

# HFH – Hausärztliche Fortbildung Hamburg

DEUTSCHER  
 **HAUSÄRZTEVERBAND**  
Hausärzterverband Hamburg e.V.



**Universitätsklinikum  
Hamburg-Eppendorf**

Institut für Allgemeinmedizin



Deutsche Gesellschaft für  
Allgemeinmedizin und Familienmedizin



VEREIN HAUSÄRZTLICHER  
INTERNISTEN e.V.



**ÄRZTEKAMMER  
HAMBURG**

Körperschaft des öffentlichen Rechts

FORTBILDUNGSAKADEMIE

## Kinder in der Hausarztpraxis

(HzV Asthma/COPD)

# Kinder in der Hausarztpraxis

**Stefan Zutz**

Facharzt für Allgemeinmedizin

Praxis für Allgemein- und Familienmedizin, Neubukow

Stefan Zutz, Facharzt für Allgemeinmedizin  
Praxis für Allgemein- und Familienmedizin  
18233 Neubukow



# **Kinder in der Hausarztpraxis**

**Hausärztliche Fortbildung Hamburg**

**24.09.2019**

# Kinder in der Hausarztpraxis



**Stefan Zutz**

**2004 Facharzt für Allgemeinmedizin**

**2005 Niederlassung in Gemeinschaftspraxis (Dr. Ursula Zutz)**

**2014 BAG mit Manja Dannenberg**

**Mitglied DEGAM (Sektion Fortbildung), HÄV MV, KV MV**

# Angaben zu Interessenkonflikten

1



<b>Geschäftsanteile/Aktien an Unternehmen der Gesundheitswirtschaft</b>	<b>Nein</b>
Eigentümerinteresse an Arzneimitteln/Medizinprodukten (Patente, Urheberrechte, Verkaufslizenzen)	Nein
persönliche Beziehungen zu Vertreter eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft (z.B. Partner dort angestellt)	Nein
Honorare für Berater-/Gutachtertätigkeit außerhalb der üblichen Patientenbetreuung als Hausarzt/-ärztin , bezahlte Mitarbeit im wissenschaftlichen Beirat eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft (z.B. Arzneiindustrie, Medizinprodukte), eines kommerziellen Auftragsinstituts oder einer Versicherung	Nein
Honorare für Vortrags- und Schulungstätigkeiten oder bezahlte Autoren- oder Co-Autorenschaften im Auftrag eines solchen Unternehmens	Ja

# Angaben zu Interessenkonflikten

2



<b>Erstattung von Teilnahmegebühren für einen Kongress oder eine Fortbildung durch ein Unternehmen der Gesundheitswirtschaft</b>	<b>Nein</b>
Erstattung von Reise- oder Übernachtungskosten für einen Kongress oder eine Fortbildungsveranstaltung durch ein Unternehmen der Gesundheitswirtschaft	Nein
Honorare für Anwendungsbeobachtungen oder klinische Auftrags-Studien der pharmazeutischen oder Medizin-Geräte-Industrie	Nein
Gelder (auch Geräte, Materialien, organisatorische Hilfestellung oder Unterstützung bei der Abfassung von Manuskripten) für ein von mir initiiertes Forschungsvorhaben aus einem Unternehmen der Gesundheitswirtschaft	Nein
Ich verdiene Geld mit der klinischen Prozedur, über die ich in diesem Vortrag berichte	JA!

# Kinder in der Hausarztpraxis



**Wie häufig Kinder haben Sie zuletzt behandelt?**

**1.täglich**

**2.wöchentlich**

**3.monatlich**

**4.überhaupt nicht**

# Kinder in der Hausarztpraxis



ORIGINALARBEIT / ORIGINAL PAPER

## Behandeln Hausärztinnen und Hausärzte Kinder und Jugendliche?

Eine repräsentative Befragung Berliner und Brandenburger Hausarztpraxen

*Do Family Physicians in Germany Treat Children and Adolescents?*

*A Representative Survey among Family Practices in Berlin and Brandenburg*

Wolfram J. Herrmann, Adrian Berlt, Victoria Spengler, Rebecca Loos, Christoph Heintze, Felix Holzinger

# Kinder in der Hausarztpraxis



- **200 Hausarztpraxen befragt**
- **Berlin 72,3%, BB 77,3% behandeln Kinder, 25,5% behandeln keine Kinder**
- **Behandlung von Säuglingen:**
  - **Großstädte: 13,6%**
  - **Mittelstädte: 26.5%**
  - **Kleinstädte / ländliche Gemeinden: 37,5%**
  - **BB 31,8%, Berlin 13,4%**

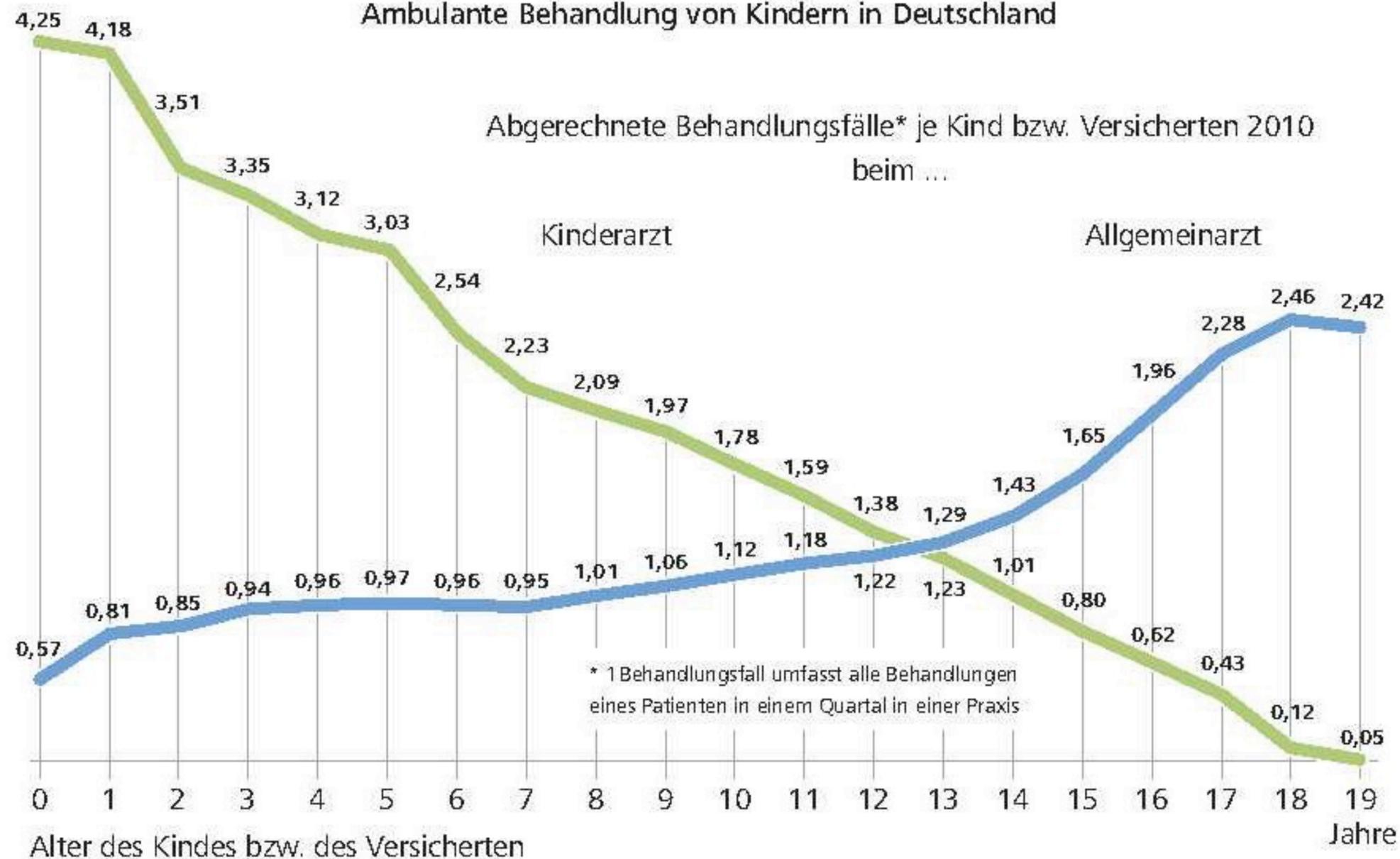
# Kinder in der Hausarztpraxis



## Kinder ab 13 häufiger beim Hausarzt als beim Kinderarzt

Ambulante Behandlung von Kindern in Deutschland

Abgerechnete Behandlungsfälle\* je Kind bzw. Versicherten 2010  
beim ...



