% aus dem sozialen Nahraum.

Es sei in einem Viertel der Fälle zu einer Gefährdungsmeldung durch die Kinderschutzgruppe (KSG), in einem Viertel zu einer Gefährdungsmeldung durch andere Stellen sowie zu Strafanzeigen durch die KSG oder andere in 26,7% der Fälle gekommen.

In der sogenannten Optimusstudie 2011 seien 7000 Antwortbögen von Schweizer Schülern des 9. Schuljahres ausgewertet worden. Die Frage nach erlebter sexueller Ausbeutung hätten 39,9% der Mädchen und 17% der Knaben bejaht.

Weltweite Schätzungen gingen davon aus, dass Kinder bis zum Alter von 18 Jahren in 10–20% misshandelt werden. Eine Dunkelziffer müsse entsprechend berücksichtigt werden. Die Validität von statistischen Aussagen sei jedoch allgemein kritisch zu bewerten.

Dann ging Ulrich Lips nochmals auf die psychischen Misshandlungen ein: häusliche Gewalt, die Kinder in ihren Familien erleben, Instrumentalisierung in elterlichen Konflikten (z.B. bei Sorgerechtskonflikten), Entwertung des Kindes, Missachtung der emotionalen Bedürfnisse

Theorie und Praxis

und Benutzen des Kindes zur Stabilisierung der Bezugsperson bei eigener psychischer Störung. Unter Vernachlässigung falle das Nichterfüllen kindlicher Grundbedürfnisse, mangelnde oder ungenügende Anregung, mangelnde Aufsicht und Missachtung der Gesundheit.

Nach diesen und anderen theoretischen Aspekten beschrieb Ulrich Lips sehr anschaulich, was im Falle des Verdachts einer KM zu tun sei:

Untersuchungen und Gespräche möglichst im Beisein von MPAs oder Praxispartner/-innen, ausführliche Dokumentation aller Befunde sowie wortwörtliche Protokollierung der Aussagen. Wichtig sei es, die Fachstellen wie Kinderschutzgruppe, KESB oder Staatsanwaltschaft zu kontaktieren. Das könne auch anonym geschehen. Der interessante Vortrag, mitreissend vorgetragen, endete mit einem Appell: bei Verdacht auf KM: zuhören, reden, dokumentieren, handeln, Hilfe bei Fachstellen holen, vernetzen, dranbleiben!

Im zweiten Teil des Hauptreferats begann Ruedi Winet mit einer sehr gut strukturierten Übersicht über die privaten und staatlichen Stellen des Kinderschutzes (KS). Beim Verdacht auf eine KM zeigte der Referent ein Dreistufenmodell:

Wenn eine nachhaltige Kooperation mit den Eltern möglich sei, erfolge die Vernetzung mit dem freiwilligen KS.

Seien die Möglichkeiten des freiwilligen KS ausgeschöpft, z. B. bei Kontaktabbruch, sei die Meldung an die KESB notwendig, bei V. a. strafbare Handlungen wie Körperverletzung oder sexuellen Missbrauch ggf. auch die Strafanzeige bei der Polizei. Die entsprechende Fachstelle ordne bei Bedarf eine Unterstützung der Familie an. Ein Ermittlungsverfahren könne zu einer Bestrafung des Täters führen. Regional und kantonal könne es im Verfahrensablauf gewisse Unterschiede geben.

Ruedi Winet wies weiterhin darauf hin, dass jedermann Gefährdungsmeldungen an die KESB machen könne. Meldepflichten bestünden für Amtspersonen, aber auch hier können kantonale Unterschiede bestehen. Bei allen Schritten sei es wichtig, die Betroffenen vorab darüber zu informieren. Auf die Notwendigkeit der Entbindung von der Schweigepflicht bei Berufsgeheimnisträgern wies der Referent ausdrücklich hin.

Eine Gefährdungsmeldung gehe an die zuständige KESB am Wohnort des Kindes, bei unbekanntem Wohnort an die KESB am Aufenthaltsort. Entsprechende Formulare könnten im Internet heruntergeladen werden. Mögliche behördliche Massnahmen wie z.B. Erziehungsbeistandschaft oder Entzug der Aufenthaltsbestimmung erläuterte Ruedi Winet und wies darauf hin, dass auch die KESB eine Verschwiegenheitspflicht mit wenigen Ausnahmen habe.

Zuversichtlich beendete Ruedi Winet seinen Vortrag: Optimierungspotenzial für den Umgang mit KM und KS stecke in einer verbesserten Zusammenarbeit mit allen Beteiligten sowie einer starken Interdisziplinarität in der Entscheidungsfindung.

Die anschliessenden Diskussionsbeiträge aus dem Publikum zeigten die verschiedenen Facetten dieses wichtigen und schwierigen Themas: dass Kinderschutz auch Zivilcourage bedeute, dass es nicht «die» Lösung bei den Fällen von KM gebe, dass Kinderschutzgruppen ein wichtiger Baustein beim Kinderschutz seien. Warum wir Pädiater bei Verdacht auf KM häufig nicht handelten, war eine der letzten Fragen in der Diskussion. Ulrich Lips erklärte diese Tatsache mit dem Loyalitätskonflikt und der Unsicherheit der Ärzte. Dieser Vortrag und die Workshops am Nachmittag haben wesentlich dazu beigetragen, die Unsicherheiten bei dem Thema KM abzubauen und Grundsätze des KS zu verdeutlichen. ■

Praktischer Kinderschutz anhand von Fallbeispielen

REFERENTEN:
DR. MED. ULRICH LIPS, FACHARZT KINDER- UND JUGENDMEDIZIN
LIC. IUR. 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

AUTOR:
DR. MED. DOMINIK DURRER-BOSSHARD, BERN

Kinderschutz in der Praxis: Die Unsicherheit mit der Ungewissheit

Wer vielleicht noch leise etwas enttäuscht war von den teilweise doch eher trocken-theoretischen Ausführungen der beiden Referenten am Vormittag (Lips' Zahlen zwar immer wieder neu erschreckend; Winets Informationen doch immerhin den Instanzenweg und die KESB-Wirklichkeit etwas erhellend) – der wurde dann am Nachmittag mit einem konkreten und «handfest» praxisorientierten Workshop i. e. S. getröstet: «Praktischer Kinderschutz anhand von Fallbeispielen», geführt von Ueli Lips und Ruedi Winet, moderiert von Moreno Malosti.

Hier wurde jetzt die Wirklichkeit verhandelt mit allen Tücken und Fallstricken, mit den Unsicherheiten, Befangenheiten, double binds des in solchen Momenten manchmal einsamen Praxisalltags – und es wurde sehr lebhaft von der ganzen Gruppe diskutiert. Es war ein Workshop «inter pares» und insofern sehr gelungen, auch dank der offenen Haltung jener, die ihn leiteten (und kein nochmaliges Referat, aber auch kein «Sie fragen, wir antworten»).

Zwei gut und detailliert vorbereitete Fälle wurden durch TeilnehmerInnen vorgestellt, verschiedene andere all'improvviso skizziert oder nur gestreift. Fast alle hatten wir Teilnehmenden schon (mehr oder weniger intensiv involviert) praktische Erfahrungen und Erinnerungen mit eigenen Praxis-Kindern und deren Familien. Und doch war da noch einiges zu lernen, zu überdenken (ein paar Spots daraus):

- Wer hat schon gewusst von einem «Internationalen Sozialdienst», der uns informieren könnte über soziale Umstände an einem konkreten Ort im Ausland und sogar über Kenntnisse des dortigen lokalen Sozialdienstes zu z. B. Elternteilen, die ins Ausland «abgetaucht» sind (Bsp.: Vater bringt seine Scheidungskinder zu den GE in sein Heimatland).
- Wer hat sich schon konkret an eine der Organisationen der institutionellen Opferhilfe gewandt – z. B. um psychologische Betreuung für Opfer (Kinder) und ihre Bezugspersonen (z. B. Mutter) bezahlt zu erhalten? selbst ohne Verurteilung des Täters. – die Opferhilfe verfügt über viel Geld – gewusst?
- Wer hat nicht schon den Konflikt gehabt, dass «psychologische Probleme nicht juristisch gelöst werden können»? Bsp.: die Mutter bleibt mit ihren Kindern in unmöglichen Wohn- und Lebensumständen beim z. B. gewalttätigen Vater; sie wehrt sich nicht, aus Angst, Scham, falscher Loyalität, schwächerem eigenem Rechtsstatus (z. B. ihr Aufenthaltsstatus); – wir schaffen es aber trotz klarer Rechtssituation nicht, sie zu einer anderen Haltung zu bewegen, können ihr nicht helfen sich zu «befreien» …

- Wie gehen wir um mit den «unseligen Geheimnissen», welche uns von Drittpersonen «ganz vertraulich» anvertraut werden, die wir aber offiziell gar nicht wissen dürfen/können (und die deshalb für uns eigentlich auch nicht verwendbar sind)? merken wir auch, wenn wir von Nahestehenden, die ja «nur helfen wollen», als KinderärztInnen instrumentalisiert werden? – Wie reagieren wir?
- Je mehr eigene Unsicherheiten und Ungewissheiten bei uns «drin sind», umso früher und niederschwelliger sollten wir mal eine (anonyme) Rücksprache nehmen mit spezialisierten Stellen wie Kinderschutzgruppe oder eben KESB.
- Und am Problem der Schweigepflicht öffnet sich dann auch in unserem Workshop wieder die Divergenz der Denkmuster zwischen medizinischer Alltagsrealität und juristischen Prinzipien: theoretisch müssten uns die Eltern entbinden, bevor wir eine Meldung machen. – Und: der Kinderarzt ist keine Amtsperson, d. h. er muss keine Meldung machen bei einem Offizialdelikt.
- … und manchmal müssen wir auch akzeptieren: Wir können das Problem einer unseligen Lebenssituation von Kindern oder Familienteilen, welche wir in unserer Praxis begleiten, nicht lösen, aber dem Kind geht es «im Allgemeinen» trotzdem gut – und wir, wir können bloss versuchen, den Kontakt nicht zu verlieren.

Die Zeit war um. Der ebenso lebhafte wie belebende Workshop endete fast gar mitten in der Diskussion. Und so soll es ja auch sein. So ist er gelungen! ■

Sexueller Missbrauch – was muss der Pädiater wissen?

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

AUTORIN:
DR. MED. REGULA GEORGI-ABBÜHL, BERN

Der sexuelle Missbrauch ist ein Thema, das uns alle betroffen macht, weil ein Missbrauch nicht passieren darf. Dennoch ist es umso wichtiger, in der pädiatrischen Praxis daran zu denken und vor allem zu wissen, was zu tun ist.

5% der Kinder werden sexuell missbraucht, wobei aber eine hohe Dunkelziffer aufgrund der Problematik besteht. Ein Kind wird durch einen Missbrauch langfristig geschädigt und krank gemacht.

Anhand von verschiedenen eindrücklichen Fallbeispielen hat es Frau Drahts verstanden, uns zu sensibilisieren und uns auch zu ermuntern, genau hinzuschauen und nachzufragen, wobei hier jedoch nicht aktiv ausgefragt werden soll. Man kann nämlich auch viel Unheil anrichten, daher ist es je nach Situation auch besser, speziell geschulte Fachpersonen untersuchen zu lassen, besonders wenn es sich um eine akute Situation mit Erheben von forensischen Befunden handelt.

Wichtig ist, dass wir Hinweise, welche auf einen sexuellen Missbrauch deuten, ernst nehmen und die Abklärung sofort in die Wege leiten, um die Machtlosigkeit der Opfer nicht noch mehr zu verstärken, indem wir noch weiter zuwarten.

Ein wichtiger Punkt bei der Anamnese ist, dass wir zuerst mit dem Kind vertraut werden und eine allgemeine Anamnese erheben und uns nicht direkt auf das Missbrauchsthema stürzen. Wir sollten Gelassenheit ausstrahlen und keine eigenen Emotionen aufkommen lassen. Ausserdem ist es wichtig, offene und keine suggestiven Fragen zu stellen sowie auch nicht nur die Aussagen wörtlich festzuhalten, sondern auch das Verhalten des Kindes zu dokumentieren.

Bei der Untersuchung machen wir zuerst einen ganz normalen pädiatrischen Status und erklären, was normal ist. Dabei kann man auch auf andere Zeichen der Gewalteinwirkung achten wie Hämatome und Haltespuren. Wir sollten Ruhe bewahren und ausstrahlen. Dem Kind muss der Untersuchungsgang genau erklärt werden (evtl. anhand einer Puppe) und kann auch auf dem Schoss der Mutter durchgeführt werden.

Die eigentliche Untersuchung des Genitals erfordert natürlich, dass wir uns der kindlichen Anatomie bewusst sind und auch Normvarianten kennen. Wichtig und selbstverständlich ist, dass wir keinen Zwang ausüben und dem Kind genau erklären, was wir machen. Dabei gilt, dass wir das Maximum an Information bekommen möchten bei einem Minimum an zusätzlicher Traumatisierung. Die externe Visualisierung der Befunde ist unerlässlich, welche problemlos ohne Spekulum oder vaginale/anale Palpation durchgeführt werden kann. Allfällige Verletzungen werden diagnostiziert und auch allfällige sexuell übertragbare Infektionen festgestellt. Der Bereich der hinteren Gabel (zwischen 3 und 9 Uhr in der Steinschnittlage) ist der Teil, der bei einer Penetration verletzt wird. Viele Ausbeutungsformen hinterlassen jedoch keine körperlichen Spuren und zudem heilen viele auch rasch aus.

Eine Weiterweisung zu einer Kinder- und Jugendgynäkologin sowie die Meldung an die Kinderschutzgruppe machen sicherlich Sinn.

Insgesamt war der Workshop sehr interessant und auch praxisnah mit einer ausserordentlich kompetenten Referentin, auch wenn wir alle danach etwas mitgenommen die Fortbildung verlassen haben.

Weitere Informationsquellen sind bei der schweizerischen Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendgynäkologie auf ihrer Website www.gynea.ch erhältlich. Ausserdem hat die Referentin ein Buch zum Thema geschrieben (mit dem Titel «Fragmente eines Tabus»), welches ab November 2016 bestellt werden kann. ■

Infektiologische Abklärungen und Impfungen von direkt aus dem Ausland zugezogenen Kindern

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

AUTOR:
DR. MED. THOMAS GALLMANN, ZÜRICH

Wir begannen gleich motorisch aktiv mit einem Soziogramm. Die Workshop-Teilnehmer sind alle in der Deutschschweiz tätig und haben unter ihren Patienten zwischen 5 und 70% Kinder «mit Migrationshintergrund».

Die beiden Referenten boten über Fallbeispiele, Hintergrundinformation und Empfehlungen eine intensive, reichhaltige Lektion, die einiges klärte, neue Fragen aufzeigte und nachdenklich machte. Es ist nicht möglich, «das Wesentliche» in diesem Bericht zusammenzufassen – zu viel Wesentliches und Eindrückliches wurde berichtet. So werde ich einige Punkte beleuchten, die mir selbst besonders wichtig sind.

Wer mehr Informationen möchte, findet viele Tabellen, Diagramme und Empfehlungen sowie auch weiterführende Links auf der Homepage von Kinderärzte Schweiz: http://www.jahrestagung.ch/Jahrestagung-2016/Jata16---Handouts

Abklären

Die medizinische Betreuung im Herkunftsland ist sehr unterschiedlich. Im Zweifelsfall und vor allem in Gebieten mit akuten gewaltsamen Konflikten sollen wir sie als unzuverlässig betrachten.

Ein wichtiger Hinweis auf das Risiko von Infektionskrankheiten ist bei Flüchtlingen die Dauer der Flucht, das heisst die Zeit vom Verlassen des Ursprungslandes bis zum Eintreffen in der Schweiz. Oft sind das Jahre, die unter prekären Bedingungen durchgestanden werden.

An Tuberkulose denken. Eindrücklich war hier das Fallbeispiel, bei dem anlässlich eines banalen Infektes des Kindes dank guter Anamneseerhebung die Tuberkulose der Mutter diagnostiziert werden konnte.

So ist ein Tuberkulin-Hauttest grosszügig empfohlen, sogar routinemässig bei allen unter 5-jährigen Kindern. Weiter HIV-Serologie, HBsAg, Anti-HBc sowie weitere Tests gemäss Anamnese.

Wenn ein Parasit vorhanden ist, lohnt sich die Suche nach weiteren. Bei fortbestehendem Verdacht auch serologisch (s. Handout).

