Pierre Klauser

HaeCH und fPmh-KHM oder: Die Pädiater im Spiel mit den Allianzen

In einer Zeit, in der sich die Genfer Ärzte, wahrscheinlich gefolgt von den Waadtländern, entschieden haben, gegen die taubblinde Haltung der Bundesbehörden zu streiken, können auch die Schweizer Pädiater ihr Schifflein nicht alleine über das aufgewühlte Meer steuern.

Dies haben sie vor mehr als 11 Jahren eingesehen, als sie sich an der Gründung des Kollegiums für Hausarztmedizin beteiligt haben, neben Internisten (SGIM), Allgemeinärzten (SGAM), den 5 Fakultäten und der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW). Seit der Strukturrevision der FMH sind die Pädiater an der Seite ihrer Grundversorgerkollegen in der KHM-Delegation, ihrem Dachverband, in der Delegiertenversammlung vertreten, gleichberechtigt mit den Chirurgen in der FMCH, usw.

Ausserhalb dieser Allianz mit den anderen holistischen Grundversorgern, welche sich über eine globale und längerfristige Betreuung des Patienten definieren, wurde vor einigen Jahren eine neue Verbindung gegründet: die FpMH, welche die Schweizerischen Gesellschaften für Pädiatrie, Kinderpsychiatrie und Kinderchirurgie vereinigt. Hierbei geht es um die Verteidigung der Medizin für das Kind, mit allem, was Kinder besonders macht, insbesondere im Rahmen von Hospitalisationen und bei der IV.

Wieso also eine neue Verbindung im Rahmen von «Hausärzte Schweiz» (HaeCH)? Damit sollen die beruflichen Interessen der praktizierenden Pädiater gesichert werden, neben den Allgemeinärzten und den Allgemeininternisten. Es ist tatsächlich so, dass die SGP, die sich bemüht, die Qualität der schweizerischen Pädiatrie und die drei Pfeiler der Pädiatrie (Praktiker, Spitalarzt und Spezialist) zu fördern, Mühe hat, politisch die Arbeitsbedingungen ihrer 1000 Praktiker im politisch-ökonomischen Spannungsfeld zu verteidigen. Was liegt also näher, als mit den 6500 «Erwachsenenkolleginnen und -kollegen» eine politische Allianz zu bilden? Das KHM könnte sich danach um die Qualitätsaspekte in der Grundversorgung kümmern, die SGP um die typisch pädiatrischen Problemstellungen, die sich aus der Arbeit der drei Pfeiler ihrer Mitglieder ergeben. Dies ist auch der Grund, weshalb wir zwei praktische Pädiater die SGP in der Gruppe vertreten, die zum Ziel hat, einen Verband aus Individuen (Pädiater, Allgemeinärzte und Allgemeininternisten) zu bilden, deren Fachgesellschaften diesem Hausärzteverband HaeCH ihre politischen Vorrechte abtreten sollen.

Wir sind uns bewusst, dass dieser Schritt für die SGAM relativ einfach ist, für die SGIM und die SGP aber deutlich heikler, da sie hierbei ihre Identität nicht verlieren und ihre nichtniedergelassenen Mitglieder nicht vernachlässigen dürfen. Wird nur eine «Rest-SGP» überleben, abgemagert und ohne Fleisch? Meines Erachtens: *Nein*. Die SGP von morgen wird fast gleich aussehen wie die aktuelle, da die Aufgaben des HaeCH genau die Bereiche abdecken werden, die uns in der SGP heute schmerzlich fehlen, nämlich eine starke politische Kraft, basierend auf einer grossen Zahl Mitglieder. Im Gegensatz zu unseren «Geschwistern» SGAM und SGIM müssen wir nicht eifersüchtig gehütete Pfründe aufteilen.

Unsere Arbeitsgruppe muss noch regeln, wie die Einzelmitgliedschaft aussehen wird, welche für unsere Mitglieder freiwillig sein wird, wie der Jahresbeitrag und der endgültige Name in deutscher und französischer Sprache sein wird. So werden wir den Erwartungen des Vorstands der SGP entsprechen, welcher für eine starke, geeinte und attraktive Pädiatrie sorgen muss, in Zusammenarbeit mit den anderen Ärzten, die sich um Kinder und Jugendliche kümmern, und den anderen Grundversorgen. Das Verhalten unserer Kollegen der Erwachsenenmedizin lässt uns auf eine Zusammenarbeit hoffen, wie sie für die Bilateralen Verträge in Europa gilt: Mitmachen, ohne zu fusionieren.