\* 1 Behandlungsfall umfasst alle Behandlungen eines Patienten in einem Quartal in einer Praxis

# Kinder in der Hausarztpraxis



## **DEGAM-Positionspapier 2009:**

**Befürwortet ein gemischtes (duales) System der gemeinsamen ambulanten Grundversorgung von Kindern und Jugendlichen durch Allgemeinärzte und Pädiater**

# Kinder in der Hausarztpraxis



## **DEGAM-Zukunftspositionen 2012:**

**3. Hausärztinnen und Hausärzte bieten ein umfassendes Behandlungsspektrum für alle Patientengruppen an**

**...Von Kindern bis Senioren richtet sich das Angebot an alle Altersstufen, Berufe und Ethnien.**

# Kinder in der Hausarztpraxis



## **Lernziele:**

- **Vermittlung von Freude an der hausärztlichen Betreuung von Kindern und Jugendlichen**
- ~~Hilfe! Auch noch ein Säugling!~~ **Hurra! Endlich mal wieder ein Säugling!**



**Was ist der häufigste Beratungsanlass bei Kindern?**

**1. Bauchschmerzen**

**2. Vorsorge**

**3. Fieber**

**4. Infekte der oberen Luftwege**

**Tabelle 17 Häufige Diagnosen: Säuglinge/Kleinkinder 0 bis unter 5 Jahre**

R.	ICD	Diagnose 3-stellig	Anteil Betroffene (%)	Betroffene D2012 (in Tsd.)
		Population n=3.409 Tsd.; Anteil (ggf. geschlechtsspezifisch): 4,2%	(%)	(in Tsd.)
1	Z00	Allgemeinuntersuchung u. Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	89,19%	3.041
2	J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bez. Lokalisationen der oberen Atemwege	58,03%	1.978
3	Z27	Notwendigkeit der Impfung [Immunsierung] gegen Kombinationen von Infektionskrankheiten	43,07%	1.468
4	Z23	Notwendigkeit der Impfung [Immunsierung] gegen einzelne bakterielle Krankheiten	32,86%	1.120
5	B34	Viruskrankheit nicht näher bez. Lokalisation	26,90%	917
6	H10	Konjunktivitis	26,88%	917
7	J20	Akute Bronchitis	26,70%	910
8	Z26	Notwendigkeit der Impfung [Immunsierung] gegen andere einzelne Infektionskrankheiten	26,12%	890
9	R50	Fieber sonstiger und unbekannter Ursache	26,06%	888
10	H66	Eitrige und nicht näher bezeichnete Otitis media	21,15%	721
11	J00	Akute Rhinopharyngitis [Erkältungsschnupfen]	19,54%	666
12	Z25	Notwendigkeit der Impfung [Immunsierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten	18,75%	639
13	A09	Sonstige und nicht näher bez. Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bez. Ursprungs	18,40%	627
14	Z29	Notwendigkeit von anderen prophylaktischen Maßnahmen	17,72%	604
15	B99	Sonst. u. nicht näher bez. Infektionskrankheiten	17,47%	596
16	H65	Nichteitrige Otitis media	16,95%	578
17	R05	Husten	16,55%	564
18	L30	Sonstige Dermatitis	15,08%	514
19	J03	Akute Tonsillitis	14,81%	505
20	L20	Atopisches [endogenes] Ekzem	14,18%	483



**Tabelle 18 Häufige Diagnosen: Kinder 5 bis unter 15 Jahre**

R.	ICD	Diagnose 3-stellig	Anteil Betroffene (%)	Betroffene D2012 (in Tsd.)
		Population n=7.373 Tsd.; Anteil (ggf. geschlechtsspezifisch): 9,0%	(%)	(in Tsd.)
1	J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bez. Lokalisationen der oberen Atemwege	27,87%	2.055
2	H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	22,99%	1.695
3	Z00	Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden o. angegebene Diagnose	17,93%	1.322
4	H50	Sonstiger Strabismus	12,04%	888
5	Z27	Notwendigkeit der Impfung [Immunsisierung] gegen Kombinationen von Infektionskrankheiten	11,86%	874
6	J03	Akute Tonsillitis	11,61%	856
7	B34	Viruskrankheit nicht näher bez. Lokalisation	11,20%	826
8	F80	Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache	10,60%	782
9	Z26	Notwendigkeit der Impfung [Immunsisierung] gegen andere einzelne Infektionskrankheiten	10,57%	780
10	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	10,29%	759
11	J20	Akute Bronchitis	10,19%	751
12	T14	Verletzung an einer nicht näher bez. Körperregion	10,17%	750
13	J30	Vasomotorische und allergische Rhinopathie	9,86%	727
14	J45	Asthma bronchiale	9,30%	686
15	L20	Atopisches [endogenes] Ekzem	9,17%	676
16	H53	Sehstörungen	9,13%	674
17	Q66	Angeborene Deformitäten der Füße	9,13%	673
18	J02	Akute Pharyngitis	8,59%	634
19	B07	Viruswarzen	8,57%	632
20	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	8,18%	603

Basis: BARMER GEK-Daten 2012; stand. D2012



# Kinder in der Hausarztpraxis



## Prävention bei Kindern und Jugendlichen

- **Primärprävention: Gesundheit erhalten, Krankheiten verhindern**
- **Sekundärprävention: Krankheiten möglichst früh erkennen (Früherkennung)**
- **Tertiärprävention: Verschlimmerung von Krankheiten verhindern**
- **Quartärprävention: «primum non nocere»**

# Kinder in der Hausarztpraxis



## **Prävention bei Kindern und Jugendlichen**

### **„Kinder-Richtlinie“**

**Richtlinie über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (1976).**

**zuletzt geändert: 01.07.2016**

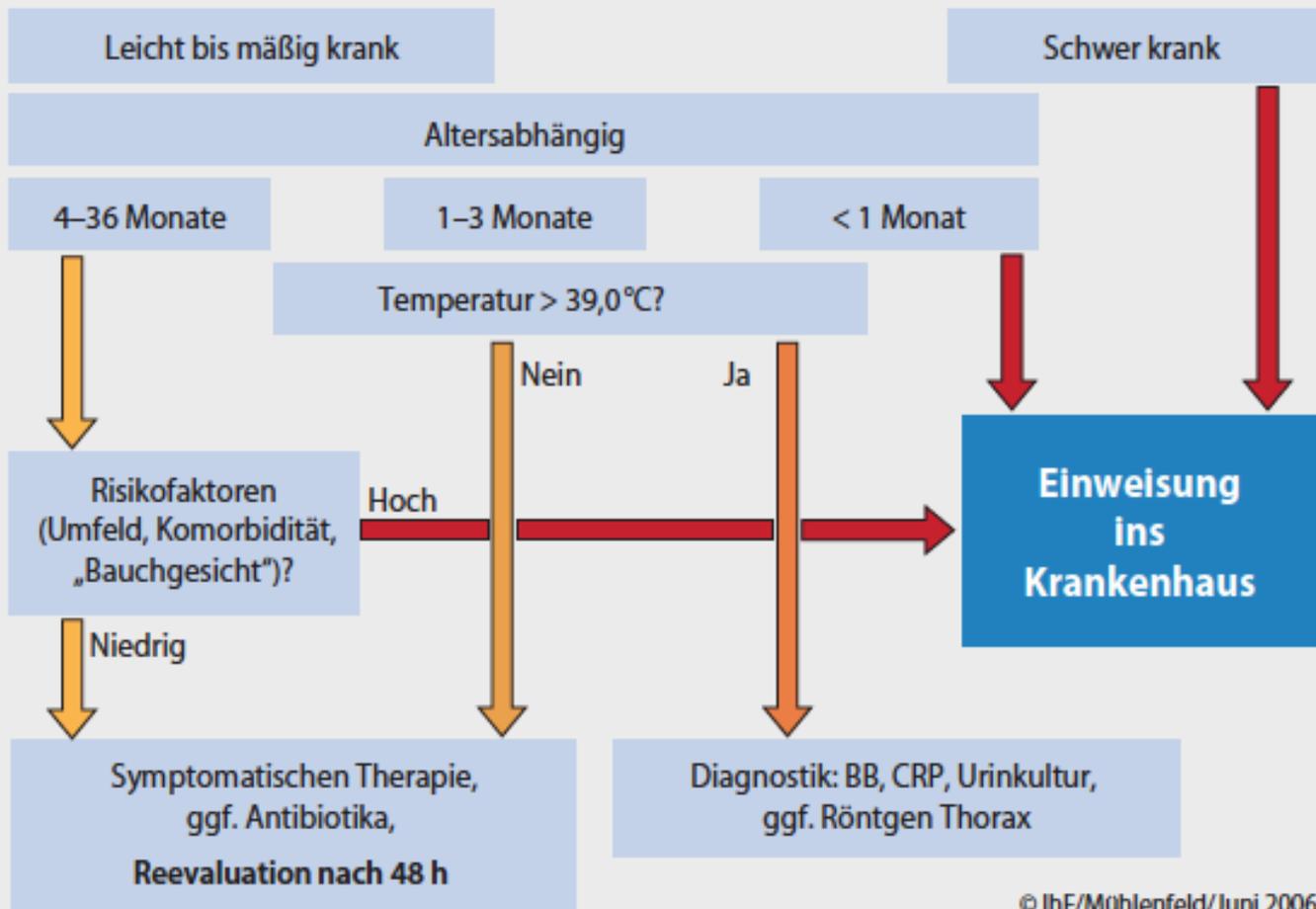
# Kinder in der Hausarztpraxis



## U-Untersuchungen bei Kindern und Jugendlichen:

U2	1 Woche
U3	4 Wochen
U4	12 Wochen
U5	5 – 6 Monate
U6	11 – 12 Monate
U7	2 Jahre
U7a	3 Jahre
U8	4 Jahre
U9	5 Jahre
U10	7 – 8 Jahre
U11	9 – 10 Jahre
J1	12 – 14 Jahre
J2	16 – 17 Jahre

# Fieber bei Kindern ohne Fokus



© IhF/Mühlenfeld/Juni 2006

Abb. 3: Algorithmus bei Kindern mit Fieber ohne erkennbare Ursache

# Kinder in der Hausarztpraxis



## Prävention bei Kindern und Jugendlichen

### Allgemeines

1. Die nach diesen Richtlinien durchzuführenden ärztlichen Maßnahmen bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres dienen der Früherkennung von Krankheiten, die eine normale körperliche oder geistige Entwicklung des Kindes **in nicht geringfügigem Maße** gefährden.