Impfen

Alle nicht dokumentierten Impfungen sind nachzuholen. Auch bei dokumentierten Impfungen ist Skepsis am Platz, insbesondere bei MMR wegen unsicherer Kühlkette.

Alternativ kann einen Monat nach einer Tetanus-Impfung ein Titer bestimmt werden, welcher auch als Hinweis für die anderen Komponenten der Kombinationsimpfung dient. Ebenso ein Titer einen Monat nach der ersten Impfung gegen Hepatitis B. Bei den anderen zu impfenden Krankheiten sind Titer-Bestimmungen nicht sinnvoll.

Durchführung

Über praktische Probleme berichten fast alle Teilnehmer. Sie gehen unterschiedlich damit um, alle sehr motiviert. Eine grosse Verbesserung wäre zuverlässigeres Weiterleiten der medizinischen Dokumentation, die an den verschiedenen Stellen erstellt wird. Oft ist ein unabhängiger Übersetzer unerlässlich – was allerdings meistens an fehlender Kostenübernahme scheitert.

Leitmotiv

Das Migrationstypische kennen und das Gewöhnliche nicht vergessen! ■

Vergiftungen bei Kindern – gefährlich oder harmlos?

REFERENTIN:
DR. MED. CORNELIA REICHERT, OBERÄRZTIN BEI TOX INFO SUISSE, ZÜRICH

MODERATION:
DR. MED. SUSANNA BURI, FACHÄRZTIN FÜR KINDER- UND JUGENDMEDIZIN, PRAXISPÄDIATERIN IN URDORF

AUTORIN:
SUSANNA STEIMER MILLER, KILCHBERG

Wie aktuell das Thema des Workshops «Vergiftungen bei Kindern – gefährlich oder harmlos?» ist, zeigt ein Blick auf die Statistik: Über 38 000 Mal wurde die Beratungsstelle Tox Info im Jahr 2015 von Laien und Fachpersonen konsultiert. Bei über der Hälfte der Anfragen mit Giftkontakt beim Menschen (55%) ging es um Vergiftungen bei Kindern, die meisten davon (82%) waren im Vorschulalter. In 71% der Fälle kam es zu Vergiftungen mit Medikamenten, Haushaltprodukten und Pflanzen. Allein mit Medikamenten vergiften sich täglich 30 Menschen in der Schweiz, 46% der Betroffenen sind Kinder, die meisten davon im Vorschulalter. Im folgenden Interview erläutert Dr. med. Cornelia Reichert, was Kinderärztinnen und Kinderärzte wissen müssen.

Wie erklären Sie sich, dass sich Kinder vor allem mit Medikamenten vergiften?

Viele Erwachsene sind sich der Gefahr für Kinder nicht bewusst und bewahren Medikamente in der Handtasche oder auf dem Nachttischchen auf. Auf kleine Kinder haben die bunten Pillen eine magische Anziehungskraft, ähnlich wie Bonbons. Zudem schlucken sie Tabletten vermutlich auch, weil sie ihre Eltern oder Grosseltern dabei beobachten und diese nachahmen wollen. Grundsätzlich sollen Medikamente in jedem Haushalt, in dem Kinder leben oder sich zu Besuch aufhalten, ausser Reichweite aufbewahrt werden.

Welche Medikamente sind bei Kindern schon in kleinen Mengen gefährlich?

Dazu zählen vor allem die kardiotoxisch wirkenden trizyklischen Antidepressiva, Antiepileptika, Antipsychotika, Atropin, colchicinhaltige Medikamente, Eisentabletten, Herz-/Kreislauf-Medikamente, Lithium, Mefenaminsäure, Muskelrelaxantien (z. B. Tolperison), nikotinhaltige Medikamente, opiathaltige Medikamente und kampferhaltige Produkte (z. B. Pulmex® für Erwachsene). Aber auch Paracetamol kann in einer zu hohen Dosis gefährlich sein.

Wie muss die Kinderärztin oder der Kinderarzt bei Vergiftungen handeln?

Bei Unsicherheit kann sie oder er sich immer durch Tox Info beraten lassen. Wir müssen wissen, welche Substanz das Kind in welcher Menge wann eingenommen hat. Je nachdem empfehlen wir Aktivkohle, ein Antidot, weitere Massnahmen und allenfalls die Hospitalisation. Oft können wir aber auch entwarnen.

Was ist für Kinder im Haushalt und im Garten sonst noch gefährlich?

Frostschutzmittel mit Ethylenglykol, methanolhaltige Produkte, Produkte mit starken Säuren/Laugen, Knopfbatterien, die Einnahme von mehr als einem Magneten, diverse Pflanzen und einige Pilzarten. Putzmittel und andere Chemikalien sollten nie in Getränkeflaschen umgefüllt werden, um eine Verwechslungsgefahr auszuschliessen, und immer ausser Reichweite von Kindern aufbewahrt werden.

Immer wieder werden wir von Eltern kontaktiert, deren Kind Beeren geschluckt hat. Hier gilt die Faustregel: bei roten Beeren sind bis zu fünf Stück harmlos. Das gilt auch für Eibenbeeren. Eine Ausnahme ist die Kletterpflanze Bryonia, die bereits in kleineren Mengen zu heftigen Magen-Darm-Symptomen führen kann. Bei schwarzen Beeren ist eine genaue Bestimmung wichtig, um die Einnahme gefährlicher Beeren, wie z. B. der Tollkirsche, auszuschliessen.

Von Vergiftungen sind auch immer mehr Jugendliche betroffen. Wie erklären Sie sich das?

Bei Jugendlichen kommt es im Vergleich zu Kleinkindern seltener zu Vergiftungsunfällen. Bei dieser Altersgruppe sind Vergiftungen mit suizidaler oder abusiver Absicht ein Thema. Seit etwa 2005 kommen immer mehr neuartige Drogen auf den Markt, wie Badesalz oder Spice. Die harmlos klingenden Namen und der Einkauf übers Internet verleiten Jugendliche und junge Erwachsene, diese potenziell gefährlichen Substanzen auszuprobieren. Wir beobachten auch, dass Jugendliche rezeptfreie Schlafmittel mit Diphenhydramin (z. B. Benocten®) oder Hustensirup/-tabletten mit Dextromethorphan (z. B. Bexin®) oder Codein abusiv anwenden, um sich in einen Rauschzustand zu versetzen. Die Jugendlichen unterschätzen diese Medikamente, weil sie frei verkäuflich sind. Nicht zuletzt bergen auch halluzinogen wirkende Pilze eine Gefahr. ■

Zahn- und Mundgesundheit: Alles was ihr wissen wollt

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

AUTORIN:
DR. MED. KERSTIN WALTER,
BERN

Wahrscheinlich geht es vielen Kinderärzten, die neu von der Spital- in die Praxismedizin wechseln, ähnlich wie mir: Das Thema Zähne begegnet mir plötzlich in meinem Praxisalltag relativ häufig, gleichzeitig fühle ich mich bei Fragen zu diesem Thema stets ein wenig unsicher und inkompetent. Um mein Grundlagenwissen auf solidere Füsse zu stellen, war der Workshop «Zahn- und Mundgesundheit: Alles was ihr wissen wollt», der eine an den Bedürfnissen der Teilnehmer orientierte, praxisrelevante Fortbildung erhoffen lies, perfekt.

Als Leiter der Schulzahnklinik in Zürich verfügt Dr. Hubertus von Waes nicht nur über ein umfangreiches Wissen, sondern hat auch eine gute Vorstellung davon, welche Fragestellungen uns im klinischen Alltag beschäftigen. So ergab sich eine spannende, interaktive Fortbildung, bei der viele praktische Fragestellungen ausführlich diskutiert wurden und von der ich zahlreiche praktische Tipps mit nach Hause nehmen konnte.

Karies

Zur Früherkennung bei Karies betonte Dr. van Waes immer wieder den Leitsatz «Lift the lip»: bei der Inspektion der oberen Schneidezähne zeigen sich dort als Erstes Zeichen von Karies. Diese finden sich als «weisse Flecken» in Form von Plaques oder Entkalkungen entlang der Gingiva, während die Schneidekanten häufig noch intakt sind. Von den Eltern werden diese oft entweder als angeborene Zahnschäden oder gar – nach dem Motto «weiss an den Zähnen muss ja gut sein – als harmlos interpretiert, tatsächlich handelt es sich aber um ein absolutes Alarmsignal. Gute Zahnpflege ist essenziell – auch bei den Eltern, da Karies häufig durch Streptococcus mutans, mit dem sich die Kinder bei den Eltern infizieren, ausgelöst wird. Auch hier ein praktischer Tipp: Da eine effiziente Putzbewegung schon viele Erwachsene überfordert, sollte bei Kindern das Putzen mit einer elektrischen Zahnbürste, z. B. Philips Sonicare Kids, erwogen werden. Viele Kinder empfänden das Vibrieren als angenehm und man müsse nur langsam an den Zähnen entlangfahren statt zu putzen und würde so dennoch eine deutlich bessere Putzleistung erzielen.

«Black stain»

Zu Beginn meiner Praxistätigkeit hatte ich einige Kindern mit feinen, schwarzen Flecken auf den sonst tadellosen Zähnen (die Eltern versicherten, dass sie regelmässig Zähne putzen würden) zum Zahnarzt geschickt. Woher dieser sog. «black stain», der durch chromogene Bakterien verursacht wird, kommt, ist insgesamt unklar. Die Kariesrate ist bei den Betroffenen aber sehr gering, eine Therapie daher nicht erforderlich, zumal er nur bei Milchzähnen auftritt («man kann das wegmachen, kommt aber wieder»).

MIH – Molaren-Incisiven-Hypoplasie

Kurz besprachen wir auch die MIH, bei der v. a. die 6er-Molaren des Unterkiefers und die Schneidezähne zerbröseln. Es scheint sich um eine Mineralisationsstörung zu handeln, die sehr schmerzhaft ist. Die Ursache ist noch unklar, eine MIH begründet aber keine IV-Leistung.

Ernährung

Zum Abschluss gab es noch eine angeregte Diskussion über die Zahnschädlichkeit diverser Nahrungsmittel. Worauf wir wahrscheinlich viel zu wenig achten, sind die Intervalle zwischen dem Essen: Auch als sehr zahnschädlich geltende Nahrungsmittel wie z. B. Banane sind aus zahnärztlicher Sicht relativ unbedenklich, wenn sie in kurzer Zeit konsumiert werden und sich der pH-Wert im Mund danach wieder normalisieren kann. Viel kritischer ist es, wenn vermeintlich gesunde Nahrungsmittel über längere Zeit immer wieder in kleinen Portionen verspeist werden und so zu einem ständig sauren Milieu in der Mundhöhle führen («innerhalb von 10 Minuten eine Banane essen, ist kein Problem. Über 2–3 Stunden immer wieder ein Stückchen Apfelschnitz essen schon»).

Für mich ein Workshop, der sich absolut gelohnt hat! Die Erkenntnisse aus dieser Fortbildung habe ich in den 3 Wochen seit der Jahrestagung schon mehrfach umsetzen und zur Elternberatung nutzen können. ■

Links: www.kinderzahn.ch, www.schulzahnpflege.ch

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

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

AUTORIN:
DR. MED. KERSTIN WALTER,
BERN

Bei vielen dermatologischen Hauterscheinungen kann die Abgrenzung zwischen immunologischer, infektiöser, genetischer oder traumatischer Genese schwierig sein, anhand vieler Bilder machte sich Kirstin Kernland daran, mit uns entsprechende Differentialdiagnosen zu diskutieren.

So kann beispielsweise eine Impetigo contagiosa mit Blasenbildung einer Verbrennung ähneln. Zur Behandlung der ursächlichen Infektion mit enterotoxischem Staph. aureus empfahl Dr. Kernland die Behandlung mit Bactroban Nasensalbe, wies aber gleichzeitig darauf hin, dass diese keine SL-Leistung ist. Alternativ können daher als 2. Wahl auch Fucidin oder Bactroban-Crème eingesetzt werden, die von den Kassen bezahlt werden. Bei schweren oder rezidivierenden Verläufen sollte eine systemische Therapie mit Augmentin für 10 Tage erfolgen, das dann aber dreimal Täglich gegeben werden sollte.

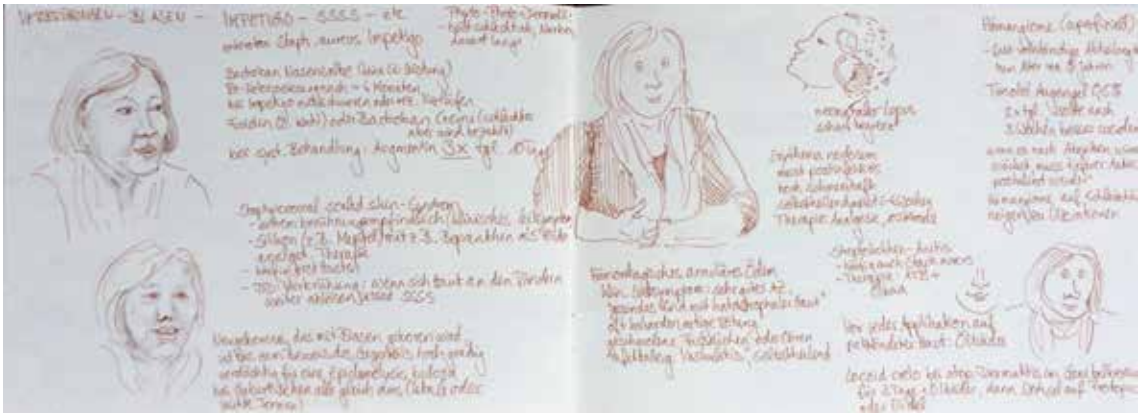
Im Workshop wurde ein bunter Reigen vorgestellt: Den Anfang machten blasenförmige Veränderungen bzw. Hauterkrankungen, die differentialdiagnostisch bei Verbrühungen in Betracht gezogen werden müssen, insbesondere Infektionen, z. B. Impetigo oder SSSS (= staphylococcal scaled skin syndrome. Das Leitsymptom bei Kindern mit SSSS ist ihre extreme Berührungsempfindlichkeit. Anders als bei einer Verbrühung lässt sich die Haut über die Ränder der ursprünglichen Läsion hinaus weiter ablösen. Als Wichtiger Teil der analgetischen Therapie ist die Versorgung mit adäquaten Verbänden, dazu eignen sich Silikon-Auflagen (z. B. Mepitel) mit Bepanthen.

Auch die Abgrenzung von Hämangiomen oder Erythema nodosum zu durch Schläge verursachte Hämatome kann manchmal schwierig sein, auch dazu wurden einige sehr suggestive Fotos gezeigt. Eindrücklich

auch das Bild eines hämorrhagischen anulären Ödems, bei dem es sich um eine selbstheilende, infektallergische Vaskulitis handelt. Das klinische Leitsymptom ist der Gegensatz zwischen dem sehr guten AZ und der Haut («gesundes Kind mit katastrophaler Haut»).

Gerade auch bei Veränderungen im Genitalbereich sind wir ja häufig unsicher, ob ein sexueller Missbrauch vorliegt. Ausführlich erörterte Kristin Kernland daher das Bild eines genitalen Lichen sclerosus. Im Anfangsstadium erscheint es entzündlich und es gibt häufig Einblutungen (die dann natürlich gerne den Verdacht auf sexuellen Missbrauch nahelegen). Typisch ist der schubweise Verlauf, der porzellanartige, sklerodermiforme Hautveränderungen hinterlässt. Therapeutisch sollten Corticosteroide, z. B. Locoid crelo, bis zur kompletten Beschwerdefreiheit (meist 7–10 Tage) zum Einsatz kommen, danach kann auf Protopic gewechselt werden, auch der Einsatz von Dermasilk macht hier Sinn. Der Therapieerfolg ist messbar am Juckreiz.

Insgesamt ein sehr informativer und auf die Fragen der Teilnehmer zugeschnittener Workshop. ■



Herausforderung Internet – Gefahren und Risiken für Kinder und Jugendliche

REFERENT:
ROLF NÄGELI,
LEITER KOMMISSARIAT PRÄVENTION DER STADTPOLIZEI ZÜRICH

MODERATION:
DR. MED. CARLOS LORCA,
FACHARZT KINDER- UND JUGENDMEDIZIN, KINDERARZT IN WINTERTHUR

AUTORIN:
DR. MED. CÉCILE PFÄFFLI,
OBERENGSTRINGEN

Gespannt besuche ich diesen Workshop. Bereits vor sieben Jahren habe ich Rolf Nägeli an einer SGP-Fortbildung zum Thema Adoleszenz in Basel zum selben Thema referieren gehört. Damals war ich als gelegentliche Internet-Nutzerin all der üblen, kriminellen Machenschaften und Gefahren, die das Internet – neben all seinen positiven Errungenschaften – birgt, nur vage bewusst.

