

Gesellschaft Anthroposophischer Ärzte in Deutschland

Die Gesellschaft Anthroposophischer Ärzte in Deutschland gibt zu aktuellen medizinischen Themen, die eine individuelle, gute Entscheidungsfindung von Patient und Arzt erfordern, Leitlinien heraus. Diese dienen als Orientierungs- und Entscheidungshilfe für den Arzt und sollen die verschiedenen Aspekte des Themas so aufbereiten, daß sachlich und rechtlich der freie Entscheidungsspielraum für Patient und Arzt herausgearbeitet wird. Diese Leitlinien werden zum Teil begleitet von einem Merkblatt für Patienten. Dieses ist auch für das Thema Masern geplant.

Nicht der Ersatz freier Entscheidungen durch Richtlinien einer Fachgesellschaft, sondern das Gegenteil wird angestrebt: die freie Entscheidung von Patient und Arzt zu fördern, die individuell für diesen Patienten, in dieser Situation die stimmige, als gut und authentisch empfundene, selbst verantwortete Entscheidung sein soll.

Leitlinie Masern und Masern-Impfung

Nach ersten Berichten aus dem 7. Jahrhundert wurden die Masern erstmals ausführlich von dem persischen Arzt Abu Bakr Mohammad Ibn Zakariya al Razi im 10. Jahrhundert beschrieben, der angab, sie würden mehr gefürchtet als die Pocken. Der Name „Morbilli“ bedeutet so viel wie „kleine Pest“ wegen der ausgedehnten Epidemien des Mittelalters mit hoher Sterblichkeit. Nach wie vor sind Masern ein gravierendes gesundheitliches Problem in der Dritten Welt: Weltweit starben 2003 weltweit nach Angaben der WHO noch etwa 530 000 Menschen – die Mehrzahl Kinder – an Masern. Insgesamt kann in den Industrienationen mit einer Masernsterblichkeit in der Größenordnung zwischen 1:10 000 bis 1:1000 gerechnet werden (RKI 2006, Hirte 2008, S.247, Wikibooks 2007); ein relativ höheres Risiko tragen Säuglinge, Erwachsene und immundefiziente Patienten. Demgegenüber kann die Sterblichkeit an Masern in Entwicklungsländern bis zu 25% betragen. Dies zeigt deutlich, dass die Masernsterblichkeit weltweit in erster Linie kein Problem der Industrienationen, sondern der Lebensumstände in den Entwicklungsländern ist (Unterernährung, enge Wohnverhältnisse und dadurch hohe Infektionsdichte für gefährdete kleine Säuglinge!).

Noch in den 90ziger Jahren waren Masern in Deutschland häufig, Ärzte waren es gewohnt, sie zu behandeln und Eltern mit der Krankheit vertraut. Seit der Intensivierung von Impfkampagnen und der Einführung der Meldepflicht für Masern mit Inkrafttreten des Infektionsschutzgesetzes im Januar 2001 sind sie drastisch zurückgegangen, so dass es inzwischen Kinderärzte gibt, die noch nie Masern gesehen haben. Im Jahr 2007 wurden in Europa 3842 Fälle an Masern gemeldet, davon ca. 8 % Säuglinge (Measles Surveillance Annual Report 2007). Ein Todesfall im Rahmen der akuten Erkrankung wurde nicht gemeldet. Meistbetroffen waren die Schweiz und Großbritannien, in Deutschland kam es zu 570 Masernerkrankungen.

Säuglinge tragen relativ das höchste Risiko, als Spätfolge ihrer Masernerkrankung an einer subakut sklerosierenden Panenzephalitis (SSPE) zu sterben. Diese, immer tödlich verlaufende Erkrankung ist in Deutschland nicht meldepflichtig(!), sodass das Robert-Koch-Institut (RKI) sich nicht in der Lage sieht, ihre Häufigkeit anzugeben (Siedler 2008). Wahrscheinlich tritt die SSPE heute ca. in der Häufigkeit von 1:10.000 auf, berechnet auf die Gesamtzahl der Erkrankten (Campbell et al. 2007, 1335), was jedoch bedeutet, dass Säuglinge ein deutlich höheres Risiko tragen. (vgl. auch Kliegmann 2007, S. 1334 f.).

Krankheitsbild

Die Masern sind eine hochfieberhafte und als Tröpfcheninfektion sehr ansteckende, durch einen Virus hervorgerufene Kinderkrankheit. Das Masern-Virus gehört neben dem RSV-Virus, dem Mumps-Virus, dem Erreger der Rinderpest und der atypischen Geflügelpest der Vögel zu den Paramyxoviren. Es ist sehr wärme- und lichtempfindlich. Isoliert wurde das Masern-Virus erstmals 1954.

