

Resistent gegen Impfungen?

Immer öfter lassen Eltern ihre Kinder nicht impfen. Die Reaktionen von uns Hausärzten reichen von achselzuckender Resignation über mehr oder weniger geduldige Überredungsversuchen bis hin zu Drohungen: „Sind Sie sich bewusst, dass Sie gerade im Begriff sind, Ihr Kind fahrlässig einer tödlichen Krankheit auszusetzen?!“

Warum dieser Widerstand? Horchen wir den Eltern zu: Impfschäden werden da angeführt; die Kinderlähmungsimpfung mache Lähmungen, die FSME-Impfung verursache Gehirnhautentzündung, die MMR-Impfung verursache Autismus. Unser Körper sei von Umweltgiften eh schon so belastet; wenn schon Impfungen, dann bitte schön separat, nicht die böse Sechsfach-Impfung dreimal (man rechne $3 \times 1 = 3$), sondern $6 \times 3 = 18$ Impfdosen, weil das sei doch viel schonender. Zur MMR-Impfung hört man regelmäßig, dass vielleicht die Rötelnimpfung bei Mädchen tatsächlich sinnvoll sei, aber bezüglich Mumps und Masern sei es doch viel natürlicher, wenn man sein Kind im Zuge der nächsten Masernparty immunisiere. „Na habe die Masern.“

Andere Seite: Die Industrie würde uns alle am liebsten gegen Tod und Teufel impfen; spätestens nach der neuesten Impfung gegen eine Krankheit, von der der Durchschnittsbürger noch nie etwas gehört hat, regt sich in jedem vernünftig reagierenden Konsumenten das Gefühl, gerade verraten und verkauft zu werden.

Fazit? Alle arbeiten mit der Angst; die Impfgegner genauso wie die Impfbefürworter. Angst ist das falsche Argument; Information ist das geeignetere Mittel. Was sagen wir also den Eltern, die das Beste für ihr Kind wollen? Fangen wir doch mit den Impfungen an, bei denen es wenig Gegenargumente gibt: Tetanus zum Beispiel. Die Tetanuserreger wohnen in der Erde – jedes Kind, das naturverbunden in der Erde wühlt, ist gefährdet. Erste Impfung gewonnen. Die Diphtherie – die kleinen Luftwege, die Erstickengefahr, man denke doch an die guten alten Zeiten mit ihrer schrecklichen Kindersterblichkeit, wo auch die Diphtherie einige dahingerafft hat. Kinderlähmung und Lähmungen? Früher selten, aber möglich, da

Lebendimpfstoff. Heute? Kein Problem, weil Totimpfstoff. Einzeln impfen? Man gebe zu bedenken, dass unser Immunsystem nicht so analytisch denkt, wie wir es tun: Es reagiert nämlich einerseits aufs Antigen, andererseits auch auf die Trägersubstanz: Einmal Trägersubstanz für sechs Komponenten ist also wesentlich schonender als sechsmal Trägersubstanz für jeweils eine Komponente. Und zuletzt: Ein gewisser

Andrew Wakefield wollte sich mit seiner These profilieren, dass zwischen der MMR-Impfung (findet mit einem Jahr statt) und der Diagnose Autismus (üblicherweise bei einjährigen Kindern festgestellt) ein Zusammenhang bestehe. Für einen Beweis hat er sogar Daten gefälscht. Inzwischen ist die Fälschung aufgefliegen; was geblieben ist, ist die Angst vor der MMR-Impfung. Leider. Aber, so manch verantwortungsvoller Elternteil wird sich diese Geschichte durch den Kopf gehen lassen und sich vielleicht doch noch für die Impfung entscheiden.

FSME und Gehirnhautentzündung? Tatsächlich gibt es wenige Fälle, wo bei der Erstimpfung in die Inkubationszeit einer FSME-Erkrankung hineingeimpft wurde, was den Verlauf mitunter sogar ungünstig beeinflusst hat. Maßnahme: die erste Impfung sehr früh im Frühjahr ansetzen, bevor es warm genug für die Zecken geworden ist, und die zweite gleich drei Wochen später vornehmen – dann kann auch da nichts passieren.

