

COVID-19 IN DER KITA:

Lehren aus der Situation im Juli in Baden-Württemberg

„**Hilfe, mein Sohn hat Husten!**“ So titelte der Spiegel am 15.6.2018 und beschrieb auf den Seiten 102–104, wie Eltern ihren Nachwuchs mit jedem Wehwehchen in die Praxen bringen und Kinderärzte in den Wahnsinn treiben^[1].

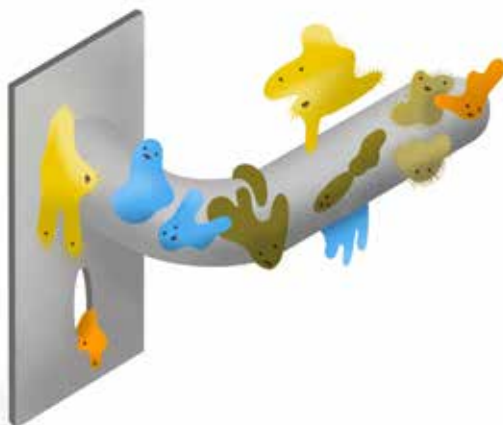
In Gesundheitskursen sollten Väter und Mütter lernen, wann ihr Kind so krank sei, dass es wirklich zum Doktor müsse. Denn, so die Vermutung im Artikel: Bei vielen Eltern habe das Vertrauen in die eigene Urteilskraft stark abgenommen in den letzten 15 Jahren. Landauf, landab erleben Mediziner, wie die Verantwortung für die Gesundheit des Nachwuchses delegiert werde und wie mitmenschliche Beratung im Verwandtenkreis durch Dr.Google ersetzt werde, was für zusätzliche Verunsicherung Sorge. Dies traf schon vor zwei Jahren auf immer noch nicht behobene Versorgungsengpässe auch im hauskinderärztlichen Bereich in der Fläche und führte zu steigenden und überfordernden Vorstellungen in den Notaufnahmen der Kliniken.

Wenn Husten und Schnupfen in den Kitas umgehen, kämen manche Eltern mehrfach im Abstand von wenigen Tagen und verlangten Heilung. Nun dauern solche Erkrankungen aber eine Woche und manchmal länger. Ein wesentliches Problem mit kranken Kindern sei, dass inzwischen meist beide Elternteile arbeiten und ihnen daher oft die Geduld fehle, eine Krankheit auszukurieren. Sie stünden unter großem Druck ihrer Arbeitgeber. Die Gesellschaft müsse deutlicher freundlicher kranken Kindern gegenüber werden, denn diese gehören nach Hause. Die Gesellschaft hat den Familien zwar dabei geholfen, das Familienleben arbeitsfreundlicher zu gestalten. Vergleichsweise weniger wurde in der gleichen Zeit das Arbeitsleben familienfreundlicher. Zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf werden Kinder heute früher als noch vor 10 Jahren in Gemeinschaftseinrichtungen gegeben, während der Elternberuf selber weitgehend das größte Ehrenamt der Republik geblieben ist: Viel Ehre, viel Amt. Doch so mancher Kinder- und Jugendarzt hat schon Träume von doppelter Erwerbstätigkeit mit kleinen Kindern auf dem Boden deren Infektrealität in den ersten Kindergartenwintern zerschellen sehen. Schon vor CoVid-19.

Eines jedoch wird immer so bleiben: Der Kindergarten ist ein Trainingslager für das seelische wie für das leibliche Immunsystem. Dort müssen Kinder vordringlich lernen, sozialfähig zu werden. Sozialfähig ist, wer andere Menschen aushalten kann; immunologisch bedeutet dies: Die Keime Anderer aushalten kann ohne immer gleich mit eigener Krankheit zu reagieren. Mit Krankheit meine ich nicht: „Besiedelung mit Keimen“ (oder evt. vermehrungsfähiger Virus-RNA) oder gar „Ansteckungsfähigkeit“,

