

Dr. med. Ulrich Enzel

Otitis media

Alt-Bewährtes und Top-Aktuelles zu Diagnostik,
Prävention und Therapie



Was möchte ich Ihnen in den nächsten 60 Minuten bringen?

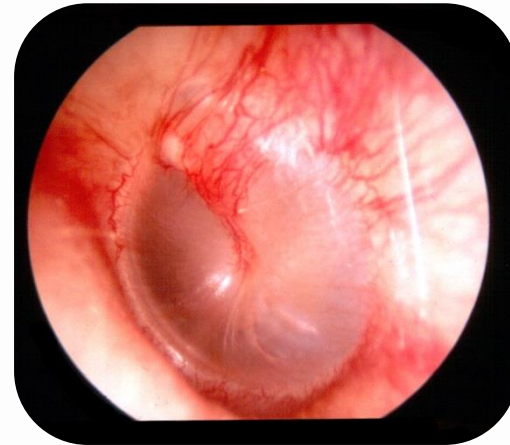
- **Aktuelles zur Diagnostik, Prävention und Behandlung** dieser vor allem im Kindesalter häufigen Erkrankung
- Ein studiengesichert klares „**was, wann, wie und vor allem was statt dessen**“ bei dieser noch immer häufigsten Indikation im Kindesalter für eine **antibiotische Therapie**
- **Die Bestätigung:** „Otitis media, **hier dominiert die klinische Diagnostik** über alle Technik vom Labor bis zu jeder Bildgebung!“

Akute Otitis media (= AOM)

- **Ein häufiges Problem in der Praxis!**
- In ersten 24 Monaten mindestens eine akute Otitis media **bei 71 % aller Kinder**
- **Häufigste Ursache für Antibiose im Kindesalter**
- Sowohl die akute Otitis media, als auch die chronischen Formen können (selten) **potentiell lebensbedrohliche Komplikationen verursachen** (*Inzidenz nur noch 0,3/100.000/Jahr*)

Akute Otitis media (= AOM)

- **Symptomatik**
 - akuter Beginn
 - trübes Trommelfell
 - Mittelohrerguss
- **Erreger**
 - Pneumokokken
 - Haemophil. Infl. (nicht bekapselt = kein Impfschutz)
 - Moraxella catarrhalis



Antibiotika bei Kindern – die Realität

- Fast 80 % aller Kinder erhalten zwischen dem 2. und 4. Lebensjahr mindestens einmal eine **Therapie mit Antibiotika (AB-Th.)**
- **Häufigste Indikation: Otitis media**
- Durchschnittliche Einnahmedauer: **17,6 Tage/Kind/Jahr !**

Antibiotika bei Kindern – die Realität

AB-Therapien können induzieren:

- intestinale Dysbiosen
- Gesicherter Zusammenhang einer Dysbiose mit:
 - C. difficile-Infektionen
 - CED
 - Asthma und anderen atopischen Erkrankungen
 - Autismus
- **> 7 x AB-Th. erhöht CED-Risiko > siebenfach!**
- ***Aber nicht vermehrt Zöliakie/Diabetes 1 nach AB***

Antibiotika bei Kindern – Studien mit fast 400.000 Kindern

Antibiotikagabe in den ersten 6 -12 (24) Lebensmonaten erhöht das Risiko für:

- **Asthma bronchiale:** OR 1.66 bis 1.89
- **Allergische Erkrankungen:** OR 1.59
- **Allergische Rhinopathie:** Anstieg von 14 % auf 56 %
- **Neurodermitis:** steigt von 15 % auf 41 %

*Anstieg weit gravierender bei
zwei-/mehrfacher AB-Gabe!*

Antibiotika bei Kindern – Studien mit fast 400.000 Kindern

Antibiotika und Pneumokokken-Resistenz bei Kindern unter 4 Jahren:

- **Einmalige AB-Gabe** in letzten 2 Monaten: OR 2.03
- **Mehrfache AB-Gabe** in letzten 6 Monaten: OR 4.67

Jeder Tag AB-Gabe erhöht die Resistenzrate um 4 %

Antibiotic stewardship

- Einsatz von Antibiotika (AB) (auch bei Kindern) **nur bei gesicherter** therapeutischer oder strenger prophylaktischer **Indikation**
- **Korrekte Auswahl von Anti-Infektiva** (z.B. bezüglich Dosierung, Applikationsart und -dauer)
- **Restriktiver Einsatz** des bestmöglichen ABs auch im Hinblick auf **möglichst kurze Therapiedauer**

Weitere Informationen:

<https://avs.rki.de/Content/Preface/Stewardship.aspx>

<http://www.antibiotic-stewardship.de>

Was tun, wenn der Patient auf Antibiotika besteht?

- „Es ist ganz normal wenn der Infekt / Husten 2-3 Wochen lang andauern wird“
- Nicht von „akuter Bronchitis“ sprechen, sondern von „viralem Infekt der oberen Atemwege“
- Gerade auch bei Otitis media:
ggf. **„Bedarfsrezept“ für ein Antibiotikum**
- **Infozepte** in vielen Sprachen über Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) mit vielen leicht verständlichen Tipps

Und immer einkalkulieren, dass Patienten ein völlig falsches Bild vom Potential der Antibiotika haben!

Die häufigsten Ursachen von Ohrenschmerzen = DD

Liegt tatsächlich eine Otitis media vor? Ist ein AB-Einsatz wirklich indiziert, sinnvoll und dringend?

1. Säuglinge und Kleinkinder

- **Otitis media akuta**
- Fremdkörper im äußeren Gehörgang
- Parotitis
- **Pharyngitis**

Die häufigsten Ursachen von Ohrenschmerzen = DD

2. Schulkinder und Jugendliche

- **Otitis externa**
(Sommer, keine Rhinitis! Typischerweise sehr schmerzhaft!)
- Tonsillitis
- Trauma
- Weisheitszähne
- Fremdkörper im äußeren Gehörgang

Untersuchungsgang bei Ohrenschmerzen

1. Anamnese

- Vorgehender Infekt der oberen Atemwege?
- Bisherige therapeutische Maßnahmen?
- **Frühere Otitis-media-Episoden?**

2. Untersuchung

- **Ganzkörperlich** orientiert!
- Inspektion von **Ohren und Rachen**
- Auskultation **Lunge**
- Immer **Ausschluss Meningitis / neurologische Erkrankung**

3. Otoskopie beidseitig

- verfärbt, matt, vorgewölbt, retrahiert, Erguss?

Akute Otitis media (= AOM) – aktuelles zur Epidemiologie

- 2/3 aller Kinder haben in **ersten 3 Lebensjahren** mindestens eine, **ca. 50 % drei und mehr AOM** erlitten
- Oft **Paukenerguss und Mittelohrschwerhörigkeit** bis ins mittlere Kindesalter!
- 12-Monats-Prävalenz AOM erste 17 Lebensjahre: 11 %
- **Inzidenz sinkt auf 2 % im 8. Lebensjahr**
- Abnahme der AOM durch **Pneumokokken- und Influenza-Impfung** um > 19 %
- Weiterer Faktor für Reduktion der (Schwere) von AOM im Kindesalter: **weniger Zigarettenrauchen der Eltern**

AOM: Sichere Diagnostik

1. Akuter Beginn der Krankheit:

Fieber, Krankheitsgefühl, Irritabilität

2. Zeichen und Symptome einer Mittelohrentzündung:

Rötung des Trommelfells und Otalgie

3. Otoskopisch nachgewiesener Mittelohrerguss:

Vorwölbung des Trommelfells mit eitrigem Erguss, Flüssigkeitsspiegel oder Luftblasen hinter dem Trommelfell, Auftreten einer Otorrhoe innerhalb der letzten 24 h

Sichere Diagnose: alle 3 Kriterien erfüllt.

Nur 2 Kriterien erfüllt = Diagnose fraglich

AOM: Basistherapie

- Allgemeinmaßnahmen, wie
Zwiebel-Kamille-Säckchen lokal (auch zur DD!)
- **Nasentropfen eventuell**
(z.B. Xylometazolin, evtl. zusätzlich 0,9%ige NaCl-Lösung)
- **Pflanzliche Sekretolytika**
(Kombinationspräparate)
- **„Akut-Homöopathika“** (z.B. Otimed®)

IOL (Infekt der oberen Luftwege): Akute Rhino-, Tonsillo-, Pharyngitis – Die häufigste Ursache einer AOM

Therapie symptomatisch:

- Körperliche Schonung
- Abschwellende **Nasentropfen**
- Pflanzliche **Rachentherapeutika**
- Tagsüber evtl. **pflanzliche Schleimlöser**
(*eigentlich Schleim-Restituierer*)
- Nachts chemisch-synthetische oder pflanzliche **Hustenstiller** bei Bedarf

AOM: Basistherapie zusätzlich

- **Ibuprofen** (1. Wahl)
- **Paracetamol** (2. Wahl) oder
- **Metamizol** (Ausweich)
(nicht bei Säuglingen < 3 Monate / < 5 kg KG)

Kein! ASS bei Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren!

Gewichtsadaptiert und altersbezogen bis zu 2-3(-4) mal täglich.

Wann Schmerz-Fiebermittel geben?

Nur wenn das Kind:

- **Stark beeinträchtigt** ist
(das Kind, nicht das Thermometer behandeln!)
- **Sehr hohes Fieber** hat ($> 40^{\circ}\text{C}$)
- Nur noch **sehr wenig Flüssigkeit trinkt**
- Vor Schmerzen / Fieber **nicht zur Ruhe kommt**

Cave: Paracetamol und Ibuprofen nach Alkohol häufigste Vergiftungs-Ursache bei Kindern

Vor- und Nachteile der „Schmerzmedikamente“

Ibuprofen

- **Vorteile:** Antiphlogistische Wirkung, starke Analgesie, hohe therapeutische Breite, geringe Toxizität bei Überdosierung, schmackhafte Säfte, bessere Verträglichkeit bei obstruktiver Bronchitis und lange Wirkdauer (> 8h)
- **Nachteile:** Zulassung erst ab 7. Lebensmonat, bei Dehydratation Gefahr Nierenversagen sowie weitere Kontraindikationen bzw. Nebenwirkungen wie z.B. Leberfunktionsstörungen / -schäden

Otitis media: Neue Leitlinie

Antibiotika-Gabe zwingend nur bei:

- 1. Schwere AOM**
(Fieber $> 39.5^{\circ}\text{C}$; starke Otalgie, deutlich reduzierter Allgemeinzustand)
- 2. AOM mit akutem Trommelfeldefekt / Otorrhoe**
- 3. Kindern 0 - 5 Monate immer**
- 4. Kindern 6 - 23 Monate bei beidseitiger AOM/ „sicherer AOM“**
- 5. Kindern mit Risikofaktoren**
(z.B. Immundefizienz, schwere Grundkrankheit, rezidivierende AOM, liegende Paukendrainage)
- 6. Keine Wiedervorstellung möglich nach 2-3 Tagen**

Strategie des „Watchfull Waiting“

1. Erneuter Arztkontakt zwingend nach 48-72 h

2. Warnzeichen für Komplikationen

- Rötung und Schwellung oder Klopfschmerz über dem Mastoid
- Drehschwindel, Fazialisparese, Hörstörung > 1 Woche
- Kind erbricht, kann nicht mehr ausreichend trinken / Nahrung aufnehmen

Häusliche Beobachtung durch die Eltern: Worauf achten?

- Zyanose, Somnolenz, Tachy-, Dyspnoe, Schwellungen, Dehydratation, Oligurie!, rezidivierendes Erbrechen, Nahrungsverweigerung, Exanthem, Petechien!, schlechte periphere Durchblutung
- Meningismus, Krampfanfall, Temperatur $> 40^{\circ} \text{C}$, Bewusstseins-Einschränkungen
- sich verschlechternder Allgemeinzustand

Häusliche Beobachtung durch die Eltern: Worauf achten?

- **Unverzögliche Wiedervorstellung (Sicherheitsnetz), evtl. stationäre Einweisung;** zu berücksichtigen auch: Ausmaß und Potential elterlicher Sorge, Instinkt des Therapeuten.
- Mehr als 80 % stationärer Einweisungen sind sozial mitbedingt.

Otogene Komplikationen

(sind glücklicherweise selten geworden)

- Akute Mastoiditis
- Labyrinthitis
- Fazialis-Parese
- Sinusvenenthrombose
- Epiduralabszess, Subduralabszess
- Meningitis
- Hirnabszess
- Gradenigo-Syndrom (sehr selten)

Strategie des „Watchfull Waiting“

3. Spontanverlauf i.d.R. (Kinder > 24 Mon.) ohne AB

- Besserung der Beschwerden nach 2-4 Tagen
- 90 % der Kinder nach 1 Woche wieder gesund
- Verlauf der pathologischen Befunde analog
(z.B. nach 2 Tagen bei 50 %, nach 1 Woche bei > 90 % keine Trommelfellrötung mehr)

Otitis media: Antibiotika

- **First line**

Amoxicillin 50(-60) mg/kg KG/d in 2-3 ED

Therapiedauer:

Alter < 24 Monate = 10 Tage

Alter ≥ 24 Monate = 7 Tage

Alter > 6 Jahre = 5-7 Tage

- **Alternativpräparate**

- Cefuroxim 30 mg/kg KG/d in 2 ED

- Cefpodoxim 5-12 mg/kg KG/d in 2 ED

- Ceftriaxon i.v./i.m. 50mg/kg KG EDO od 1-3d

- **Bei eindeutiger anaphylakt. Penicillin-Reaktion**

- Erythromycin 30-50 mg/kg KG/d in 3 ED

- Clarithromycin 15 mg/kg KG/d in 2 ED

- Azithromycin 10 mg/kg KG am 1. Tag, 5 mg/kg KG über weitere 4 Tage jeweils als EDO

Otitis media: Antibiotika

- **Second line**
 - Wahl: Amoxicillin-Clavulansäure 7:1-Formulierung
50 mg/kg KG/d Ax + 12,5 mg/kg KG/d Clav.
 - Ceftriaxon-Kurzinfusionen (Dosierung s.o.) 3 Tage lang
 - Clindamycin 30-40 mg/kg KG/d in 3 ED +
Cephalosporin der Gruppe 3 (Dosierungen s.o.)

Antibiotikatherapie bei Otitis media

Wenn eine antibiotische Therapie bei Kindern im Alter von 9-23 Monaten indiziert ist, sollte diese **unbedingt 7-10 Tage** durchgeführt werden.

- Deutlich **weniger Komplikationen** (auch Langzeit), als bei einer Therapiedauer von 5 Tagen!
- **Kein erniedrigtes Risiko einer AB-Resistenz-Entwicklung** bei 5 Tagen gegenüber 10 Tagen Therapiedauer

Wann sind Antibiotika bei akuter Rhinosinusitis indiziert?

- **Starke Beschwerden** (wenn eindeutig dem NNH-Bereich zuordenbar!)
- (Erneuter) **Fieberanstieg** $> 38,5^{\circ} \text{C}$
- **Verstärkung der Beschwerden** im Laufe der Erkrankung
- **Drohende** (v.a. orbikuläre) **Komplikationen**
- **Immundefiziente** / immunsupprimierte **Patienten**
- Patienten mit **schweren Grunderkrankungen** oder Risikofaktoren

Grüner Schnupfen allein ist keine AB-Indikation!

Immer bedenken: Allergische Rhinopathie – Syndrom der hyperallergenen Atemwege

- Ca. 20-30 % aller Kinder (und Erwachsenen) symptomatisch
- Auftreten ab Säuglingsalter möglich
- Komplikationen:
Sinusitis, **Otitis media**, rezidiv. Anginen, Hyperplasie der Adenoide und Tonsillen, Schlafstörung, Leistungsreduktion; Etagenwechsel / Asthma
- Häufig begleitend: allergische Konjunktivopathie

Allergische Rhinopathie – häufige Symptome

- Zentral: **Verengung des Naseninnenraumes**
- Seröser klarer **Fließschnupfen**
- **Zähes Nasensekret**, gelb / grün / borkig
- **Niesreiz, Nasenjucken, Hyperreagibilität**
(Allergischer Gruß / Nasenfalte)
- Dauerhaft **fehlender Mundschluss**
- Vergrößerte, gereizte Tonsillen
- **Nächtliches Schnarchen** / Schlaf-, Traum-Behinderung
- **Schub** bei Allergen-Exposition

Allergische Rhinopathie – weitere Symptome

- **Nasenschleimhaut** **blass**, bis livide verfärbt
(virale Rhinitis meist hochrot / graue Schlieren)
- Nächtlicher / morgendlicher **Husten**
- Morgendlicher **Nackenschmerz**
- **Mundgeruch** / Halsschmerz (v.a. morgendlich)
- **Reduzierte Tagesvigilanz / schulische Aufmerksamkeit**
(Fehldiagnose ADS!)
- Kombination mit **Conjunktivopathie, Asthma bronchiale, Neurodermitis**

Allergische Rhinopathie?

Vier Fragen klären vieles!

- 1. Wie lange dauert der Schnupfen bereits?**
Allergie: 4 Tage/Woche; länger als 4 Wochen
- 2. Haben Sie bekannte Allergien?**
Neurodermitis (als Kind)? Asthma bronchiale?
- 3. Wie oft: Niesen, laufende, verstopfte Nase?**
Allergie: Niesen, Juckreiz, Obstruktion
- 4. Brennende Schmerzen Nase/über NNH?**
Typisch für virale Genese, bakterielle Überinfektion

Allergische Rhinopathie - Therapieüberlegungen

- 1. Patienten-Aufklärung**
Immer indiziert
- 2. Allergenkarenz**
Indiziert, wenn möglich
- 3. Pharmakotherapie**
Sicherheit, Wirksamkeit, einfache Anwendung
- 4. Immuntherapie**
Wirksamkeit, kann den natürlichen Verlauf der Erkrankung modifizieren

Aktuelles zur systemischen Antihistaminika-Therapie bei Kindern

Systemisch angewandte Antihistaminika aller Generationen (!) induzieren bei Kindern gehäuft Nebenwirkungen, u.a.:

- Epileptische Anfälle
- Herz-Rhythmus-Störungen
- Weitere bedrohliche kardiale Krankheitsbilder
- Psychiatrische Krankheitsbilder
- Sozialverhaltensstörungen

Wann sind operative Maßnahmen induziert?

1. Chronisch **rezidivierende Otitiden**
2. v.a. wenn kombiniert mit **chronischem Paukenerguss** > 3 Monate und / oder **anhaltender Hörstörung / Sprachentwicklungsverzögerung**

Und welche Operation ist sinnvoll?

- **Paukendrainage**
(bringt i.d.R. sofortige Hörverbesserung, Ausbleiben Otitis-Rez.)
- **Adenotomie (AT)**
(sehr umstritten, immer DD allergische Rhinopathie)
- **Tonsillektomie (TE)**
(möglichst vermeiden!)

Aktuelle Meta-Analysen zu den Langzeitfolgen von AT und TE

- AT/TE bis Alter 9 Jahre: 2-3-fach erhöhtes Risiko **für IOL** im Verlauf von 30 Lebensjahren
 - Adenotomie: OR 1,99
 - Tonsillektomie: OR 2,72
- **Chronisch obstruktive Lungenerkrankung**
 - Adenotomie: OR 2,21
- **Asthma bronchiale**
 - Tonsillektomie: deutliche Erhöhung

Aber keine wesentliche/dauerhafte Reduktion der operativ angegangenen Krankheitsbilder. Daten von 1,2 Mio. Kindern, retrospektiv = Frage prä oder propter?

Risikofaktoren = Präventionsmöglichkeiten

1. Äußere Faktoren

- Täglicher Kontakt mit anderen Kindern
 - ➔ Gruppengröße in Kindergarten / Kita
- IOL und/oder Otitis media bei anderen Familienmitgliedern
- Fehlender Impfschutz
- Rauchende Familienmitglieder
- Gebrauch von Schnullern

Risikofaktoren = Präventionsmöglichkeiten

2. Individuelle Ursachen

Störung des Abflusses von Flüssigkeit und Schleim aus dem Mittelohr über die Eustach'sche Röhre:

- Große Rachenmandeln
- Häufige Halsentzündungen
- Angeborene Veränderung im Rachenbereich (z.B. Gaumenspalten)

Präventionsmöglichkeiten

Kinder, die in den ersten 6 Lebensmonaten mit Muttermilch gestillt wurden, erkranken seltener an Otitis media.

Präparate wie z.B. Otimed[®] eignen sich auch zur Prävention, insbesondere bei rezidivierender Otitis media.

Xylitol-Kaugummis und -Lutschtabletten (v.a. während der Erkältungszeit) senken die Otitis media-Rate.

Nur abwarten und zusehen? Sinnvolle Maßnahme statt AB, Operation und Co.

Homöopathika bei Otitis media

- Akut
Pulsatilla D4
Calcium jodatum D4
Belladonna D4
- Spontanperforation
Hepar sulfuris D4
- Chronische Eiterung
Silicea D4
- Chron. Paukenerguss
Kalium bichromicum D3
Calcium jodatum D4

Otimed®

Homöopathisches Arzneimittel bei Neigung zu Mittelohrentzündungen

Zusammensetzung:

Arzneilich wirksame Bestandteile nach Art und Menge:

Pulsatilla pratensis (Wiesen-Küchenschelle) Dil. D 4

Calcium jodatum Dil. D 4

Anwendungsgebiete:

Die Anwendungsgebiete leiten sich von den homöopathischen Arzneimittelbildern ab. Dazu gehören: **Neigung zu Mittelohrentzündungen.**



Vorteile einer kindgerechten Darreichungsform

- Zugelassen für Kinder ab 1 Jahr
- Laktose- und Allergenfrei
- Ohne Alkohol
- Ohne bekannte Nebenwirkungen
- Neutral im Geschmack

Homöopathika bei den häufigsten Differentialdiagnosen

Sinusitis / Nebenhöhlenentzündung

Akut: Pulsatilla D4

Chronisch: Cinnabaris D3 (4-6 x täglich)
oder Stannum metallicum D3 (6 Monate)
oder Calcium jodatum D4 (3-6 Monate)

Pharyngitis / Rachenentzündung

Akut (Schmerz strahlt zum Ohr aus)

Phytolacca D2

Homöopathika bei den häufigsten Differentialdiagnosen

Stomatitis / Mundschleimhautentzündung (auch Mundsoor)

Mercurius sublimatus D6 (unter die Zunge)
+ Bauchschmerz Carbo vegetabilis D4/6

Dentitio diffic. / Zahnungsbeschwerden

Chamomilla D3/6
Magnesium phosph. D3/6

Homöopathika bei chronischer Erkältung

Zentral Schnupfen / chronischer Paukenerguss

Kalium bichromicum D3/4 Tbl. 3x1 / 1 J.

Chronischer Nasen-Rachen-Katarrh

Hydrastis D2

Teucrium scorodonia D2

Chronischer gelber Schleim

Cyclamen D3

Homöopathika bei chronischer „Erkältung“

Pastöse Patienten

Calcium carbonicum D4 / 1 Jahr

**Chronisch entzündliche Schwellung und Hypertrophie
der Tonsillen und Lymphdrüsen**

Calcium jodatum D4 / 3-6 Monate

Fazit IOL mit und ohne Otitis media

- Kombination aus **Pulsatilla pratensis D4**

Indikationen:

1. Reichlich dicke, gelb-eitrige Sekretion bei Konjunktivitis, Blepharitis, Rhinitis, Otitis media (mit deutlich bis massiv gerötetem Trommelfell), Bronchitis, Asthma bronchiale
2. Neigung zu „Erkältungskrankheiten“

- mit **Calcium jodatum D4**

Indikationen:

- Otitis media, chronisch entzündliche Schwellung und Hypertrophie der Tonsillen und Lymphdrüsen, chronische Schleimhautentzündung der oberen Atemwege

* Ein „ideales“ Medikament bei akuter wie chronisch rezidivierender Otitis media

Fazit IOL mit Husten

Kombination aus **Belladonna D4**

- Reizhusten

+ **Ipecacuanha D4**

- trockener „erstickender“ Husten, Schleimrasseln, Keuchhusten, Asthma

+ **Cuprum aceticum D4**

- Krampfhusten, Pertussis, Asthma

+ **Drosera D4**

- trockener, bellender krampfartiger Husten, schmerzt in der Brust, Würgereiz, Pertussis, Asthma

Hilfreich für viele Hustenformen, v.a. die häufigste: krampfartiger Husten

Pulmosan®

Homöopathisches Arzneimittel bei Erkrankungen der Atemorgane

Zusammensetzung:

Arzneilich wirksame Bestandteile nach Art und Menge:

Atropa belladonna (Tollkirsche) Dil. D 4

Cephaelis ipecacuanha (Brechwurzel) Dil. D 4

Cuprum aceticum (Kupferacetat) Dil. D 4

Drosera (Sonnentau) Dil. D 4



Anwendungsgebiete:

Die Anwendungsgebiete leiten sich von den homöopathischen Arzneimittelbildern ab. Dazu gehören: **Besserung der Beschwerden bei krampfartigem Husten.**

Phytotherapie und Homöopathie bei Infektanfälligkeit (studiengesichert)

- **Contramutan[®] N** (Tropfen, Saft, Tbl.)
- **Angocin[®] Anti-Infekt N** (Tbl.)
- **Grippinfekt[®]** (Tropfen)
- **Imupret[®]** (Tropfen, Drg.)
v.a. bei beginnendem Infekt mit „Halskratzen“
- **Pelargonium sidoides**

Grippinfekt®

Homöopathisches Arzneimittel bei Erkältungskrankheiten

Zusammensetzung:

Arzneilich wirksame Bestandteile nach Art und Menge:

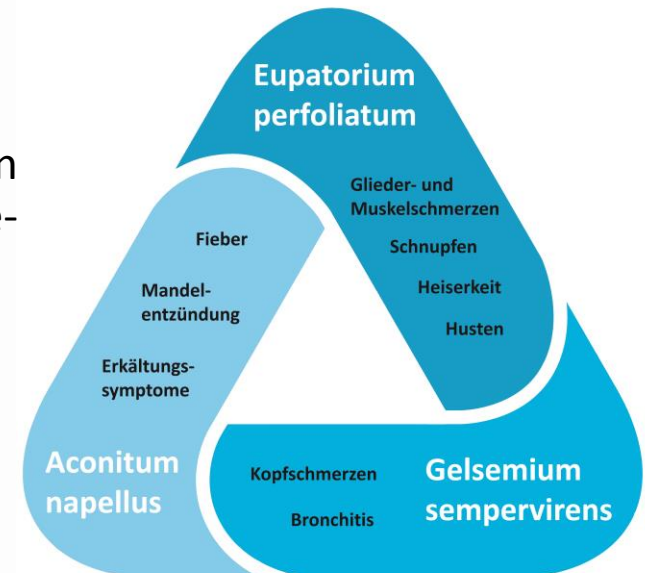
Aconitum napellus (blauer Eisenhut) Dil. D 4

Eupatorium perfoliatum (Wasserhanf) Dil. D 4

Gelsemium sempervirens (wilder Jasmin) Dil. D 4

Anwendungsgebiete:

Die Anwendungsgebiete leiten sich von den homöopathischen Arzneimittelbildern ab. Dazu gehören: **Grippale Infekte.**



Was kann man zusätzlich tun?

- Ausreichende Flüssigkeitszufuhr
(Urin wasserhell bis „Riesling“-farben)
- Lokal Zwiebel- oder Kamille-Säckchen
- Wadenwickel bei Fieber
Cave: Bei kalten Beinen / Füßen und hohem Fieber **nie kühle** Wickel anlegen! Auf keinen Fall die Beine mit wasserdichter Folie umwickeln!
- Lokale Wärme (z.B. Rotlicht)

Weitere sinnvolle Allgemeinmaßnahmen

- **Hände waschen**

Regelmäßiges Hände waschen ist wichtig (bis zu 10 x am Tag)! Seifen Sie die Hände gründlich ein, auch zwischen den Fingern, und massieren Sie sie für 20 bis 30 Sekunden und waschen Sie den Schaum gründlich ab.



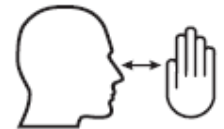
- **Hygienisch Husten und Niesen**

Halten Sie Abstand zu anderen Personen und husten und niesen Sie nicht in Ihre Hände, sondern in die Armbeuge.



- **Hände aus dem Gesicht halten**

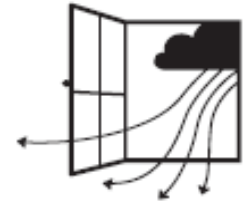
Achten Sie darauf, dass Sie mit Ihren Händen nicht die Schleimhäute von Mund, Augen und Nase berühren.



Weitere sinnvolle Allgemeinmaßnahmen

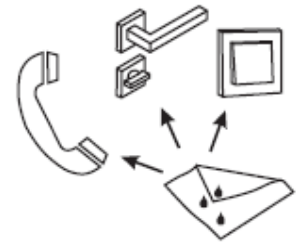
- **Lüften**

Geschlossene Räume sollten mehrmals täglich für jeweils 10 Minuten gelüftet werden.



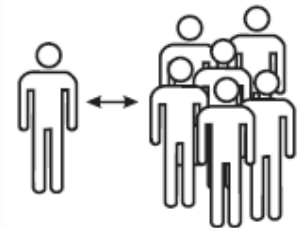
- **Reinigen von kritischen Oberflächen**

Gerade an Oberflächen wie Türklinken, Lichtschaltern und Telefonhörern sind zahlreiche Viren und andere Mikroorganismen zu finden. Desinfizieren Sie diese regelmäßig.



- **Menschenansammlungen meiden**

Halten Sie Abstand zu anderen Menschen, vor allem wenn diese erkrankt sind. Meiden Sie Menschenansammlungen.



Hilfreiche Literatur

- Leitfaden zur Diagnostik und Therapie von Atemwegsinfektionen (Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie)
- DGPI-Handbuch „Infektionen bei Kindern und Jugendlichen“
- Fegeler et. al (Hrsg.): „Praxishandbuch der pädiatrischen Grundversorgung“, (Elsevier)
- Elternbroschüren: „Wann muss ich mir Sorgen machen?“ (mhp-Verlag Wiesbaden)
- „Umgang mit einem kranken Kind“ der Uniklinik Bonn
Link: bit.ly/2cZiED4

Welch ein Glück, dass wir Kindern so viel Hilfreiches bieten können, auch bei Otitis media.



**Besten Dank für Ihre Aufmerksamkeit!
Ihr Ulrich Enzel**