



HNOmedic
kompetent.menschlich.nah

Qualitätszirkel der Stuttgarter Kinderärzte

10.02.2026

Eduard Manherz

Wer sind wir ?



HNOmedic

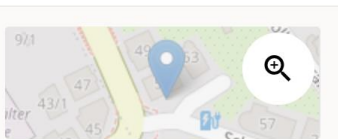


- HNOmedic 2015 als Einzelpraxis in München gegründet
- Praxisnetzwerk mit aktuell 4 Gesellschaftern (HNO-Ärzt:innen)
- 24 Standorte in 3 Regionen
- Anbindung an eigenes Schlaflabor, ambulantes Operieren
- > 200 Mitarbeiter



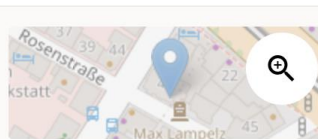
HNOmedic - Stuttgart

- seit 1.4.2022 in Stuttgart
- 3 Standorte



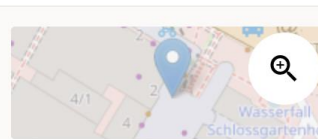
HNOmedic MVZ Stuttgart Süd

Schickhardtstraße 51
70199 Stuttgart



HNOmedic MVZ Stuttgart Süd | Fil. Olgastraße

Olgastraße 43
70182 Stuttgart



HNOmedic MVZ Stuttgart Süd | Fil. Königstraße

Königstr. 2
70173 Stuttgart



HNOmedic - Stuttgart





Website:
hnomedic.de/zuweiser

E-mail:
stuttgart@hnomedic.de

Zuweisernummer Arzt:
0711-6076024





Seromukotympanon Adenoide Vegetationen



Seromukotympanon

- temporär bei bis zu 80% der Kinder von Geburt bis zum Schulalter auf
- im ersten Lebensjahr erleiden über 50% der Kinder einen Paukenerguss
- im 2. Lebensjahr über 60%
- die Prävalenz bei Kindern mit Down-Syndrom oder einer Gaumenspalte liegt hingegen bei 60- 85%



Seromukotympanon - Ursachen

- Verlegung des Nasenrachens durch eine hyperplastische und keimbesiedelte Rachenmandel
= Adenoide Vegetationen = kindliche „Polypen“
- Schleimhautschwellung durch Infektionen (Rhinitis, Rhinosinusitis, Adenoiditis)
- allergisch bedingtes Anschwellen der Tubenostien
- kindliche Anatomie (Tube kurz, weich und eher horizontal verlaufend)

- Seltener : Nasenseptumdeviation, Muschelhyperplasie // kraniofaziale Fehlbildungen wie Lippen-Kiefer-Gaumenspalten // Neubildungen des Nasenrachens // Zilienfunktionsstörungen

Adenoide Vegetationen - Ursachen

- meist Circulus vitiosus aus Entzündung, Hyperplasie, Sekretstau und erneuter Entzündung
- auch Allergien können hier eine Rolle spielen



Seromukotympanon – Symptome

- reagieren nicht adäquat auf Stimmen oder Umgebungsgeräusche
- auffallend lautes Sprechen
- Sprachentwicklungsstörung bei persistierenden Ergüssen
- schulischer Leistungsabfall
- Vestibularsystem und die motorischen Fähigkeiten können beeinflusst sein

Adenoide Vegetationen – Symptome

- Nasenatmungsbehinderung mit vermehrter Mundatmung
- Dauerschnupfen
- Infektanfälligkeit mit wiederkehrenden Infekten der oberen Atemwege
- Schnarchen bis hin zur Apnoe
- rezidivierende Mittelohrentzündungen
- Kiefer- / Zahnfehlstellungen

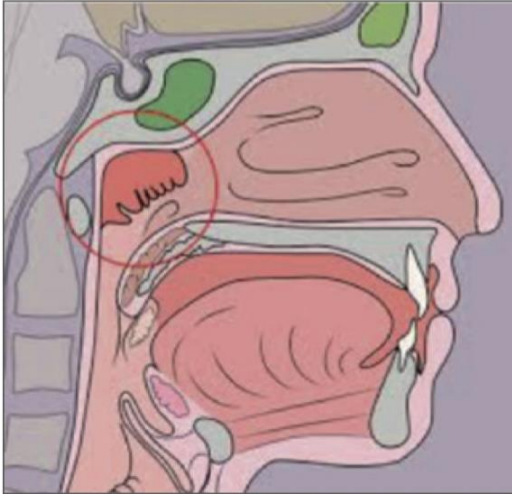


Therapie



- bis zum **2. Geburtstag** in der Regel keine Behandlung
- bei symptomatischen Kindern zunächst konservative Behandlung : mit topischen Steroid (Mometason Nasenspray 1-0-1 über 6 Wochen und je nach Alter Anwendung eines Nasenballons (z.b Otoglobe soft)
- Abwarten über **mind. 3 Monate**
- bei persis. Erguss und symptomatischem Kind: Rat zur Nasenracheninspektion mit ggf. Adenotomie und Parazentese ggf. mit Paukendrainage