denn dies trifft auf jedes Kind möglicherweise zu. Mit „akuter Krankheit“ meine ich spürbare Symptome des körpereigenen Kampfes gegen mikrobielles Fremdleben mit gleichzeitiger Schärfung des eigenen Immunsystems. Der Mensch lernt nur, was er übt. Auch in der Immunologie. Kranke Kinder brauchen hierfür Zeit, Ruhe und einen sicheren, achtsamen und vertrauten Erwachsenen in der Nähe. Denn wenn sie nach innen aktiv sind, können sie nicht gleichzeitig nach außen aktiv sein und haben dann im Kindergarten nichts zu suchen. Nach einer Krankheit ist ein Tag krankheitsfreie Rekonva-

leszenz erforderlich, bevor es ins anstrengende Trainingslager zurückgeht. Alles andere vermehrt Stress und schwächt so das Immunsystem. Im Vergleich zum Job der Erwachsenen ist ja auch die Wahrheit wichtig, dass der Kindergarten (genauso wie später die Schule) für das Kind da ist und nur der Erwachsene für den Job. Das ist ein feiner Unterschied, der gerne zu Lasten des Kindes vergessen wird und sich während einer Pandemie freilich für alle relativiert.



Der Kindergarten ist ein Trainingslager für das seelische wie für das leibliche Immunsystem.

Genauso stressen aber unnötige Arztvorstellungen oder das Ringen um Termine in den Praxen von nur auf dem Papier überversorgten Gebieten. Es ist daher wichtig, das immunologische Handeln der Kinder zu verstehen: Denn dies achtsam zu begleiten und wertzuschätzen ist zumeist viel hilfreicher als das behandeln

einer selbstlimitierenden Krankheit von außen. Wer dies gelernt hat, wird unabhängiger vom Arzt und lebt stressfreier. Arztbesuche dienten aber schon vor CoVid-19 nicht mehr nur der Frage nach Behandlungsmöglichkeiten: Eltern brauchen ärztliche Atteste für den Arbeitgeber und für Kindergarten und Schule. Und anhand geltender Infektionsschutzgesetze gesundheitlich fortgebildete Erzieherinnen neigten schon immer oft mit bester Absicht dazu, das unerreichbare Ideal einer infektions- und ansteckungsfreien KiTa zu verfolgen und glauben, dies den Eltern zu schulden, deren Kinder gerade gesund sind. Denn diese Eltern werfen ja immer wieder den anderen Eltern vor, dass ihre Kinder sich an deren kranken Kindern immer wieder anstecken würden. So werden von ihnen viele in bester Absicht zum Arzt geschickt, schon um sozialen Unfrieden in der Einrichtung zu minimieren. Gelegentlich werden in einer Art Notwehr Atteste verlangt, dass das Kind frei von allerhand ansteckenden Krankheiten sei.

Aber letztlich gilt folgende Realität: Perfekt infektionsschützend ist nur ein geschlossener Kindergarten. Dies konnte man eindrucksvoll Mitte März 2020 beobachten: Die üblichen Atemwegsinfekte betreffen im Februar jedes 5. Kind von 0–4 Jahren und diese Anzahl sank im Lockdown auf ein Allzeittief: Mitte Mai war nicht mehr jedes

10. Kindergartenkind wie sonst hiervon betroffen sondern nur noch jedes 40. Im Februar ist normalerweise jedes 12. Kind mit einem akuten Atemwegsinfekt beim Arzt und im Mai jedes 30. Kind. 2020 war es im Mai nur noch jedes 200.

Und dann öffneten die Kindergärten unter Pandemiebedingungen wieder und 1–2 Wochen später setzten sich die Infektketten wieder in Gang: Bei Schnupfen, Husten, Halsweh und Fieber schien das ab Mitte März Versäumte nun nachgeholt zu werden und die Praxen waren umgehend wieder voll. Im Hochsommer. Nun aber auch mit leicht- und leichtestkranken Kindern, die üblicherweise in der Kita geblieben wären, weil sie selbst gar nicht unter ihrem Schnupfen und Begleithusten spürbar litten. Die Eltern entschuldigten sich oft und sagten, dass sie ja geschickt würden, denn der Kindergarten wolle eine Bescheinigung oder zumindest eine Auskunft, dass es keine Symptome einer CoVid-19 Erkrankung seien.

