

Corona-Krise und die Versorgungsforschung in der ambulanten Pädiatrie: „We have a dream!“

Es ist Karfreitag, 10.4.2020, seit 4 Wochen haben sich die COVID-19-Ereignisse überschlagen und sie werden sich weiter überschlagen, bis dieses Heft Mitte Mai erscheint. Die Welt befindet sich im Krisenmodus und fährt auf Sicht. Krisen zeichnen sich unter anderem dadurch aus, dass etablierte Vorgehensweisen nicht mehr funktionieren (z.B. selbstverständlich immer streng einzuhaltende Hygienevorschriften auch ohne plötzlich weltweit fehlendes Schutzmaterial) und keiner wirklich weiß, was dann nachhaltig und lebenspraktisch helfen könnte. Wir wollen uns hier auf einen kleinen Punkt konzentrieren, auf den die Krise auch nicht gewartet hat. Denn Krisen warten nie, bis man auf sie vorbereitet ist – sie kommen prinzipiell immer ungelegen⁽¹⁾. Aber dennoch zeigen sie, was jetzt wichtig wäre. Wenn es etwas ist, was auch nach der Krise wichtig bleiben wird, sollten wir es beschleunigt weiterverfolgen, damit es uns dann auch unabhängig vom konkreten Anlass dienen kann.



Till Reckert

Zwei Fragen der COVID-19-Pandemie an pädiatrische Versorgungsforschung

Es gibt im Moment zwei wichtige Fragen, die im derzeitigen Pandemiegeschehen unklar sind, die wichtig bleiben und die für die Altersgruppe der Kinder nur in Kooperation mit niedergelassenen Pädiatern geklärt werden können.

1. Wie wirkt sich medikamentöse Fiebersenkung auf den längeren Verlauf und die Komplikationsraten (nicht nur) bei COVID-19 aus?
2. Wenn Kinder diese Infektion seltener spürbar bekommen, tragen sie sie deswegen eher öfter oder eher seltener weiter?

Die Antworten auf beide Fragen hätten viele praktische Konsequenzen für die ambulante Pädiatrie und die Gesellschaft.

Wie wirkt sich Fiebersenkung auf den Krankheitsverlauf (nicht nur bei COVID-19) aus: Die FeverApp-Registerstudie

Diese erste Frage wurde im Rahmen der COVID-19 Pandemie anlässlich des Ibuprofens kontrovers diskutiert⁽²⁾, ⁽³⁾. Sie wurde in der Regel verengt gestellt: Ist nun bei COVID-19 Ibuprofen oder Paracetamol besser, um das Fieber zu senken? Die ältere, grundsätzlichere Frage wäre: Muss Fieber überhaupt gesenkt werden um die Behandlungsergebnisse zu verbessern oder dient dies „nur“ einer vorübergehenden Symptomunterdrückung um den Preis eines insgesamt eher schlechteren Outcomes⁽⁴⁾.

Diese Frage ist offen. Vieles spricht dafür, dass wir generell zu viele Antipyretika bei Infektionskrankheiten verbrauchen und nicht nur diese Krise uns zum Umdenken anregen könnte⁽⁵⁾. Ein großer Teil der Kinder in der allwinterlichen Akutprechstunde wird wegen Fieber vorgestellt. Einerseits müssen wir gefährliche Ursache erkennen, andererseits geht es aber auch ganz wesentlich darum, Eltern beizubringen, mit Fieber ohne irrationale Ängste klug und entspannt umzugehen, also sogenannte Fiebermittel als das zu verwenden, was sie sind: Nämlich

als Schmerzmittel, die als Nebenwirkung auch Fieber senken⁽⁶⁾.

Beides wird durch die **FeverApp** unterstützt (siehe www.feverapp.de). Sie wird gerade in einzelnen Praxen evaluiert und ist noch nicht für die Allgemeinheit freigegeben. Sie enthält neben fundierten Anleitungen zum Umgang mit Fieber und Hintergrundinformationen auch ein Symptomtagebuch, in dem die Eltern in Echtzeit Krankheitsverläufe eingeben können. Hieraus speist sich ein Register mit detaillierten Verlaufsdaten. Dieses Werkzeug hätte man auch nutzen können, um milde pädiatrische COVID-19-Krankheitsverläufe niedrigschwellig zu dokumentieren und so die diesbezüglichen Dunkelziffern aufzuheben. Aber die COVID-19-Krise hat halt nicht auf die FeverApp bis nächstes Jahr gewartet.

Auch die zweite Frage ist herausfordernd: Wie stark ansteckend sind wenig symptomatische Kinder? – Und andere Fragen an die Allgemeine Ambulante Pädiatrie

Weltweit und so auch in Deutschland tauchen Kinder nur zu einem ganz geringen Teil in den COVID-19 Fallstatistiken auf: Ihre altersbezogene Inzidenz ist bei den 0-14-Jährigen mehr als 5x geringer als bei den 15-34-Jährigen oder den 35-59-Jährigen⁽⁷⁾. Hierfür sind prinzipiell drei Hypothesen denkbar⁽⁸⁾:

- Entweder haben sie weniger Kontakt zu Erkrankten,
- sie infizieren sich seltener, wenn sie Kontakt hatten oder
- sie erkranken weniger sichtbar, wenn sie sich infiziert hatten und werden oft durch stille Feiung immun.