Die Masern-Krankheit hat einen typischen, zeitlich geordneten Ablauf: Nach einer Inkubationszeit von etwa 10 Tagen kommt es zu Fieber und katarrhalischen Symptomen mit Schnupfen, Husten und Bindehautentzündung. Teilweise finden sich in der Mundschleimhaut kleine, weiße Flecken (Koplik'sche Flecken). Nach etwa 2 Tagen – das Fieber kann dabei vorübergehend abfallen – steigt das Fieber oft über 40°C und es entwickelt sich ein mittel- bis grobfleckiges, manchmal konfluierendes Exanthem, der sich vom Hals über den Stamm von oben nach unten bis zu den Gliedmaßen ausbreitet. Er blässt nach 3-5 Tagen ab, das Fieber sinkt und nach einer Woche sind sowohl die akuten Krankheitssymptome abgeklungen als auch die Infektiosität erloschen. Die Kinder wirken in dieser Zeit meist sehr krank, ziehen sich zurück, sind weinerlich und stimmungslabil. Durch die Konjunktivitis sind sie lichtscheu. Die Gesichtszüge erscheinen weicher, das ganze Gesicht wie „aufgequollen“. Charakteristisch ist der bellend-harte, oft quälende und hartnäckige Husten. Der Auskultationsbefund ergibt häufig mittel- bis feinblasige und feuchte Rasselgeräusche, die dem Unerfahrenen die klinische Abgrenzung einer Masernpneumonie erschweren können. Nach der akuten Phase benötigen die Kinder weiter Ruhe und eine Rekonvaleszenzzeit von mindesten 2 – 3 Wochen.

Komplikationen

Da die Symptomatik der Masern sich in erster Linie im Bereich der Atemwege abspielt, treten auch Komplikationen vor allem in diesem Bereich auf: als Mittelohrentzündung, Masernkrupp und Pneumonie. Von 121 gemeldeten stationär behandelten Komplikationen von Masern-Infektionen im Jahre 2006 wurde eine Pneumonie in der Hälfte aller Fälle genannt (ESPED Jahresbericht 2006).

Die Masern-Enzephalitis kann ab dem 3. Tag nach Beginn des Exanthems, selten auch verzögert noch nach mehreren Wochen auftreten. Typische Symptome sind Bewusstseinsstrübung, Krampfanfälle und Lähmungen. In der Hälfte der Fälle heilt sie folgenlos aus, etwa 15% der Betroffenen sterben (Schaad 1997). Ihre Häufigkeit nimmt mit steigendem Alter zu, in den ersten 4 Jahren ist sie selten (1:15 000), bei über 10-jährigen relativ häufig (1:2500) (Conybeares 1956, Gritz 1999). Übergangsformen zwischen masernbedingter Wesensveränderung mit Kopfschmerzen sowie EEG-Veränderungen treten in der akuten Krankheitsphase regelmäßig auf, anders als das Vollbild der Enzephalitis. Dies bedingt vermutlich die stark schwankende Inzidenz in verschiedenen Statistiken (Schweiz 2007 7 Fälle von ca.1000, Großbritannien 1 von ca.1000 Masernfällen). Analysiert man die Altersverteilung der 2007 und 2008 in der Schweiz gemeldeten Enzephalitisfälle, so waren zu 50 % Patienten über 14 Jahren betroffen; ein weiterer Häufigkeitsgipfel liegt um das 9.Lebensjahr (je eine Meldung mit 8, 9 und 10 Jahren). Diese Daten unterstreichen, dass Masern ab der Pubertät deutlich komplikationsreicher verlaufen! Es bestätigt sich auch, dass im Rahmen der tiefgreifenden Reifungsprozesse des Kindes um das 9.Lebensjahr eine besondere Sorgfalt in der Betreuung masernkranker Kinder angezeigt ist (vgl. auch die Erfahrungen von Kummer 1992).

Es kann angenommen werden, dass ähnlich, wie bei anderen Infektionskrankheiten Antipyrese die Sterblichkeit und die Komplikationsrate der Masern deutlich erhöht (Witzenburg 1992).

SSPE

Eine spät auftretende, seltene, aber immer tödliche Komplikation ist die subakute sklerosierende Panenzephalitis (SSPE). Sie führt über seelische Störungen und langsamen Verlust der erworbenen Fähigkeiten bis zur völligen Demenz mit Lähmungen und zerebralem Abbau. Hier handelt es sich um eine schleichend verlaufende Entzündung des Gehirns, die Monate bis 10 Jahre (Durchschnitt 6-8 Jahre) nach einer Masernerkrankung auftreten kann. Im ESPED Jahresbericht 2006 wurden für Deutschland keine Fälle gemeldet, in den 3 Jahren davor zusammen 13 Fälle. In einer amerikanischen Studie fand sich in allen untersuchten Gewebeproben des Gehirns von SSPE-Patienten eine Masernwildvirus-RNA, nicht aber ein Impfvirus.