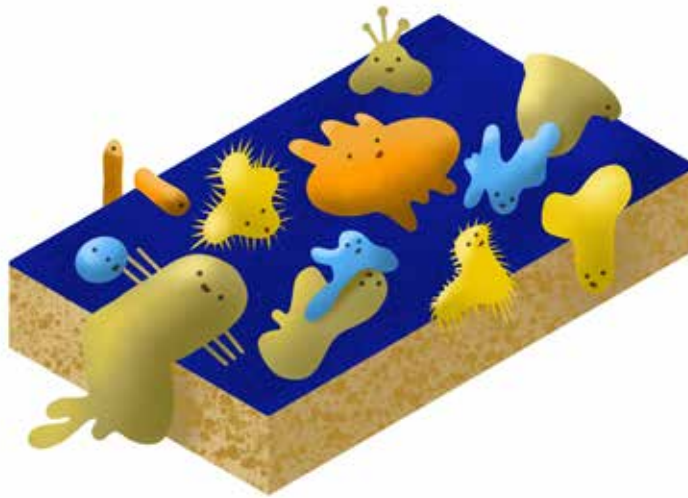
Mit dem Attestwunsch ging oft auch ein Testwunsch einher. Denn die Symptome einer möglichen CoVid-19-Erkrankung bei Kindern unterscheiden sich in nichts von den üblichen Kinderinfekten. Nun sind PCR-Tests immer Momentaufnahmen und für Kinder unangenehm durchführbar (wenn man es korrekt macht). Die nach wie vor gültige Nationale Teststrategie des RKI besagt, dass jede Person mit Atemwegsinfektsymptomen jeden Schweregrades abgestrichen werden soll. Dies war ausdrücklich auch auf Kinder gemünzt und so wurde es amtlicherseits vom RKI über die Landesgesundheitsämter und die Landesministerien an die Einrichtungen und über diese an die Eltern weitergegeben. Denn so hofft man, rasch CoVid-19-Indexfälle zu finden, bevor sich das Virus unentdeckt weiterverbreiten kann.

Unberücksichtigt blieb hierbei, dass Luftwegsinfekte insbesondere bei kleinen Kindern weitgehend normal sind, sie also nicht so spezifisch auf eine CoVid-19-Infektion hinweisen wie bei einem Erwachsenen. Oder statistisch-epidemiologisch ausgedrückt: Bei einem Kind mit Atemwegssymptomen steigt die Vortestwahrscheinlichkeit für ein positives Testergebnis durch solche Symptome sehr viel geringer. Entsprechend gering war in diesen Zeiten sehr geringer Hintergrundinzidenz dann auch die Positivenrate der Testergebnisse bei kleinen Kindern. Dies alles kann man in der Corona KiTa Studie des Deutschen Jugendinstitutes und des Robert-Koch-Institutes im Julibericht sehen^[6]. Zunächst waren im Juli 2020 doppelt so viele Vorschulkinder wegen Luftwegsinfektsymptomen beim Arzt wie normalerweise in dieser Zeit, sie wurden 4x häufiger getestet als zu Hochzeiten der Pandemie im Frühjahr und gleichzeitig zwei- bis dreimal häufiger als Schulkinder und Jugendliche. Gleichzeitig fiel die Positivenrate bei den Testergebnissen von 4% im März/April in dieser Altersgruppe auf deutlich unter 1% im Juli ab. Zugleich näherte sich die prozentuale Häufigkeit der Kinderfälle an den