Mittlerweile haben wir wohl alle zu Hause und in der Praxisarbeit mit jugendlichen PatientInnen die eine oder andere Begegnung mit Schattenseiten des Internets gemacht.

Carlos Lorca leitet den Workshop mit einem Ausschnitt aus einem Hidden-Agenda-Gespräch mit einer kosovo-albanischen Jugendlichen ein: Kopfweh, Müdigkeit, Verschlechterung der Schulleistungen, die sich im Samstagmorgengespräch plötzlich erklären lassen: Die Jugendliche wurde von ihrem Freund erpresst durch erzwungene Bilder in Unterwäsche, die dieser in Umlauf gebracht hat. Ein Fall von Sexting.

Rolf Nägeli spickt seinen Vortrag mit vielen Tipps und Schlagworten. Die Gefahrenthemen des Internets sind Gewalt, Sex und Rassismus. Das Internet wird schlecht durch Leute, die es für kriminelle Machenschaften missbrauchen.

Soziale Medien: Heute werden von den Jugendlichen vor allem YouTube und Chat-Räume benutzt, in denen es keine Altersbeschränkung gibt. Zunehmend wird Kontaktaufnahme gesucht in Games mit mehreren Teilnehmern. Ob die Internetbekanntschaft wirklich auch jugendlich ist oder ein erwachsener Pädophiler dahintersteckt, ist im virtuellen Raum unmöglich zu eruieren. Je älter die Jugendlichen werden, desto öfter haben sie schon Treffen mit Internet-Bekanntschaften gehabt. Treffen einer Internet-Bekanntschaft sollen nur in Begleitung einer erwachsenen Vertrauensperson oder zumindest in gut besuchten öffentlichen Räumen stattfinden, z. B. am Meeting Point eines Bahnhofs. Illegales Herunterladen von Musik oder Programmen birgt die Gefahr des Mitladens von Virenprogrammen. Zudem sind die Seiten oft gespickt mit Links zu Seiten mit pornografischem Inhalt. Mobbing findet nicht mehr primär auf dem Pausenplatz, sondern im Internet statt. Veröffentlichen wir Bilder im Internet, bleiben sie immer im Internet, auch mit Snapchat. Es ist empfehlenswert für die Internetveröffentlichung von Bildern eine möglichst kleine Bildauflösung von 200 kB zu wählen. So ist ein nachträgliches Vergrössern schwierig. Der Veröffentlichung von Gruppenbildern von Schulen und Verei-

nen im Internet können wir als Eltern zustimmen unter der Bedingung, dass keine Namen der Kinder genannt werden.

Zu diesem Thema empfehlen wir Ihnen die Broschüre der Schweizerischen Kriminalprävention SKP

«Es war einmal … das Internet»: Fünf moderne Märchen über fünf moderne Problembereiche

Kinder kommen immer früher in Kontakt mit dem Internet. Die Broschüre «Es war einmal…das Internet» der SKP richtet sich deshalb an Eltern von Kindern unter 12 Jahren. Fünf moderne Märchen sprechen auf spielerische und witzige Weise die fünf wichtigsten Problembereiche an: Internet-Sucht, Pädokriminalität, Cybermobbing, Online-Shopping und Abofallen sowie Datenschutz. Die schön illustrierten Märchen können vorgelesen oder von Kindern im Schulalter selbst gelesen werden. Die kurzen Kapitel «Und die Moral von der Geschicht'» zeigen den Eltern bei jedem Problembereich die Hintergründe und geben Verhaltenstipps.

Die Broschüre kann von unserer Homepage heruntergeladen werden: http://www.kinderaerzteschweiz.ch/Links---Hilfreiche-Materialien-fuer-die-Praxis/Hilfreiche-Materialien-und-Infos-fuer-die-Praxis (im Kapitel «Internetsicherheit und Medienkompetenz»).

Pornografie: Das Weiterleiten von pornografischen Bildern an Jugendliche unter 16 Jahren ist strafbar. In der Schweiz ist strafmündig, wer älter ist als 10 Jahre. Kinder jünger als 10 Jahre werden durch die KESB betreut. Der Konsum und das Herstellen von Filmen mit sexuellen Handlungen mit Kindern, Tieren oder Gewalt sind immer strafbar. Wir Eltern haben eine Sorgfalts- und Aufsichtspflicht: Wir müssen unseren WLAN-Zugang schützen, so dass nicht Fremde Zugang dazu haben.

Take Home Messages: Wir Eltern sollen die kindliche Mediennutzung aktiv regulieren und beschränken bezüglich Form, Inhalt und Dauer. Wir Eltern sollen Vorbildfunktion übernehmen im Umgang mit dem Medienkonsum. Wir sollen uns mit den Kindern gemeinsam mit den genutzten Medien auseinandersetzen. Wir Eltern bleiben im Gespräch mit den Kindern, so haben diese hoffentlich Vertrauen und kommen nach Misstritten auch zu uns, um sich Unterstützung zu holen, die sie dann durch Erwachsene dringend benötigen. Keine Apparate oder Konsolen im Kinderzimmer. WLAN nachts ausschalten. Frühwarnsignale einer problematischen Mediennutzung wie sozialer Rückzug, Konzentrations-, Schlafstörungen, chronische Schmerzen und aggressives Verhalten wahrnehmen.

Von meiner Seite grosser Dank an Carlos Lorca und Rolf Nägeli für diesen praxisorientierten, lehrreichen, aufklärenden Workshop und mein Update zu diesem Thema. ■

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

REFERENT: **MAHIR MUSTAFA,** FACHMANN FÜR INTERKULTURELLE FRAGEN, DOZENT AN DER AGOGIS UND PÄDAGOGISCHEN HOCHSCHULE THURGAU

MODERATION: **DR. MED. EMANUEL STEINHAUER,** FACHARZT ALLGEMEINE INNERE MEDIZIN, ASSISTENZARZT, KINDERÄRZTE AM UNTERTOR IN BÜLACH
DR. MED. JOHANNES LEDERGERBER, FACHARZT KINDER- UND JUGEND-MEDIZIN, PRAXISPÄDIATER IN ZÜRICH

AUTORIN: **DR. MED. HELENA GERRITSMA SCHIRLO,** AARAU

Herr Mustafa empfängt uns freundlich und konfrontiert uns sogleich mit der Frage: Was ist für Sie Kultur? Was gehört für uns zu unserer Kultur? Denn die wirkliche Leistung sei nicht das Verstehen der anderen Kulturen, sondern das der eigenen Kultur (E. Hall). Wissen über andere Kulturen und Ethnien kann eine Hilfe für das Verstehen sein, aber die gruppenspezifische/erlernte Kultur ist nur ein Teil der individuellen Kultur des Gegenübers. Daher ist die Begegnung so wichtig. Dies im Bewusstsein, dass Begegnung mit Fremden die Begegnung mit uns selbst voraussetzt. Aber wir sollten auch unsere eigenen Werte kennen, unsere Regeln und Gesetze würdigen (z. B. ist der Schwimmunterricht meistenorts gesetzlich vorgeschrieben, warum dann Ausnahmen machen?). In Gesprächen versuchen, sachlich zu bleiben, sich nicht von Stereotypien, vorgefassten Meinungen oder Vorurteilen leiten zu lassen. Auch einmal einen Perspektivenwechsel wagen und sich der eigenen und fremden kulturspezifischen kommunikativen (verbal, nonverbal) Merkmale bewusst sein: So können wir unsere interkulturelle Kompetenz erhöhen. ■

Autismus: Nah und doch fern

REFERENT:
M.SC. MATTHIAS HUBER,
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

AUTOR:
DR. MED. GIAN BISCHOFF,
ZÜRICH

Mit dem Begriff Wahrnehmungsstörungen tun wir uns ja schwer. Immer wieder berichten uns Eltern von Therapeuten, welche vermuten, dass ihre Kinder unter Wahrnehmungsstörungen leiden. Und wir fragen uns, was wir damit anfangen sollen, wenn wir nicht gar verärgert oder mit Unverständnis reagieren. Zumindest mir ging es bisher so.

Wer jedoch Matthias Huber reden hört, der erhält eindrücklich vor Augen geführt, was Wahrnehmungsstörungen sind und wie es sich für ein Kind anfühlt, das noch nicht verstehen kann, dass es die Welt möglicherweise anders wahrnimmt als die meisten seiner Gefährten. Matthias Huber ist selber Betroffener einer Autismus-Spektrum-Störung und arbeitet als Kinder- und Jugendpsychologe. Neben den bekannteren Phänomenen, welche mit einer autistischen Störung einhergehen, schildert er auf eindrückliche Weise, wie er die Welt wahrnimmt und wie sich seine Wahrnehmungsbesonderheiten auswirken. Als nicht Betroffene können wir uns kaum vorstellen, dass einem das Gefühl des Aufeinandertreffens von Haut auf Haut an den Fingern derart unangenehm sein kann, dass man die Finger am liebsten immer gespreizt hält. Wir können uns nicht vorstellen, dass der Zwang, jemandem ins Gesicht schauen zu müssen (weil sozial erwünscht) aufgrund des starken visuellen Wahrnehmungseindruckes aller Details eines Gesichtes dazu führt, dass man von den Worten, welche das Gegenüber spricht, rein gar nichts aufnehmen kann.

Während wir neurotypischen Menschen (so werden nicht autistische Menschen bezeichnet) durch unsere ausgeprägte soziale Intuition unsere Wahrnehmung extrem auf sozial relevante Faktoren fokussieren und den Rest einfach wegfiltern können, zeigt Matthias Huber auf, wie bei Wegfallen dieses Filters jede noch so unbedeutende Wahrnehmung einen so starken Eindruck hinterlassen kann, so dass sie einen völlig aus dem Konzept bringen kann. Eindrücklich erzählt er, dass er, wenn er in einem Geschäft eine Flasche Mineralwasser kaufen will, sich vorher minutiös Schritt für Schritt vorstellt, was auf ihn zukommt. Das gibt ihm die Sicherheit, die Handlung trotzdem zu Ende bringen zu können, auch wenn plötzlich unvorhergesehene Wahrnehmungen auftreten, welche ihn stark verwirren können. Früher habe ihn manchmal der Duft an der Mineralwasserflasche, welche noch von der Person stammte, welche die Flasche eingeräumt habe, derart verwirrt, zum Beispiel wenn die Person ein starkes Parfüm benützt habe, dass er die Flasche sofort zurückgestellt und das Geschäft verlassen habe. Ich selbst kann mir schon gar nicht vorstellen, dass man an einer Mineralwasserflasche irgendetwas riechen kann …

Der Workshop hat mir eindrücklich vor Augen geführt, wie unterschiedlich Wahrnehmungen ausfallen können. Seither denke ich immer wieder daran, wenn mir Eltern schildern, wie ihre Kinder sich teilweise auffällig verhalten, und frage mich, was wohl hinter dem Verhalten für ein Erleben steht. Messen lässt sich nur der efferente Schenkel unseres Gehirns, deshalb sind «Wahrnehmungsstörungen» für uns Mediziner wohl auch ein so schwieriger Begriff. Der afferente lässt sich nur als Erleben beschreiben, oder eben indirekt an sonderbarem Verhalten ablesen. Letzteres sollte uns aber doch dazu anhalten, darüber nachzudenken, was möglicherweise dahinterstehen könnte. ■

ABC der Kinderreanimation

WORKSHOPLEITUNG:
DR. MED. IRIS I. BACHMANN HOLZINGER, FACHÄRZTIN KINDER- UND JUGENDMEDIZIN, SCHWERPUNKT KINDERNOTFALLMEDIZIN. PALS-KURSDIREKTORIN, EPC-INSTRUKTORIN. OBERÄRZTIN INTERDISZIPLINÄRE NOTFALLSTATION UNIVERSITÄTSKINDERSPITAL ZÜRICH
DR. MED. EVA BERGER OLAH, FACHÄRZTIN KINDER- UND JUGENDMEDIZIN, SCHWERPUNKT KINDERNOTFALLMEDIZIN. PALS-KURSDIREKTORIN, EPC INSTRUKTORIN, ATLS INSTRUKTORIN. OBERÄRZTIN INTERDISZIPLINÄRE NOTFALLSTATION UNIVERSITÄTSKINDERSPITAL ZÜRICH
SIBYLLE IMMOOS, DIPL. EXPERTIN ANÄSTHESIEPFLEGE, UNIVERSITÄTSKINDERSPITAL ZÜRICH, BLS-INSTRUKTORIN
KATHRIN DE MEURICHY, DIPL. EXPERTIN ANÄSTHESIEPFLEGE, UNIVERSITÄTSKINDERSPITAL ZÜRICH, PALS-INSTRUKTORIN

AUTORIN:
DR. MED. SABINE BRAUNSCHWEIG, JONA

Der Workshop in Reanimation in der Kinderarztpraxis wurde von vier sehr erfahrenen Fachfrauen auf dem Gebiet geleitet: Eva Berger Olah und Iris Bachmann Holzinger, beides Oberärztinnen und PALS-Instruktorinnen der interdisziplinären Notfallstation des Kispi Zürich, sowie Sibylle Immoos, Pflegefachfrau Anästhesie und BLS-Instruktorin, und Kathrin De Meurichy, ebenfalls Pflegefachfrau Anästhesie, beide im Kispi Zürich tätig.

Geübt wurde anhand drei verschiedener Fallbeispiele. Im ersten Fall gings um den pulslosen Patienten, Beispiel ein Kind, das von der Mutter bewusstlos in die Praxis gebracht wird. Wie gehen wir da vor?

Wir konnten das strukturierte Vorgehen gemäss den BLS (Basic Life Support) Grundregeln üben: ABC! Atemwege checken, Atmung beurteilen, Pulssuche!

Bei unserem pulslosen Patienten begannen wir mit der Reanimation mittels zwei Helfermethoden: 15:2, das heisst 15 Herzkompressionen und zwei Atemstösse via Ambubeutel und O_2. Wir konnten die Simulation anhand von drei verschieden grossen Puppen durchführen, wobei wir immer wieder feststellten, wie kräfteraubend eine solche Reanimation sein kann.

Im zweiten Fallbeispiel standen wir vor der Situation einer Fremdkörper-Aspiration, wie wir es durchaus auch einmal in der Praxis erleben könnten: ein elf Monate altes Kind, spielend im Wartezimmer, plötzlich hustend und zunehmende Atemnot. In einer solchen Situation ist schnelles und korrektes Handeln wichtig!

Anhand einer Puppe konnten wir zwei Manöver üben; zum einen beim Kleinkind starkes Klopfen zwischen die Schulterblätter (fünf Mal). Da haben wir gelernt, dass man das Kind, sollte das Manöver noch zu keinem Erfolg geführt haben, auf den Rücken dreht und nun fünf Mal mit Druck das untere Sternumdrittel komprimiert. Beim älteren Kind oder bei Erwachsenen kommt das Heimlichmanöver zum Einsatz.

Im dritten Fallbeispiel wurden wir vor die Situation einer anaphylaktischen Reaktion, zum Beispiel nach einer Desensibilisierung oder auch in Folge eines Insektenstiches, gestellt.

Wir haben gelernt, dass es absolut essenziell ist, mit der Verabreichung der Andrenalingabe nicht zu zögern! Ein Patient mit einer Urticaria, ohne Atembeschwerden oder Unwohlsein, braucht keinen Epipen, da reichen Antihistaminika und eventuell Cortison. Bei einem Patienten mit Atembeschwerden und allenfalls auch schon mit lediglich Unwohlsein hingegen sollte man nicht zögern, den Epipen oder Jext einzusetzen! So wurden wir vor allem im Handling des Epipens, respektive des Jext, instruiert – und haben gemerkt, dass man sich jedesmal wieder die Frage stellt, wie halte ich den Pen, wo kommt die Spritze raus?

Alles in allem war der Kurs sehr instruktiv und praxisbezogen und natürlich auch absolut praxisrelevant. Obwohl wir natürlich alle hoffen, nicht in die Situation einer Reanimation zu kommen, hatten wir nach dem kurzen Einblick in die lebensrettenden Massnahmen doch den Eindruck, wieder etwas sicherer an eine potenziell lebensbedrohliche Situation herantreten zu können.