Besonders gefährdet sind Säuglinge, deren Mutter ihnen keinen oder nur einen schwachen Nestschutz vermittelt. Das betrifft Säuglinge, deren Mutter weder geimpft ist noch natürlich eine Masernimmunität erworben hat, und Säuglinge, deren Mutter geimpft ist und nur eine schwache oder unzureichende Masernimmunität erworben hat. Mütter, die noch Wildmasern durchgemacht haben, vermitteln einen stabileren Nestschutz. Die Begegnung mit Wildmasern boostert die Immunität der natürlich und der durch Impfung immunisierten Frauen – sie wird aber durch die aktuelle Masernimpfstrategie zunehmend verhindert. Dadurch wird der Masern-Nestschutz für Säuglinge immer unsicherer (Hohendahl 2006). Absolut nimmt die Zahl der SSPE-Erkrankungen durch die Masernimpfstrategie zunächst ab; gleichzeitig aber nimmt die relative Gefährdung maserninfizierter Säuglinge aufgrund der dargestellten Entwicklung deutlich zu!

In der ärztlichen Erfahrung tritt immer wieder der Verdacht auf, dass eine Masernimpfung bei Kindern, die als Säuglinge masernvirusinfiziert wurden, den Ausbruch einer SSPE triggern kann. So ist ein Kind bekannt, das nach einer vermutlich durchgemachten Maserninfektion im Säuglingsalter im 2. Jahr gegen Masern geimpft wurde, 10 Tage später mit der Diagnose „adverse Impfreaktion“ stationär eingeliefert wurde und rasch aus zuvor völliger Gesundheit heraus das Vollbild einer SSPE entwickelte. Auch hier wurde ein Wildvirus nachgewiesen, der Verlauf legt jedoch den Verdacht nahe, dass die SSPE durch die – in diesem Fall unnötige – Impfung getriggert wurde (Madeleyn, einen ähnlichen Verlauf berichten u.a. Dodson (1978) und Hirte). Die Erörterung dieser seit Jahrzehnten diskutierten Frage in einem aktuellen Review kommt demgegenüber zu dem Schluss, dass eine Beschleunigung von Ausbruch und Verlauf durch eine Masernimpfung sich wissenschaftlich nicht belegen lasse (Campbell 2007, 1343). Angesichts der insgesamt unzureichend geprüften Sicherheit und Unbedenklichkeit der Masernimpfung (Demicheli et al. 2005) muss diese Frage derzeit offen bleiben.

Die beobachteten Fälle von SSPE sollten in jedem Fall Anlass sein, nicht geschützte Säuglinge streng von Masernkranken fern zu halten. Auch in der ärztlichen Impfberatung muss dieser Aspekt dargestellt werden, z.B. bei bisher nicht (natürlich oder durch Impfung) immunisierten älteren Geschwistern oder vor der Aufnahme des Säuglings in eine Kinderkrippe.

Die Masern-Impfung

Die Masernimpfung als Lebendimpfung mit abgeschwächten Erregern wird in Deutschland seit 1973, heute gemeinsam mit der Mumps- und Röteln- und neuerdings auch der Windpockenimpfung öffentlich empfohlen. Bis heute ist neben den Mehrfachimpfstoffen auch ein Einzelimpfstoff verfügbar.

Die STIKO-Empfehlung lautet:

Eine Impfung zwischen dem 11. und vollendeten 14. Lebensmonat, sowie eine Zweitimpfung einen Monat nach der Erstimpfung. Nachholimpfungen sollten möglichst bis zum vollendeten 18. Lebensjahr erfolgen.

Die erste Impfung schützt in über 90%, mit der zweiten Impfung erreichen fast alle Geimpften einen Schutz vor Masern. Ein vorhandener Schutz gegen Masern kann durch Bestimmung der IgG-Antikörper im Blut mit einer gewissen Sicherheit nachgewiesen werden. Damit ermöglicht die Laborbestimmung der Masern-IgG-Antikörper Folgendes:

- ein ausreichender IgG-Antikörperspiegel nach einer Impfung kann anstelle einer Zweitimpfung in den Impfpass eingetragen werden und wird weltweit als Nachweis ausreichender Masernimmunsierung akzeptiert. Es gibt allerdings Hinweise, dass zwei Impfungen etwas höhere Antikörpertiter bewirken als nur eine Impfung (Vandermeulen 2007).
- andererseits ist die Dauer des Impfschutzes grundsätzlich unsicher. Deshalb empfiehlt es sich in jedem Fall, z.B. vor Reisen in Entwicklungsländer oder vor einer möglichen Schwangerschaft die Masernimmunität zu kontrollieren. Angesichts der zunehmend fehlenden Boosterung des Impfschutzes durch Wildviruskontakt kann die Bedeutung von Masernimmunitätskontrollen zunehmen, um Erwachsenenmasern zu verhindern.

