

Screening als Public-Health-Maßnahme

Bevor ein Screeningprogramm als Public-Health-Maßnahme eingeführt wird, sollte immer ein **Nutzen** nachgewiesen sein. Denn hier kommt die Medizin zum Menschen und nicht der Mensch zur Medizin wie bei der Behandlung Kranker. Ferner sollten Opfer, die die Solidargemeinschaft der Gesunden erbringen muss, in einem ausgewogenen Verhältnis stehen zum Ertrag des Screenings für die so früh entdeckten „Kranken“. So wurde zum Beispiel ein **Neugeborenenhörscreening** beschlossen, ein augenärztliches **Amblyopiescreening** jedoch nicht. Bei dem **Neugeborenenstoffwechselscreening** wurde überlegt, welche Erkrankungen einbezogen werden und welche nicht. Ein Screeningprogramm zur Früherkennung von Neuroblastomen wurde erprobt, für schlecht befunden und wieder eingestellt.

Auch das **kinder- und jugendärztliche Früherkennungsuntersuchungsprogramm** beansprucht in großen Teilen, ein sinnvolles Screening zu sein. Es sollte ursprünglich sogar evaluiert werden, was von 1977-1985 für eine erhebliche Bürokratie sorgte. Die einzureichenden Durchschläge endeten 1988 in einem

Buch von P.G. Alhoff, das noch in den Regalen der Unibibliotheken steht. Unterdessen werden Vorsorgeuntersuchungen für gut befunden, obwohl ihre Screeningeffektivität mit heterogener Evidenz versehen war und ist, wie 2007 durch P. Weber im Ärzteblatt zu lesen war.

Die neue Kinderrichtlinie

Die über zehn Jahre dauernde Umarbeitung der Kinder-Richtlinie im Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) sorgt gegenwärtig für viel Diskussion: Wir niedergelassene Pädiater müssen sie umsetzen, waren aber an ihrer Entstehung nur teilweise beteiligt. Denn nur wissenschaftliche Fachgesellschaften sind stellungnahmeberechtigt zu den GBA-Beschlüssen: Also zum Beispiel die deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin, die deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaften, die deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin etc. Und die deutsche Gesellschaft für allgemeine ambulante Pädiatrie (DGAAP) steckt noch in den Kinderschuhen. Zukünftig könnte sie sich versorgungsforschend um Fragen kümmern, die uns täglich beschäftigen. Sonst macht dies nämlich niemand aus einem Blickwinkel mit praktischer Bodenhaftung.

Versorgungsforschung zur Optimierung der Praxis

Versorgungsforschung ist aufwendig und nicht leicht zu finanzieren. Ihr geht es um die Kluft zwischen Theorie und Praxis. Also auch darum, ob unter Praxisbedingungen ausreichend valide gearbeitet werden kann und gearbeitet wird. Denn breit angewendete Verfahren müssen so einfach durchführbar sein, dass es auch unter den immer wieder suboptimalen Bedingungen einer Alltagspraxis gelingt, zu einem valide einschätzbaren Ergebnis zu kommen.

Ob z. B. der **Brücknertest** im allgemeinpädiatrischen Setting dies hergibt? Ehrlich gesagt: Wir wissen es nicht. Wir werden aber umso berufszufriedener, je mehr wir uns sicher sein können, möglichst effektiv und klar zu arbeiten. Dies gelingt nur dann, wenn man die jeweils richtigen alten Zöpfe auch offiziell irgendwann wieder abschneidet, falls sie sich in der Praxis nicht bewähren.

Korrespondenzadresse:

Dr.med. Till Reckert, 72764 Reutlingen
E-Mail: till.reckert@icloud.com

Red.: WH

Infektionskrankheiten: Extinktion, Eradikation, Elimination oder Disease control?

Das ist eine Frage der Definition und des Erreichbaren, wie auf der 35. Jahrestagung der Gesellschaft für Tropenpädiatrie und Internationale Kindergesundheit (GTP) in Heidelberg diskutiert wurde. Vor zahlreichen ausländischen Gästen und Medizinstudenten fanden die internationalen Redner ein interessantes Publikum.

Ist ein Ende der HIV/AIDS Epidemie abzusehen? Die Verhinderung der Mutter- zu Kind-Übertragung ist möglich, Problem sind unerkannte HIV-positive Schwangere. Die Erfolge der antiretroviralen Therapie sind beträchtlich, dennoch bleiben HIV und Tb die häufigsten Todesursachen in Afrika. Eine präventive Behandlung kann die Transmission bei HIV-pos. Partnern verhindern, und es

stellt sich die Frage, ob HIV-negative Gefährdete (Migration, Landflucht) generell prophylaktisch behandelt werden sollen.

Bislang sind die Pocken die einzige eradizierte Erkrankung. 1988 war geplant, Polio bis zum Jahr 2000 zu beseitigen, es gab damals jedoch noch 20, jetzt noch 3 endemische Länder: Nigeria, Afghanistan, Pakistan. Probleme bleiben militärische und ideologische Konflikte, Erreichbarkeit und Finanzierung. Da die Impfpolio durch den als eradiziert geltenden Typ 2 verursacht wurde, ist die Schluckimpfung seit 4/2016 nur divalent ausgelegt. Die IPV-Versorgung ist kritisch und 15x teurer.

Angesichts von 212 Mio. Malariafällen ist eine Elimination in weiter Ferne: notwendig ist politischer Wille, konsequentes

Fallmanagement durch Frühdiagnostik, Vektorkontrolle, Bettnetze und Medikamente. Die Resistenzentwicklung erstreckt sich jetzt bereits auf Artemisinin. Manifeste Fälle sind nur die Spitze des Eisbergs. Der RTS,S – Impfstoff ist EMA-empfohlen, die Wirksamkeit nach einem Jahr unter 50 Prozent abgesunken und die WHO-Politik noch unklar. Massenbehandlungen hatten auf Inseln, aber auch in Thailand Erfolge. In China ist das Ziel, das Land 2020 malariafrei zu machen, in greifbarer Nähe, die letzte Herausforderung ist die importierte Malaria durch aus Afrika zurückkehrende Arbeiter.

Das Ziel, Europa 2015 masernfrei zu machen, wurde verfehlt. Seit 2013 gibt es eine Verifizierungskommission, die Viruszirkulation und Immunität der

Bevölkerung beobachtet. 2016 gab es 167.000 Masernfälle, hauptsächlich in Südostasien, aus Rumänien wurden über 1.000, aus Italien 728, aus UK 569 Fälle berichtet, mit 7 Todesfällen. In Deutschland wurden 2016 291 Fälle, davon 32% Flüchtlinge, 2015 aber 2.464 Fälle, davon die Hälfte aus Berlin, und nur 2% Asylanten, gemeldet. Die Datenlage hat sich verbessert, etwa durch Nutzung der KV-Daten zur Impfsurveillance.

Lepra gehört zu den 18 „neglected diseases“ der WHO. Indien rühmt sich, das 2000 noch nicht erreichte Ziel der Lepra-Elimination 2005 erreicht zu haben. Die offiziellen Zahlen widersprechen dem, was durch gezieltes Aufsuchen an „hidden cases“ noch gefunden wird, die Fallzahlen dürften 10x höher liegen. Durch den angeblichen Eliminationserfolg geraten die Krankheiten aus dem Focus, Erkennung und Behandlung verzögert sich. Das gleiche gilt für Dracunculose (Guinea-Worm).

Viele Studien und Publikationen beschäftigen sich mit den unspezifischen

Auswirkungen der Impfungen: Nach der Einführung der Masernimpfung etwa in Guinea-Bissau fiel die Sterblichkeit um den Faktor 3 ab, also weit mehr, als durch verhinderter Masern Todesfälle errechnet wird. Die Wirkung der Impfung auf die allgemeine Kindergesundheit ist viel größer als die Elimination der Zielerkrankung. Auch bei BCG-Impfung bei Geburt zeigte sich ein erheblicher Rückgang (38%) der Neugeborenensterblichkeit. Wie wirkt es sich aus, wenn Lebendimpfungen nicht mehr appliziert werden, wie etwa BCG seit 1976, oder jetzt OPV? In großen WHO-Datenanalysen zeigt sich, dass Lebendimpfungen, wie die Masern- und die BCG-Impfung die Mortalität halbieren, weit mehr, als durch die Verhinderung der Zielerkrankung erreicht wird, die DPT-Impfung jedoch die Mortalität steigert, besonders bei Mädchen. Totimpfungen zeigen demnach keinen derart positiven Effekt, ganz im Gegenteil, Grund, Impfschemata zu überdenken.

Die Bedeutung kulturspezifischer Besonderheiten und der Lebenssituationen zeigten sich in vielen weiteren Vorträgen aus dem Bereich der Ernährung und Nahrungszubereitung, von Tabus der angemessenen Schwangerenernährung bis zur Schwangerschaftsdepression, der Weiterentwicklung einheimischer Facharztausbildungen, der Flüchtlingssituationen mit den Feldern Arbeitsmigration, Landflucht, Binnenflüchtlinge. Diese Themen sowie andere, die der Vorbereitung auf einen Auslandsaufenthalt dienen, wurden in der nächsten Woche auf dem nunmehr 8. TropPaed Kurs der GTP in Rauschholzhäusern in kleinerem Kreis vertieft.

Weitere Informationen unter www.tropenpaediatric.de

Korrespondenzadresse:

Dr. Stephan Heinrich Nolte
35039 Marburg

E-Mail: shnol@t-online.de

Red.: ReH