Bei den Instruktorinnen möchten wir uns nochmals herzlich für ihr Engagement bedanken! ■

Beratung am Telefon

REFERENTEN / MODERATION:
DR. MED. ANDREAS BÄNZIGER, FACHARZT FÜR KINDER- UND JUGENDMEDIZIN, SCHWERPUNKT KINDERNOTFALLMEDIZIN, OBERARZT INTERDISZIPLINÄRE NOTFALLSTATION UNIVERSITÄTSKINDERSPITAL ZÜRICH
FRANZISKA SPITZWEG, DIPLOMIERTE PFLEGEFACHFRAU HF
CORNELIA MÄRKI, DIPLOMIERTE PFLEGEFACHFRAU HF, HÖFA1 ONKOLOGIE

AUTORIN:
SIMONE ORAVEC, MPA, ZOLLIKOFEN

Täglich sind wir MPAs mit oft simplen, teilweise aber auch mit schwierigen Anliegen von Eltern am Telefon konfrontiert. Wir sind dabei die erste Person, welcher das Problem des Kindes geschildert wird. Die Eltern vertrauen uns und erwarten, dass wir in diesem Moment die richtige Entscheidung treffen. Es gilt anhand des Telefongespräches zu entscheiden, ob es nötig ist, einen Arzttermin zu vereinbaren oder ob eine telefonische Beratung reicht. Auch wenn aus unserer Sicht eine telefonische Beratung ausreichen würde, gilt es trotzdem herauszuhören, ob den Eltern ein Arzttermin lieber ist. Deshalb kann man meiner Meinung nach nicht genug an der Telefontriage arbeiten. Auch wenn es manchmal Situationen gibt, in denen wir als MPA den Kopf schütteln, ist es wichtig, stets eine offene, bedingungslos positive und empathische Grundhaltung gegenüber dem Gesprächspartner einzunehmen.

Zu diesem Thema haben uns Herr Bänziger, Frau Spitzweg und Frau Märki eindrücklich vor Augen geführt, wie wichtig es ist, sich systematisch durch ein Gespräch durchzuarbeiten.

Nach einer kurzen Einleitung haben wir anhand von Beispiel-Telefonaten begonnen, verschiedene Themen wie Fieber, Ausschlag, Fremdkörper, Kopfkontusion, Kopfschmerzen, Dehydration und Weinen zu behandeln.

Es würde den Rahmen sprengen, alle bearbeiteten Themen aufzuführen, deshalb ist nachfolgend nur eine Auswahl von Hinweisen aufgeführt, die aus meiner Sicht wichtig sind.

Wann ist Fieber gefährlich:
- Nicht senkbares Fieber (0,5–1°C/h) AZ schlecht
- Reduzierter AZ auch nach Abgabe von fiebersenkenden Medikamenten
- Kind kleiner als 3 Monate
- Kopfschmerzen, Nackensteife
- Fieber ohne Fokus / HWI
- Flüssigkeitsverlust
- Grunderkrankungen, Fremdkörper (PEG, Shunt, Port a cath …)
- Petechien

Zu den Petechien gilt es zu beachten, dass diese oberhalb des Thorax auch bei Husten und Erbrechen auftreten können, was weniger beunruhigend ist als alles, was im unteren Thorax vorkommt. Wenn der Ausschlag wegdrückbar ist, handelt es sich nicht um Petechien. Sollte der Ausschlag beim Drüberfahren bleiben, ist sofort ein Arzt zu konsultieren.

Zum Thema Fremdkörper wurde besprochen, welche FK gefährlich sein können und deshalb unbedingt ein Arzt zu konsultieren ist:
- Wenn Gegenstände länger als 5 cm
- Bei spitzen Gegenständen schon ab 3 cm
- Bei Knopfbatterien (Schleimhautverätzung)
- Bei 2 oder mehreren Magneten (da diese Gewebe einklemmen und den Weitertransport verhindern können)
- Bei Haarspangen (öffnen sich und verhindern den Weitertransport)

Wenn Symptome wie Schmerzen, viel Speichel, Erbrechen, Trinkverweigerung und Schmerzen nach dem Essen auftreten, ist immer eine Arztkonsultation notwendig.

Was ich für mich unter anderem aus diesem Workshop mitgenommen habe, ist, daran zu denken, dass ich stets nachfrage, ob das Kinde mit irgendwelchen Medikamenten behandelt wird (wie z. B. Blutverdünner) oder irgendwelche Grunderkrankungen bestehen. Eine Konsultation ist in diesen Fällen schneller angezeigt als bei anderen Kindern. Auch sollte immer das Alter des Kindes mitberücksichtigt werden, da bei Erbrechen ein Kind unter 3 Monaten schneller dehydriert als ein 2-jähriges Kind.

Passend zum Thema der Tagung (Kindsmisshandlung) sollte bei Kopfverletzungen oder anderen Unfällen auch immer der Unfallhergang und das Alter des Kindes erfragt werden, da je nach Verletzung und Alter des Kindes eventuell auch die Möglichkeit von Kindsmisshandlung bestehen könnte.

Und zu guter Letzt ist bei schreienden Säuglingen auch an folgende, mögliche Ursachen denken:
- Cornea-Läsion (Hornhautverletzung durch Nagel)
- Clavicula-Fraktur
- Invagination/Volvulus (Abdomen)
- Inguinalhernie/akutes Skrotum
- Haartourniquet (Finger, Zehen)
- Fieber

Ich möchte mich hiermit für den tollen Workshop bedanken. Ich kann bestimmt im Namen aller Teilnehmenden sprechen, wenn ich sage, dass wir dabei viel auffrischen konnten und auch viel Neues gelernt haben. ■

Die zauberhafte Kinderarztpraxis – «Mit Feenstaub und Zauberpuste»

REFERENTIN:
ANNALISA NEUMEYER,
DIPL.-SOZIALPÄDAGOGIN, APPROBIERTE KINDER- UND JUGENDLICHEN-PSYCHOTHERAPEUTIN, THERAPEUTIN FÜR KLINISCHE HYPNOSE, EIGENE PRAXIS IN FREIBURG (DEUTSCHLAND)

MODERATION:
MED. PRAKT. SVEN SPRENGER,
FACHARZT KINDER- UND JUGENDMEDIZIN, PRAXISPÄDIATER IN WÄDENSWIL

AUTORIN:
YVONNE SCHNELLMANN,
MPA, KINDERPRAXIS WÄDI, WÄDENSWIL

Nachdem der gleichlautende Workshop für Ärzte im letzten Jahr ein voller Erfolg gewesen ist, wurde dieser nun für die medizinischen Praxisassistentinnen (MPA) angeboten. Letztendlich macht das Sinn, da es doch die MPAs sind, welche den ersten Kontakt mit den Kindern und Jugendlichen haben und ihnen Bedenken oder gar Angst vor der Behandlung oder Untersuchung vermindern können.

Zu dem Workshop war Annalisa Neumeyer eingeladen. Sie hat im Rahmen ihrer diversen Tätigkeiten die Hypnotherapie und das Zaubern verbunden und das Therapeutische Zaubern® entwickelt. Was primär wenig mit Zaubern zu tun hatte, war die Wichtigkeit von positiver Sprache im Umgang mit Kindern und ihren Eltern. Aus einem «Du brauchst keine Angst zu haben!» wird die positive Aussage «Du wirst staunen, wie gut hier alles geht.» Oder «Das war doch gar nicht so schlimm!» wird in ein «Das ist ja super gut gegangen» verwandelt. Auch Impfungen und der kleine Pieks werden zur angenehmeren Gabe von «Heilserum» oder einem «Gesundheitsdrucki». Ziel wäre es, alle Negativformulierungen aus der Praxis zu verbannen. Was Neumeyer ebenfalls hervorhob, ist das sogenannte «Yes-Set». Dabei wird das Kind unter Umständen schon im Wartezimmer in einen für die allfällige Behandlung bejahenden, innerlich nickenden Zustand versetzt, zum Beispiel durch Fragen wie «Heisst du … ?; «Wohnst du in … ?» und «Bist du … Jahre alt?». Weitere Fragen nach Geschwistern, Schule etc. können folgen.

Als eigentliche Zauberkunststücke zeigte Neumeyer Kartentricks, bei dem eine von acht Karten vom Kind ausgewählt und von der MPA erkannt wird. Das Kind kann dann während des Erkennens unter Umständen das «Gesundheitsserum» erhalten, oder es kann bei ihm «Himbeersirup» (Blut) entnommen werden. Als Variante kann das Kind die zu erkennende Karte auch drucken und der Druckprozess kann als noch stärkere Ablenkung genutzt werden. Ein weiteres Zauberkunststück war «Das stärkste Kind der Welt»: Dabei hat das Kind eine Hand auf dem Kopf und es wird durch Suggestion so positiv bestärkt, dass von der ZauberMPA die Hand nicht mehr vom Kopf gezogen, sondern das ganze Kind hochgezogen werden kann. Nach den erfolgreichen Interventionen sei es enorm wichtig, das Erfolgserlebnis zu verstärken, indem dem Kind gratuliert wird und es anderen erzählen solle, wie gut alles gegangen ist. Wobei Letzteres schon als Vision vor der Behandlung benutzt werden kann.

Neumeyer verstand es sehr, uns Teilnehmerinnen abzuholen. Wenn es auch theoretisch – auch während praktischer Übungen – einfach aussah, wird Zaubern in der Praxis in der Umsetzung am Anfang wahrscheinlich eine kleine Herausforderung werden. Vor allem kam es einem bei Annalisa Neumeyer enorm spielerisch und überzeugend vor, sodass wir uns selbst in der Rolle als grosse Patienten gut aufgehoben fühlten. Zudem hatten wir das Gefühl, dass sie es tatsächlich nur durch ihre Worte und Imaginationen schaffte, die Kinder (uns) in eine Zauberwelt zu entführen.

Da das Skript aus urheberrechtlichen Gründen lediglich den Teilnehmerinnen zur Verfügung gestellt werden kann, sei das von der Referentin verfasste und wiederholt erwähnte neue Buch empfohlen: «Die Angst vergeht, der Zauber bleibt – Therapeutisches Zaubern® in Arztpraxen und Krankenhäusern» aus dem Mabuse-Verlag. Bei weiterem Interesse bietet Annalisa Neumeyer auch Kurse im Therapeutischen Zaubern® in Deutschland und Österreich an. Die Kurstermine sind unter www.therapeutisches-zaubern.de zu finden.

P. S. Für die Skeptikerinnen: Wir nutzen die Magie des Therapeutischen Zauberns® schon länger in unserer Praxis und – sie ***wirkt …*** ■

Gleicher Schutz für alle – Flüchtlingskinder impfen!

REFERENTIN:
DR. SARA BERNHARD-STIRNEMANN,
MSC IN PID, OBERÄRZTIN PÄDIATRISCHE INFEKTIOLOGIE, KLINIK FÜR KINDER UND JUGENDLICHE, KANTONSSPITAL AARAU

MODERATORINNEN:
BELINDA BATTAGLIA,
MPA, CHUR UND
CLAUDIA SCHEIDEGGER,
MPA, GLARUS

AUTORIN:
ANITA WEBER,
MPA, FRAUENFELD

An diesem schönen Donnerstag haben sich zahlreiche MPAs eingefunden, um sich das Referat von Frau Dr. Bernhard, Kinderinfektiologin im Kantonsspital Aarau, anzuhören. Mit ihrer spannenden und mitreissenden Art nimmt sie uns mit in ihre Sprechstunde. Zusammen besprechen wir zwei Fallbeispiele von Immigrantenkindern.

Seit 2016 gibt es Leitlinien zur Abklärung und Vorbeugung von Infektionskrankheiten und Aktualisierung des Impfschutzes bei asymptomatischen Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in der Schweiz, welche von der «Paediatric Infectious Disease Group in Switzerland» (PIGS) erarbeitet wurde und in der Paediatrica publiziert wurde.

Es kommt schnell zum Vorschein, was allfällige Schwierigkeiten sind: unbekannter Impfstatus, Sprachbarriere oder auch Analphabetismus der Eltern. Ein weiteres Problem besteht darin, dass vielfach der Hausarzt unbekannt ist und die Migranten relativ unvorhergesehen den Standort wechseln müssen. Deshalb empfiehlt Frau Bernhard, den elektronischen Impfausweis anzuwenden.

Fakt ist: es zählen nur dokumentierte Impfungen! Es werden also Flüchtlingskinder ohne Impfausweis gemäss Schweizer Impfplan nachgeimpft. Einzige anamnestische Ausnahme ist eine Varizellenerkrankung.

Es sollten primär keine routinemässigen Antikörpertiterbestimmungen gemacht werden, als einzige Ausnahme gelten die Anti-Tetanustoxin-Antikörperspiegel, welche vier Wochen nach der Impfung abgenommen werden können. Sie dienen stellvertretend auch für eine genügende Immunisierung gegen Diphtherie und Pertussis, da diese Impfungen prinzipiell als Kombination verabreicht werden.

Es ist bei weiblichen Jugendlichen notwendig, vor Verabreichung einer Lebendimpfung nach einer Schwangerschaft zu fragen, da Lebendimpfungen nicht in der Schwangerschaft verabreicht werden dürfen.

Frau Bernhard gibt uns viele Tipps im Umgang mit Flüchtlingskindern sowie deren Eltern. Sie nimmt gerne den nationalen Dolmetscherdienst in Anspruch, erreichbar unter 0842 442 442. Die Kosten hierfür sind 3 Franken pro Minute und mind. 30 Franken pro Gespräch. Die Kosten werden teilweise von den Kantonen übernommen.

Für medizinisches Personal empfiehlt es sich, die www.elearning-iq.ch zu besuchen, um sich mit dem Thema zu befassen.
Ebenfalls eine gute Adresse ist www.medknowledge.de. Hier können unter anderem Anamnesebögen in 17 verschiedenen Sprachen heruntergeladen werden. Auf www.rki.de können «Aufklärung und Einverständnisbögen für Impfungen» in diversen Sprachen heruntergeladen werden.

Es kann sein, dass Patienten einen Impfausweis in die Praxis bringen, welcher nach einem anderen Kalendersystem eingetragen wurde. Es zeigen sich für uns Daten, welche nicht mit unserem Kalendersystem übereinstimmen. Im World Wide Web (www) finden sich diverse Tools, um Kalenderdaten umzurechnen.

Wir danken Frau Bernhard für ihren spannenden Vortrag. Mit ihren Tipps wird sie bestimmt mancher MPA den Alltag ein wenig erleichtern. ■

Kinder psychisch belasteter Eltern – Die Rolle der Kinderärztin

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

AUTORIN: **DR. MED. ALEXANDRA SAWATZKI,** ST. GALLEN

Man merkt den beiden Autorinnen an, sie sind geübte Rednerinnen. Im fliegenden Wechsel mit fliessenden Übergängen wird die Herausforderung dieser speziellen Beziehung, Arzt, Kind und psychisch belastete Eltern, hervorgehoben.

Zunächst werden ein paar «soft facts» aufgeführt. 15% der Bevölkerung leidet an psychischen Störungen, das sind somit ca. 20 000–50 000 Kinder in der Schweiz, deren Eltern psychisch erkrankt sind. Bei diesen Kindern geht aus der Forschung hervor, dass das Risiko, selber psychisch zu erkranken, erhöht ist.

Anhand zweier Filme werden konkrete Fälle vorgetragen. In «Flüstergruppen» werden die Zuhörer aufgerufen, sich aktiv mit diesen Fällen und den dadurch ausgelösten Gefühlen auseinanderzusetzen. Die subjektiven Belastungen der Kinder wie unter anderem Desorientiertheit, Schuldgefühle, Parentifizierung, soziale Isolation, die durch die Erkrankung der Eltern entstehen, werden gemeinsam überlegt. Die im Verlauf entstehende beeinträchtigte psychosoziale Entwicklung wird erörtert.

Die Wichtigkeit der Ressourcen und Schutzfaktoren werden zusammengetragen, zum Beispiel der Wunsch der Kinder nach Information und deren Notwendigkeit. Den Eltern müssen die Bedürfnisse der Kinder klar vermittelt werden. Die Wichtigkeit der primären Beziehungen, das Vorhandensein von «3v-Personen» (vertraut, verlässlich, verfügbar) wird dargelegt.

Es werden mögliche Konstellationen in der Kinderarztpraxis auch anhand persönlicher Fälle der Workshop-Teilnehmenden besprochen. Wichtig erscheint allen das Erreichen der belasteten Eltern, was oft schwierig ist.