Ob der Schutz durch natürliche Masern lebenslang sicher anhält, wovon man bisher ausging, kann heute ebenfalls nicht mehr mit Sicherheit gesagt werden (auch hier gilt, dass wir nicht wissen, welche Bedeutung die Boosterung durch Wildviren hat).

Eine Impfung nicht geschützter Personen kann noch innerhalb von 3 Tagen nach Ansteckung durchgeführt werden. Das schafft die Möglichkeit für „Riegelungsimpfungen“, die das örtliche Gesundheitsamt auf der gesetzlichen Grundlage des Infektionsschutzgesetzes von 2001 bei gehäuftem Auftreten von Masern anordnen kann.

In Ländern mit hoher Impfbeteiligung hat die Häufigkeit der Masern drastisch abgenommen. In den USA traten 2005 noch 66 Fälle, davon die Hälfte bei Säuglingen und Erwachsenen auf, ähnlich war die Situation in den Jahren zuvor (CDC 2006). In Europa wurden in Finnland 1996 bis 2000 nur noch 4 Masernfälle gemeldet, in Deutschland 2007: 570, 2006: mehr als 1000, 2005: 778. Bis etwa zum Jahr 2000 gab es in den meisten Industrieländern regelmäßige Masern-Wellen etwa alle 4 bis 5 Jahre. Diese haben auch zur Boosterung sowohl der durch eine Masernerkrankung oder Impfung weitgehend immunen älteren Bevölkerung geführt. Das ergab epidemiologisch einen Schutz nahezu der gesamten Bevölkerung, besonders auch der gefährdeten Gruppen, zum Beispiel der Säuglinge oder älterer Menschen. Bei der inzwischen auch in Deutschland, Österreich und der Schweiz deutlich gestiegenen Durchimpfung der kleinen Kinder kann von einer natürlichen Boosterung unter den gegenwärtigen epidemiologischen Bedingungen nicht mehr ausgegangen werden. Die Impfmaßnahmen im großen Stil haben so zumindest vorübergehend zu einer Gefährdung bestimmter Bevölkerungsgruppen geführt.

Während die WHO 1984 die Masern bis zum Jahre 2000 weltweit eliminieren wollte, musste dieses Ziel auf 2007, neuerdings für Europa auf 2010 verschoben werden. Ob allerdings weitreichende Durchimpfungen in den Industrieländern an diesen Zuständen etwas ändern können, ist nicht klar. Durch die großen und möglicherweise unüberwindlichen Schwierigkeiten, Masern in Ländern mit hoher Armut und gering

entwickelten Gesundheitssystemen oder instabilen politischen Verhältnissen zu eliminieren, verschiebt sich andererseits für die Bevölkerung der Industrienationen bei nicht oder erfolglos Geimpften das Risiko, durch internationale Kontakte Masern zu bekommen ins Erwachsenen- oder Säuglingsalter.

Ebenso stellen nicht Masernimmunisierte, die in Entwicklungsländer reisen und möglicherweise das Masernvirus einschleppen oder verbreiten, für die dortige, oft unterernährte Bevölkerung ein Risiko dar!

Nebenwirkungen der Masernimpfung

Die Interpretation von Statistiken und Melderegistern zu Impfnebenwirkungen wird vielfach emotional und kontrovers diskutiert. Im Einzelfall ist es schwer, das Auftreten einer neuen Krankheit in zeitlichem Zusammenhang mit einer Impfung dieser ursächlich zuzuschreiben. Da die Impfung überwiegend als Dreifach- oder seit 2007 Vierfachimpfung empfohlen und verabreicht wird, können mögliche Nebenwirkungen in diesem Fall nicht ausschließlich auf die Masernkomponente bezogen werden. Dennoch gehört zu einer ausgewogenen Impfaufklärung unbedingt der Hinweis auf Nebenwirkungen.

Häufigste unerwünschte Folge der Masernimpfung als Lebendimpfung sind abgeschwächte Masern bei 3-5% der Geimpften in der 2. Woche nach Impfung. Diese können als Zeichen einer gesunden Reaktion des Organismus auf diese Lebendimpfung gesehen werden – zum Zeitpunkt der Impfung ist jedoch auf diese Möglichkeit hinzuweisen. Das Vermeiden außergewöhnlicher Belastungen des Organismus in den zwei Wochen nach Impfung erscheint bei dieser Lebendimpfung sinnvoll.