So. Und nun hat der Hausarzt eine Chance: Nicht mit Angst, sondern mit Information punkten. Die Patienten, in diesem Fall die Kinder, werden es Ihnen danken.



Dr. Cornelia Croy

Asthma: Langzeitmanagement

Wesentliches in Kürze

- Wichtig ist, dass der Patient im Selbstmanagement seiner Erkrankung geschult ist.
- Regelmäßige Evaluierung der Behandlung und Therapieanpassungen erfolgen beim Hausarzt:
 - Therapieziele:
 - Minimierung der Symptome
 - normale Leistungsfähigkeit
 - Minimalisierung des Betamimetikabedarfs
 - keine Medikamentennebenwirkungen
 - normale Lungenfunktion, kontrolliert mittels Spirometrie und PEF-Messung
 - Prävention von Exazerbationen

Prinzipien des Langzeitmanagements

- Inhalative Steroide, die die asthmatische Atemwegsentszündung unterdrücken sind ein wichtiger Bestandteil der Behandlung. Die Initialbehandlung bei Patienten mit neu diagnostiziertem, symptomatischem Asthma beinhaltet ein antiinflammatorisch wirksames inhalierbares Kortikoid.
- Alle Patienten mit Asthma sollten zusätzlich mit einem Bronchodilatator zur bedarfsweisen Anwendung ausgestattet sein.
- Schulung und Überwachung der Inhalationstechnik ist wichtig.
- Die Behandlung wird individuell dem Schweregrad der Erkrankung angepasst und schrittweise verändert. Der Patient wird ermutigt, die Dosisanpassung seiner Medikamente selbst vorzunehmen (schriftliche Anweisungen!).
- Kurzzeitige Behandlung mit oralen Steroiden ist manchmal notwendig.
 - Im Rahmen von viralen Infekten muss die inhalative Steroiddosis meist erhöht werden. Wenn das nicht ausreicht, ist ein oraler Kortisonstoß erforderlich.
- Asthmatiker mit Allergien sollten Kontakt mit hohen Allergenkonzentrationen vermeiden.
- Exposition gegenüber größeren Konzentrationen von Atemwegsirritantien (Stäube, Rauch, Chemikalien) verstärkt meistens die Asthmasymptome.
- ASS und andere NSAR sollten vorsichtig eingesetzt werden, da 10–20% aller Asthmapatienten dagegen allergisch sind.
- Nicht-selektive Betablocker können Asthmasymptome verstärken.
- Rauchen kann den Erfolg der Asthmabehandlung zunichte machen.
- Immuntherapie kann manchen Patienten helfen.