Pädiater glauben (wahrscheinlich zurecht) zumeist an die letzte der drei Hypothesen. Genaueres werden wir erst wissen, wenn in Kürze valide Antikörperteste verfügbar sind. Hieran knüpft sich aber noch eine weitere hochrelevante Frage für die Zukunft: **Wie oft geben Kinder die Infektion weiter, wenn sie selber oligo- oder asymptomatisch erkranken?**

Dies scheint möglicherweise gar nicht so oft der Fall zu sein wie zumeist befürchtet(9). Wenn dies wirklich so wäre, haben Kindergarten- und Grundschulschließungen (und langfristig COVID-19-Kinderimpfungen) einen eher geringen Effekt für die Überlastungsprävention des Gesundheitswesens(8). Vielleicht wissen wir schon im Mai aus anderen Quellen und unserer fortgeschriebenen Erfahrung mehr.

Aber eines können wir jetzt schon sagen: Wenn wir jetzt schon eine gut etabliertes Praxisforschungsnetz hätten, auf dem sich die niedergelassenen Pädiater

mit Interesse an Versorgungsforschung vernetzt hätten und über das man praxisrelevante Befragungen machen könnte, dann, ja dann könnten wir jetzt sehr rasch auch diese Fragen für uns und die Welt bearbeiten.

Ein solches Werkzeug wäre wertvoll auch jenseits der Coronakrise: Z.B. hätte man herausfinden können, ob die angeblich so wichtige Stuhlfarbenkarte, die mit der letzten großen Reform der Kinderrichtlinie eingeführt wurde, irgendein in Deutschland relevantes Problem löst (10), ob der Frequenzhörtest bei der U8 gut durchführbar ist (oder die erforderliche Bestätigungsdiagnostik die pädaudiologischen Kapazitäten verstopft) und ob der Brücknertest in Pädiaterhand so valide ist wie eine apparatives Augenscreening.

Es gibt sehr viele Fragen, die forschende Kliniker nie für die allgemeine ambulante Pädiatrie befriedigend werden beantworten können. Fragen nach den klinischen Hintergründen zu den pädiatrischen Dunkelziffern bei der COVID-19-Pandemie würden dazugehören.

Und weil wir heute – am 10.4.20 – diese beiden Strukturen noch nicht hatten und die Krise auch nicht darauf gewartet hatte, hatten David Martin und Silke Schwarz von der Uni Witten-

Herdecke in der selben Woche, in der dieser Text verfasst und abgestimmt wurde, zwei Webseiten www.co-ki.de und www.co-ki-eltern.de erstellt mit Fragebogens-Tools ihrer Universität und beides im Gespräch mit dem BVKJ-Präsidium. So hofften sie, mit uns – und mit den Eltern in Form von „Citizen Science“ – ganz auf die Schnelle zu Erkenntnissen zu kommen.

Diese Webseite wird bis zum Erscheinen dieses Heftes auf verschiedenen verbandsinternen Wegen online beworben worden sein. Wenn Sie diese Webseite schon kannten, bevor Sie diesen Artikel hier gelesen haben und vielleicht sogar die Umfrage beantwortet hatten, dann wissen Sie, dass Sie Teil einer Berufsgruppe sind, die agil und neugierig auf Krisen reagieren kann. Und wenn Sie diese Webseite noch nicht kannten? Macht nichts, schauen Sie einfach rein: Jede Eingabe zählt.

Literatur bei den Verfassern.

Korrespondenzanschrift:

Till Reckert, 72070 Reutlingen
E-Mail: till.reckert@icloud.com

In Zusammenarbeit mit:

Dominik Ewald, Folkert Fehr,
Uwe Büsching, Silke Schwarz
und David Martin

Red.: WH

Psychomotorische Entwicklung des Säuglings (Wandtafel)

Wandtafel (dt./engl.) für die Praxis. Tabellarische Übersicht nach der Münchener Funktionellen Entwicklungsdiagnostik, zusammengestellt von Prof. Dr. Theodor Hellbrügge.

Dargestellt wird die Entwicklung vom Neugeborenen bis zum Ende des 12. Monats.

Format: 57 x 83,5 cm, zum Aufhängen, EUR 20,50



Hansisches Verlagskontor GmbH, Lübeck
vertrieb@schmidt-roemhild.com
Tel.: 04 51 / 70 31 267

Pädiindex

Praxiseinrichtungen

- 3D-Praxisplanung
- objektbezogene Einrichtung
- Praxismöbel online bestellen



Klaus Jerosch GmbH
Info-Tel. (0800) 537 67 24
Mo - Fr: 07.00 - 17.00 Uhr
www.jerosch.com



www.praxenshop.de
Praxismöbel clever
online bestellen