Fieberkrämpfe treten bei 500 Geimpften einmal auf, andere zum Teil schwere Nebenwirkungen relativ selten. Eine kritische Sichtung der Masern-Impf-Nebenwirkungen ist zuletzt in einem Cochrane Review veröffentlicht (Demichelli et al., 2005). Gesichert erscheint in der Bewertung aller vorliegenden Studien, die die Einschlusskriterien erfüllten, eine Assoziation der Masern-Mumps-Röteln-Impfung mit vermehrter Unruhe, Thrombozytopenie, Parotitis, Gelenk- und Knochenschmerzen sowie aseptischer Meningitis. Ein vermehrtes Auftreten chronisch entzündlicher Darmerkrankungen sowie eines Autismus nach Masern-Mumps-Röteln-Impfung erschien unwahrscheinlich. Ungelöst bleibt das Problem des underreporting schwerwiegender Erkrankungen im zeitlichen Zusammenhang mit der Impfung. Bleibende Schädigungen werden bei 1 von 200 000 Impfungen, Todesfälle bei 1 von 500 000 Impfungen statistisch erwartet (Wikibooks 2007). Bemerkenswert ist noch die Schlussfolgerung der Autoren des Cochrane Reviews, dass keine Feldstudien zur Sicherheit und Effektivität der Masern-Mumps-Röteln-Impfung vorliegen, was angesichts der weltweiten Verbreitung dieser Impfung unverständlich ist und im Widerspruch zur ärztlichen Sorgfaltspflicht steht.

Welchen Sinn kann es haben, das ein Kind Masern bekommt?

Die Frage nach dem möglichen Sinn einer Krankheit wird heute in den Gremien, die wie die STIKO für öffentliche Impfempfehlungen verantwortlich sind, nicht gestellt, Krankheit muss verhindert bzw. ausgerottet werden. Masern sind eine typische Kinderkrankheit, die folgenden Gesichtspunkte beziehen sich deshalb auf Kinder vom 2.-12. Lebensjahr. Aufmerksame Eltern erleben gerade bei den Masern in typischer Weise eine Verwandlung, die ihr Kind dabei durchmacht, sie können unter diesem Aspekt die Masern ihres Kindes als sinnhaft erleben, als eine Auseinandersetzung mit dem eigenen Leib, aus der das Kind gestärkt hervorgehen kann.

In einer Praxisstudie wurde bei 886 Kindern der Verlauf von Masern mit einem Fragebogen prospektiv untersucht (Kummer 1999). Fast 66% der Kinder wirkten in der 4. Krankheitswoche, als wären sie nie krank gewesen, 39,2% der Kinder waren in einem definierten Zeitraum nach den Masern seltener krank als zuvor, 61,2% hatten einen überraschenden Fortschritt in der Entwicklung gemacht. Von 327 Eltern fanden es 323 richtig, dass ihr Kind die Masern bekamen und würden es nicht impfen wollen, nur 3 Eltern hätten es lieber impfen lassen.

Neuere Studien (Alm und Swartz 1999, Alfven, Braun-Fahrländer et al 2005) zeigen, dass neben anderen Faktoren das Durchmachen von Masern eine präventive Wirkung im Hinblick auf ein Atopierisiko haben kann. In der Nachfolgestudie (Flöistrup 2006) konnte gezeigt werden, dass die MMR-Impfung zu einem erhöhten Risiko für allergische Rhinokonjunktivitis führte. Eine Reihe veröffentlichter Einzelfallstudien bestätigt die Erfahrung, dass chronische Krankheiten bis hin zu malignen Tumoren nach durchgemachten Masern ausheilen können (eine Literaturübersicht mit 13 Publikationen zu diesem Aspekt bietet Hirte, 2008 S. 248f.).

Der grundsätzliche Aspekt, dass die Suppression akut-entzündlicher Krankheitsbilder im Kleinkindesalter mit der Zunahme an Immunregulationsstörungen, z.B. Allergien im Schulalter korreliert, wird von immunologischer Seite gesehen (Bach 2002). Wie bei vielen Lebenskrisen muss das Risiko der Krankheit gegenüber einem Nutzen im Einzelfall abgewogen werden, dies ist Aufgabe jeder individuellen, nicht nur an Statistiken orientierten ärztlichen Tätigkeit.

Einen weiteren Gesichtspunkt zur Sinnhaftigkeit einer Masernerkrankung gibt die Anthroposophische Menschenkunde (Steiner GA 314 149-150, GA 316 26-28, GA 159, 362): Die geistig-seelische Individualität des Kindes ringt mit den von den Eltern abstammenden Vererbungs Kräften und will den Leib individualisieren. Im Rahmen akut-entzündlicher, hochfieberhafter Erkrankungen kann dies in besonderem Masse gelingen, da es dabei zu einem starken Abbau und Neuaufbau leiblicher Strukturen kommt und z.B. die individuelle Regulation des immunologischen Gleichgewichts entscheidende Reifungsschritte vollzieht. So führen die Masern, ähnlich wie die Pneumonien (Soldner und Stellmann 2007), zwar zunächst zu einer entzündlichen Auflösung leiblicher Strukturen – gerade im Atmungstrakt – die die Präsenz des Seelisch-Geistigen des Kindes im Leibe gefährden. Sie fordern damit andererseits die Individualität des Kindes zur Überwindung dieser, vom Masernvirus induzierten Entfremdung des eigenen Leibes heraus. Im Fieber, in seiner individuellen immunologischen Antwort überwindet das Kind nicht nur die Masern-Infektion, sondern individualisiert dabei die Gestalt seines Organismus. In der Abheilung der globalen krankheitsbedingten Veränderungen, gerade an den Grenzflächen des Organismus (Ausschlag, Bindehaut- und Atemwegsentzündung) kann die Überwindung der Krankheit als eine Art Neugeburt und Neustrukturierung des Leibes erlebt werden. – Demgegenüber erscheint es bemerkenswert, dass z.B. allergische Erkrankungen regelhaft mit chronisch-entzündlichen Störungen der Grenzflächen des Organismus einhergehen (Neurodermitis, allergische Rhinitis, Asthma bronchiale).

