



SCREENING UND DIAGNOSTIK:

Leitsymptom Husten

Der Kinder- und Jugendarzt sieht über das Jahr 30% aller akut vorgestellten Kinder wegen Husten¹. Regelmäßig ab Jahreswechsel berichten wir Pädiater uns in Pädinform, dass Jahr für Jahr die kleinen Kinder immer öfter aus immer geringeren Anlässen „zum Abhören“ gebracht werden. Auch die Diensthabenden aus den Notdienstpraxen berichten von einem immer unselektierteren Ansturm, der bisweilen die Ressourcen sprengt und zu Unmut aller Beteiligten führe. Es fehle Zeit für Wichtigeres.

Ich gehe jetzt von folgender Anamnese aus, die wir täglich erleben: Kindergartenkind, Schnupfen seit einer Weile, kein Fieber und jetzt seit 1 – 3 Tagen vor allem immer abends beim Hinlegen (und auch morgens nach dem aufwachen) ein starker, teils verschleimter, teils trockener Husten, der den Schlaf raubt und evt. bis zum Erbrechen führt. Hinlegen verschlimmert ganz klar, kühle Luft verbessert meistens.

„Wie geht's tags?“ „Ja besser, da hustet es kaum, auch nicht, wenn es draußen rumrennt.“

„Wie ist die Atmung zwischen dem Husten?“ „Manchmal rasselt sie so, aber angestrengt ist sie nie.“

„Machen Sie es mal vor?“ „Ja genau, so ein Nasen-Rachen-Rasseln.“

Jetzt schnell untersuchen: Abhören, Ohren und Rachen anschauen, beruhigen: „Die Lungen sind frei, die Trommelfelle auch, der Rachen leicht rot und etwas verschleimt: Ein normaler oberer Luftwegsinfekt; ein Fall für Hausmittel und Geduld. Der Husten ist dafür da, dass der Schnupfen eher oben bleibt und eben nicht in die Lunge rutscht“. „Danke, ein Glück hat er nichts auf den Lungen, wissen Sie, vor zwei Monaten, da dachte ich auch nichts

Schlimmes und dann hat der Arzt doch eine Lungenentzündung diagnostiziert.“

Wir alle kennen diese Situation.

Meine Frage ist: Wie kann unser Handeln den Eltern gegenüber transparenter werden, so, dass es noch weniger einem Abhör-Orakel gleicht. Sie und ihre Kinder kommen ja mit einem subjektiven Leidensdruck und sicherlich nicht primär deswegen, weil sie unser Wartezimmer so klasse finden oder sich langweilen. Die Nächte sind schwierig, der Kleine hustet sich die Seele aus dem Leibe. Verständlich, dass man da an Schlimmeres denkt, was man natürlich nicht verschleppen möchte. Und meistens findet der Kinder- und Jugendarzt dennoch nichts („die Lungen sind frei“).

Seit einem Jahr mache ich den Ablauf der Diagnostik an dieser Stelle in zwei Schritten (siehe auch den grundlegenden Artikel zum Screening im letzten Heft): Es dauert etwas länger, hinterlässt die Eltern aber mit mehr Unterscheidungsvermögen.

1. Screening: Die Kleinen werden ausgezogen, mit den Eltern zusammen schaue ich den Brustkorb kurz an: Entspannte, ruhige Atmung, nicht zu schnell. Dann atmen sie mit offenem Mund direkt vor dem eigenen Ohr und dem Ohr der Eltern: Ist das Atemgeräusch wirklich frei oder hört man ein leises Bitzeln (wie Haare zwirbeln oder das Sprudeln eines Mineralwasserglases) oder gar ein leises Pfeiffen? Zu diesem Punkt einigen wir uns. Bei einem freien Atemgeräusch erkläre ich den Eltern, dass ich dieses freie Atmen jetzt auch gleich mit dem Stethoskop hören werde.

2. Diagnostik: Um die Eltern nicht zu enttäuschen oder zu brüskieren, höre ich dann noch ab, denn schließlich wird das ja von mir erwartet. In aller Regel bestätigt sich das obige Screening-Ergebnis. (Bei größeren Kindern kann es sein, dass leises Giemen oder feinblasige Rasselgeräusche nur mit dem Stethoskop hörbar sind, weil der Weg bis zum Mund weiter ist).

Und jetzt kann man den Eltern erklären: „Wenn Sie bei hustenden Vorschulkindern so ein bitzeln oder pfeiffen hören oder wenn die Ruheatmung zwischen dem Husten angestrengt oder beschleunigt wirkt, dann müssen Sie wiederkommen. Sonst **dürfen** Sie wiederkommen (aber wahrscheinlich werde ich dann mit dem Stethoskop wie so oft schon nichts relevantes Zusätzliches mehr hören).“

Und dann gibt es vielleicht noch Erklärungen zu unterstützenden, rein symptomatischen Maßnahmen:

- Nase spülen mit 1,2%iger selbstgemischter Kochsalzlösung² (1/2 Liter Wasser mit 6g Salz mischen, es muss etwas salziger schmecken als Blut oder die käuflichen Nasentropfen) oder abends milde abschwellenden Nasentropfen bei gestörtem Schlaf wegen Mundatmung haben jeweils eine geringe Evidenz für Wirksamkeit; man kann es tun, wenn es als angenehm empfunden wird.
- Husten- und Bronchialtee (mit Thymian etc.) mit etwas Zitrone und viel Honig („machen Sie es so lecker wie ein flüssiges Hustenbonbon, das ist einem Hustensaft meistens überlegen“).
- Ein altes beliebtes Hausmittel ist auch der Zwiebelirup (eine Gemüsezwiebel feinst hackeln, 1:1 mit Honig mischen, über Nacht ausziehen lassen und dann löffelweise geben).
- Honig bei Husten scheint nicht nur für den Geschmack wichtig zu sein³, wobei die Evidenz für die Wirkung des Honigs schwach ist⁴, aber immerhin besser wie für die meisten pharmakologischen Hustenmittel⁵.

Man kann aber auch einfach nur abwarten. In keinem Fall sollte die Therapie schwieriger sein als die Krankheit selber. Obwohl die Wirkung der typischen Erkältungsmittel als zweifelhaft wirksam angesehen wird, wurden schon 1985 weltweit jährlich 3Mrd\$ weltweit mit diesen Präparate umgesetzt⁶.

Wichtig ist hingegen das „Rezept Mama, bzw. Papa“ (Bescheinigung zur Pflege eines kranken Kindes); ein echtes Lieblingsrezept für den Pädiater, der sich als Anwalt des Kindes versteht. Hierbei ist zu bedenken, dass ein Infekt oft 7–10 Tage dauert und bei kleinen Kindern durchschnittlich 6x im Jahr auftritt, das „Rezept Mama&Papa“ aber elternseitig für jeden Arbeitnehmer streng auf 10 Tage im Jahr pro Kind budgetiert ist (bei mehreren Kindern im Haushalt maximal 25 Tage im Jahr). Für Alleinerziehende verdoppelt sich der Anspruch auf Lohnfortzahlung auf 20 – 50 Tage

jährlich je nach Kinderzahl. Der Traum oder die Notwendigkeit der glatt laufenden (Doppel-) Berufstätigkeit scheitert oft daran, dass kranke Kinder in einer Gemeinschaftseinrichtung nichts verloren haben; manche Eltern landen recht hart auf dem Boden dieser Realität, wenn sie kein gutes soziales Netz haben. Andererseits gilt auch hier „Krankheit“ von „Zustand“ zu unterscheiden. Und eine „Schnuddelnase“ bei einem 2-jährigen KiTa-Kind im ersten Winter ist oft ein „Zustand“. Diese Unterscheidung ist gelegentlich von Erzieherinnen zu fordern, wenn sie sich eine keimfreie KiTa herbeisehen. Dies ist immer eine Gratwanderung.

Eltern, die selber gelernt wie man screenet um die wesentlicheren Probleme von den nur lästigen Problemen zu unterscheiden, und die gelernt haben, wie man die lästigen Probleme selbstständig lindert und oder aushält aushält, werden sich seltener freiwillig in ein Arztwartezimmer setzen, vor allem abends und am Wochenende.

Till Reckert

Schnupfen:

*Beim Schnupfen ist die Frage bloß:
Wie kriege ich ihn – wieder los?
Verdächtig ist's: die Medizin
Sucht tausend Mittel gegen ihn,
Womit sie zugibt, zwar umwunden,
Dass sie nicht eines hat gefunden.
Der bisher beste Heilversuch
Besteht aus einem saubern Tuch,
Zu wechseln un-ununterbrochen
Im Lauf von etwas zwei drei Wochen.
Zu atemschöpferischer Pause
Bleibt man am besten still zu Hause,
Statt, wie so häufig, ungebeten
Mit bei Konzerten zu trompeten.
Rezept: Es hilft nichts bei Katarrhen
Als dies: geduldig auszuharren.
Der Doktor beut hier wenig Schutz –
Im besten Fall nießt er nur Nutz.*

Eugen Roth

Literatur:

1. Fegeler, U., Jäger-Roman, E., Martin, R. & Nentwich, H.-J. Ambulante allgemeinpädiatrische Grundversorgung Versorgungsstudie der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin. Monatsschr Kinderheilkd 162, 1117–30 (2014).
2. King, D., Mitchell, B., Williams, C. P. & Spurling, G. K. P. Saline nasal irrigation for acute upper respiratory tract infections. Cochrane Database Syst Rev 4, CD006821 (2015).
3. Goldman, R. D. Honey for treatment of cough in children. Can Fam Physician 60, 1107–1110 (2014).
4. Oduwale, O., Meremikwu, M. M., Oyo-Ita, A. & Udoh, E. E. Honey for acute cough in children. Cochrane Database Syst Rev 12, CD007094 (2014).
5. Smith, S. M., Schroeder, K. & Fahey, T. Over-the-counter (OTC) medications for acute cough in children and adults in community settings. Cochrane Database Syst Rev 11, CD001831 (2014).
6. WHO, Department of child and adolescent health and development. Cough and cold remedies for the treatment of acute respiratory infections in young children. (2001). at <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66856/1/WHO_FCH_CAH_01.02.pdf>