Korrespondenz:
Dr. med. Pierre Klauser
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin FMH
92, rte de Fontenex
1208 Genf
pierre.klauser@hin.ch

PrimaryCorner

Wir machen beim Aktionstag am 1. April mit

Ein Beitrag aus dem «Forum Hausarztmedizin» www.forum-hausarztmedizin.ch/

Aus dem «Oxford Handbook of clinical medicine» Fifth Edition, pg XXi: A new Hippocratic oath AD 2000: «... I will treat patients equitably and support a fair and humane distribution of health resources. I will try to influence and redirect authorities whose policies harm public health».

Es steht für mich ausser Frage, dass Herr Couchepain und das BAG den Tatbestand von «whose policies harm public health» erfüllen. So let's redirect those guys! Ich mache jedenfalls beim Aktionstag am 1. April mit, auch wenn dies Mehrarbeit am Tag vorher und nachher bedeutet. MPA's, Familienmitglieder und Haustiere werden in weisse Kittel verpackt und werden auf die Kantonshauptstadt marschieren.

Das ist mir der Erhalt der Grundversorgung wert. Es geht nicht zuletzt auch darum, den Politikern (und auch den FMH-Funktionären) die SGAM als

wirksame Organisation in Erinnerung zu rufen. Ich möchte als Patient nicht von Apothekern oder Krankenschwestern triagiert und behandelt werden. Wir sollten uns Gedanken über die Zukunft der Hausarztmedizin/Grundversorgung machen.

Michael-Geoffrey Evison, 4153 Reinach

Pseudokrupp: Behandlung mit Diclophenac und Mefenaminsäure?

Leserbrief zu: Meier PW, Riesen E. Der Pseudokrupp. PrimaryCare. 2009;9(01):8-9

Es mutet schon recht merkwürdig an, wenn Paul Meier in seinem Artikel Diclophenac (z.B. Voltaren®, Inflamac®), Mefenaminsäure (z.B. Ponstan®, Mefenazid® usw.) oder Ibuprofen (z.B. Algifor®) als Steroide bezeichnet und diese für die Behandlung eines Pseudokrupps befürwortet. Ich muss mich in der Schweiz schon enorm wundern, dass man bei Kindern derartige Medikamente verordnet. Nach den allgemeinen Richtlinien der Pharmakologie ist beispielsweise Mefenaminsäure erst bei Kindern und Jugendlichen ab zwölf Jahren zu verordnen. Diclophenac ist ein Antiphlogistikum und hat nur geringe antipyretische Wirkung. Mefenaminsäure ist ein Antirheumatikum, hat ebenfalls nur eine geringe antipyretische Wirkung, dafür aber erhebliche Nebenwirkungen auf die blutbildenden Organe. Da es ausreichend bessere Antipyretika gibt, die deutlich geringere Nebenwirkung haben, ist es für mich nicht nachvollziehbar, derartige Medikamente bei Kindern zu verordnen. Solche Praktiken kenne ich aber aus arabischen Ländern, wo ich sechs Jahre als Chefarzt einer Kinderklinik tätig war.

Sicherlich kann die Behandlung mit Steroiden bei einem Pseudokrupp sehr sinnvoll sein. Es hat aber wenig Sinn, hier nur mit geringen Dosen zu behandeln. Lieber kurz aber hochdosiert – also mit 100 mg. Die Verabreichung von Rectodelt® ist sicherlich wesentlich besser als bittere Tropfen oder Tabletten. Bei Tabletten und Tropfen regen sich die Kinder bei der Verabreichung auch leichter auf und husten stärker als bei der Verabreichung eines Zäpfchens. Dann sollte man doch lieber Kortison i.m. oder i.v. verabreichen. Das wirkt dann auch sehr schnell und gut. Bei Meiers Empfehlung vermisse ich die Behandlung mit Ambroxol (Mucosolvon®). Das habe ich schon vor 30 Jahren in der Essener Kinderklinik gelernt. Eine derartige Therapie ist in Deutschland in allen Kinderkliniken Standard. Das Entscheidende bei einem Pseudokrupp ist nämlich, dass es nicht nur zu einer Schwellung im Kehlkopfbereich, sondern auch zu einer Membranbildung kommt. Diese Membranen müssen aber gelöst werden. Dafür nimmt man Mucosolvon und einem Kaltdampfvernebler. Der Kollege, der genügend Kinder mit Pseudokrupp hat intubieren müssen, weiss, wovon ich rede.

Bei einem leichteren Pseudokrupp kann man sicherlich auch ohne Steroide auskommen und zunächst erst einmal nach Gabe von Mucosolvon etwas zuwarten. Die Wirkung des Ambroxol setzt schon nach gut 20 Minuten ein. Wenn das Kind besser atmen kann, beruhigt es sich schnell. Ich empfehle den Eltern meiner Patienten aber besonders als Ersttherapie folgende Behandlung: Man nehme einige Eisstücke aus dem Tiefkühlfach, stecke sie in einen Plastikbeutel, wickle ein Tuch darum und lege dann alles auf den Kehlkopf des Kindes. Ausserdem ist darauf zu achten, dass der Kehlkopf eines Kleinkindes deutlich kranialer liegt als bei einem älteren Kind oder Erwachsenen. Probieren sie es einmal aus. Sie werden sicherlich gute Erfolge haben. Die Zeit des Pseudokrupp naht ja bald wieder.