Gesamtfallzahlen an den Anteil dieser Altersgruppe an der Gesamtbevölkerung langsam an, man konnte also zunehmend weniger davon sprechen, dass Kinder seltener Corona-positiv seien. Bei 76% wurden sogar die testbegründenden Symptome mit aufgeführt: 33% hatten gar kein „bedeutsames“ Symptom, 13% nur Fieber, 6% nur Husten, 4% nur Schnupfen, 3% ein „allgemeines“ Symptom und 37% hatten Symptomkombinationen. 33% der gemeldeten Fälle wurden in einer Gemeinschaftseinrichtung betreut, unklar bleibt, ob sie sich dort angesteckt hatten. Wie viele der testpositiven Kinder ernster als gewöhnlich krank waren und wie viele sie ihrerseits angesteckt hatten, bleibt bisher weiter unklar. Vielleicht werden die Klinikstatistiken helfen, evt. ergänzt

durch www.co-ki.de (wo niedergelassene Kinder- und Jugendärzte weiterhin niederschwellig eigene Erfahrungen zusammenführen können. Ein erster anekdotisch gefasster Zwischenbericht erschien im Septemberheft des Kinder- und Jugendarztes^[4]).

Kleinkinder eigneten sich also auch bei geöffneten Gemeinschaftseinrichtungen im Juli schlecht, primäre Indexfälle nur über ihre Symptomatik zu finden. Dies wird vermutlich auch schwierig bleiben, wenn man sie bei Symptomen 10x im Winter abstreicht, wie von Herrn Spahn in seinem Dialog mit niedergelassenen Ärzten am 8.7.20 ab (0:47) vorgeschlagen wurde^[8].



Perfekt infektionsschützend
ist nur ein geschlossener Kindergarten.

So hatten wir in Baden-Württemberg im Juli einen Monat Zeit, vor den Ferien einen angemesseneren Umgang mit diesem Dilemma der primären Fallfindung bei Kindern einzüben und unseren Partnern aus Pädagogik und Politik zu spiegeln, was im Winter bei Beibehaltung der RKI-Strategie auf die Familien und die Gesellschaft zukommt. Das RKI selber war in diesem Sommer auch nach Gesprächen mit dem BVKJ-Präsidenten Thomas Fischbach nicht bereit, in die nationale Teststrategie ein modifizierendes Alterskriterium einzuführen. So gab es in Baden-Württemberg einen „Schnupfengipfel“ unter Beteiligung des Kultus- und Sozialministeriums noch vor den Ferien^[3], der das Vorgehen bei Abstrichen und der Abklärung von banalen Krankheiten glücklicherweise etwas praxisnäher regelte als die sich auf die RKI-Strategie berufende Kultusministerkonferenz kurz zuvor^[2]. Dieses hilft uns derzeit weiter.

Der Herbst und Winter steht vor der Tür. Dieser wird in unseren Praxen und nicht nur da sehr herausfordernd (ich persönlich glaube: Weit herausfordernder als das Frühjahr). Die Hintergrundinzidenz wird wieder steigen. Einen Lockdown wird man nicht wieder so generell beschließen und auch nicht mit Schließung von Kindergärten und Schulen beginnen wie im Frühjahr. Es wird vielmehr lauter kleine Lockdowns und Quarantänisierungen geben, über die wir durch unser Engagement beim Testen mitbestimmen müssen.

Nicht klar bekannt ist ja weiterhin, inwiefern auch kleine Kinder andere anstecken. In Südkorea steckte ein unter 9-Jähriges Kind als primärer Indexfall nur ca. 5% seiner Haushaltskontakte an, bei einem Jugendlichen von 10–20 Jahren waren es 19%^[5], über alle Altersgruppen hinweg 12%. Auch ein anderes Forschungsergebnis kann Familien mit kleinen Kindern Mut machen: Bei schottischen Health-Care-Workern sank das Risiko, selbst an CoVid-19 zu erkranken mit jedem Kind unter 10 Jahren im Haushalt^[7]. Ein wenig Unsicherheit bleibt, doch viele kompetente Stimmen werten die KiTa unterdessen nicht mehr als Ort für Hotspots wie bei der Grippe oder vergleichbar mit Zusammenkünften Jugendlicher und Erwachsener in geschlossenen Räumen. Aber dort funktionieren die AHA-Regeln nicht, was wiederum Sorgen macht.

Die Testindikation selber ist gerade bei kleinen Kindern wahrscheinlich nicht in einem starren Algorithmus zu fassen sondern braucht idealerweise immer ein dialogisch zu erarbeitendes Urteil, das das ganze Umfeld mit einbezieht. Nicht zuletzt das ist eine Herausforderung, die sich nicht zielführend an Abstrichstellen delegieren lässt. Unabhängig davon wird man die Eltern dahingehend beraten müssen, dass die Schwelle zum daheim bleiben mit einem leichtsymptomatischen Kind diesen Winter einfach niedriger liegt als sonst. Ihnen muss man daher auch raten, sich Partnerfamilien zu suchen für gegenseitige Unterstützung, wenn auch die zusätzlich bereitgestellten fünf Kinderkrankengeldtage pro Elternteil verbraucht sind. Schließlich gilt es, solidarisch vor allem den Teil der Bevölkerung zu schützen, von dem wir alle abstammen.

Till Reckert

P.S.: Am 12.10.20 nach Verfassen dieses Aufsatzes brachte das RKI eine neue Teststrategie für in Gemeinschaftseinrichtungen Betreute heraus, die die hier geschilderten Punkte aufgreift, nach Alter differenziert und Spielraum für individuelle Urteile lässt. Diese ist insofern realitätsnäher und wurde darum vom bvkg begrüßt.

KURZMELDUNG

Neue Weiterbildungsordnung in Kraft

Seit 01.07.2020 ist die neue Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Baden-Württemberg in Kraft.

Eine Begrenzung der ambulanten Weiterbildung im Fach Kinder- und Jugendmedizin (bisher 24 Monate) ist in dieser nicht mehr vorgesehen. Daher sind alle niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte in Baden-Württemberg gut beraten – sobald die Antragsformulare in den nächsten Wochen erhältlich sind – ihre Weiterbildungsberechtigung auf die neu WBO umstellen zu lassen.

Hintergrund ist, dass in der neuen Weiterbildungsordnung nur noch eine Zeit von sechs Monaten in der Intensivmedizin vorgeschrieben sind und es deshalb, wie aus gut unterrichteten Kreisen zu erfahren ist, keine stichhaltige Begründung gibt, warum einer Praxis eine Weiterbildungszeit von bis zu 54 Monaten nach neuer WBO vorenthalten werden könnte.

Ulrich Kuhn

Literatur:

- ¹ Koch J (2018) Hysterische Eltern: Hilfe, mein Sohn hat Husten! Spieg.
- ² Kultusministerkonferenz (2020) Corona-Pandemie: Rahmen für aktualisierte Infektionsschutz und Hygienemaßnahmen.
- ³ LandesGesundheitsAmt Baden-Württemberg, Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg (2020) Umgang mit Krankheits- und Erkältungssymptomen bei Kindern und Jugendlichen in Kindertageseinrichtungen, in Kindertagespflegestellen und in Schulen.
- ⁴ Martin D, Reckert T, Jenetzky E et al (2020) CoViD-19 bei Kindern in Deutschland (www.co-ki.de) - Ein niedrigschwelliges Medlesystem der ambulanten Pädiatrie. Kinder- Jugendarzt 51:592–4
- ⁵ Park YJ, Choe YJ, Park O et al (2020) Contact Tracing during Coronavirus Disease Outbreak, South Korea. Emerg Infect Dis. <https://doi.org/10.3201/eid2610.201315>
- ⁶ Robert Koch-Institut, Deutsches Jugendinstitut (2020) Monatsberichte der Corona-KiTa-Studie.
- ⁷ Wood R, Thomson EC, Galbraith R et al (2020) Sharing a household with children and risk of COVID-19: a study of over 300,000 adults living in healthcare worker households in Scotland. <https://doi.org/10.1101/2020.09.21.20196428>
- ⁸ (2020) Zusammen gegen Corona live - Minister Jens Spahn im Gespräch: Corona und die niedergelassenen Ärzte.