«Get them early, get them young», die Prävention, ist das Fazit des Workshops.

Ein sehr aktuelles und sehr schwieriges Thema wurde interaktiv mit den professionellen Referentinnen erarbeitet. ■

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

Bei akuten und chronischen Entzündungen der Nasennebenhöhlen und der Atemwege.

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

Für Kinder ab 2 Jahren

kassenpflichtig

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

TBWA\HEALTH

Biomed AG, 8600 Dübendorf © Biomed AG. 08/2016. All rights reserved.

BioMed®

Wir möchten uns recht herzlich bei unseren geschätzten Industrieausstellern und Sponsoren für eine erfolgreiche Jahrestagung 2016 bedanken. Wir freuen uns schon, Sie am 7. September 2017 wieder in Pfäffikon (SZ) begrüssen zu dürfen!

Neuer Blog: die pädiatrische Abrechnung

DR. MED. RAFFAEL GUGGENHEIM, VORSTAND KIS

Wie rechnen Pädiater ihre Leistungen ab? Im Rahmen vieler Diskussionen stellte ich fest, dass wir gleiche Situationen sehr unterschiedlich abrechnen. Oft bin ich mir selber nicht sicher, ob ich Konsultationen richtig abrechne. Wir haben daher entschieden, im Rahmen der News dieses Thema zu diskutieren.

Wir werden einzelne Konsultationssituationen beschreiben und die Abrechnung dazu vorschlagen. Im Rahmen eines Blogs (http://www.kinderaerzteschweiz.ch/Fuer-Mitglieder/Blog/Paediatrische-Abrechnung) ist dann die Diskussion eröffnet und wir sind gespannt, was Ihr, liebe Leser, zu dieser Abrechnung meint. Macht Ihr es gleich? Gibt es andere Ideen? Was ist im Rahmen von Tarmed erlaubt oder vorgegeben? Schreibt Euren Input auf blog@kinderaerzteschweiz.ch

In der nächsten Ausgabe werden wir die wichtigsten Inputs zusammenfassen und einen weiteren Fall vorstellen.

Wir freuen uns auf eine angeregte Diskussion!

Situation 1

Einmonatskontrolle bei neuer Familie. Erstkontakt. Im Rahmen der Kontrolle auch Durchführung der Hüftsonografie nach Graf. Aufnahme der Familienanamnese und persönlichen Anamnese (SS und Geburt). Sehr unsichere Eltern und längeres Gespräch über Regulation von Schlaf und Ernährung (Zeitbedarf 1,25 h).

Variante 1

Muss 2 Konsultationen abrechnen

1. Konsultation

03.0020	Vorsorgeuntersuchung 1 Monat
1590860	Konakion

2. Konsultation

39.0020	Grundtaxe für das Röntgen und die Ultraschalldiagnostik durch den Arzt in der Arztpraxis und durch …	
39.0050	(+) Zuschlag I für Kinder bis 7 Jahre	
39.3404	Ultraschallgelenkuntersuchung übrige Gelenke, pro Seite	links
39.3404	Ultraschallgelenkuntersuchung übrige Gelenke, pro Seite	rechts
39.3800	Technische Grundleistung 0, Ultraschall gross, ambulanter Patient	

Begründung: normale Einmonatskontrolle geplant und auch abgerechnet, Ultraschall in der gleichen Sitzung, aber technisch nur in einer zweiten Sitzung abrechenbar.

Variante 2

Muss 2 Konsultationen abrechnen

1. Konsultation

03.0020	Vorsorgeuntersuchung 1 Monat
00.0015	+ Zuschlag für hausärztliche Leistungen in der Praxis
1590860	Konakion

2. Konsultation

39.0020	Grundtaxe für das Röntgen und die Ultraschalldiagnostik durch den Arzt in der Arztpraxis und durch …	
39.0050	(+) Zuschlag I für Kinder bis 7 Jahre	
39.3404	Ultraschallgelenkuntersuchung übrige Gelenke, pro Seite	links
39.3404	Ultraschallgelenkuntersuchung übrige Gelenke, pro Seite	rechts
39.3800	Technische Grundleistung 0, Ultraschall gross, ambulanter Patient	

Begründung: normale Einmonatskontrolle geplant und auch abgerechnet, Zeitbedarf mit Grundversorgerzusatz versehen, Ultraschall in der gleichen Sitzung, aber technisch nur in einer 2. Sitzung abrechenbar.

Variante 3

Nur 1 Konsultation

19.10.2016	1	03.0010	Untersuchung durch den Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin des Kindes/Jugendlichen bis 18 Jahre	
19.10.2016	1	00.0010	Konsultation, erste 5 Min. (Grundkonsultation)	
19.10.2016	1	00.0015	+ Zuschlag für hausärztliche Leistungen in der Arztpraxis	
19.10.2016	1	00.0040	+ Zuschlag für Kinder unter 6 Jahren	
19.10.2016	1	00.0020	+ Konsultation, jede weiteren 5 Min. (Konsultationszuschlag)	
19.10.2016	1	00.0030	+ Konsultation, letzte 5 Min. (Konsultationszuschlag)	
19.10.2016	1	00.0140	Ärztliche Leistung in Abwesenheit des Patienten (inkl. Aktenstudium), pro 5 Min.	
19.10.2016	1	1590860	Konakion	
19.10.2016	1	39.0020	Grundtaxe für das Röntgen und die Ultraschalldiagnostik durch den Arzt in der Arztpraxis und durch …	
19.10.2016	1	39.0050	(+) Zuschlag I für Kinder bis 7 Jahre	
19.10.2016	1	39.3404	Ultraschallgelenkuntersuchung übrige Gelenke, pro Seite	
19.10.2016	1	39.3404	Ultraschallgelenkuntersuchung übrige Gelenke, pro Seite	
19.10.2016	1	39.3800	Technische Grundleistung 0, Ultraschall gross, ambulanter Patient	
20.10.2016	4	00.0520	Psychotherapeutische/psychosoziale Beratung durch den Facharzt für Grundversorgung, pro 5 Min.	63,23
20.10.2016	2	00.0510	Spezifische Beratung durch den Facharzt für Grundversorgung, pro 5 Min.	31,61

Begründung: Mit der Vorsorge kann ich den Grundversorgerzusatz nicht abrechnen, auch nicht in einer Kontrolle den Ultraschall abrechnen und auch nicht die zusätzliche Beratungszeit, welche nicht in der Vorsorge eingeschlossen ist. Position 00.0140 für Lesen des Geburtsberichts eingegeben. ■

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

In der Herbstsession der Eidgenössischen Räte wurde im Rahmen der Debatte um das Gesundheitsberufegesetz über das neue Projekt «Interprofessionalität im Gesundheitswesen 2017–2021» beraten und ein Kredit von 8 Mio. Franken zur «Förderung der Effizienz in der Grundversorgung» genehmigt. mfe setzt sich seit mehreren Jahren mit den Fragen rund um die Interprofessionalität auseinander und betreibt zusammen mit anderen Berufsverbänden aus dem Gesundheitsweisen (Praxisassistentinnen, Pflege, Apotheke, Physiotherapie, Ernährungsberatung) die «Plattform Interprofessionalität». Informationen über http://www.interprofessionalitaet.ch/ und regelmässig in der Verbandszeitschrift von mfe «Primary and Hospital Care».

In der Tariffrage ist die vom Bundesrat gesetzte Frist zur Nachreichung eines partnerschaftlichen Tarifs verstrichen. Die Krankenversicherer haben in eigener Regie Teileingaben gemacht. Die Frist war vom Bundesrat aber so kurz gewählt, dass die Aufgabe als Ganzes nicht zu erfüllen war. Die FMH sucht nach der Ablehnung das Tarifs durch die Ärzteschaft und die Versicherer nach Verbesserungen. Es ist aber nach wie vor unklar, wie die Forderung nach einer finanziellen Besserstellung der Haus- und Kinderärzte erfüllt werden kann. Die Fachgesellschaften der invasiv Tätigen halten an ihren bisherigen Privilegien fest, blockieren die Verhandlungen innerhalb der FMH und führen gleichzeitig separate Verhandlungen mit den Versicherern. Die Tarifkommission mfe vertritt die Interessen der Haus- und der Kinderärzte, dies in stetem Austausch mit der SGP, und ist bestrebt, innerhalb der FMH eine Lösung zu finden.

Nach langer Suche ist die SGP fündig geworden. Laure Ziegler, Praxispädiaterin aus Genf, hat sich dazu bereit erklärt, das wichtige Amt des Tarifdelegierten SGP zu übernehmen. Kontakt: ziegler@hin.ch.

Verschiedene Berechnungen bestätigen unsere Vorahnung: Von den im Rahmen des Masterplans vom Bundesrat versprochenen 200 Mio. Franken zur Stärkung der ärztlichen Grundversorgung landen nur zirka 75 Prozent bei den Haus- und Kinderärzten. Der Bundesrat ist aufgefordert, sein Versprechen einzulösen. Wir werden nachrechnen.

Die Krankenversicherer stellen die von der Ärzteschaft ausgewiesenen Personal- und Infrastrukturkosten infrage. Für die Tarifberechnungen ist es absolut zentral, eigene Zahlen zur Verfügung zu haben. Dies ist nur mithilfe der RoKo-Daten möglich. Es ist in unserem eigenen Interesse, unsere betriebswirtschaftlichen Zahlen der FMH zur Verfügung zu stellen. Also: mitmachen.

Die politische Arbeit von mfe im Auftrag der Schweizerischen Gesellschaften für Allgemeine Innere Medizin SGAIM und für Pädiatrie SGP kostet Geld, welches durch Mitgliederbeiträge zusammenkommt. Die Altersstruktur der praktizierenden Haus- und Kinderärzte bringt es mit sich, dass der Verband jedes Jahr Mitglieder und somit auch Schlagkraft verliert. Junge stossen nur zögerlich dazu. Wir rufen alle hausärztlichen und pädiatrischen Grundversorger dazu auf, den Verband der Haus- und Kinderärzte mfe mit ihrer Mitgliedschaft zu unterstützen. Es ist in eurem Interesse. Und je jünger ihr seid, umso länger werdet ihr von der Arbeit des Verbandes profitieren können. Im Durchschnitt bringt der von mfe erkämpfte Hausarztzuschlag jedem Pädiater zirka 25 000 Franken pro Jahr zusätzliches Einkommen.

Neuanmeldung mfe: http://www.hausaerzteschweiz.ch/ueber-uns/mitglied-werden/ ■

ANZEIGE

Unser Beitrag zu einer gesunden Zukunft.

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

Die pädiatrische Praxisassistenz aus der Sicht eines dreijährigen Mädchens

«Die Praxisassistentin gestaltete die Untersuchung genau so, wie der Chef das gerne hat»

KD DR. MED. SEPP HOLTZ,
SPEZIALARZT FMH PÄDIATRIE,
MUTSCHELLENSTRASSE 189,
CH-8038 ZÜRICH,
holtz@cybermail.ch

Der Erstabdruck dieses Artikels erfolgte im *Primary and Hospital Care* 2016; 16(7):136–137 und durfte mit freundlicher Genehmigung des Autors hier reproduziert werden.

Hallo, ich bin Eva

Mein Name ist Eva. Ich bin drei Jahre alt. Ich freue mich jeweils, in die Praxis von Doktor Holtz zu gehen, da es zum Schluss immer ein kleines Geschenk gibt.

Zum ersten Mal kam ich in die Praxis, als ich einen Monat alt war. Die Erwachsenen nennen das «Vorsorgeuntersuchungen», dabei hatten meine Eltern noch keine grossen Sorgen.

Bei dieser Untersuchung war nicht nur mein zukünftiger Kinderarzt (Lehrpraktiker, LP), sondern auch eine fortgeschrittene Praxisassistentin (PA) dabei. Doktor Holtz erklärte meinen Eltern, dass heute die PA die Untersuchung durchführe, er aber im Hintergrund die ganze Zeit dabei sein werde. Dann verzog er sich, blieb aber aufmerksam bei der Sache [1].

Die junge Frau Doktor hat es sehr gut gemacht. Sie hat meinen Eltern mitgeteilt, dass sie 30 Minuten Zeit habe, und sie nach ihren Anliegen gefragt. Sie wollte viel über Schwangerschaft und Geburt wissen, und ob meine Mutter bald wieder arbeiten müsse. Dann hat sie mich von Kopf bis Fuss gründlich untersucht und mir tief in die Augen geschaut. Dass dies für lange die einzige Vorsorgeuntersuchung ohne Impfung bleiben würde, ahnte ich zu diesem Zeitpunkt noch nicht. Zum Schluss erfuhren meine Eltern, dass die Praxisassistenz bei Doktor Holtz ein Jahr dauert. So habe ich diese Ärztin mit 2, 4 und 6 Monaten wieder gesehen, und weil sie so nett war, haben meine Eltern die 1-Jahres-Vorsorgeuntersuchung sogar etwas vorgezogen.

Vor allem für meine Eltern war spannend, dass der Chef hinter einem Spiegel sass und für mich unsichtbar die ganze Untersuchung mitverfolgte. Vor der Impfung wurde er hereingerufen und ergänzte die Antworten «meiner» Ärztin. Ich habe sie nämlich dazwischen wegen eines starken Schnupfens, der mir Druckprobleme auf den Ohren machte, nochmals gesehen, und sie ist mir schon etwas vertraut.

Zum Glück warme Hände!

Schon früher, bei der 4-Monats-Kontrolle, war meine PA einmal alleine, Doktor Holtz schaute während dieser Zeit ein anderes Kind an. Sie hat damals meinen Eltern er-

ANZEIGE

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

DOETSCH GRETHER AG • BASEL

Abbildung 1: Ich freue mich jedes Mal auf diese Sitzbank, wenn ich zu Doktor Holtz in die Praxis gehe.

klärt, dass die Untersuchung eines Säuglings für sie nicht so schwierig sei, da sie dies im Spital häufig durchgeführt habe. Allerdings seien alle Fragen rund um die Vorsorge und das ganze Wissen über die normale Entwicklung von Säuglingen absolut neu für sie. Sie kam dann etwas ins Dozieren und hat meinen Eltern erklärt, dass Vorsorgeuntersuchungen und Beratungen mehr als die Hälfte aller Untersuchungen eines Kinderarztes ausmachen [2], was man jedoch leider nicht am Spital lernen könne. Zum Schluss holte sie doch noch den LP dazu, der auf ein paar schwierige Fragen (z. B. wie das rechtlich beim Stillen am Arbeitsplatz sei) Antworten gab. Übrigens hatte Frau Doktor heute schon viel wärmere Hände, und die Impfung habe ich kaum gespürt, weil sie dabei eine wunderschöne Musik aus einer Musikdose abspielen liess.

Es war gut zu sehen, wie sicher sie schon nach einem halben Jahr diese Vorsorgeuntersuchung durchführte und keine Fragen offen blieben.

Bei der 6-Monats-Kontrolle kam dann der LP überhaupt nicht mehr. Mir fiel aber auf, dass die PA die Untersuchung genau so gestaltete, wie er das gerne hatte: So sammelte sie am Anfang alle Fragen ein, bevor sie mich untersuchte. Dann hat sie mich erneut von Kopf bis Fuss angeschaut und das Gehör mit der Hochtonrassel geprüft. Heute hat sie mich auch hingesetzt und beobachtet, wie ich einen Gegenstand von einer Hand zur anderen gebe. Es war gut zu sehen, wie sicher sie schon nach einem halben Jahr diese Vorsorgeuntersuchung durchführte und keine Fragen offen blieben.

Knapp vor der 1-Jahres-Vorsorgeuntersuchung waren meine Eltern dann in der Abendsprechstunde, die die PA bei Anwesenheit des LP selbstständig durchführte. Meine Eltern hatten ein Schlafprotokoll ausgefüllt, weil ich so häufig in der Nacht an Mamis Brust trinken wollte (was ich cool finde). Aber meine Mutter hatte dunkle Augenringe. In der Mitte des Gesprächs ging die Assistenzärztin mit ihrem Chef für ein paar Minuten hinaus, um über den Zwischenstand zu diskutieren, und sie kam mit neuen Ideen zurück.

Diese Untersuchung hat Spass gemacht. Ich konnte zeigen, wie ich herumlaufe, konnte Rosinen in ein Fläschchen einfüllen, und der Arzt hat gesagt, dass Imitation beim Zähneputzen die beste Erziehung sei (ich probiere, wie Papi mit der Zahnbürste an den Spiegel zu spritzen). Aber eigentlich war dieser Termin traurig: Die PA hat sich von mir und meinen Eltern verabschiedet, weil sie wieder ins Spital zurück müsse. Am liebsten wäre sie hier geblieben!