Dr. med. Rolf Pillmeyer, 6130 Willisau

Replik

Herr Kollege Pillmeyer stellt zu Recht klar, dass beim Pseudokrupp nur Steroide die Mittel der Wahl sind. Es wird im Artikel lediglich erwähnt, dass nichtsteroidale Antirheumatika wie Diclofenac, Mefenacid oder Ibuprofen von vielen Praktikern bei leichteren Formen des Pseudokrupp eingesetzt werden, obschon dafür keinerlei Evidenz besteht. Falls im Artikel fälschlicherweise der Eindruck entsteht, diese Medikamente seien Steroide und erste Wahl beim Pseudokrupp, entschuldige ich mich für die missverständliche Formulierung.

Sehr interessant an der Aussage von Herrn Pillmeyer scheint mir jedoch, dass Medikamente wie Mefenacid und Diclofenac in Deutschland offenbar erst bei Jugendlichen zugelassen sind. In der Schweiz gilt die Zulassung ab sechs bzw. zwölf Monaten. Da beide als Zäpfchen verfügbar sind, werden sie sehr häufig bei Fieber eingesetzt. Woher kommt diese Differenz zu Deutschland? Wie steht es in anderen Ländern? Hat hier unsere strenge Zulassungsbehörde versagt? Handeln wir alle grobfahrlässig bis vorsätzlich?

Dr. med. Paul Meier, 8853 Lachen

Kommentar von Dr. Etzel Gysling, Herausgeber der «pharma-kritik»

Leider ist es schon so, dass unser Wissensdefizit im Bereich der pädiatrischen Pharmakotherapie beträchtlich ist. Dazu kommt, dass wir alle noch allzu sehr mit der Vorstellung leben, es sei immer möglich, von einem gewissen Wirkungsmechanismus einen klinischen Nutzen abzuleiten. Daher kommt doch die – unbewiesene – Annahme, wir könnten auch mit nichtsteroidalen Entzündungshemmern einen Pseudokrupp vorteilhaft beeinflussen. Daher kommt auch die – ebenfalls unbewiesene – Annahme, ein (wenig dokumentiertes) Mukolytikum wie Ambroxol könnte einen Pseudokrupp vorteilhaft beeinflussen. Was viele tun, kann doch nicht falsch sein? Wenn mir auch bewusst ist, dass klinische Studien in der Pädiatrie auf viele Hindernisse stossen, so muss ich hier einmal mehr wiederholen, dass wir – wenn immer möglich – die Wirksamkeit unserer Interventionen anhand von sinnvollen klinischen Endpunkten dokumentieren sollten. Wie Kollege Meier in seinem Text sagt, gibt es «kaum Angaben» über einen Effekt nichtsteroidaler Entzündungshemmer bei Pseudokrupp. Damit hält er ganz klar fest, dass es sich nicht um eine Massnahme im Sinne einer «evidenzbasierten» Medizin handelt. Was Kollege Pillmeyer mit der Verabreichung von Ambroxol propagiert, ist allerdings keine Spur besser – auch hier liegt kein Nachweis einer Wirksamkeit vor. Was die Anwendung von nichtsteroidalen Entzündungshemmern allgemein bei Kindern anbelangt, trifft es zu, dass diese Medikamente – mit der Ausnahme von Ibuprofen – in vielen Ländern bis zum Alter von 14 Jahren nicht zugelassen sind. Ob das Nutzen-Risiko-Verhältnis von Ibuprofen bei Kindern tatsächlich so viel besser ist als dasjenige anderer nichtsteroidaler Entzündungshemmer, ist jedoch sehr fraglich. Mindestens im Hinblick auf die gastrointestinale Toxizität kann auf Grund der Untersuchungen bei Erwachsenen kaum ein Unterschied zwischen Ibuprofen und Diclofenac ausgemacht werden. Letzteres ist möglicherweise ganz einfach weniger gut dokumentiert – die Industrie lässt grüssen. Die Schweiz ist jedoch keineswegs das einzige Land, wo z.B. Diclofenac auch Kindern verabreicht wird. Nicht vergebens existiert ein Protokoll einer Cochraneanalyse zu diesem Thema («Diclofenac for acute pain in children»), in dem festgehalten wird, Diclofenac werde trotz fehlender Zulassung häufig zur Behandlung akuter Schmerzen bei Kindern verwendet. Bevor die Resultate dieser Analyse vorliegen, ist es verfrüht, über Diclofenac den Stab zu brechen.

Dr. med. Etzel Gysling, 9500 Wil