Langzeitmanagement in der Praxis

- 1. Kontrolliertes Asthma:** Die Asthmasymptome treten nur gelegentlich auf, seltener als einmal pro Woche, nächtliche Symptome nicht öfter als zweimal im Monat, die Lungenfunktion ist nicht verändert.
 - Allergenkarenz und Rauchstopp
 - Eine Milibensanierung der Umgebung ist schwer durchführbar, und es gibt keine Evidenz für eine Wirksamkeit.
 - ein inhalatives, kurzzeitig wirkendes Betamimetikum, falls nötig (Salbutamol oder Terbutalin)
- 2. Teilweise kontrolliertes Asthma:** Wenn die Symptome häufiger sind und inhalative Betamimetika mehrmals wöchentlich benötigt werden oder wenn der Schlaf durch das Asthma gestört ist, ist eine Dauerbehandlung mit Entzündungshemmern indiziert.
 - Inhalative Steroide (Beclomethason, Budesonid, Fluticason, Ciclesonid, oder Mometason) täglich sind die effizienteste entzündungshemmende Medikation.
 - Dosieraerosole sollten im Normalfall nicht ohne eine Inhalationshilfe angewendet werden.
 - Pulverinhalatoren werden normalerweise gut akzeptiert; Patienten mit schwacher Atemhilfsmuskulatur oder stark erniedrigter Vitalkapazität sollten jedoch bevorzugt Dosieraerosole mit Spacer verwenden.
 - Ein Leukotrienantagonist (z.B. Zafirlukast 2 × 20 mg täglich oder Montelukast 10 mg täglich) kann als Alternative eingesetzt werden. Leukotrienantagonisten sind speziell für jene Patienten geeignet, die Schwierigkeiten bei der Handhabung von Inhalatoren haben. Sie werden gut vertragen. In der zugelassenen Dosierung ist die entzündungshemmende Wirkung jener der Steroide unterlegen.
- 3. Unkontrolliertes Asthma:** Wenn die Symptome weiterhin täglich auftreten, wenn mehrere Dosen von inhalierten Sympathikomimetika benötigt werden und wenn bei regelmäßigen PEF-Messungen eine Obstruktion nachgewiesen wird, dann:
 - Überprüfen Sie die Inhalationstechnik und die Compliance des Patienten und suchen Sie nach möglichen aggravierenden Einflüssen.
 - Zusätzlich zum inhalativen Steroid:
 - Ein langwirksamer Betaagonist (LABA) (Salmeterol 50 µg 2 × tgl., Formoterol 6–24 µg 2 × tgl.); eine Fixkombination aus inhalativem Steroid und LABA ist möglich.
 - Ein Leukotrienantagonist, oder Theophyllin 200–300 mg für die Nacht
 - Tiotropiumbromid (nur bei Erwachsenen)
4. Wenn die Symptomkontrolle mit einer Kombination von 800 µg eines inhalativen Kortikosteroids und einem lang wirksamen Betamimetikum (plus einem kurz wirksamen Betamimetikum bei Bedarf) nicht ausreichend ist, wird zusätzlich eines oder mehrere der folgenden Medikamente gegeben:
 - die Tageshöchstdosis des inhalativen Steroids
 - ein Leukotrienantagonist (Montelukast oder Zafirlukast)
 - retardiertes Theophyllin (200–300 mg abends)
 - Ein Versuch mit folgenden Zusatzmedikationen kann gemacht werden:
 - ein Betamimetikum als Inhalationslösung über Vernebler
 - ein inhalierbares Anticholinergikum bei Symptomen einer COPD (Ipratropiumbromid 3–4 × 40 µg)
 - Cromoglykat oder Nedocromil (der Erfolg ist oft sehr begrenzt)
 - Omalizumab (anti-IgE) bei schwerem allergischen Asthma (Erstverordnung nur über spezialisierte Einrichtungen)
 - Die Wirksamkeit des neuen Medikaments muss überprüft werden. Wenn der Patient innerhalb von drei bis vier Wochen nichtdarauf anspricht, sollte das Medikament wieder abgesetzt werden.
5. Wenn die Symptome mit den oben angeführten Methoden nicht ausreichend unter Kontrolle gebracht werden, verabreichen Sie zusätzlich:

nt – aus den EbM-Guidelines

- Orale Steroide (Prednisolon 30–40 mg, Methylprednisolon ein bis zwei Wochen lang), die kleinste Dosis, die zur Kontrolle der Symptome ausreicht.

Dosisreduktion

- Die Dosierungen von inhalativen Steroiden zur Erhaltungstherapie, die hinsichtlich systemischer Nebenwirkungen bei Erwachsenen als ungefährlich betrachtet werden, liegen bei 800 µg (Beclomethason, Budesonid) bzw. 400 µg (Fluticason).
- Wenn die Symptome besser kontrolliert sind, kann die Dosis schrittweise verringert werden.
- Etwa sechs Monate nach Stabilisierung kann die Dosis der entzündungshemmenden Medikamente halbiert werden, wenn die Symptome minimal sind, nur ein geringer Bedarf an inhalativen Bronchodilatoren besteht, die PEF-Werte normal sind und keine Schwankungen im Tagesverlauf auftreten. Die PEF-Werte und die Tagesschwankungen sollten weiter überwacht werden.
- Bei chronischem Asthma ist es oft nicht möglich, die entzündungshemmende Medikation ganz abzusetzen. Das muss auch nicht das Ziel sein, das Pausieren von Medikamenten kann aber von Zeit zu Zeit versucht werden.