Bei der 15-Monats-Kontrolle war dann ein Mann an der Seite des LP. Er hat beim Impfen sehr gut zugeschaut und viel über Ablenkung gelernt. Die 18-Monats-Kontrolle hat er dann selber durchgeführt. Spannend war, wie er das ganz ähnlich gemacht hat wie der LP selbst, aber auch wie die nette Ärztin vom 1. Lebensjahr – und er war es, der mir zum ersten Mal eine Münze gab, mit der ich ein Geschenk aus dem Geschenkautomaten holen durfte!

Meinen ausgerenkten Ellbogen nannten sie irgendwas wie «Brotnation»

Dann geschah etwas ganz Schlimmes: Mein Vater hat mir aus Versehen den Ellbogen ausgerenkt (sie nannten das irgendwas wie «Brotnation»). Doktor Holtz hat gesagt, der PA könne das besser wieder einrenken, weil er das auf dem Notfall im Kinderspital in der letzten Zeit sehr viel geübt habe, und so war es dann auch – er hat meinen Ellbogen in einer Sekunde eingerenkt!

Bei der 2-Jahres-Vorsorgeuntersuchung war dann schon wieder eine neue Ärztin da. Der LP hat stolz erzählt, dass sie die 20. Assistentin sei, die aus der Rotation des Kinderspitals zu ihm in die Praxis käme, und er erfreut sei, dass sein ganzes Team, vor allem auch die MPA, immer von Neuem mit Freude mitmache. Meine Eltern aber mussten sich neu auf sie einstellen, für sie wäre es besser gewesen, ein PA würde länger bleiben. Für mich war das alles kein Problem. Das Wartezimmer und die netten MPA waren die gleichen, die Musikdosen haben nicht gewechselt und auch die Salzstängeli waren noch da. Da war die neue PA kein Problem, weil sie sowieso alles ähnlich machte wie ihre Vorgänger. Doktor Holtz muss ein strenger Lehrer sein!

Muss ich nun die Ohren spülen?

Weil in den kommenden Monaten meine Haut zu jucken begann, habe ich meine PA häufig gesehen. Manchmal hat sie mit dem LP meine Haut angeschaut, manchmal nur telefoniert, meist konnte sie die Probleme selber lösen. Ich hätte ein «Ekstrem», sagte sie, und eventuell müsse ich die Ohren spülen lassen.

Und jetzt: Die jetzige Praxisassistentin ist die 21., die aus der Rotation des Kinderspitals zu Doktor Holtz kommt. Übrigens hat er schon graue Haare, er muss schon alt sein oder viele Sorgen haben. Seine PA und er sind aber immer ein gutes Team. Ich bin gespannt, wie die Vorsorgeuntersuchungen aussehen, wenn ich älter bin.

Dass bei der 3-Jahres-Vorsorgeuntersuchung ein neuer Arzt hier war, hat, glaube ich, meiner Mutter sehr gefallen. Er hätte so schöne Augen, hat sie danach gesagt. Wir haben ihn dann ein paar Mal besucht, auch wenn ich es nicht unbedingt notwendig fand.

Es gibt übrigens noch eine zweite Lehrpraxis des Zürcher Kinderspitals, die kenne ich aber nicht. Wenn Sie mehr darüber wissen wollen, müssen Sie sie besuchen (Praxis Geiser/Thomann in Schlieren). Falls Sie noch Fragen haben, freue ich mich auf Ihren Besuch in meiner Krippe, oder Sie können Doktor Holtz schreiben, seine Adresse steht hier auf dieser Seite.

Herzlich, Eva

LITERATUR

[1] Strukturierte Weiterbildung in der Pädiatrischen Praxis, Masterarbeit Nadja Naef, 2014. Leitung KD Dr. med. Sepp Holtz. (Kann auf Anfrage per Mail zugestellt werden: Sepp.Holtz@kispi.uzh.ch)

[2] Weber P, Jenni O. Kinderärztliche Vorsorgeuntersuchungen. Dtsch Ärzteblatt. 2012;109(24)431–5. ■

PROSPANEX® Hustensaft – löst den Schleim!

Kassenzulässig

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

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

150 JAHRE

zeller medical

www.zellermedical.ch

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

[1] Fazio S et al. (2009) Tolerance, safety and efficacy of Hedera helix extract in inflammatory bronchial diseases under clinical practice conditions: a prospective, open, multicentre postmarketing study in 9657 patients. Phytomedicine 16(1):17-24. [2] PROSPANEX® Hustensaft: www.swissmedicinfo.ch (Stand der Information: April 2008). [3] Bolbot Y et al. (2004) Comparing the efficacy and safety of high-concentrate (5–7,5:1) ivy leaves extract and Acetylcysteine for treatment of children with acute bronchitis. Drugs of Ukraine November 2004. [4] Maidannik et al. (2003) Efficacy of Prospan application in children's diseases of respiratory tract. Pediatrics, Tocology and Gynecology 2003; 4:1-7. [5] Runkel F et al. (2005) In-vitro-Studien: Ein Beitrag zum Wirkmechanismus von Efeu. Pharmazeutische Zeitung 4/05: 19-25. 1114/620

Es ist ein offenes Geheimnis, dass gut ausgebildete MPAs die Basis für das reibungslose Arbeiten von Kinderärzten sichern. Daher haben sich zahlreiche unserer Mitglieder gewünscht, dass sich Kinderärzte Schweiz verstärkt für MPA Fortbildungen einsetzt – dies wurde unter anderem an der Januartagung 2016 beschlossen.

Seit einigen Jahren hat sich die Teilnahme von MPAs an unserer Jahrestagung etabliert – mit so grossem Interesse, dass wir dazu gezwungen sind, diese aus Platzgründen zu limitieren. Weitere KIS Fortbildungen für MPAs befinden sich in der Planungsphase; wir werden in den News 1/2017 darüber berichten.

Einige MPAs haben sich zu autonomen Gruppierungen zusammengeschlossen, um sich gegenseitig zu vernetzen und zu unterstützen. Wir begrüssen diese Initiativen und danken den Vorläuferinnen für ihre wichtige Arbeit, welche sie normalerweise ausserhalb ihrer üblichen Arbeitszeiten freiwillig und selbstständig leisten. Diesen Netzwerken bieten wir mit unserer neuen MPA Seite eine Plattform, wo sie ihre Gruppen vorstellen und ihre Veranstaltungen publizieren und besprechen können. Ausserdem wurde in der Rubrik «Diverse Veranstaltungen» unserer Homepage eine Kategorie für «MPA Fortbildungen» eingerichtet.

MPAs unserer Mitglieder können gerne gratis Gebrauch dieser Plattformen machen und senden ihre Anliegen bitte an unseren Geschäftsführer: daniel.brandl@kinderaerzteschweiz.ch.

Daniel Brandl

Vorstellung unserer Netzwerkgruppe

URSULA PASCHE,
ZÜRICH

BARBARA BIFFIGER,
VILLMERGEN

Was ist die Netzwerkgruppe MPPA?

Im Pilotkurs «Praxispädiatrisches Team» im November 2001 trafen sich dreissig Praxispädiater/-innen und gut vierzig medizinische Praxisassistentinnen in Gersau. Bei diesem Anlass entstand die Idee, ein Netzwerk für MPAs aus pädiatrischen Praxen zu organisieren. Der Gedanke dahinter ist es, uns gegenseitig auszutauschen und zu fördern. Auch Fortbildungen mit Themen aus der pädiatrischen Praxis wollten wir anbieten.

Zu Beginn waren es elf MPAs, vor allem aus der Zentral- und Ostschweiz.

Damals haben wir auch den zweiten Gersauerkurs 2003 mitorganisiert.

Zu diesem Zeitpunkt standen wir noch unter der Leitung des Forum für Praxispädiatrie, dem ursprünglichen Namen von Kinderärzte Schweiz. Nun arbeiten wir absolut eigenständig und ohne Anbindung an KIS, jedoch mit der freundlichen Unterstützung des Verbandes, wenn diese notwendig ist. Mittlerweile zählt unsere Gruppe sieben MPA.

Wer hat Interesse, sich für unseren Beruf stark zu machen und neue Fortbildungen auf die Beine zu stellen?

Die erste Fortbildung, die wir im November 2002 organisierten, trug den Titel «Impfungen in der pädiatrischen Praxis». Dies stiess auf sehr grosses Interesse. Es folgten weitere interessante Fortbildungen wie «Verbände», «Zahnunfälle», «Perzentile» und «Bücher im Wartezimmer». Auch konnten wir schon ein «Zauberseminar» anbieten.

Unsere Gruppe trifft sich zwei bis drei Mal pro Jahr zu einer kleinen Sitzung mit anschliessendem gemütlichem Nachtessen. Wir sind bestrebt, immer aktuelle und interessante Fortbildungen zu organisieren.

Gerne würden wir in den verschiedenen Teilen der Schweiz solche Gruppen starten. Wer hat Interesse, sich für unseren Beruf stark zu machen, neue Fortbildungen auf die Beine zu stellen, dabei Kolleginnen kennenzulernen und etwas Spass zu haben?

Haben wir euer Interesse geweckt? Wir suchen immer wieder junge MPAs, die unsere kleine Gruppe verstärken und mithelfen bei der Organisation. ■

Interessentinnen melden sich bei
Christina Eigenmann:
christina.eigenmann@praxis-am-klosterweg.ch
Ursula Pasche: u.pasche@kornus.ch
Barbara Biffiger: barbara@biffiger.ch

… Carthaginem esse delendam.

Erstaunliche Einsichten? Ein Plädoyer zugunsten der Wachstumsgeschwindigkeit

DR. MED. MARCO JANNER,
FACHARZT PÄDIATRIE FMH,
FACHARZT PÄDIATRISCHE ENDOKRINOLOGIE UND DIABETOLOGIE FMH,
FALKENHÖHEWEG 3,
3012 BERN,
marco.janner@bluewin.ch

Professor Urs Eiholzer vom PEZZ in Zürich hat in der letzten Ausgabe von Kinderärzte.Schweiz (03/2016) einen interessanten Fall vorgestellt. Er soll als Illustration für seinen Hauptbeitrag zum nicht mehr ganz brandneuen Thema «Schweizer Wachstumskurven» dienen. Dies ist pädagogisch geschickt und lockert die trockene Thematik hübsch auf. Allerdings kann aus meiner Sicht die Auflösung des Falles nicht unwidersprochen bleiben. Erstaunlich ist nämlich, dass Professor Eiholzer, ein erfahrener Kinderendokrinologe und anerkannter Wachstumsspezialist mit spitzer Feder, kein Wort über die Wachstumsgeschwindigkeit verliert. Diese ist aber ausserordentlich bedeutsam, denn sie relativiert den etwas überzeichneten Vergleich der neuen SGP Kurven mit denen der Zürcher Longitudinalstudie (ZLS).

Schauen wir uns die auxologischen Daten dieses Falles, so wie sie sich uns aus den Kurven präsentieren, genauer an: Die Wachstumsgeschwindigkeit dieses zum Zeitpunkt der Beurteilung 12,25-jährigen noch präpubertären Mädchens beträgt zwischen 6 und 9,5 Jahren 4,6 cm/Jahr (<3. Perzentile), zwischen 9,5 und 10,5 Jahren 6 cm/Jahr (75.–90. Perzentile) und zwischen 10,5–12,25 Jahren 4,0 cm/Jahr (3.–10. Perzentile). Da die Wachstumsgeschwindigkeit der Steigung der Längenkurve entspricht, mithin unabhängig von der verwendeten Wachstumskurve ist, erstaunt es nicht, dass bereits bei genauem Hinsehen auf beiden abgebildeten Kurven eine abnehmende Steigung (d.h. eine Wachstumsverlangsamung) zwischen 6–9,5 und 10,5–12,25 Jahren zu beobachten ist. Ich werde weiter unten noch auf einige Unterschiede zwischen Längenkurven der ZLS und SGP eingehen, möchte aber kurz noch einige weitere Überlegungen zu diesem Fall anstellen. Jeder Kinderarzt weiss, dass eine Wachstumsgeschwindigkeit unter der dritten Perzentile pathologisch ist. Ein Kind aber, das über ein Jahr oder mehr mit einer Wachstumsgeschwindigkeit unter der 25. Perzentile wächst, verlässt auch seine Perzentile, wie man ohne grosse Mühe selber nachrechnen kann, und ist daher ebenfalls abklärungsbedürftig. Daher mag das «ceterum censeo» aus Zürich, ein einfacher Kurvenvergleich genüge hier, um auf weitere Abklärungen zu verzichten, souverän tönen, ist aber in diesem Fall sachlich falsch, da hinter der abnehmenden Wachstumsgeschwindigkeit im letzten Dreivierteljahr und der initial während dreier Jahre klar pathologischen Wachstumsgeschwindigkeit durchaus, wie der Autor im übrigen weiter oben in einem Nebensatz selber erwähnt, ein Wachstumshormonmangel stecken könnte, und dieser sollte aus meiner Sicht ausgeschlossen werden.

Ich möchte den oben beiseite gelegten Faden wieder aufnehmen und ein paar Gedanken zum Vergleich der ZLS mit den SGP Kurven entwickeln. Es stimmt zwar, dass beide Kurven von einander abweichen, jedoch kann von einer «gravierenden Verschlechterung» nicht die Rede sein. So beträgt der Unterschied, wenn wir beispielsweise für diesen Fall die dritte Längenperzentile der Mädchen anschauen, zwischen 0–10 und 14,1–18 Jahren bloss ungefähr einen Zentimeter, wobei die 3. Perzentile der SGP Kurve meist leicht unter derjenigen der ZLS liegt. Relevanter wird der Unterschied zwischen 11–14 Jahren und beträgt zwischen 1–2,6 cm diesmal zugunsten der SGP Kurve. Was bedeutet das? In diesem Zeitfenster liegt der Beginn des pubertären Wachstumsschubs. Während dieser Zeit sind die Mädchen der SGP Kurve im Durchschnitt grösser als die der ZLS Studie. Wie kann man sich dieses Phänomen erklären? Nun, mit der zeitlichen Akzeleration der Pubertätsentwicklung. Während nämlich die säkulare Akzeleration des Längenwachstums in Europa nach den 1980er Jahren keine Rolle mehr spielt, beobachtet man in allen Ländern, die das Phänomen untersucht haben, ein Vorrücken der Thelarche um ein Jahr zwischen 1990 und 2010 (z.B. Dänemark: 1990 Thelarche mit 10,75 Jahren, gleich wie die Schweiz in der ZLS; 2010 Thelarche mit 9,8 Jahren[1]). Das Menarchenalter hingegen hat sich kaum geändert. Leider liegen keine entsprechenden Schweizer Daten vor; aber es scheint naheliegend anzunehmen, dass das gleiche Phänomen auch bei uns zum Tragen kommt. Das würde erklären, warum zwischen 11–14 Jahren die Mädchen der ZLS, die damals den pubertären Wachstumsspurt etwas später begannen, durchschnittlich kleiner waren als ihre Altersgenossinnen heute.

Aufgrund dieser Gedanken lautet mein «ceterum censeo»: Es bestehen zweifellos gewisse Unterschiede zwischen SGP und ZLS Kurven. Deren Bedeutung für die Wachstumsbeurteilung in der Praxis ist aber meistens irrelevant, sofern der Kinderarzt die Wachstumsgeschwindigkeit als einen der bedeutendsten auxologischen Parameter und, das wurde bisher nicht erwähnt, den elterlichen Zielbereich in seiner Beurteilung berücksichtigt. Aus dieser Optik erscheint es mir müssig, aus formalistischen Überlegungen das Klagelied auf die SGP Kurven jedes Jahr von Neuem anzustimmen. ■

[1] Sørensen K. et al., Horm Res Paed, 2012;77:137–145.

Die Antwort des Verfassers an Marco Janner

PROF. DR. MED.
URS EIHOLZER,
PEZZ,
MÖHRLISTRASSE 69
CH-8006 ZÜRICH
urs.eiholzer@pezz.ch
www.pezz.ch

Lieber Marco Janner

herzlichen Dank für deine Einwände. Es ist ja mein ausdrücklicher Wunsch, dass eine Diskussion in Gang kommt, und sich Pädiater überlegen, wie sie Wachstum tatsächlich wahrnehmen und beurteilen wollen.