Operative Therapie





Akute Otitis media



AOM - Epidemiologie

- Inzidenz in den ersten beiden Lebensjahren am höchsten
- über zwei Drittel aller Kinder haben bis zum Abschluss des 3. Lebensjahres mindestens eine, etwa die Hälfte dieser Kinder drei oder mehr Episoden



AOM - Erreger

- dem weitaus überwiegenden Anteil der AOM geht eine **virale** Infektion voraus
- häufige **virale** Erreger sind RSV, Influenza- und Parainfluenzaviren sowie Rhino-, Adeno- und Enteroviren
- **bakterielle** Erreger sind häufig Streptococcus pneumoniae und Haemophilus influenzae, gefolgt von Moraxella catarrhalis
- in geringerer Anzahl Streptococcus pyogenes und Staphylococcus aureus



Antibiose ja oder nein?



AOM – Therapie

- Primär analgetische und antiphlogistische Therapie ggf. mit Lokalbehandlung
(z.B. Ibuprofen und Ohrentropfen wie z.B. Otalgan)
- abschwellende Nasentropfen mit Xylometazolin



AOM – Therapie

Wann Antibiose ?

- in den ersten 6 Lebensmonaten
- In den ersten 2 Lebensjahren bei beidseitiger AOM
- putride Otorrhoe mit persistierenden Beschwerden (perforierte AOM)
- schwere Otitis media (hohes Fieber, keine Linderung nach 48-72 Stunden)





Pharyngitis, Tonsillitis bzw. Tonsillopharyngitis



Tonsillopharyngitis - Epidemiologie

- **viral 50-80%**
 - Rhinoviren ca. 20 %
 - Coronaviren ≥ 5 % (Ausnahme: Pandemiezeit)
 - Adenoviren ca. 5 %
 - Epstein-Barr Virus ca. 1%
- β -hämolisierende Streptokokken Gruppe A = (GAS) ca. 15-30 %



Antibiose ja oder nein?



Tonsillopharyngitis

- klinisches Bild entscheidend
- Schnelltest auf Gruppe-A-Streptokokken kann hilfreich sein
- McIsaac Score kann Hilfe sein

Tonsillopharyngitis

Centor Score	Mclsaac Score	
Tonsillenexsudate	Tonsillenexsudate	+1
Cervikale Lymphadenopathie	Cervikale Lymphadenopathie	+1
Fieber über 38°C	Fieber über 38°C	+1
kein Husten	kein Husten	+1
	Patient zwischen 3 und 14 Jahren	+1
	Patient über 45 Jahren	-1

Probleme der Scores

- Nicht validiert für < 3 Jahre
- Klinisch häufig unspezifisch (Fieber, Rhinitis, Husten dominieren)
- Scores erzeugen Scheinsicherheit

„Scores sind Populationsinstrumente – keine Kinderinstrumente.“





Epistaxis

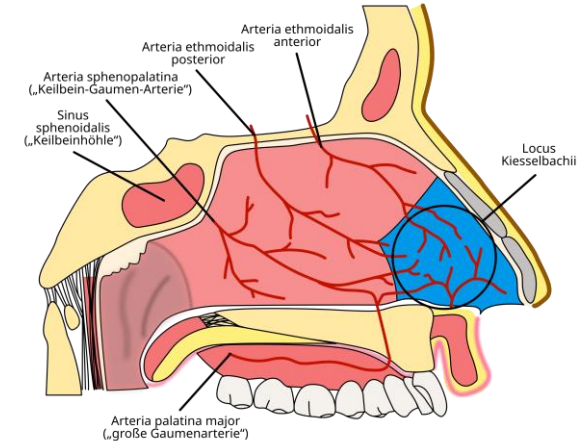


Epistaxis

- gerade bei Kindern regelmäßig auftretendes Phänomen
- 64% der bis 15-Jährigen mindestens einmal
- Ursache meist idiopathisch
- ansonsten häufig Infekt, Sturz, Manipulation, Blutgerinnungsstörung, Gefäßerkrankung

Epistaxis – klinischer Befund

- in der Regel trockene Schleimhaut
- hyperplastisches Gefäß am Locus Kiesselbachii
- selten Teleangiektasien



Epistaxis – Therapie

- Akuttherapie: Kopf aufrecht, Kompression, Eiskrawatte (bzw. kühles feuchtes Tuch)
- bei uns: **meist erfolgt nur Beratung** der Eltern und die Empfehlung zur Nasenpflege mit weicher Nasensalbe, Schnetzverbot, Salbenplombe
- **selten**: bipolare Koagulation nach Einlage anästhesierender Watte oder chemische Ätzung zum Beispiel mit Silbernitratstift oder Tamponade

Vielen Dank für die
Aufmerksamkeit!

Diskussion