Fieber und die Verwendung von Antipyretika bei Kindern

Fieber ist keine eigenständige Erkrankung, sondern ein physiologischer Abwehrmechanismus des Körpers, der bei der Bekämpfung von Infektionen eine wichtige Rolle spielt.

Ziele der Behandlung mit Antipyretika:

- Die Steigerung des Wohlbefindens
- Das Lindern von Schmerzen
- Das Fördern des Trinkverhaltens
- Eine Allgemeine Reduktion der Belastung

Wann ist Antipyrese also sinnvoll? bei:

✓ Deutlich reduziertem Allgemeinzustand
✓ Schmerzen oder Unruhe
✓ Trinkverweigerung oder Schlafunfähigkeit
✓ Vorerkrankungen mit erhöhter Belastung

Im Mittelpunkt der Behandlung sollte also nicht die Reduktion der Temperatur stehen, sondern die Linderung fieberassoziierter Beschwerden.



CAVE: Die Auswahl und Dosierung des Wirkstoffs erfolgt auf ärztliche Anordnung und sollte bei Kindern IMMER gewichtsadaptiert erfolgen!

Erstellt durch: S. Wendel, Feb 2026. Quelle: Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. DGKJ. S3-Leitlinie: Fiebermanagement bei Kindern und Jugendlichen. 1. Auflage 2025. AWMF-Register Nr. 027-074. https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/027-074.

Nicht-pharmakologische Intervention bei Fieber in der Pädiatrie

Nicht jede Fieberepisode erfordert eine sofortige medikamentöse Therapie. Gezielte nicht-pharmakologische Maßnahmen können das Wohlbefinden des Kindes wirksam unterstützen und den Heilungsprozess begleiten.

Mögliche Maßnahmen:

- Ruhe und Nähe: Körperliche Schonung, Reizabschirmung und das Geben von Geborgenheit. Zu beachten ist auch, dass ruhig schlafende Kinder nicht für Messungen oder Maßnahmen geweckt werden sollten.

- Kleidung & Raumklima: Leichte atmungsaktive Kleidung, Regelmäßiges Lüften und eine angemessene Raumtemperatur, die sich am Wohlbefinden des Kindes orientieren sollte.

- Flüssigkeitszufuhr: Häufig kleine Mengen anbieten, Achtung: Die Getränke sollten möglichst Lauwarm sein, zu kalte oder heiße Getränke kosten den Körper viel Energie. Leichte Kost kann angeboten werden, das Kind sollte aber nicht gezwungen werden zu Essen.

- Wadenwickel (nur bei Kindern > 6 Monate): Wassertemperatur 28-35°C, Achtung: bei kalten Extremitäten oder einer bekannten Kreislaufinstabilität sollte auf die Anwendung von Wadenwickeln verzichtet werden. *Eine Anleitung zur korrekten Anwendung von Wadenwickeln stellt bspw. die BZgA online zur Verfügung



CAVE: Jegliche Art der externen Kühlung kann dazu führen, dass die thermoregulatorischen Mechanismen gegenregulieren. Daher sollte bei allen Behandlungen dieser Art eine genaue Beobachtung von Hautkolorit, Vigilanz, Puls und des Blutdrucks erfolgen.

Erstellt durch: S. Wendel, Feb. 2026, Quelle: Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. DGKJ. S3-Leitlinie: Fiebermanagement bei Kindern und Jugendlichen. 1. Auflage 2025. AWMF-Register Nr. 027-074. https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/027-074.

Live-Musik auf Intensivstation?

Live-Musik auf Intensivstation kann etwas Besonderes sein und hierbei Stress, Schmerz und Isolation auf Intensivstationen reduzieren. In Dänemark spielten Musiker bei 27 Patient:innen individuell u. a. Bach (Cello), Gitarrenwerke (Sor, Tárrega), Filmmusik („Cavatina"), „Over the Rainbow" und dänische Lieder.

Ergebnisse:

- Herzfrequenz -4,3 bpm, Atemfrequenz -2,9, MAP -3,3.
- 7 Patient:innen: 24% weniger Schmerz.
- Qualitativ: Patient:innen berichteten über eine „mentale Auszeit", Hoffnung, Erinnerungen an Zuhause.
- Präsenz der Musiker als besonders bedeutsam erlebt.

Live-Musik schafft Menschlichkeit im High-Tech-Umfeld.