Nun zuerst zu deinem Postulat, die Wachstumsgeschwindigkeit als einen der bedeutendsten auxologischen Parameter in der Praxis zu benutzen: Es ist wohl kein Zufall, dass im Schweizer Gesundheitsbüchlein der SGP keine Wachstumsgeschwindigkeitskurven abgebildet sind. Will man die Wachstumsgeschwindigkeit beurteilen, dann muss man ein Kind sehr genau messen – und die Messgenauigkeit wird im Praxisalltag in der Regel überschätzt. Oft sind die Kinder krank, die Messtechnik ist nicht immer optimal und vom Morgen bis Abend nimmt die Grösse um 1 bis 1,5 cm ab. Wenn beispielsweise die durchschnittliche Wachstumsgeschwindigkeit bei einem neunjährigen Knaben 5 cm pro Jahr beträgt und man sie nach sechs Monaten berechnen will – und gehen wir bei der Messgenauigkeit von einer Fehlerquote von nur ± 1,5 cm aus, dann beträgt der theoretisch mögliche Grössenzuwachs 1 bis 4 cm statt 2,5 cm. Auf das Jahr ausgerechnet ergibt das eine Streubreite bei der Wachstumsgeschwindigkeit von bis zu 2 bis 8 cm pro Jahr. Nicht einmal im geschulten Umfeld von Wachstumsstudien wird die Messung der Wachstumsgeschwindigkeit als genügend zuverlässig beurteilt. Zitat aus der Wessex-Growth Study: «Das Konzept der Wachstumsgeschwindigkeit klingt attraktiv, ist aber klinisch trügerisch und sollte mit grosser Sorgfalt interpretiert werden.» Auch Michael Hermanussen betont in seinem Buch «Auxology-Studying human growth and development» sehr eindrücklich die Abhängigkeit der Wachstumsgeschwindigkeit von der Messgenauigkeit.

Die wenigsten wissen übrigens, dass die Wachstumsgeschwindigkeitskurven, welche derzeit von der SGP propagiert werden, gar nicht von den WHO/US-Kurven stammen. Denn für die Wachstumsgeschwindigkeitskurven hat die SGP die alten Prader-Kurven unverändert übernommen. Die aktuellen Wachstumsgeschwindigkeitskurven passen also überhaupt nicht zu den aktuellen Wachstumskurven – eine Art Lebenslüge der Hersteller der neuen «Schweizer» Kurven.

Die Perzentilenkurven wurden erfunden, damit Ärzte und auch Eltern auf einem Blick sehen, ob das Kind normal wächst oder ob man sich Sorgen machen muss. Dabei ist insbesondere der Verlauf der 3. Perzentile von entscheidender Bedeutung. Sie definiert die untere Grenze der Norm wie beispielsweise der untere Normwert beim Ferritin. Je nach Alter und Labor ist bei 19 µg/l das Ferritin erniedrigt und bei 21 µg/l normal. Im ersten Fall wird erfahrungsgemäss Eisen verschrieben, im zweiten Fall nicht. Genauso ist es mit der 3. Perzentile. Wir sehen bei fast jeder Zuweisung, dass Ärzte erst aufmerksam werden, wenn die 3. Perzentile ins Spiel kommt. Und genau diese Problematik beschreiben auch die neuesten Arbeiten, welche die Auswirkung von lokalen Wachstumskurven (bei uns die Prader-Kurven) versus WHO/US-Kurven untersuchen: Bei den WHO/US- Kurven ist der Normbereich breiter als bei allen untersuchten nationalen Kurven (z. B. in 7 europäischen Ländern, aber auch in den USA selbst). Dies führt dazu, dass viele Kinder mit ihrer Grösse in den WHO/US-Kurven noch über der 3. Perzentile liegen, auf den nationalen Kurven aber darunter, also abnormal sind. Aber erst wenn die Grösse darunter liegt, wird überlegt, abgeklärt und überwiesen. Dieser Mechanismus erklärt, dass mit den WHO/US-Kurven bis zu 30% der Kinder mit Störungen wie zystische Fibrose, SGA, Turner-Syndrom und Wachstumshormonmangel verpasst werden. Und ja, ich finde das ist eine «gravierende Verschlechterung». Nationale Kurven haben ganz einfach eine viel höhere Trennschärfe bei der Abgrenzung von krankhaftem und gesundem Wachstum.

Übrigens, der alte Cato hat sich aufrichtig Sorgen um das römische Reich gemacht, solange das immer stärker werdende Karthago existierte. Sein ewiges Mahnen hat dann ja auch zum Erfolg geführt, Karthago wurde von den Römern zerstört. Wenn du aber sagst, ich würde jedes Jahr wieder neu über diese Kurven lamentieren, dann ist das erstens unwahr und zweitens reiner Populismus. Es sind im Jahre 2011 in den Paediatrica und SÄZ je ein Artikel mit einer Replik erschienen und jetzt im Jahre 2016 wieder ein Artikel in Kinderärzte. Schweiz, dazwischen nichts. Solche Aussagen dienen dazu, einen anderen mundtot zu machen. ■

LITERATUR

1. E. Machogu et al. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2015 Mar; 60 (3):378–83
2. Henrik T. Christesen et al., *PLoS One.* 2016 Jun 9;11, doi: 10.1371
3. A.Saari et al. JAMA Pediatr. 2013;167(2):194–195
4. Tinggaard J et al. *Acta Paediatr.* 2014 Feb; 103(2):214–24. doi: 10.1111
5. M. Bonthuis et al. *PLoS One.* 2012 August 15, doi.org/10.1371
6. Júlíusson PB et al., *Arch Dis Child.* 2011 Oct; 96(10):916–21. doi: 10.1136
7. L D Voss et all., The Wessex growth study. Br Med J. 1992
8. M. Hermanussen, ISBN-10: 3510652789

Sublinguale Therapien bei Kindern mit neuen Langzeitstudienresultaten

DR. MED.
RAFFAEL GUGGENHEIM,
REDAKTIONSKOMMISSION

Kinderärzte sind zunehmend mit Allergieabklärungen und -therapien konfrontiert. In den letzten Jahren sind nun mit diversen sublingualen Therapien patientenfreundliche Therapieformen etabliert worden, wozu aber gerade bei Kindern immer noch ein Mangel an Studien betreffend längerfristige Wirksamkeit besteht. Im Juni 2016 wurden in Wien am EAACI-Kongress aktuelle Daten zur Desensibilisierung mit einer neuen sublingualen Immuntherapie-Tablette (SLIT) gegen Milbenallergie bei Erwachsenen, sowie Langzeitdaten aus der bisher grössten klinischen pädiatrischen Studie zur Asthmaprävention mit einer SLIT-Desensibilisierung vorgestellt. Zu einem von ALK-Abellò organisierten Pressegespräch mit weltweit führenden Spezialisten wurde auch Kinderärzte.Schweiz eingeladen.

Zu vielen SLIT-Präparaten fehlten bisher Langzeitstudienresultate. Diese wurden nun für eine neue sublinguale Therapie gegen Milben bei Erwachsenen und zur bereits etablierten Therapie mit Grazax® bei Kindern vorgestellt. Für uns Kinderärzte relevant waren die von der Firma ALK-Abellò vorläufig publizierten Endresultate der GAP–Studie zur SLIT-Therapie gegen Gräserpollen. Die Grazax Asthma Prevention Study umfasst 812 Kinder im Alter von fünf bis zwölf Jahren an 101 Zentren in elf europäischen Ländern und lief von 2010–2015. Diese randomisierte, doppelblinde und placebokontrollierte Studie hatte das Ziel zu sehen, ob sich nach einer SLIT-Therapie ein Asthma entwickelt. Dabei zeigte sich nun, dass auch zwei Jahre nach Therapieabschluss klinische Symptome bezgl. Rhinokonjunktivitis und Asthma sowie laborchemische Werte eine deutliche Verbesserung zeigten. Somit konnte ein andauernder krankheitsmodifizierender Effekt bei Kindern auch bei einer sublingualen Therapie nachgewiesen werden.

Das Wichtige an dieser Studie sind aber nicht nur die eigentlichen Resultate – welche noch nicht publiziert sind –, sondern der Umstand, dass nun sinnvolle Daten für Kinder in Bezug auf eine bequeme und patientenfreundliche Therapieform vorliegen. Dies erleichtert eine fundierte Beratung von Eltern und Kindern in Bezug auf eine Desensibilisierungstherapie. ■

Mehr zur Studie: Clin Ther. 2011 Oct;33(10):1537–46.

ANZEIGE

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

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

Ein Unternehmen von MERCK

Auf in die Praxis! – Rückblick auf das Praxiseröffnungsseminar in Zürich

DR. MED. JÜRG C. STREULI, ZÜRICH/UZNACH

Mit einem Augenzwinkern und einer gesunden Portion Realitätssinn lassen sich gleich mehrere Parallelen zwischen dem Einstieg in die pädiatrische Praxis und einer Eheschliessung erkennen. Euphorie, Träume, Visionen und eine gute Portion Mut treffen auf neue Verpflichtungen, Aufgaben und Herausforderungen: Unterschiedliche Vorstellungen und Bedürfnisse sind zu vereinbaren, Konflikte rechtzeitig zu erkennen und tragfähige Lösungen gemeinsam anzupacken. Was in Eheratgebern vielleicht nach schöner Theorie klingt, zeigte sich am pädiatrischen Praxiseröffnungsseminar als unabdingbare Grundvoraussetzung für eine erfüllende Tätigkeit in einer Kinderarztpraxis. Mit viel Elan und geballter, langjähriger Erfahrung fand dieser am 23./24. Juni 2016 unter der Leitung von Sepp Holtz und

«Drum prüfe, wer sich ewig bindet, Ob sich das Herz zum Herzen findet! Der Wahn ist kurz, die Reu ist lang.» (Friedrich Schiller, die Glocke)

der Mitarbeit von zahlreichen Experten und Expertinnen unterschiedlicher Berufsgruppen zum fünften Mal statt. Michael Inauen eröffnete die grosse Runde mit Überlegungen, die einer Ehe mit der Praxis vorausgehen sollten. Dass diese nicht zuletzt auch monetärer Natur sein sollten, zeigte Yves Lüthi von der Zürcher Kantonalbank. Fest stand dabei zweierlei: Die Zeichen für eine Praxiseröffnung und den stützenden Kredit stehen gut; mit einer Praxis «glücklich werden» ist jedoch nicht synonym mit «reich werden». Passend dazu zeigte Marco Belvedere an zahlreichen Beispielen von Standardkonsultationen, wie eine umsichtige Anwendung der Tarmedstruktur in der pädiatrischen Praxis aussehen kann. Insbesondere Positionen wie Notfall-Inkonvenienz-Pauschale A (00.2510), Ärztliche Leistung in Abwesenheit des Patienten inkl. Aktenstudium (00.0140), Nachbetreuung/Betreuung/Überwachung in der Arztpraxis (00.1370) und Psychotherapeutische/psychosoziale Beratung durch den Facharzt für Grundversorgung (00.0520) sollten im hektischen Alltag nicht untergehen.

KD Dr. med. Sepp Holtz mit den engagiert mitarbeitenden TeilnehmerInnen.

Ebenso zentral sind aber auch die vorausgehenden Überlegungen zur Praxisgestaltung und den notwendigen Geräten in einer kinderärztlichen Praxis, welche von Barbara Jean Richard präsentiert wurden. Schliesslich geht dem aber noch die grundlegendere Entscheidung, in welches Praxismodell man überhaupt einsteigen will, voraus: ein Podiumsgespräch mit Markus Schmid, Andrea Lehmann und Ines Baruffol zeigte eindrücklich, dass für unterschiedliche Persönlichkeiten und Familienpläne auch unterschiedliche Optionen in der Ausgestaltung des Praxisalltags zur Verfügung stehen.

Egal welches Modell man bevorzugt, die interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit ist stets ein zentraler Bestandteil der kinderärztlichen Tätigkeit. Am Beispiel seiner eigenen Praxis zeigte Patrick Orban die fünf Grundvoraussetzungen für die erfolgreiche Zusammenarbeit im Team: Motivation, klare Zuständigkeiten, bewusster, wertschätzender Sprachgebrauch, eine aktive Fehlerkultur und ein realistisches Zeitmanagement. Die Bedeutung einer «optimalen MPA» kann dabei gar nicht überschätzt werden. Ursula Pasche, selber langjährige MPA in einer Kinderarztpraxis in Zürich, gab hierzu erhellende und praxisrelevante Einblicke in ihre Tätigkeit und Herausforderungen. Mit dem ärztlichen Blick auf eine «kundenorientierte» (ergo kinder- und familiengerechte) Konsultation schloss Sepp Holtz den Kreis, um zusammen mit Beratern und Beraterinnen am Ende des Seminars nochmals ein neues (explosives) Fass zu öffnen: der Versicherungsdschungel (Mark & Michel Ärzteberatung) und die rechtlichen Fallstricke von Praxisübergabe und Praxisübernahme (C. Achermann, FMH Services). Niemand denkt wohl freiwillig bei der Eröffnung einer Gemeinschaftspraxis bereits an das Ungemach bei deren Auflösung. Umso wichtiger mag deshalb die vorausschauende Sorgfalt eines guten Vertrages sein. Damit schliesst sicht auch der Kreis der Ehe-Metapher, wobei frei nach Sören Kierkegaard festgestellt werden kann: Der Schritt in die Praxis wird für jene, die ihn wagen, zu einer der wichtigsten Entdeckungsreisen des Lebens. Damit diese aber nicht nur wichtig, sondern auch auch erfolgreich und erfüllt wird, braucht es den interdisziplinären und interprofessionellen Austausch, wie er in diesem Praxiseröffnungsseminar engagiert und rundum gelungen gezeigt und vorgelebt wurde. ■

Die SVUPP im Aufbruch

Stimmungsbericht aus dem Vorstand und der Jahresversammlung am 8. September 2016

DR. MED. RAOUL SCHMID, BAR

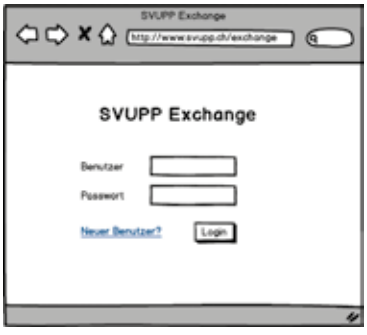
Es hat sich gelohnt, etwas früher aufzustehen und an der GV vor Beginn der KiS Jahrestagung teilzunehmen. Für einmal wurden nicht die üblichen Traktanden höflich durchgewinkt, sondern weichenstellende Entscheidungen gefällt. Zudem kam es zu Rochaden im Vorstand, welche ebenfalls unter dem Aspekt einer Neuausrichtung zu werten sind. Der neu gewählte Vorstand fühlt sich verpflichtet, dem grossen Vertrauen der Mitglieder gerecht zu werden.

Projekt «SVUPP exchange»

SVUPP exchange ist ein telemedizinisches, interaktives Internetportal für niedergelassene Kinderärzte. Es wird durch die SVUPP (Schweizerische Vereinigung für Ultraschall in der Pädiatrie) betrieben und soll

- die hohe Qualität der Ultraschalluntersuchung der Säuglingshüfte sicherstellen (Qualitätssicherung)
- dezentrale Therapieentscheide zur Behandlung der Hüftdysplasie in den Praxen ermöglichen (Fachliche Unterstützung)
- die Unabhängigkeit der Generalisten von Spezialisten in weiteren Fachbereichen stärken (Fortbildung)
- den fachlichen Austausch zwischen Pädiatern in der Praxis erleichtern und vertiefen (Fachaustausch)

Die Funktionen der Plattform sollten beinhalten:



Dokumentation: SVUPP exchange soll eine komplette persönliche Dokumentation aller Ultraschalluntersuchungen der Säuglingshüfte ermöglichen.

Rezertifizierung: SVUPP exchange soll Ärzten in der niedergelassenen Praxis erlauben, im Abstand von 2 oder 5 Jahren Ultraschallbilder der Säuglingshüfte an Experten zu übermitteln, um für diese Anwendung rezertifiziert zu werden.

Feedback durch Experten: SVUPP exchange soll den Kinderärzten erlauben, von Experten zu Ultraschallbildern der Säuglingshüfte ein Feedback zu erhalten.

Austausch in Community: SVUPP exchange soll einen Austausch unter Ärzten erlauben zu spannenden (anonymisierten) Fällen.