Rudolf Steiner selbst war kein Impfgegner, er ging davon aus, dass eine Impfung Menschen, die eine spirituelle Entwicklung durchmachen, nicht schadet und, dass bei Kindern die Folgen einer Impfung durch eine spirituelle Erziehung ausgeglichen werden können. Gemeint ist damit eine Erziehung, die sich am Entwicklungsgedanken orientiert und die Unvermeidlichkeit von Krisen in der menschlichen Entwicklung anerkennt. Eine solche Erziehung kann pädagogisch die notwendige Individualisierung in der kindlichen Entwicklung unterstützen und damit ähnlich wirken wie eine Kinderkrankheit und ihre Überwindung. Andererseits problematisiert R. Steiner die

Tendenz, dass Kinder möglichst keine akuten gesundheitlichen Krisen mehr erleben und überwinden sollen. (Steiner, GA 314, Seite 286-288). Dass fehlende oder pharmakologisch supprimierte akute Entzündungen im frühen Kindesalter eine Zunahme chronisch-entzündlicher Erkrankungen begünstigen können, wird von der aktuellen Forschung belegt (Bach 2002, Bradley et al. 2008). Chronisch-entzündliche Erkrankungen führen heute medizinisch häufig zu einer einstellenden, leitliniengesteuerten Therapie, die den kindlichen Organismus (oft jahrelang) einer standardisierten kontinuierlichen pharmakologischen Kontrolle unterwirft. Doch nicht nur dies: chronisch-entzündliche Erkrankungen wie das Asthma bronchiale sind selbst mit dem Risiko schwerwiegender und auch tödlich verlaufender Krisen behaftet: 1 – 2 von 10.000 asthmakranken Kindern sterben pro Jahr in Deutschland. Die starke Zunahme chronisch-entzündlicher Erkrankungen in den letzten 40 Jahren wird nicht ausreichend im Zusammenhang mit Abnahme und Suppression akut entzündlicher Erkrankungen im frühen Kindesalter diskutiert, obwohl eine erhebliche wissenschaftliche Evidenz für diesen Zusammenhang vorliegt (Soldner/Stellmann 2007, 347 – 355).

Zur Therapie der Masern

Die Therapie ist eine Begleitende und dient dem Verhindern von Komplikationen. Engmaschige ärztliche Kontrollen sind erforderlich. Das Kind braucht maximale Ruhe. Alle Wärmeprozesse und damit das Fieber sollten nur gelenkt, aber nicht unterdrückt werden. Potenziierte homöopathische und anthroposophische Arzneimittel stellen eine wesentliche Säule der Masernbehandlung dar. Der Verlauf von über 1.000 Masernfällen in Coburg deutet darauf hin, dass Klinikeinweisungen unter dieser Behandlung deutlich seltener notwendig sind.

Die folgenden Hinweise können nur beispielhaft sein und müssen dem einzelnen Kind und seiner Situation angepasst sein. Ein Hauptmittel und spezifisch für das Wesen der Masernerkrankung ist Pulsatilla (z.B. in D6), das Kind ist „zu nah am Wasser gebaut“, wirkt weinerlich, zu „aufgelöst“. Im Lenken der Wärmeprozesse und Abmildern einer Krampfbereitschaft ist Belladonna ein wichtiges Mittel, als D6 gegeben. Das Abfließen der katarrhalischen Sekretion (Nase, Mittelohr, untere Atemwege) wird durch Mercurius vivus oder solubilis in D 15 wirksam gefördert. Dabei hat sich auch die Kombination mit Apis und Belladonna bewährt.

Die häufige entzündliche Schleimhautreizung und -schwellung im Kehlkopfbereich wird durch Spongia günstig beeinflusst. Im weiteren Verlauf und in der Rekonvaleszenz kann die Komposition von Graphit und Roseneisen den Husten deutlich rascher abklingen lassen und Komplikationen vorbeugen. Gleitet der Krankheitsprozess in Richtung Pneumonie ab, sollen die Hauptmittel der anthroposophischen Pneumoniebehandlung, Aconitum, Bryonia, Phosphorus und Tartarus stibiatus einzeln oder in Kombination gegeben werden. Sorgfältig zu beachten sind Hypoxämie/Sauerstoffbedarf und die Frage einer bakteriellen Superinfektion, die ein antibiotisches Eingreifen erfordern kann.