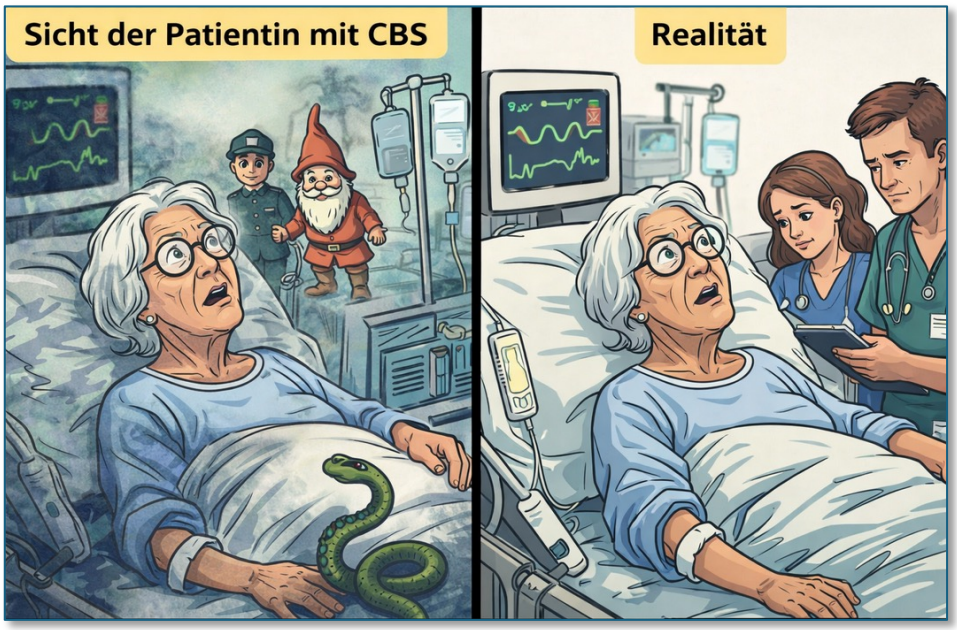


Erstellt durch: Dr. P. Nydahl, Feb 2026, Quellen: Thorn L, Bro ML, Lund TH, Dreyer P. Live music in the intensive care unit-A mixed-methods pilot study exploring the experience and impact of live music played for the adult intensive care patient. Aust Crit Care. 2025 Jan;38(1):101092

Charles Bonnet Syndrom

CBS bezeichnet visuelle Halluzinationen bei sehbehinderten Menschen ohne kognitive Störung.
Es betrifft rund 10% der ophthalmologischen Patient:innen (Spanne 0,4–63%) und bleibt häufig unerkannt.

Leitsymptom: komplexe oder einfache visuelle Halluzinationen bei erhaltener Einsicht (z. B. Personen, Muster, Tiere).



- Häufigster Risikofaktor: niedrige Sehschärfe bzw. bilaterale Sehbeeinträchtigung.
- Weitere Risikofaktoren: weibliches Geschlecht, soziale Isolation, evtl. Einnahme von Protonenpumpeninhibitoren.
- Alter: häufig betroffen, jedoch eher Confounder als Ursache.

Merke: Frühes Erkennen, Nachfragen und Aufklärung entlasten Betroffene deutlich

Erstellt durch: Dr. P. Nydahl, Feb 2026, Quellen: Christoph SEG, Boden KT, Seitz B, Szurman P, Schulz A. Understanding the Charles Bonnet syndrome: An updated review. Brain Res Bull. 2026 Jan;234:111683. doi: 10.1016/j.brainresbull.2025.111683

Die Macht der Anekdote und warum Evidenz trotzdem zählt

Bei der Implementierung von neuen, evidenzbasierten Interventionen kommt es häufig zu einer Reaktion: „Ja, aber ich hatte mal einen Patienten, bei dem das nicht möglich war …" – solche Sätze zeigen, wie stark persönliche Erfahrungen und Anekdoten unser Handeln prägen, obwohl der Großteil der Patient:innen von Interventionen profitieren können.

- Anekdoten sind emotional, konkret und einprägsam
- Anekdoten bleiben deshalb länger im Gedächtnis als 100 erfolgreiche Standardfälle.
- Forschung zeigt, welche Interventionen bei dem Großteil der Patient:innen, Bezugspersonen und Mitarbeitenden erfolgreich sind.
- Die Erfahrung aus Anekdoten hilft, Ausnahmen zu erkennen und individuell zu handeln, sie sind aber nicht die Regel



Erstellt durch: Dr. P. Nydahl, Feb 2026, Quellen: Enkin MW, Jadad AR. Using anecdotal information in evidence-based health care: heresy or necessity? Ann Oncol. 1998 Sep;9(9):963-6.

Strategische Empathie

Strategische Empathie bedeutet: Gefühle bewusst wahrzunehmen und gezielt therapeutisch zu nutzen. **Die Strategie besteht darin, auf Gefühle einzugehen, dann Hilfe anzubieten.** Sie verbessert Vertrauen, Sicherheit und Therapieadhärenz.

Vermittlung:
- Blickkontakt auf Augenhöhe: ruhig, zugewandt
- Offene Körperhaltung: Arme nicht verschränken, leicht nach vorne geneigt
- Ruhige Stimme: langsam, klar, kurze Sätze
- Aktives Zuhören: nicken, kurze Rückmeldungen („Ich verstehe.“)

Im Delir:
- Gefühle werden nicht korrigiert („Haben Sie keine Angst“), sondern validiert („Sie wirken sehr ängstlich auf mich“)
- Orientierung geben: „Sie sind auf der Intensivstation. Ich bleibe bei Ihnen.“

Bei Deeskalation:
- „Es fühlt sich für Sie gerade nicht ausreichend an..“
- „Ich sehe, wie große Sorge Sie gerade haben“.
- „Ich erkläre Ihnen jetzt Schritt für Schritt, was wir heute medizinisch getan haben..“

Grenzen
- Strategische Empathie muss gelernt und trainiert werden
- Sie wirkt vor allem präventiv
- Bei Zeitmangel, persönlichen Belastungen oder zu häufiger Anwendung verliert sie an Wirkung

Erstellt durch: Dr. P. Nydahl, Feb 2026, Quellen: Bunin J, Shohfi E, Meyer H, Ely EW, Varpio L. The burden they bear: A scoping review of physician empathy in the intensive care unit. J Crit Care. 2021 Oct;65:156-163.

Zirkadiane Interventionen im ICU

Die innere Uhr beeinflusst zentrale Organfunktionen – ihre Stabilisierung könnte Outcomes verbessern. Interventionen lassen sich non-pharmakologisch und pharmakologisch umsetzen, zeigen aber heterogene Evidenz.



- Dynamische Lichttherapie (Tag-Nacht-Signal stärken) – geringe bis moderate Evidenz: Effekte auf Delir und Schlaf inkonsistent.
- Strukturierter Tagesablauf (Mobilisation, Reizreduktion nachts) – moderate Evidenz: plausibel, Bestandteil multimodaler Delirprävention.
- Ernährungstiming statt 24-h-Dauerzufuhr – geringe Evidenz: vielversprechend, aber wenige ICU-Studien.
- Chronopharmakologie (tageszeitliche Medikamentengabe) – geringe bis moderate Evidenz: stark außerhalb ICU, limitiert im ICU.
- Melatonin/Ramelteon – moderate Evidenz: Hinweise auf Delirreduktion, aber heterogene Studienlage.

Fazit: Zirkadiane Konzepte sind vielversprechend – robuste, pragmatische Studien sind erforderlich.

Erstellt durch: Dr. P. Nydahl, Feb 2026, Quellen: Hiemstra FW, Gonzalez LB, Engelhardt LJ, Hancke L, Pilz LK, Adler AI, Dashti HS, Drouot X, Kitchen GB, Knauert MP, Kramer A, Lipton JO, Luetz A, Maas MB, Pajor NM, Parthasarathy S, Spies C, van Westerloo DJ, Felten M, Klerman EB, Ray DW, Ruben MD, Roenneberg T, Kervezee L. Challenges and Recommendations for Integrating Circadian Medicine in Critical Care: A Roadmap. Chest. 2025 Dec 20:S0012-3692(25)05931-8. doi: 10.1016/j.chest.2025.12.010

Stilldauer – Was empfiehlt die S3-Leitlinie?

1) Die ersten 6 Monate nur Muttermilch
Keinen Brei, keine Flaschennahrung. Wasser oder Tee nur, wenn es medizinisch nötig ist.

2) Insgesamt mindestens 1 Jahr stillen
Nach 6 Mon. kann Beikost gegeben werden. Auch wenn das Baby Brei bekommt, soll weiter gestillt werden.

👶 Warum ist Stillen gut für das Baby?
✔️ Weniger Ohren-Entzündungen
✔️ Weniger Durchfall
✔️ Weniger Infektionen
✔️ Weniger Übergewicht später
✔️ Geringeres Risiko für manche Krebserkrankungen
Aber: Wenn Kinder nach dem Zahndurchbruch nachts sehr häufig gestillt werden, kann das das Risiko für Karies erhöhen. Gute Zahnpflege ist wichtig.

👩 Warum ist Stillen gut für die Mutter?
✔️ Weniger Brustkrebs
✔️ Weniger Eierstockkrebs
✔️ Weniger Diabetes
✔️ Weniger Bluthochdruck

🔎 Wichtig zu wissen
Die Evidenz für diese Empfehlungen ist niedrig. Nicht jede Mutter kann oder möchte stillen. Jede Familie darf ihren eigenen Weg finden.



Erstellt durch: Dr. P. Nydahl, März 2026, Quellen: S3-Leitlinie Stilldauer und Interventionen zur Stillförderung:
https://register.awmf.org/assets/guidelines/027-072l_S3_Stilldauer-Interventionen-zur-Stillfoerderung_2026-02.pdf

Durst

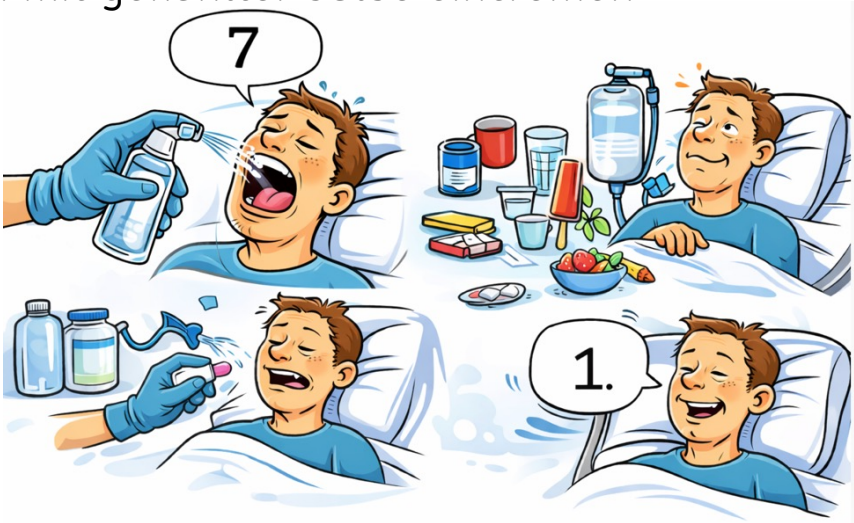
Durst ist eins der häufigsten Symptome von Intensivpatient:innen. Das subjektive Durstempfinden sollte regelmäßig überprüft werden, z.B. 1x/Schicht. Durst ist evaluierbar durch eine einfache Analogskala von 0=kein Durst bis 10=maximaler Durst; ab Werten ≥4 sollten Interventionen erfolgen und der Erfolg hinterher ebenso evaluiert werden.

Interventionen bei Patient:innen ohne orale Belastung*:

- gekühltes, steriles Aqua dest. in den Rachen sprayen
- Lippenbalsam auftragen
- Flüssigkeitsbilanz überprüfen, ggf. zusätzliche Infusionen verabreichen

Interventionen bei Patient:innen mit oraler Belastung:

- Gekühlte Getränke
- Eiswürfel, Wassereis
- gekühlte/gefrorene Obststückchen
- Lippen mit gekühlter Salbe eincremen



Nach der Intervention erneut Durst evaluieren, dokumentieren und ggf. weitere Interventionen durchführen.

*z.B. Dysphagie, Endotrachealer Tubus, geblockte Trachealkanüle, sonstige Kontraindikationen für eine orale Ernährung bzw. Belastung

Erstellt durch: Dr. P. Nydahl, März 2026, Quellen: Werer F, Krüger L, Hermes L, Nydahl P, Mannebach T, Menier-Klamt A, Neumann-Wagner A, Thüne F, Krotsetis S, Henck A, Ufelmann M, Tewesmeier J, Gummert J, Köpke S. Handlungsalgorithmus: Durstmanagement von kritisch kranken Personen mit Endotrachealtubus oder Trachealkanüle. Med Klin Intensivmed Notfmed. 2025 Sep;120(6):497-499. German. doi: 10.1007/s00063-025-01291-8

Unterbrechung der Physiotherapie

Physiotherapie ist ein wichtiger Bestandteil der Behandlung von Intensivpatient:innen. Therapiesitzungen können jedoch aus klinischen Gründen kurzfristig unterbrochen werden.
In einer Studie aus der Türkei wurden 985 Physiotherapie-Sitzungen analysiert; jede 12. Behandlung (8%) musste abgebrochen werden. Die Gründe waren u.a.

- Klinische Symptome (41,8%) der häufigste Grund, z. B. Schmerzen, Unwohlsein oder akute Beschwerden.
- Kooperationsprobleme (30,4%) traten auf, z. B. bei Unruhe oder fehlender Mitarbeit.
- Respiratorische Probleme (16,4%) wie Desaturation oder Dyspnoe erforderten ebenfalls Unterbrechungen.
- Hämodynamische Veränderungen (11,4%), z. B. Blutdruck-abfall, machten eine Pause notwendig.



Die meisten Gründe sind vorübergehend und gut beherrschbar – Physiotherapie auf Intensivstationen ist daher unter geeigneten Bedingungen sicher durchführbar.

Erstellt durch: Dr. P. Nydahl, März 2026, Quellen: Kucuk AO, Siyah T, Senocak E, Aksamaz E, Saglam M, Pehlivanlar Kucuk M. Clinical investigation of the reasons for interrupting physiotherapy sessions in the intensive care unit: A retrospective observational study. Medicine (Baltimore). 2026 Jan 23;105(4):e47311