Potential für Ausbau: SVUPP exchange soll ermöglichen, in einem weiteren Schritt die Webseite für andere Fachgebiete und Anwendungen (bspw. andere Ultraschallbilder, Fotos von dermatologischen Befunden, Laborwerte, Videos) zu öffnen.

Die Erstellung des Portals wird im Frühling 2017 bewerkstelligt. Eine Pilotversion sollte im Sommer 2017 bereit sein, so dass diese zur MV der SVUPP im September 2017 online gestellt werden kann. Danach kommt die Feinarbeit und Fertigstellung. *Diego Spörri*

Das Protokoll der GV ist auf www.svupp.ch aufgeschaltet und fleissigen Lesern gern empfohlen. Folgende 3 Punkte erscheinen aber von so hoher Relevanz, dass sie hier Erwähnung finden sollen:

1. fokussierte Sonographie POCUS

Ein Fähigkeitsausweis ist in Entstehung, für die Pädiatrie sind 3 Module eingereicht. Allgemeinpädiater interessiert v.a. das auf Praxis und Notfallstation zugeschnittene Modul. Damit sollen praxisrelevante Fragestellungen mittels Ultraschall einfach mit «ja» oder «nein» beantwortet werden können. Gegenüber dem weiterbestehenden FA Pädiatrische Sonographie bedeutet POCUS eine Vereinfachung in Ausbildung und Anwendung. Für die SVUPP heisst es nun, entsprechende Weiterbildungskurse zu entwickeln und anzubieten.

2. Geschäftsstelle

KiS ist in den letzten Jahren mit zunehmendem Angebot und Aufwand enorm gewachsen, ohne dass sich der Kostenverteilschlüssel bzgl. Geschäftsstelle geändert hätte. Für die SVUPP entstehen inzwischen Kosten in einer Grössenordnung, die nicht mehr zu rechtfertigen sind. In diesem Kontext hat der Vorstand von der Mitgliederversammlung den Auftrag erhalten, Alternativen zu prüfen und umzusetzen, unter der Voraussetzung, dass zu deutlich tieferem Preis vergleichbare Leistungen erreicht werden.

Je nach Ausgang der Verhandlungen, wird die traditionelle Seilschaft der beiden ehemals praxislastigen pädiatrischen Vereinigungen zu überprüfen sein. Dies hat durchaus auch politische Aspekte, wird doch die SVUPP durch ihre Nähe zu KiS v. a. aus Klinik-Sicht noch immer falsch interpretiert: Wir representieren nicht eine Gruppierung von Praxispädiatern, sondern sind DIE Sektion Pädiatrie der SGUM und damit der FMH gegenüber für pädiatrische Belange im Bereich Sonographie verantwortlich.

3. SVUPP-Exchange

«Wie kann es sein, dass ihr für die Mongolen ein Internet-Tool zur Bildspeicherung und Qualitätskontrolle entwickelt habt – und bei uns in der Schweiz ist so etwas nicht möglich?» Diese Frage wird immer gestellt, wenn unsere SMOPP-Aktiven von ihrem Projekt berichten – und die Frage ist mehr als berechtigt! Die Papierdokument-Zeit läuft ab, die Schwelle in die Welt der digitalen Sonographie liegt unter unseren Füssen. Die SVUPP will sie übersteigen und hat das Projekt «SVUPP-Exchange» in Angriff genommen – die Lektüre der Projektinformation (siehe Box) von Diego Spörri ist empfohlen! ■

KURSE KINDERÄRZTE SCHWEIZ

Kinderorthopädie für die Praxis (Thema Knie)

Referenten: Kinderorthopädie Schulthess Klinik: Dr. med. Rafael Velasco, Dr. med. Hannes Manner, Frau Dr. med. Sylvia Willi-Dähn, Dr. med. Matthias Tedeus
Kinderorthopädie Kantonsspital Winterthur: Frau Dr. med. Erica Lamprecht
Ort: Zürich
Datum: Donnerstag, 26. Januar 2017
Kosten: CHF 400.– für Mitglieder (CHF 500.– für Nichtmitglieder)

Gastroenterologie für den Pädiater in der Praxis: Tipps und Tricks

Dieser Kurs in pädiatrischer Gastroenterologie findet an zwei Kurstagen statt (2. Februar 2017 und 3. März 2017). Die beiden Tage sind unabhängig voneinander besuchbar, da die Themen nicht abhängig voneinander sind. Beide Kurstage werden sehr interaktiv gestaltet sein, einschliesslich reger Diskussion mit praxisrelevanten Themen.

Referent: Dr. med. George Marx, Ostschweizer Kinderspital Leitender Arzt Gastroenterologie und Ernährung
Daten: Kurs 1, Donnerstag, 2. Februar 2017, Luzern
Kurs 2, Freitag, 3. März 2017, Zürich
Kosten: CHF 400.– für Mitglieder (CHF 500.– für Nichtmitglieder) pro Kurstag

ULTRASCHALLKURSE (SVUPP)

Grund- und Aufbaukurs Hüftsonografie 26.–28. April 2017

Leitung: Dr. med. Thomas Baumann
Ort: Solothurn
Datum: 26.–28. April 2017
Kosten: CHF 1400.– (CHF 1500.– für Nichtmitglieder)

Abschlusskurs Hüftsonografie

Leitung: Dr. med. Thomas Baumann
Ort: Solothurn
Datum: 29./30. Juni 2017
Kosten: CHF 800.– (CHF 900.– für Nichtmitglieder)

Refresherkurs Hüftsonografie 30. Juni 2017

Leitung: Dr. med. Thomas Baumann
Ort: Solothurn
Datum: 30. Juni 2017
Kosten: CHF 300.– (CHF 400.– für Nichtmitglieder)

In Vorbereitung sind weitere Kurse für 2017, bitte konsultieren Sie regelmässig unsere Kursagenda auf www.svupp.ch

Traumatologie und chirurgische Krankheitsbilder in der Kinderarztpraxis

Referenten: Dr. med. Samuel Christen, Facharzt für Kinder- und Jugendchirurgie, Dr. med. Alexander Mack, Facharzt für Kinder- und Jugendchirurgie, Ostschweizer Kinderspital St. Gallen
Ort: Kinderspital St. Gallen
Datum: Donnerstag, 16. März 2017
Kosten: CHF 400.– für Mitglieder (CHF 500.– für Nichtmitglieder)

Reanimationskurs – für das Praxisteam

Leitung: Dr. med. G. Staubli, Leiter Notfallstation Kinderspital Zürich
Ort: Zürich
Datum: Donnerstag, 30. März 2017
Kosten: CHF 400.– für Mitglieder (CHF 500.– für Nichtmitglieder), CHF 400.– für MPAs

Röntgen in der Praxis – ein Kurs für Kinderärzte und ihre MPAs (auch für Hausärzte empfohlen, die Kinder betreuen)

Referenten: Dr. med. Rainer Wolf, Leitender Arzt Pädiatrische Bildgebung, Inselspital Bern sowie fachärztliche Mitarbeitende
Eric Stöckli, Leiter MTRA Pädiatrische Bildgebung und Mitarbeitende
Ort: Bern
Datum: Samstag, 24. Juni 2017
Kosten: CHF 400.– für Mitglieder (CHF 500.– für Nichtmitglieder), CHF 150.– für MPAs (½ Tag)

Migrationsmedizin in der Kinderarztpraxis

Zunehmend betreuen wir in der pädiatrischen Praxis Kinder mit Migrationshintergrund, werden konfrontiert mit unterschiedlichen Familien und Geschichten und vor allem auch uns eher weniger bekannten Krankheiten und Fragestellungen. Das Ziel dieser Fortbildung ist es, viele dieser Fragen zu klären und Ihnen Hilfestellungen in verschiedenen Belangen mitzugeben.

Hauptreferenten: Dr. med. Fabienne Jäger, PD Dr. Nicole Ritz, Dr. med. Laetitia-Marie Petit, Dr. med., Dipl. Psych. Johannes Drescher
Ort: UKBB Basel
Datum: 29./30. Juni 2017 (1½ Tage)
Kosten: CHF 600.– inkl. Mittagessen, Getränke und Zwischenverpflegung (für Nichtmitglieder CHF 750.–)

In Vorbereitung sind weitere Kurse für 2017 zu Themen wie Regulationsstörungen bei Kleinkindern, Konfliktmanagement für MPAs usw. Bitte konsultieren Sie regelmässig unsere Kursagenda auf www.kinderaerzteschweiz.ch/Kursagenda

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

Der Glücksschnuller

von Uri Orlev und Jacky Gleich

46

DR. MED. MATTHIAS FURTER, WINTERTHUR

Dieses Buch handelt von einem sicherlich in jeder Kinderarztpraxis im ein oder anderen Moment relevanten Thema: dem Nuggi. Auf das Buch hat mich KD Dr. med. Sepp Holtz während meiner Praxisassistenz bei ihm gebracht. Es thematisiert einen für die Kinder und mitunter ja vielfach fast mehr für die Eltern sich unter Umständen schwierig gestaltenden Wendepunkt im Leben. Diese witzige Geschichte kann da einen möglichen Lösungsansatz bieten oder zumindest der manchmal wortwörtlichen Auseinandersetzung mit dem Thema für ein paar Minuten einer erzählten Geschichte etwas Erfreuliches abgewinnen. Und sie birgt neben der Hoffnung, dass sich das Thema zum gegebenen Zeitpunkt (zumindest bis zur Wiederentdeckung als Mode-Accessoire) erledigt, auch versteckt den «largotischen» Grundsatz, zu warten, bis ein Kind zu einem Entwicklungsschritt bereit ist.

Die Geschichte ist aus dem Hebräischen übersetzt. Das Buch umfasst 29 leicht karikaturenhaft illustrierte Seiten.

Die Geschichte erzählt einen wichtigen Abschnitt des Lebens vom fast 4-jährigen Jonathan. Er kann nicht ohne seinen einen Schnuller von für ihn einzigartiger Konsistenz und besonders schönem Geruch – auch wenn gewisse Familienmitglieder üblerweise behaupten, er würde stinken. Selbstverständlich gibt es dann ein Geschrei, wenn Jonathan ins Bett geht und er seinen Schnuller nicht findet. Selbst ein bestmöglich ausgesuchtes Ersatzangebot an Schnullern kann ihn da nicht besänftigen und die Nachtruhe ist erst gerettet, als der Schnuller bei der gross angelegten Suchaktion der ganzen Familie wieder zum Vorschein kommt. Auch mit Versprechen oder Androhungen lässt Jonathan nicht von seinem Schnuller. Unverhofft erhält er dann Unterstützung von seinem hippen Onkel, der sie aus Amerika besuchen kommt: Der trägt nämlich einen Glücksschnuller um seinen Hals gehängt. Jonathan tut es ihm gleich, und von nun an sind die beiden unzertrennlich. Doch als der Onkel wieder zurück nach Amerika fliegen muss, ist sein Glücksschnuller unauffindbar. Auch bei ihm lässt dieser Verlust die pure Verzweiflung ausbrechen – wie soll er denn nur ohne seinen Glücksschnuller ein Flugzeug besteigen? Doch diesmal bleibt die wieder mal von neuem angelegte Suchaktion der Familie erfolglos und einfach irgendeiner der angebotenen Ersatzschnuller hilft dem Onkel auch nicht weiter. Da hat Jonathan plötzlich die Lösung und schenkt dem Onkel seinen Glückschnuller – er ist ja schliesslich schon 4 Jahre alt… ■

ISBN 978-3-407-79290-5. www.beltz.de

ANZEIGEN

Universität Zürich[UZH]

Kinderspital Zürich,
Entwicklungspädiatrie

Certificate of Advanced Studies (CAS) in Entwicklungspädiatrie

Diese universitäre Weiterbildung ist postgradual und berufsbegleitend konzipiert.

Ziele	Der Studiengang vermittelt umfassende entwicklungspädiatrische Kompetenzen (präventiv, diagnostisch und beraterisch) für die ersten sechs Lebensjahre
Zielpublikum	Ärztinnen und Ärzte mit Schwerpunkt in der Betreuung von Kindern und Jugendlichen
Abschluss	Certificate of advanced studies in Entwicklungspädiatrie der Universität Zürich (14 ETCS)
Dauer	2 Jahre
Kosten	CHF 8800
Studienbeginn	Mai 2017
Anmeldung	ab sofort (Anmeldeschluss 1.12.2016)
Leitung	Prof. Dr. med. O. Jenni und Dr. med. C. Benz Abteilung Entwicklungspädiatrie Kinderspital Zürich
Informationen	Dr. med. Caroline Benz Abteilung Entwicklungspädiatrie Kinderspital Zürich, Steinwiesstrasse 75 8032 Zürich caroline.benz@kispi.uzh.ch www.kispi.uzh.ch/cas

Oraler Rotavirus-Impfstoff

Rotarix®

KLEIN, ABER NICHT FEIN

Rotarix® bietet Säuglingen und Kleinkindern mit einem bereits im Alter von 10 Wochen abgeschlossenen möglichen Impfzyklus[1] Schutz gegen Rotavirus (RV)-Infektionen – damit sie weiter ungestört die Welt entdecken können.

1. Rotarix® Fachinformation, GlaxoSmithKline, www.swissmedicinfo.ch

Rotarix® liquid, Rotavirus-Impfstoff zur oralen Anwendung. W: lebend abgeschwächtes humanes Rotavirus, Stamm RIX4414 ($\geq 10^{6,0}$ $ZKID_{50}$/Dosis). **I:** Aktive Immunisierung von Kindern ab dem Alter von 6 Wochen zur Vorbeugung einer Rotaviren-bedingten Gastroenteritis. Wirksamkeit belegt gegen Rotaviren der Typen G1P[8], G2P[4], G3P[8], G4P[8], G9P[8]. **D/A:** Grundimmunisierung umfasst 2 Dosen. Intervall mindestens 4 Wochen. Erste Dosis ab dem Alter von 6 Wochen, zweite Dosis vor dem Alter von 16 (max. 24) Wochen. **Nur für den oralen Gebrauch** bestimmt. **KI:** Bekannte Überempfindlichkeit auf eine Komponente im Impfstoff oder Zeichen einer Überempfindlichkeit nach einer vorangegangenen Anwendung von Rotarix; Invagination in der Anamnese oder für Invagination prädisponierende kongenitale Missbildung des Gastrointestinaltraktes; schwerer kombinierter Immundefekt (SCID); akute, schwerwiegende und fieberhafte Erkrankung; Diarrhö oder Erbrechen; nach vollendeter 24. Lebenswoche. **WV:** UNTER KEINEN UMSTÄNDEN INJIZIEREN! Kinder mit hereditärer Fructose-Intoleranz, Glucose-Galactose-Malabsorption oder Sucrase-Isomaltase-Mangel; Kinder mit gastrointestinalen Krankheiten oder Wachstumsstörungen; Risiko für Intussuszeption: auf die typischen Symptome einer Invagination achten; bekannte oder vermutete Immunschwäche; Exkretion des Impfvirus im Stuhl (Vorsicht bei engem Kontakt zu immundefizienten Personen); potentielles Risiko von Apnoen bei sehr unreifen Frühgeborenen. **IA:** Gleichzeitige Anwendung mit folgenden monovalenten oder Kombinations-Impfstoffen möglich: DTPw, DTPa, Hib, IPV, HBV, Pneumokokken, Meningokokken C. **UW:** *häufig:* Diarrhö, Reizbarkeit; gelegentlich: Blähungen, Bauchschmerzen, Appetitverlust; Dermatitis, Fieber; *selten u.a.:* Intussuszeption; *sehr selten:* schwerwiegende ITP. **Lag.:** Bei +2 °C bis +8 °C lagern. Nicht einfrieren. **P:** Glasspritze mit oraler Suspension ×1. **AK:** B. **Stand der Information:** November 2015. GlaxoSmithKline AG. Ausführliche Angaben finden Sie unter www.swissmedicinfo.ch. Unerwünschte Arzneimittelwirkungen melden Sie bitte unter pv.swiss@gsk.com.

CH/ROT/0001/15(2) 10.06.2016

GlaxoSmithKline AG, Talstrasse 3–5, CH-3053 Münchenbuchsee, Telefon +41 (0)31 862 21 11, Telefax +41 (0)31 862 22 00, www.glaxosmithkline.ch

DEM GEHEIMNIS DER MUTTERMILCH AUF DER SPUR

SPEZIALISTEN WELTWEIT BESTÄTIGEN:

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

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

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

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

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

Nestlé
Für einen guten Start ins Leben.