Weitere wichtige Aspekte

- Nur eindeutige Zeichen einer bakteriellen Infektion sind Indikationen für die Anwendung von Antibiotika.
- Hustenmittel haben keinen Platz in der Asthmabehandlung.
- Denken Sie an die Pneumokokken- und die Influenzaimpfung.
- Denken Sie auch die Möglichkeit eines gastroösophagealen Reflux.

Orale Steroide

Indikationen

- Die Symptome nehmen über mehrere Tage zu, während die PEF-Werte abnehmen.
- Die Wirkdauer der inhalierten Sympathomimetika nimmt ab.
- Die PEF-Werte betragen weniger als 70% der höchsten beim Patienten gemessenen Werte.
- Der Schlaf ist gestört.
- Die morgendlichen Symptome halten bis Mittag an.
- Auch die maximale Medikamentendosierung ohne orale Kortikosteroide bleibt wirkungslos.
- Eine akute Exazerbation mit der Notwendigkeit einer notfallmäßigen Behandlung mit Bronchodilatoren.

Dosierung

- Prednisolon, 30–40 mg täglich, wird verabreicht, bis die Symptome verschwunden sind und die PEF-Werte sich normalisiert haben, sowie drei Tage darüber hinaus, meist 30–40 mg sieben bis 14 Tage lang.
- Wenn die Verabreichung nicht länger als ein bis zwei Wochen erfolgt ist, kann das Steroid sofort abgesetzt werden, ohne auszuschleichen.

Selbstmanagement des Asthmas unter Anleitung

- Der Patient sollte im Selbstmanagement geschult sein.
- Erfolgreiches Selbstmanagement bedeutet:
 - Akzeptanz der Krankheit und der Behandlung
 - effizienter Einsatz von Medikamenten mit guter Compliance
 - ein eigenes PEF-Messgerät zu Hause und Kontrolle der Ergebnisse
 - schriftliche Anweisungen für Problemsituationen
- Als Teil eines kontrollierten Selbstmanagements kann der Patient nach einer ambulanten Schulung einen PEF-Kontrollbogen mit individuell angepassten kritischen Grenzwerten und den daraus folgenden medikamentösen Anweisungen erhalten:
 - Wenn die morgendlichen PEF-Werte wiederholt 85% des früher beim Patienten gemessenen Optimalwerts betragen, sollte die Dosis des inhalierten Kortikosteroids zwei Wochen lang verdoppelt oder vervierfacht werden.
 - Wenn die morgendlichen PEF-Werte wiederholt weniger als 70% des Optimalwerts des Patienten betragen, kann der Patient eine ein- bis zwei-wöchige Stoßbehandlung mit oralem Prednisolon 20–40 mg täglich beginnen.
 - Wenn der gemessene PEF weniger als 50% des optimalen Wertes beträgt, soll der Patient zusätzlich zum Beginn der oralen Prednisolontherapie unmittelbar notfallsmäßig Unterstützung suchen (Hausarzt, Spezialist) oder eine Notaufnahme aufsuchen.

Überweisung zum Spezialisten

- diagnostische Unklarheiten
- wiederholte Exazerbationen
- Beurteilung der Arbeitsfähigkeit
- Verdacht auf berufsbedingtes Asthma (NB: Berufskrankheitenanzeige erforderlich!)
- eine deutliche Verschlechterung der Krankheit
- Symptome trotz hochdosierten inhalativen Steroiden
- Schwangere mit verstärkten Symptomen
- Indikationsstellung für eine Hyposensibilisierung
- Das Asthma behindert den Alltag des Patienten (z.B. sportliche Aktivitäten).