# Kinder in der Hausarztpraxis



## Prävention bei Kindern und Jugendlichen

**-Dokumentation**

**-Apparative Voraussetzungen**

**-Ophthalmoskop für Brückner-Test**

**-Stuhlfarbe-Karte U3-U4**

**-Audiometer mit mind. 5 Prüffrequenzen zur U8**

**-Sehtest ab U7a, z. B. Lea-Test**

**-Aufmerksamkeit für die Eltern-Kind-Interaktion**

**-Schwerpunkt Beratung der Eltern**

# Kinder in der Hausarztpraxis



**DER Hausarzt**

**Sonderheft**

Kinder und Jugendliche  
beim Hausarzt

Was Sie für die  
**Prävention**  
tun können

Wie  
**Vorsorgeunter-  
suchungen**  
am besten durchgeführt  
werden

Mit  
**Musterschreiben**  
an die Kassen

Mit  
**Internet-  
Adressen**  
für zusätzliche  
Materialien

**DER Hausarzt**

**Sonderheft**

**Familien-  
medizin**  
ist eine Denkweise

**Vorsorgen**  
Von der 122 bis zur 121  
auf einen Blick

**Im Fokus**  
Von ADHS über  
Essstörungen bis Sucht

**Impfkalender**  
Die wichtigsten  
Impfungen

# Kinder in der Hausarztpraxis



25.+ 1 Hausärztetag

in Rostock

*Mecklenburg-Vorpommern*

*Zukunft im  
hausärztlichen  
Handeln –*

*Wege gemeinsam  
gestalten*



*Rostock*



HAUSÄRZTEVERBAND

Mecklenburg-Vorpommern e.V.

# Impfkalender 2019 – Welche Impfungen sind empfohlen?

Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO), Stand Mai 2019

Säuglinge und Kleinkinder  
(2 – 23 Monate)

Kinder und Jugendliche  
(2 – 17 Jahre)

Erwachsene  
(ab 18 Jahre)

Impfungen	Säuglinge und Kleinkinder (2 – 23 Monate)					Kinder und Jugendliche (2 – 17 Jahre)					Erwachsene (ab 18 Jahre)		
	6 Wochen	2 Monate	U4 3 Monate	4 Monate	U6 11–14 Monate	U7 15–23 Monate	2–4 Jahre	U9 5–6 Jahre	J1 9–14 Jahre	15–16 Jahre	17 Jahre	ab 18 Jahre	ab 60 Jahre
Tetanus		G1	G2	G3	G4	N	A1	A2	N			A (alle 10 Jahre)	
Diphtherie		G1	G2	G3	G4	N	A1	A2	N			A (alle 10 Jahre)	
Keuchhusten (Pertussis)		G1	G2	G3	G4	N	A1	A2	N			A <sup>d</sup>	
Hib (Haemophilus influenzae Typ b)		G1	G2	G3	G4	N							
Kinderlähmung (Poliomyelitis)		G1	G2	G3	G4	N		A	N			ggf. N	
Hepatitis B		G1 <sup>b</sup>		G2	G3	N							
Pneumokokken		G1 <sup>b</sup>		G2	G3	N							S <sup>f</sup>
Rotaviren	G1 <sup>a</sup>	G2	(G3)										
Meningokokken C					G (ab 12 Monaten)		N						
Masern					G1	G2	N					S <sup>e</sup>	
Mumps					G1	G2	N						
Röteln					G1	G2	N						
Windpocken (Varizellen)					G1	G2	N						
HPV (Humane Papillomviren)								G1+G2 <sup>c</sup>	N <sup>c</sup>				
Grippe (Influenza)							Personen mit chronischen Erkrankungen (jährlich) und für Schwangere					S (jährlich)	
Gürtelrose (Herpes zoster)													G1+G2 <sup>h</sup>

**U** Impftermin bei Früherkennungsuntersuchung Kinder

**G** Grundimmunisierung (bis zu vier Teilimpfungen G1–G4)

**S** Standardimpfung

**J** Impftermin bei Früherkennungsuntersuchung Jugendliche

**N** Nachholimpfung (bei unvollständigem Impfschutz)

**A** Auffrischimpfung

<sup>a</sup> die 1. Impfung möglichst ab vollendeter 6. Lebenswoche, je nach Impfstoff 2 bzw. 3 Schluckimpfungen (G2/G3) mit einem Mindestabstand von 4 Wochen

<sup>b</sup> Frühgeborene erhalten eine zusätzliche Impfung im Alter von 3 Monaten (insgesamt 4 Impfungen)

<sup>c</sup> 2 Impfungen (im Abstand von mindestens 5 Monaten) für Mädchen und Jungen im Alter von 9 - 14 Jahren; bei Nachholen der Impfung beginnend im Alter > 14 Jahre sind 3 Impfungen erforderlich

<sup>d</sup> einmalige Auffrischung; möglichst mit der nächsten Impfung gegen Tetanus/Diphtherie/ggf. Poliomyelitis

<sup>e</sup> Impfung für alle nach 1970 Geborene mit unklarem Impfschutz, ohne Impfung oder nur einer Impfung in der Kindheit

<sup>f</sup> Impfung mit sogenanntem Polysaccharid-Impfstoff

<sup>h</sup> Zweimalige Impfung mit dem Totimpfstoff im Abstand von mindestens 2 und maximal 6 Monaten.

# Dokumentation Aufklärungsgespräch und abweichendes Impfvorgehen

*Liebe Eltern,*

*die nachfolgende Dokumentation dient unserer juristischen Absicherung für den Fall, dass Sie ein von den offiziellen Impfempfehlungen abweichendes Impfschema wünschen.*

Im Rahmen einer ausführlichen Impfberatung hat mich der unterzeichnende Arzt über alle Schutzimpfungen, die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) für Kinder empfohlen werden, umfassend informiert. Empfohlene Impfzeitpunkte, Nutzen und Risiken der empfohlenen Impfungen wurden erläutert. Es bestand ausreichend Zeit und Möglichkeit, offene Fragen zu klären.

## **Wir lehnen folgende öffentlich empfohlene Impfungen für unser Kind ab:**

- Tetanus, Diphtherie, Keuchhusten, Haemophilus influenza Typ B (Hib), Polio, Hepatitis B
- Masern, Mumps, Röteln
- Windpocken
- Pneumokokken
- Meningokokken C
- Rotaviren

Über mögliche, ggf. schwerwiegende Komplikationen der entsprechenden Krankheiten wie z.B. Lungenentzündung, Kehlkopfentzündung, Hirnhautentzündung oder Blutvergiftung mit möglicher Defektheilung oder Todesfolge wurden wir informiert.

## **Abweichend vom öffentlich empfohlenen Impfschema wünschen wir folgende Impfungen:**

- Tetanus,
- Tetanus, Diphtherie
- Tetanus, Diphtherie, Polio
- Tetanus, Diphtherie, Polio, Keuchhusten
- Tetanus, Diphtherie, Polio, Keuchhusten, Haemophilus influenza Typ B (Hib)
-

# Kinder in der Hausarztpraxis



***Ein 5 jähriges Kind leidet seit gestern unter starken Ohrenschmerzen. U: Temp. bis 39° C; TF bds. deutlich gerötet; keine Nackensteifigkeit, kein DS Mastoid.***

**Bei diesem Kind halte ich folgende Maßnahmen für sinnvoll:**

**1.Lokale Antibiotika (z. B. Ciprofloxacin)**

**2.CRP / BSG-Test**

**3.Ein- / Überweisung wegen Va. Komplikationen**

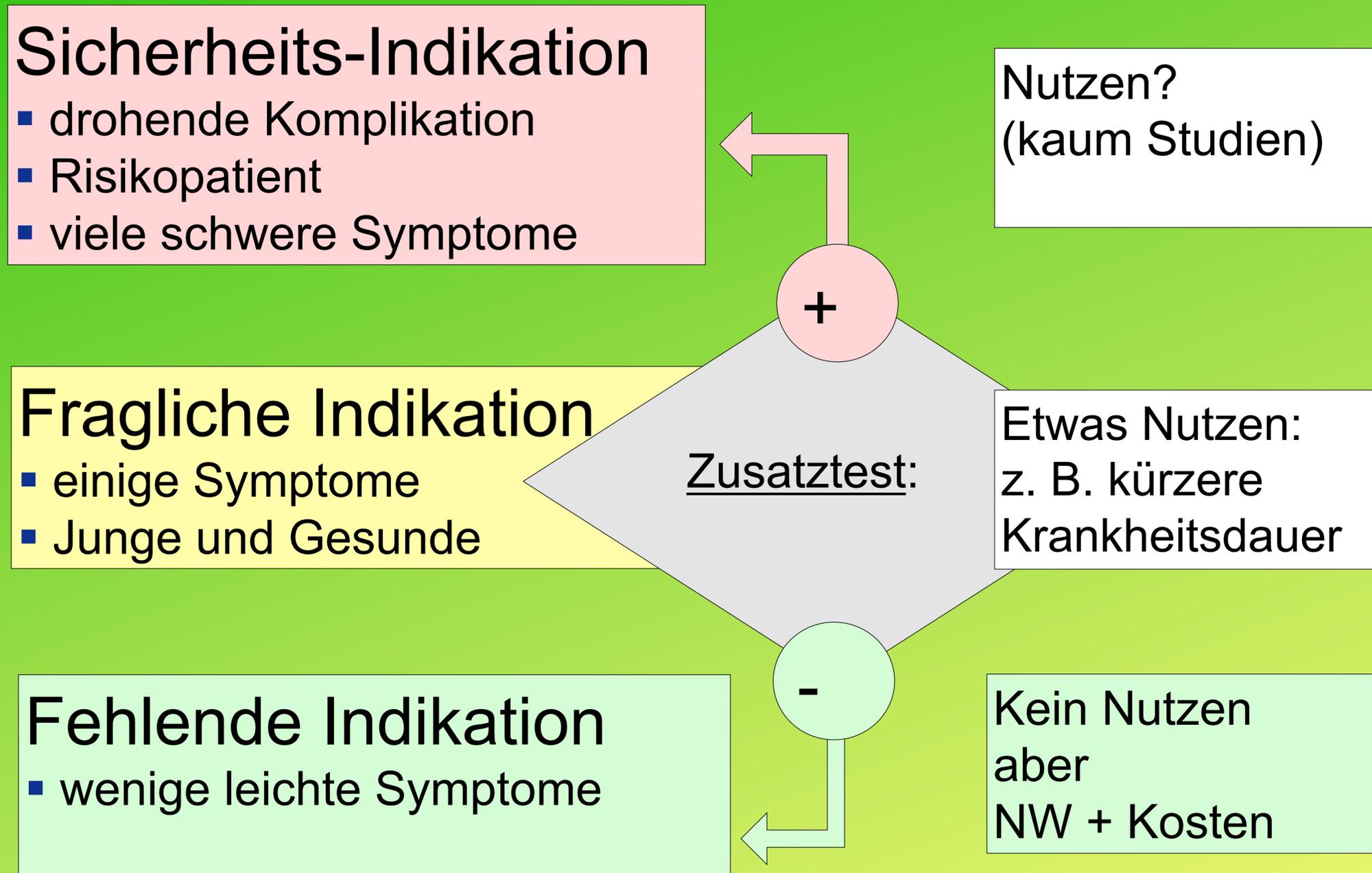
**4.Penicillin**

**5.Azithromycin**

# DEGAM-LL Ohrenschmerzen

Wenig kranke Kinder (6-24 Monate)	Kinder ab 2 Jahre
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wenig ausgeprägte Krankheitssymptome</li> <li>• Gute Überwachung</li> <li>• Zunächst keine AB, wenn Wiedervorstellung nach 24h gewährleistet <b>B</b></li> <li>• Analgesie mit Ibuprofen 20-30mg/kgKG/d bzw. Paracetamol 10-15mg/kgKG/d <b>A</b></li> </ul> <p>Alternativ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sofortige Antibiose mit Amoxicillin 40mg/kgKG/d für 5-10d</li> </ul>	<p>Symptomatisch:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Körperliche Schonung</li> <li>• Flüssigkeit!</li> <li>• Analgesie mit Ibuprofen 20-30mg/kgKG/d bzw. Paracetamol 10-15mg/kgKG/d <b>A</b></li> <li>• keine sofortige Antibiotikatherapie, Abwarten für 24-48h gerechtfertigt: <b>A</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aufklärung der Eltern (Kooperation!)</li> <li>- Beobachtung des Kindes</li> <li>- Aushändigen eines AB-Rezepts in Reserve, wenn möglich 48h vor Einlösung abwarten, bei Verschlechterung früher <b>A</b></li> <li>- Bei hohem Fieber / Erbrechen sofortige Antibiose erwägen <b>A</b></li> </ul> </li> </ul>
<p>Keine Besserung / Verschlechterung nach 24h:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prüfen der Diagnose</li> <li>• Beginn der antibiotischen Therapie (s.o.) und ggf. Überweisung an die Pädiatrie</li> <li>• Bei bereits erfolgter Behandlung Einweisung in die Klinik!</li> </ul>	<p>Keine Besserung / Verschlechterung nach 48h:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prüfen der Diagnose</li> </ul> <p>Bei AOM:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Amoxicillin 40-50mg/kgKG/d 5d oder Makrolid (z.B. Azithromycin 10-20mg/kgKG/d 3d)</li> <li>• Mittel der Reserve: Cephalosporine der 2. Gen. (z.B. Cefuroximaxetil 20-30mg/kgKG/d)</li> </ul>

# Modell: Risikoadjustierte Therapie



# Otitis media – Antibiotikatherapie?

Amoxicillin, Makrolid (z. B. Azithromycin) oder Cefuroxim

## Pro sofortige Antibiotikagabe:

Kinder < 2Jahre mit beidseitiger Otitis \*

Kinder mit Otorrhoe bei Otitis media\*

Kinder mit >37,5° C und/oder Erbrechen \*\*

## Kontra sofortige Antibiotikagabe:

die meisten Kinder mit AOM profitieren nicht \*

85% der Kinder sind sowieso am Folgetag schmerzfrei \*\*\*

\* Metaanalyse von 10 Studien an Kindern mit AOM, Rovers Lancet 2006

\*\* Subgruppenanalyse der Studie von P.Little, 7/2002

\*\*\* 315 Kinder aus primärärztlichem Klientel, P.Little 2001

## **Otitis media – Antibiotikatherapie?**

**„Manche Eltern in Ihrer Situation denken, dass ihr Kind mit einem Antibiotikum schneller wieder gesund wird.“**

# Bedarfs-Rezept mitgeben?

**„delayed prescribing“:**

**Kaum Unterschiede bei Heilung und Zufriedenheit, aber viel weniger Antibiotika\***

**Wiedervorstellungen gleich häufig bei Sofort- und Bedarfsverschreibungen\***

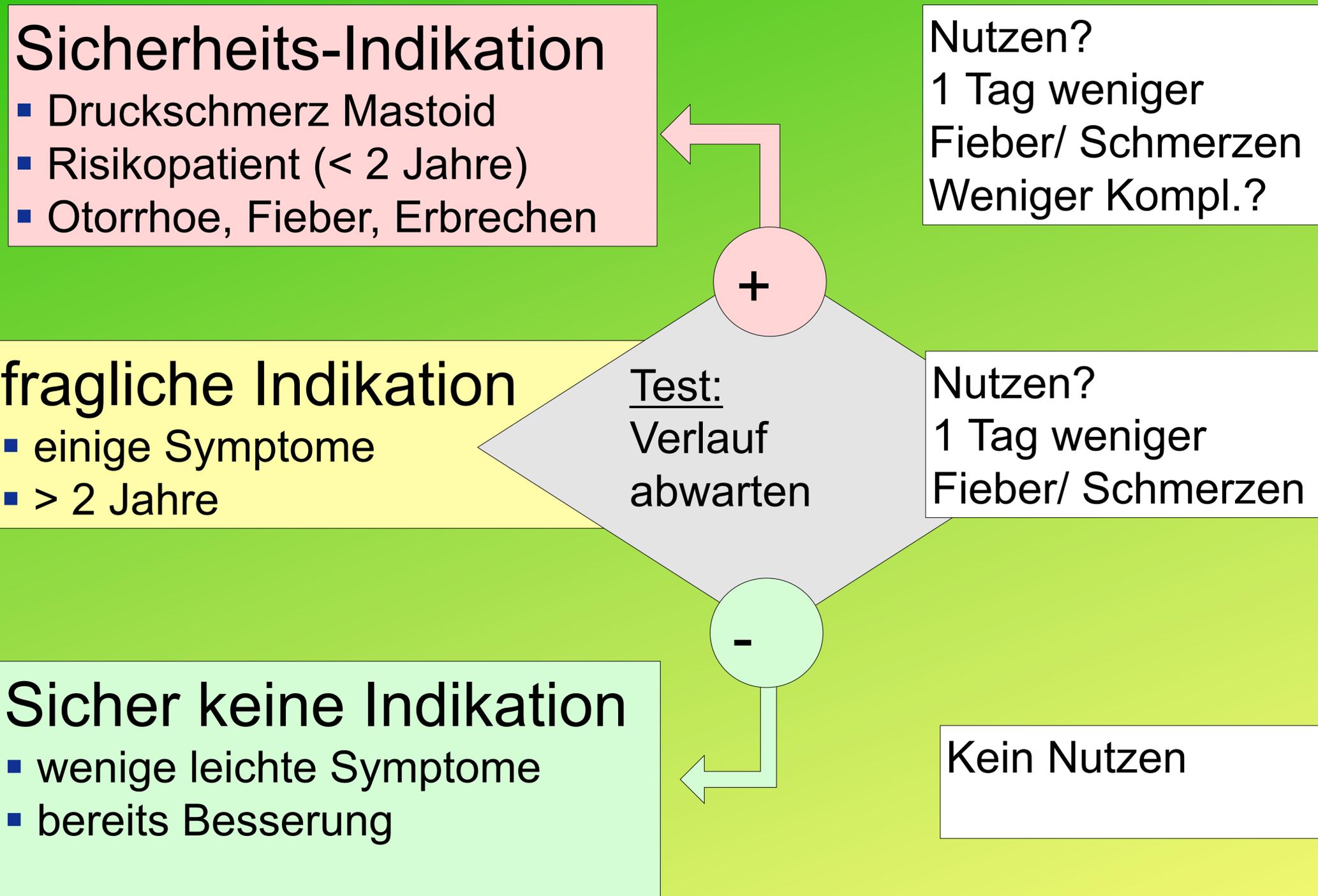
**Geringe Heilungsverzögerung?\***

Bei akuter Otitis media und Pharyngitis wurden Fieber, Schmerz und Krankheitsgefühl mit Sofortverschreibung etwas besser gelindert als mit Bedarfsrezept; bei Husten und grippalem Infekt keine Unterschiede

Antibiotika-Rezept sofort	Antibiotika-Gebrauch	Patienten-Zufriedenheit	Komplikationen
ja	93%	92%	n.s.
Bedarf	32%	87%	n.s.
nein	14%	83%	n.s.

\* Cochrane Analyse von 10 Studien zu Verschreibungsstrategien bei Atemwegsinfekten. Spurling 2007

# Otitis media: risikoadjustierte Therapie



# Kinder in der Hausarztpraxis



## Zissi, 6,5 Jahre

- seit 2 Tagen Temp. bis 38,3°C,
- heute 3 x Durchfall
- lebhafte Darmgeräusche



Nach R. Thelen, Kinder in der Hausarztpraxis, IhF



**Wie würden Sie bei Zissi weiter vorgehen?**

**1. symptomatische Therapie bei gutem AZ**

**2. stationäre Einweisung bei Va.**

**Durchwanderungsperitonitis**

**3. ambulante antibiotische Therapie**

**4. Überweisung zum Kindergastroenterologen**



## **Vorgehen bei Gastroenteritis**

**symptomatische Therapie:**

**Flüssigkeitsersatz**

**fiebersenkende Maßnahmen**

**Dimenhydrat (Vomex®), Cave: cerebrale NW bei Kindern < 2 J.**

**Problemsituationen:**

**Trinkverweigerung**

**Brechdurchfall (Salmonellen, Rota-, Noroviren)**

# Kinder in der Hausarztpraxis



## **Akute Erkrankungen**

### **Fieber - Häufigkeit**

**Kindergartenalter bis 12 x / Jahr**

**guter Allgemeinzustand – harmloser Verlauf**

**Husten, Ohrenschmerzen, Mundatmung, Nase zu**

**Keine Antibiose – nur bei Superinfektion**



## **Akute Erkrankungen**

### **Fieber**

**38 – 38,5° erhöhte Temperatur**

**bis 40,5° ist der Allgemeinzustand entscheidend**

**ca. 90 % Virusinfekt**

**ca. 10 % bakterielle Infektion**

**ca. 1 % schwerwiegende Erkrankung**

# Kinder in der Hausarztpraxis



## **Akute Erkrankungen**

### **Fieber**

**Kind kommt in Praxis – erster eigener Eindruck?**

**Allgemeinzustand des Kindes**

**Befragung der Eltern – Anamnese (Fieber seit wann?  
Trinkverhalten? Erkrankungen in der Einrichtung?)**

**Verhalten der Eltern**

**Urinstix**

**Körperlicher Status (teilentkleidetes Kind)**

# Kinder in der Hausarztpraxis



## Akute Erkrankungen

## Fieber – körperliche Untersuchung

**Gesamteindruck**

**„vorsichtige Annäherung“ an das Kind –  
Exanthem?**

**unangenehme Untersuchungen zuletzt**

**Lymphknoten → Abdomen → Pulmo**

**Gehörgänge → Rachen**

**Red Flags???**



**Was sind für Sie red flags bei einem fieberndem Kind?**

**1. Säuglinge unter 3 Monaten**

**2. schlechter Allgemeinzustand / Somnolenz**

**3. Zeichen der Exsikkose**

**4. Kalte Extremitäten**

# Kinder in der Hausarztpraxis



## **Akute Erkrankungen**

### **Fieber – red flags**

**Säuglinge unter 3 Monaten**

**Zeichen der Exsikkose (Fontanelle eingefallen, Lippen lackrot, schlapp, Tachypnoe)**

**schlechter Allgemeinzustand / Somnolenz**

**eingeschränkte Beweglichkeit (Kuss auf's Knie)**

**kalte Hände und Füße**

# Kinder in der Hausarztpraxis



## **Akute Erkrankungen** **Fieber – Therapie**



## **Akute Erkrankungen**

### **Fieber – Therapie**

#### **Nicht-Medikamentös:**

**ausreichend Flüssigkeit anbieten**

**Wadenwickel (bei warmen Extremitäten)**

**Aufklärung der Eltern (Patientenflyer)**

**„Manche Eltern in Ihrer Situation denken, dass ihr Kind mit einem Antibiotikum schneller wieder gesund wird.“**



## Akute Erkrankungen Fieber – Therapie

### Medikamentös:

Paracetamol: 10 – 15 mg/kg KG

Ibuprofen: ab 6. Mo. 20 – 30 mg/kg KG  
(Dosis in ml: 2%: kg KG/2; 4%: kg KG/4)

kein ASS (Aspirin®) = Gefahr Reye-Syndrom

kein Novaminsulfon (Novalgin®) = es gibt gefahrlosere Alternativen



## **Akute Erkrankungen**

## **Fieber – weiteres Vorgehen**

**Vorläufige Diagnose?**

**Sind die Eltern beruhigt?**

**Reevaluation nach 48 Stunden**

**länger anhaltendes Fieber**



## **Akute Erkrankungen**

### **Fieber – länger als drei Tage**

**Stomatitis aphthosa – Herpes-Erstmanifestation oder Hand-Fuß-Mund – Krankheit (Coxsackivieren)**

**Mononukleose (Abklärung Labor)**

**Ringelröteln – Parvovirus**

**Harnwegsinfekt (auch ohne Bauchschmerzen )**

**Frage der bakteriellen Superinfektion**

**Pneumonie (reduzierter AZ, Bauchschmerzen, Atemfrequenz)**



## **Akute Erkrankungen**

**Fieber – länger als eine Woche**

**Rheumatische Erkrankung**

**Kawasaki Syndrom (Arteriitis der Herzkranzgefäße)**

**Meningitis**

**Endokarditis, Osteomyelitis**

**Tuberkulose, Maligne Erkrankung**

# Kinder in der Hausarztpraxis



**Lonny, 06.05.2011**

26+1 SSW

Apgar 7/8/8

870 g

CPAP bis 45. LT

pers. Ductus arteriosus Botalli

Pulmonalstenose

Trikuspidalinsuffizienz

Apnoe-Bradykardie-Syndrom

Sondenernährung

MRSA-Besiedlung

26.08.2011 Entlassung

kinderkardiologische Kontrolle:

hochgradige Pulmonalstenose, Hypertrophie re. Ventrikel, PDA

30.08.2011

Vorstellung DHZB

31.08.2011

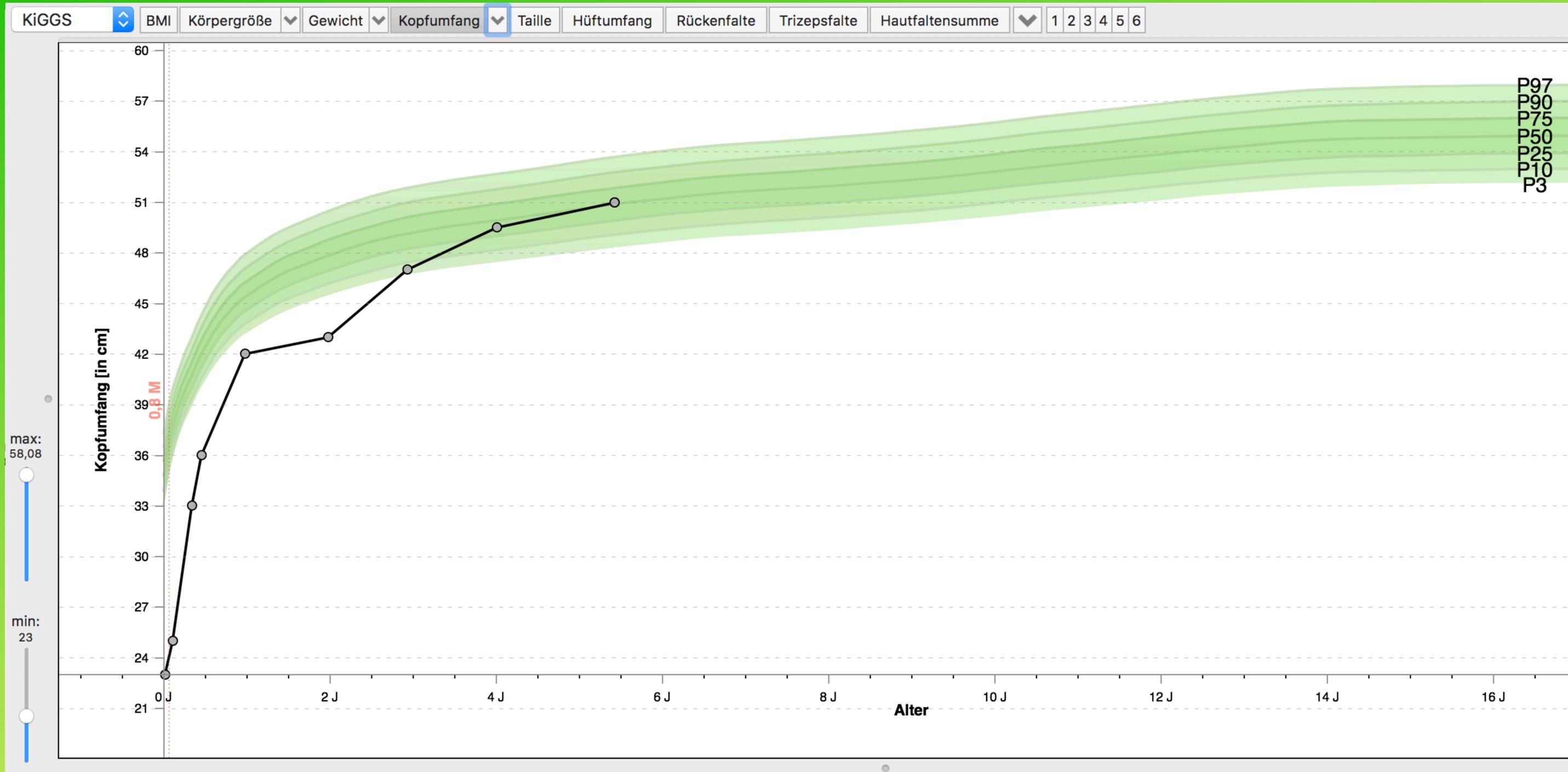
Ballonvalvoplastie der Pulmonalklappe

# Kinder in der Hausarztpraxis

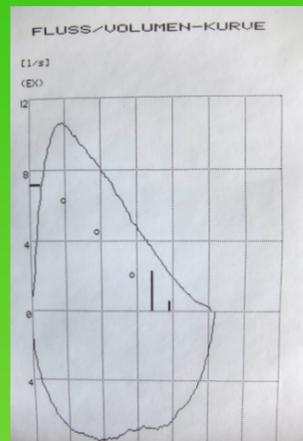


**Lonny**  
**Einschulung August 2017**

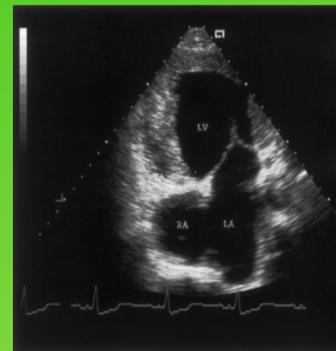
# Kinder in der Hausarztpraxis



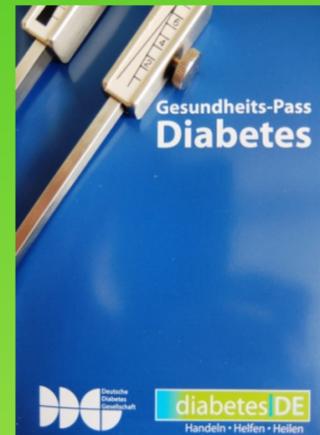
# Kinder in der Hausarztpraxis



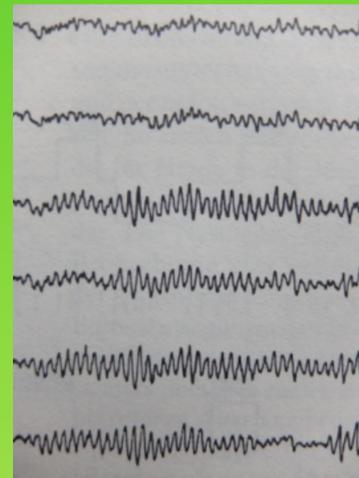
**Asthma**



**AHF**



**Diabetes**



**Epilepsie**



**Rheuma**



**CED**

# Kinder in der Hausarztpraxis



Tabelle 6.1.2.1.4

Lebenszeitprävalenzen von chronischen Erkrankungen bei 11- bis 17-Jährigen nach Altersgruppen, Anteile (%)

Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, Elternangaben

Chronische Erkrankungen	11–13 Jahre	14–17 Jahre	11–17 Jahre
Herzkrankheit	2,8%	2,9%	2,9%
Anämie	2,3%	3,0%	2,7%
Krampfanfall	3,9%	3,7%	3,8%
Schilddrüsenerkrankungen	<b>2,0%</b>	<b>3,5%</b>	3,0%
Diabetes	0,2%	0,2%	0,2%
Skoliose	<b>6,5%</b>	<b>11,1%</b>	9,3%
Migräne	3,9%	5,4%	4,8%
Psoriasis	2,0%	2,0%	2,0%
Spastische (obstruktive) Bronchitis	12,2%	11,2%	11,6%

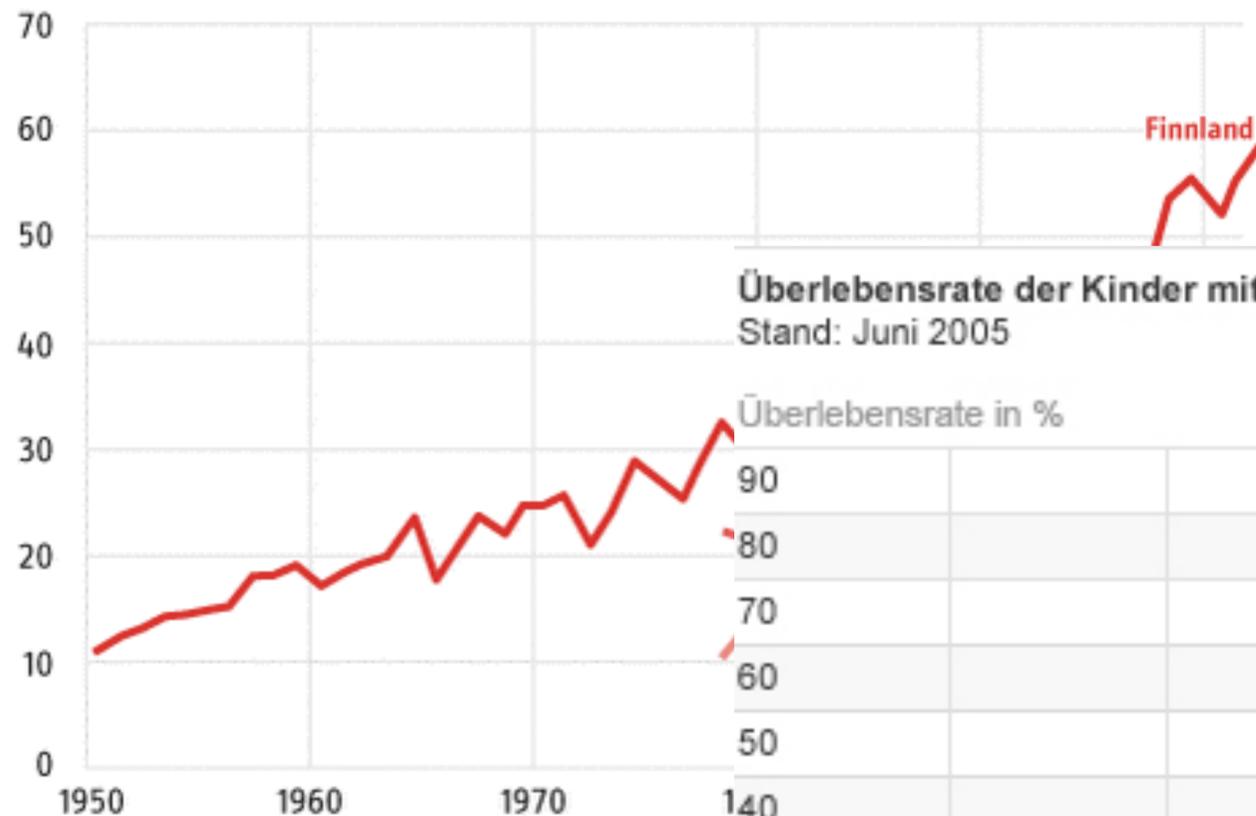
Signifikante Unterschiede zwischen den Altersgruppen sind in der Tabelle hervorgehoben (fettgedruckt). Die Bestimmung der Signifikanz beruht auf der Berechnung von 95 %-Konfidenzintervallen.

# Kinder in der Hausarztpraxis



## Zunahme von Typ-1-Diabetes bei Kindern (0-14 Jahre)

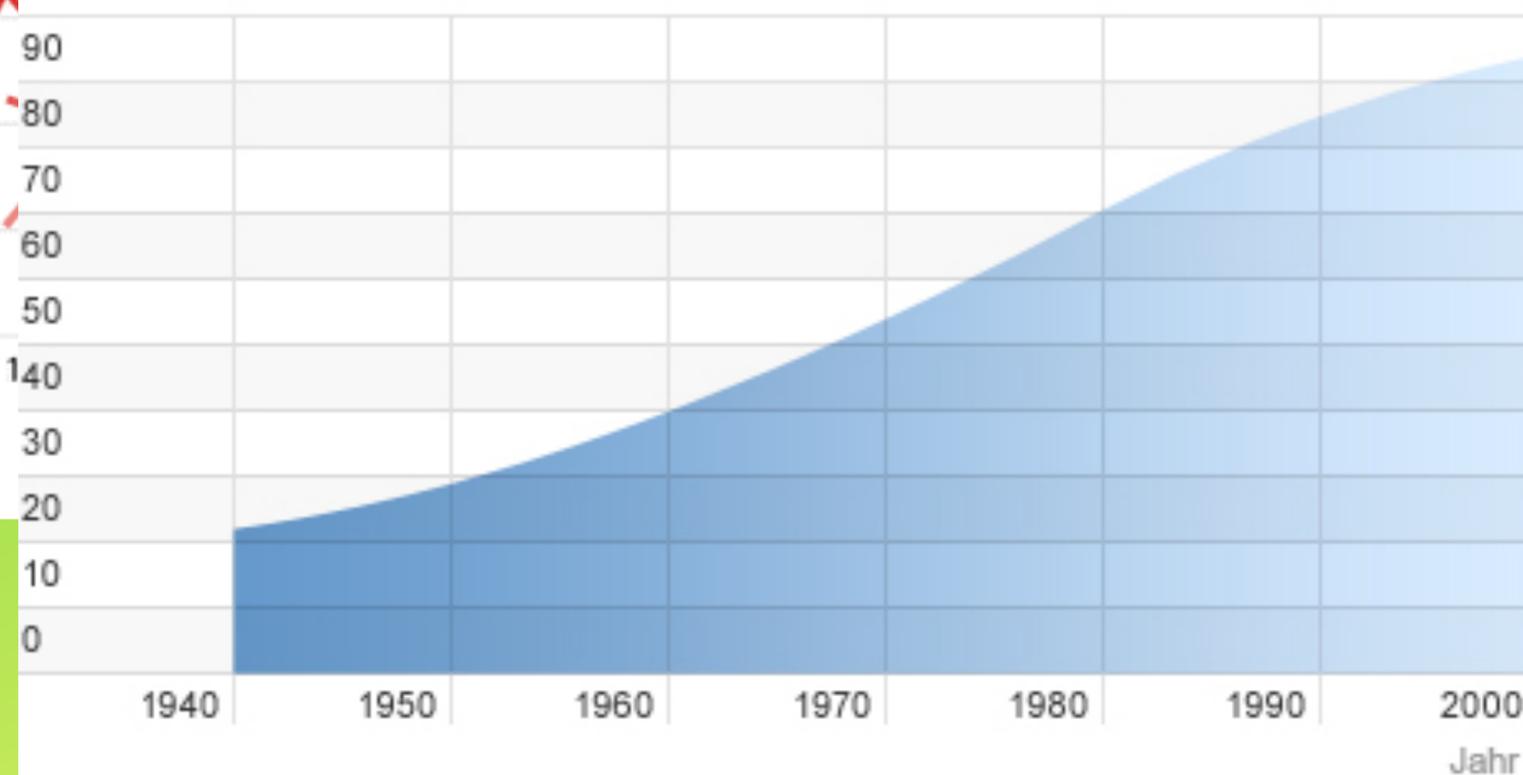
Häufigkeit/100000 Kinder/Jahr



## Überlebensrate der Kinder mit angeborenen Herzfehlern

Stand: Juni 2005

Überlebensrate in %



Quelle: Kompetenznetz Angeborene Herzfehler



## Epidemiologie von CED im Kindes- und Jugendalter in Sachsen



### Ergebnisse



enz: 27,8/100.000 Kinder  
 . Lebensjahr  
 1,58/100.000

# Kinder in der Hausarztpraxis



**Chronisch kranke Jugendliche werden erwachsen!**



**Transition**

# Kinder in der Hausarztpraxis



## Transition

**Übergangszeit vom Jugend- ins Erwachsenenalter, in der die Überleitung von Menschen mit speziellem medizinischen Versorgungsbedarf von der Pädiatrie zur Erwachsenenmedizin stattfindet.**

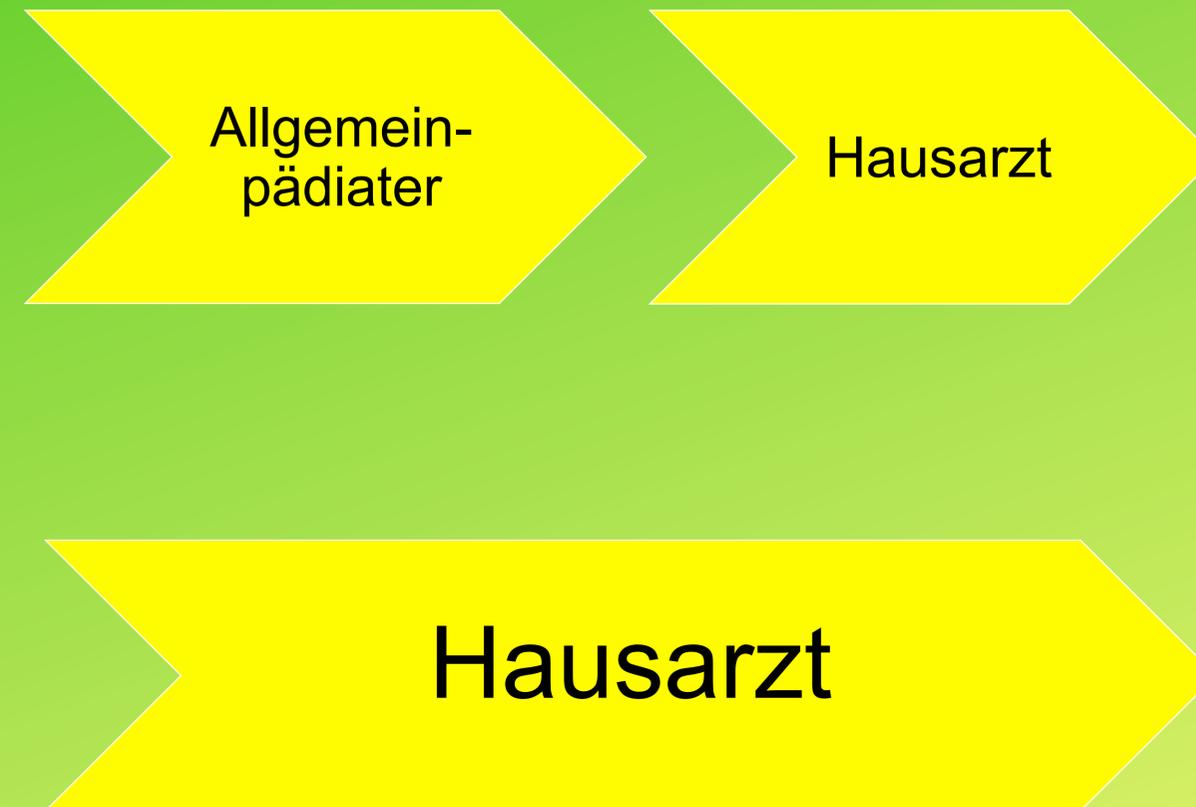
**(Sondergutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2009)**

# Kinder in der Hausarztpraxis



Transition bedeutet auf der hausärztlichen Ebene nicht notwendigerweise die Überleitung eines chronisch kranken Jugendlichen aus der Betreuung eines Hausarzt-Pädiaters zum Erwachsenenhausarzt (Allgemeinmediziner).

Zahlreiche Allgemeinmediziner betreuen „Chroniker“ kontinuierlich vom Kleinkind- bis in das Erwachsenenalter. Auch hier findet eine Transition im Adoleszentenalter statt



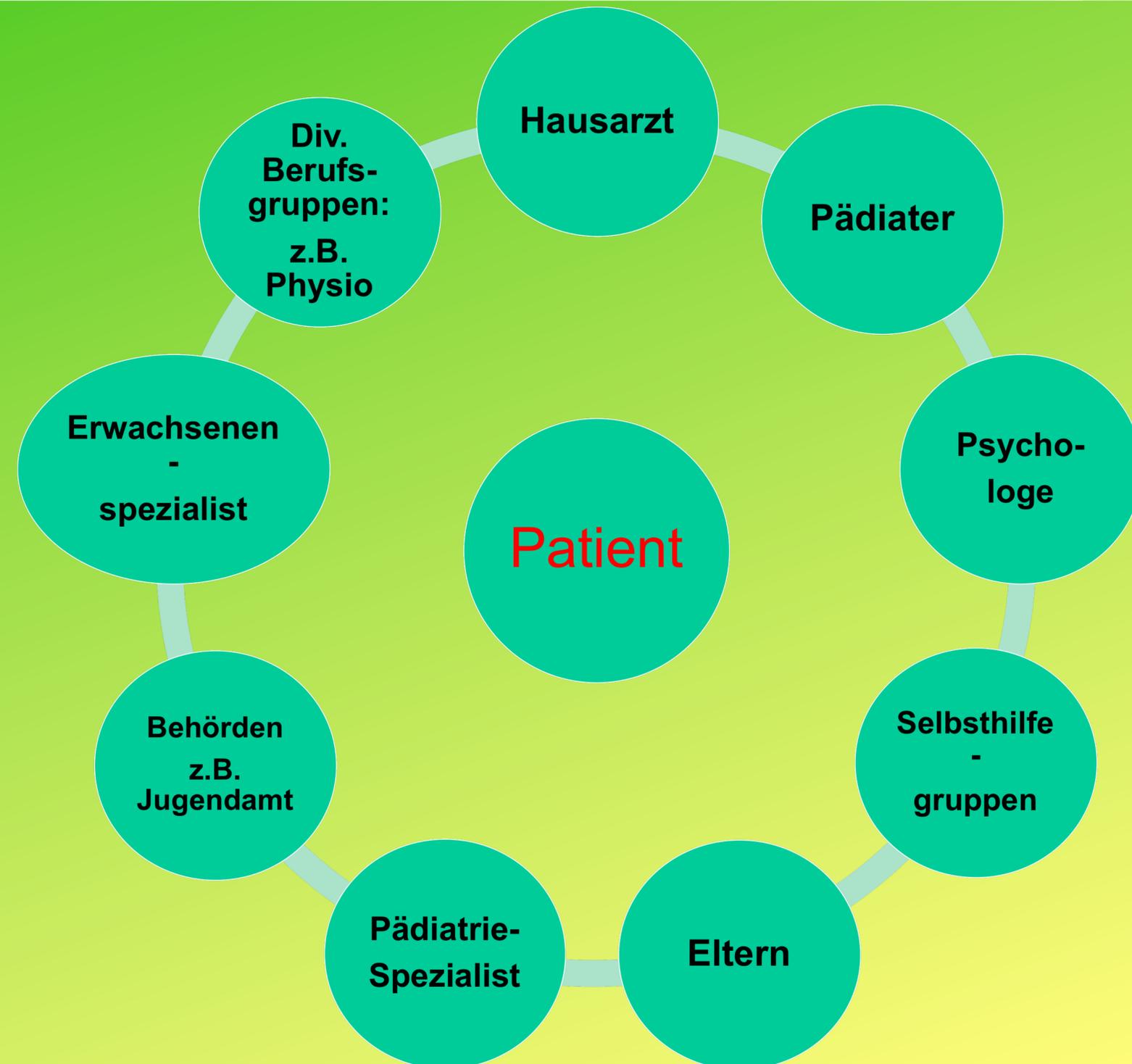
**Transition ist also ein patientenzentrierter Begriff!**

Nach R. Thelen, Minimodul Transition, IhF

# Kinder in der Hausarztpraxis



## Transitionskonferenz:



# Fieber – Therapie

## Nicht-Medikamentös:

ausreichend Flüssigkeit anbieten

Wadenwickel (bei warmen Extremitäten)

Aufklärung der Eltern (Patientenflyer)

„Manche Eltern in Ihrer Situation denken, dass ihr Kind mit einem Antibiotikum schneller wieder gesund wird.“

## Medikamentös:

Paracetamol: 10 – 15 mg/kg KG

Ibuprofen: ab 6. Mo. 20 – 30 mg/kg KG

(Dosis in ml: 2%: kg KG/2; 4%: kg KG/4)

**kein ASS (Aspirin®)** = Gefahr Reye-Syndrom

**kein Novaminsulfon (Novalgin®)** = es gibt gefahrlosere Alternativen

**„Manche Eltern in Ihrer Situation denken,  
dass Ihr Kind mit einem Antibiotikum schneller  
wieder gesund wird.“**

# Fieber bei Kindern ohne Fokus

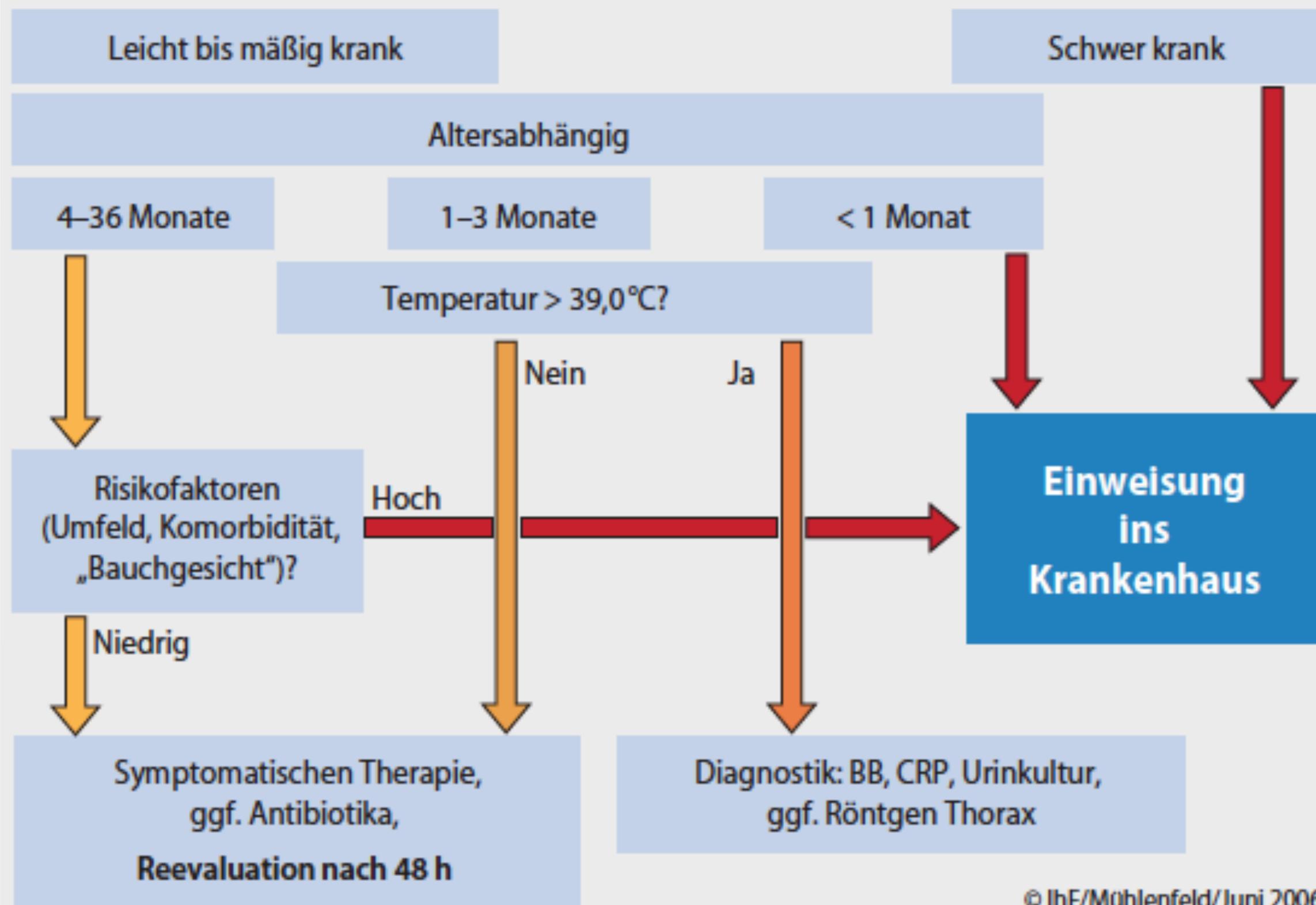
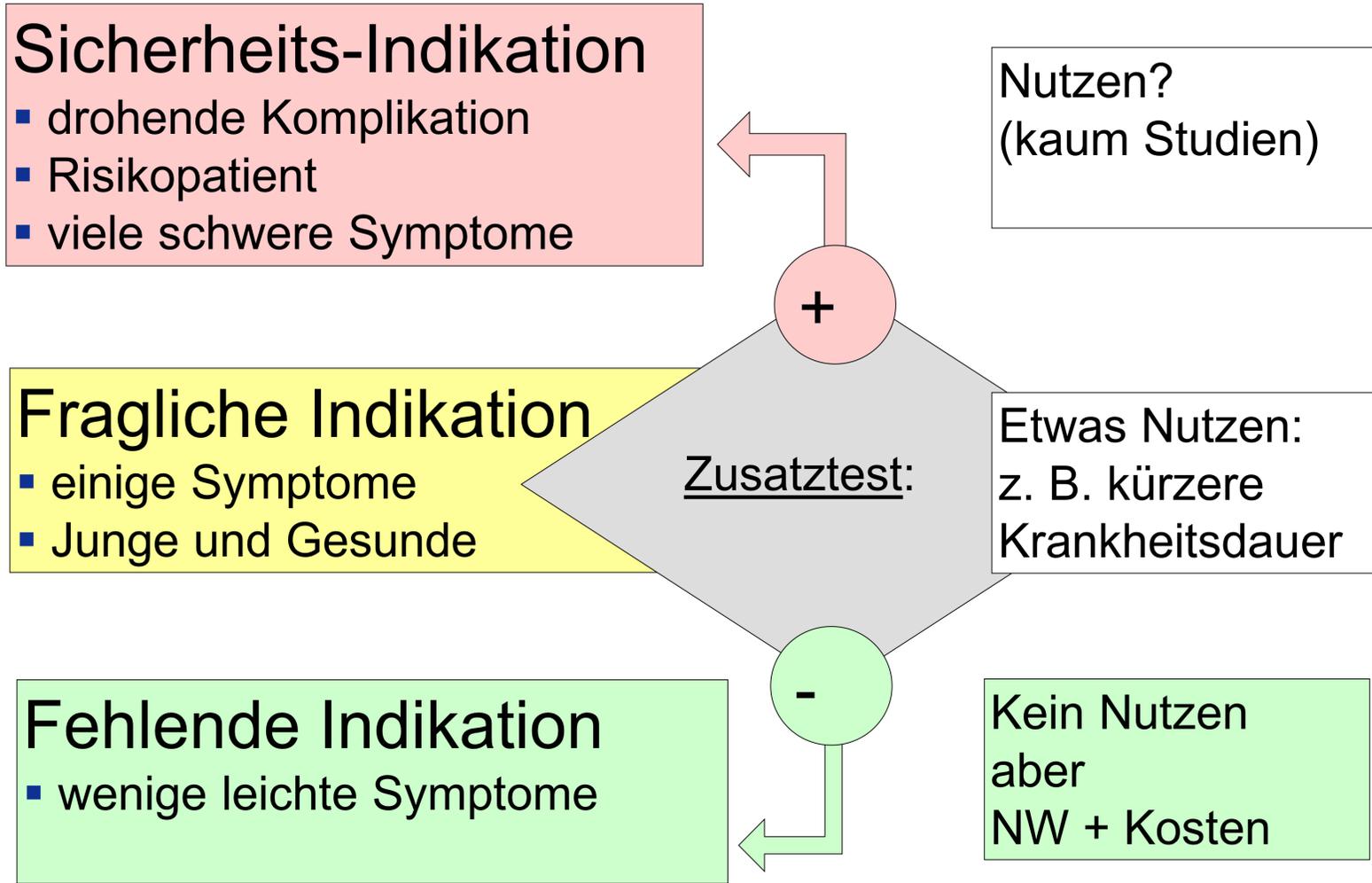


Abb. 3: Algorithmus bei Kindern mit Fieber ohne erkennbare Ursache

# Risikoadjustierte Therapie



## **Weiterführende Informationen und Quellen**

### ***1. Leitlinien der DEGAM***

- Akuter und chronischer Husten
- Ohrenschmerzen
- Halsschmerzen
- Rhinosinusitis

### ***2. Minimodule des Instituts für hausärztliche Fortbildung***

- Akuter und chronischer Husten
- Ohrenschmerzen
- Das fiebernde Kind
- Antibiotikatherapie
- Einnässen im Kindes- und Jugendalter
- Update Pädiatrie
- Asthma im Kindes- und Jugendalter
- U7a – U11
- Der Jugendliche in der Hausarztpraxis
- Transitionsmedizin