Äußere Anwendungen wie Quarkwickel oder Senfbrustwickel helfen, den Krankheitsprozess über die Haut abzuleiten. Diesen Prozess leistet das Kind selbst im Hervorbringen des Exanthems. Bei absteigend verlaufenden Atemwegsentzündungen und Masernpneumonie kann den genannten äußeren Anwendungen entscheidende therapeutische Bedeutung zukommen.

Einläufe mit physiologischer Kochsalzlösung (ca. 30 – 35 C°) haben eine fieberregulierende und kreislaufstabilisierende Wirkung, insbesondere bei trinkschwachen, hoch fiebernden Kindern.

Impfentscheid

Die GAÄD hat in ihrer Fachzeitschrift „Der Merkurstab“ zur Frage der Patienteninformation und des Impfentscheides Stellung bezogen (Soldner 2006) und in Verbindung mit dem Verein „Ärzte für individuelle Impfentscheidung“ und dem Patientenverein „gesundheit aktiv“ gutachterlich die Rechtslage klären lassen, die sich ergibt, wenn Kinder, die nicht gegen Masern geimpft sind, Gemeinschaftseinrichtungen besuchen. Zu diesen Fragen hat die Gesellschaft Anthroposophischer Ärzte zwei Rechtsgutachten erstellen lassen (Hesse 2007, Hesse 2008).

Mehrfach hat der renommierte Verfassungsjurist R. Zuck zu diesem Thema Stellung genommen (aktuell Zuck 2008).

Folgende Aspekte sollte der Arzt in der Impfaufklärung zur Masernimpfung besonders berücksichtigen:

- freilassende Darstellung der aktuell geltenden STIKO-Impfempfehlung und der in dieser Leitlinie angesprochenen Chancen und Risiken der Impfung wie der Erkrankung
- altersgerechte Aufklärung von Eltern und Patienten: dazu gehört, spätestens ab Beginn der Pubertät das Kind selbst mit einzubeziehen und z.B. die Risiken einer Schwangerschaft und Stillzeit oder von Reisen in Entwicklungsländer ohne ausreichende Immunisierung darzustellen. Masern sind eine Kinderkrankheit. Das erhöhte Risiko für Erwachsene wie für Säuglinge muss deutlich gemacht werden.
- Vorbestehende chronische Erkrankungen insbesondere der Lunge, z.B. eine bronchopulmonale Dysplasie Frühgeborener, können Masern besonders schwer verlaufen lassen.
- Masern sind hochansteckend; der Impfentscheid hat dementsprechend hier eine starke soziale Komponente! Auf das Risiko der Ansteckung Dritter (z.B. Säuglinge, Immunsupprimierte, oder – auf Reisen – unterernährte Menschen) muss ebenso hingewiesen werden wie auf mögliche Folgen fehlender Immunisierung wie zeitweiser Ausschluss von Gemeinschaftseinrichtungen (Kindergärten und Schulen).
- Wichtig erscheint auch der Hinweis, dass im Falle der Impfung das Kind nicht nur gesund sein muss, sondern auch in den folgenden 14 Tagen Rücksicht auf die Impfung mit einem Lebendvirus genommen werden sollte, um das Risiko schwerwiegender Impfnebenwirkungen zu minimieren
- Die Möglichkeit der Impftiterüberprüfung sollte angesprochen werden (mögliches Vermeiden einer Zweitimpfung, Erkennen von Impfversagern und nachlassender Masernimmunität)

Sowohl für die Therapie der Masern als auch die freie Impfentscheidung gilt, dass ein gutes Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient bestehen muss. Dazu gehört wesentlich, dass der Arzt die Impfentscheidung informierter Eltern akzeptiert, auch wenn er für sein Kind anders entscheiden würde. Eine freie Entscheidung erfordert Mut. Dieser Mut, individuell eine verbindliche Entscheidung zu treffen, schafft die Voraussetzung dafür, die möglichen Konsequenzen eines Impfentscheides tragen zu können, sei es im Krankheitsfall, sei es im Falle der Impfung.

Literaturverzeichnis zur Masern-Leitlinie

Alm J S, Swartz: Atopy in children of families with an anthroposophic lifestyle. Lancet 353, 1485-1488 (1999)

Alven T, Braun-Fahrländer C et al.: Allergie diseases and atopic sensitization in children related to farming and anthroposophic lifestyle – the PARSIFAL study. Allergy (2005). E pub September 15; doi 10.1111/j. 1398-9995.2005.00939.X

Bach F: The Effect of Infections on Susceptibility to Autoimmune and Allergic Diseases. New Engl.J.Med. 2002, 347, 911-920.

Bradley R , Clayton T, Crane J, v Mutius E, Lai CKW, Montefort S, Stewart A: Association between paracetamol use in infancy and childhood and risk of asthma, rhinoconjunctivitis and eczema in children aged 6 – 7 years: analysis from Phase Three of the ISAAC programm. The Lancet 2008, 372, 1039-1048

Campbell H .,AndrewsN, Brown KE, Miller E: Review of the effect of measles vaccination on the epidemiology of SSPE. Int.J.of Epidemiology 2007, 36; 1334 – 1348

CDC 2006 (Center for Disease Control: Measles/United States, 2005. MMWR weekly report 2006. WWW.CDC.GOV

Conybeare ET. Month Bull Health 1956, 15: 40. Zitiert bei Hirte W. Measles Encephalitis: Age disposition and vaccination. Archiv ges Virusforsch 1965, XVI (1-5): 311-313

Demichelli V, Jefferson T, Rivetti A, Price D: Vaccines for measles, mumps and rubella in children. Cochrane Database Syst Rev. 2005 Oct 19; (4): CD004407. Review. PMID 16235361

Dodson W.E, Pasternak J, Trotter J.L: Rapid deterioration in subacute sclerosing panencephalitis after measles vaccination. The Lancet 1978; 330; 767-768

ESPED-Jahresbericht 2006 (Erhebungseinheit für seltene pädiatrische Erkrankungen in Deutschland) www.esped.uni-duesseldorf.de

Gritz K. MMR-Impfung: Vorurteile – Fakten. Kinderarzt 1999, 30:10 f.

Hesse, J.M: Ausschluss nicht geimpfter Kinder vom Schul/Kindergartenbesuch und andere Maßnahmen der Gesundheitsämter bei Auftreten von Masernerkrankungen. Der Merkurstab 2007; 60; 357 – 368

Hesse, J.M: Pflicht zum Nachweis des Impfschutzes von Kindern vor ihrer Aufnahme in einen Kindergarten oder eine Schule – Verletzung des „Grundrechts auf Datenschutz“ durch neues Hessisches Kindergesundheitsschutz-Gesetz. Der Merkurstab 2008; 61; 499 – 500

Hirte M. Impfen pro & contra Knauer, 2008

Kliegman RM, Behrman RE, JensonHB, Stanton BF: Nelson's Textbook of Pediatrics, 18. Aufl 2007. Saunders 2007

Kummer KR. Masernverlauf in einer Kinderarztpraxis. Der Merkurstab **45**, 180-190 (1992)

Measles surveillance report 2007, www.euvac.net

RKI (Robert-Koch-Institut): Masern 2006. www.rki.de

Schaad, UB. Pädiatrische Infektiologie, 2. Aufl., Hans Marseille, München 1997

Siedler, A., Robert Koch Instituts-Abt. für Infektionsepidemiologie/Impfprävention. Schriftliche Mitteilung auf die Anfrage von M.Hirte,vom 1.10.2008

Soldner G, Stellmann H M. Individuelle Pädiatrie, 3.Aufl. Stuttgart 2007

Steiner R. Physiologisch-Therapeutisches auf Grundlage der Geisteswissenschaften., 3. Auflage. Dornach 1989: Rudolf-Steiner-Verlag, Gesamtausgabe Band 314

Steiner R. Meditative Betrachtungen und Anleitungen zur Vertiefung der Heilkunst Dornach: . Rudolf-Steiner-Verlag,. 3. Auflage 1987, , GA 316

Steiner R. Das Geheimnis des Todes. Dornach : Rudolf-Steiner-Verlag 1980, GA 159

Vandermeulen C, Roelands M, Leroux-Roels G, Van Damme P, Hoppenbrouwers K.. Long-term persistence of antibodies after one or two doses of MMR-vaccine. Vaccine 2007.doi: 10.1016/j.vaccine.2007.07.008

Wikibooks: www.wikimediafoundation.org

Witsenburg BC et al. Masernsterblichkeit und Therapie. Der Merkurstab 1992 (45;3) 177-180

Zuck R, Impfrecht. Impfempfehlungen. Impfentscheidung. MedR (2008) 26, 410- 414

Für die Gesellschaft Anthroposophischer Ärzte in Deutschland GAÄD:

Dr.med.Rene Madeleyn

Leitender Arzt Abt. f. Kinderheilkunde und Jugendmedizin
Filderklinik

Dr.med. Alfred Längler

Leitender Arzt Abt. f. Kinderheilkunde und Jugendmedizin
Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke

Dr.med. Stefan Schmidt-Troschke

Kinderarzt, Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke
Verein Ärzte für individuelle Impfentscheidung e.V.

Dr.med. Bernhard Wingeier

Kinderarzt, Ita-Wegman-Klinik, Arlesheim/Schweiz

Dr.med.Karl-Reinhard Kummer,

Kinderarzt, Karlsruhe

Georg Soldner,

Kinderarzt, München

Mitglied des Vorstands der GAÄD