Kontrollen

- Behandlung und Nachsorge liegen hauptsächlich in den Händen des Hausarztes.
- Ein Patient unter medikamentöser Behandlung sollte regelmäßig Arztkontakte wahrnehmen.
- In leichten Fällen genügt eine Folgekonsultation pro Jahr, bei Verschlechterung sind die Kontrollen jedoch häufiger nötig.
- Zusätzlich zur Anamnese und Auskultation ist ein Protokoll der PEF-Werte über eine Woche zu Hause meist ausreichend.
- Eine Spirometrie wird alle drei bis fünf Jahre empfohlen, bei Patienten mit nicht ausreichend kontrolliertem Asthma häufiger.

Weitere Quellen: www.ebm-guidelines.at

Autor: Paula Kauppi, Review: Wolfgang Hockl/Update: 23. 3. 2015

Vorfreude auf allgemeinmedizinischen Jahreskongress in Bozen

Der 49. Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) findet vom 17.–19. September 2015 in Bozen/Italien statt. Die DEGAM richtet den Kongress gemeinsam mit den allgemeinmedizinischen Fachgesellschaften aus Südtirol (SÜGAM) und aus Österreich (ÖGAM) aus. Das Leitthema des Kongresses lautet „Bedeutung der Allgemeinmedizin: für Patient, Familie und Gesellschaft“. Themen sind dabei zum Beispiel:

- Erlebte Anamnese
- Ressourcenaktivierung
- Patient Empowerment
- Bio-psycho-soziales Modell
- Familienmedizin
- Ökologie der Allgemeinmedizin

Eine wesentliche Neuerung im Vergleich zu den vorangegangenen DEGAM-Kongressen ist die Einführung von „Praktiker-Workshops“. Diese Workshops sind von Praktikern für Praktiker und sollen als evidenzbasierte, hausärztliche und patientenorientierte Seminare interaktiv durchgeführt werden.

Bis zum 25. Juli 2015 gilt ein Frühbucherrabatt, der für DEGAM-, SÜGAM- und ÖGAM-Mitglieder nur 175 Euro beträgt (ab 26.7.: 225 Euro). Nicht-Mitglieder zahlen 290 Euro (ab 26. 7.: 330 Euro). Für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung liegt die Teilnahmegebühr immer bei 100 Euro, für Medizinische Fachangestellte (MFA) bei 70 Euro und für Studierende bei 45 Euro.

Der Gesellschaftsabend findet in diesem Jahr im „Museion“ statt, dem Museum für moderne und zeitgenössische Kunst in Bozen. Während des Kongresses ist das Museion für die Kongressteilnehmer/innen frei zugänglich.

Das traditionelle Fest am Freitagabend bietet wieder Gelegenheit zum Austausch über den wissenschaftlichen Kontext hinaus. Die Eintrittskarten kosten 65 Euro (für Studierende und MFA vergünstigt 42 Euro).

Nähere Informationen zum Kongress sowie die Möglichkeit zur Anmeldung finden sich auf der Kongresshomepage: www.degam2015.de



Quelle: Verkehrsamt der Stadt Bozen

Quelle: Verkehrsamt der Stadt Bozen

Quelle: Südtirol Marketing/Valentin Pardieller

49. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin Bedeutung der Allgemeinmedizin: für Patient, Familie und Gesellschaft

vom 17. – 19. September 2015 in Bozen – Südtirol

unibz



Società Altoatesina di Medicina Generale



Das Redaktionsteam:

Leitung: Dr. Barbara Degn
Dr. Cornelia Croy, Dr. Christoph Dachs, Dr. Reinhold Glehr, Dr. Susanna Michalek, Dr. Susanne Rabady

ÖGAM-Mitglieder wissen mehr!

Sie haben hohe Qualitätsansprüche und schätzen umfangreiche Information? Dann sind Sie bei uns richtig! Zur ÖGAM-Mitgliedschaft kommen Sie unter www.oegam.at

Korrespondenzadresse:

ÖGAM-Sekretariat
c/o Wiener Medizinische Akademie
Herr Christian Linzbauer
Alser Straße 4, 1090 Wien
Tel.: 01/405 13 83-17
Fax: 01/407 82 74
office@oegam.at

Die ÖGAM-News sind offizielle Nachrichten der Österreichischen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin.