



110. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)

Gemeinsam
mit der



66. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ)
 52. Herbsttagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH)
 36. Jahrestagung des Berufsverbandes Kinderkrankenpflege Deutschland (BeKD)
 22. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie (DGPI)
 24. Jahrestagung der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie (GKJR)
 84. Wissenschaftlichen Halbjahrestagung der Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (GPOH)
 AG Pädiatrische Radiologie der Deutschen Röntgengesellschaft (DRG)



BeKD e.V.

DGPI



GPOH

DRG



Eröffnungs-Pressegespräch am 11. September 2014

Transition, Innovation, Notfälle: Schwerpunkte und Highlights des Kinder- und Jugendärztekongresses 2014.

Prof. Dr. James Beck, Jena

Tagungspräsident der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin

Lost in transition? Junge Patienten mit schweren chronischen Erkrankungen benötigen beim Wechsel in die Erwachsenenmedizin Betreuung und Begleitung, denn Behandlungsabbrüche oder –unterbrechungen sind in dieser Phase häufig, mit teils schlimmen Folgen.

PD Dr. Burkhard Rodeck, Osnabrück

Vorbeugen ist besser als heilen - Prävention in der Sozialpädiatrie.

Verhaltensauffälligkeiten, ADHS, Fütterungs- und Bindungsprobleme, Depression und Angststörungen - neue Morbiditäten bestimmen die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen.

Dr. Carsten Wurst, Suhl

Großer Fortschritt für rheumakranke Kinder und Jugendliche: Biologische Medikamente. Die Einführung biologischer Medikamente hat die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit schweren Formen der juvenilen idiopathischen Arthritis (JIA) gravierend verändert.

Prof. Dr. Michael Borte, Leipzig

Biologika in der Kinder-Onkologie. Erfahrungen und Ausblicke auf Chancen und Grenzen biologischer Medikamente.

Prof. Dr. Angelika Eggert, Berlin

Eine moderne Kinder-Infektiologie – ein Muss im 21. Jahrhundert! Nicht erst seit der Diskussion um multiresistente Keime im Zusammenhang mit Krankenhaushygiene fordern die Experten für Infektionskrankheiten ein Umdenken.

PD Dr. Roswitha Bruns, Greifswald

Multiresistente Keime - Herausforderungen und Konsequenzen für die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. Kinder und Jugendliche mit ihren Familien sind in besonderem Maße auf eine hochqualifizierte pflegerische Unterstützung angewiesen.

Frauke Leupold, Hannover



110. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)

Gemeinsam mit der

- 66. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ)
- 52. Herbsttagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH)
- 36. Jahrestagung des Berufsverbandes Kinderkrankenpflege Deutschland (BeKD)
- 22. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie (DGPI)
- 24. Jahrestagung der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie (GKJR)
- 84. Wissenschaftlichen Halbjahrestagung der Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (GPOH)
- AG Pädiatrische Radiologie der Deutschen Röntgengesellschaft (DRG)



Eröffnungs-Pressegespräch

110. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DGKJ)

Kinder- und Jugendärztekongress in Leipzig:

Das Programm

In guter Tradition tagt auch in diesem Jahr die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ), der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH) und dem Berufsverband Kinderkrankenpflege (BeKD). Als Besonderheit nehmen dieses Mal in Leipzig auch die Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie (DGPI), die Gesellschaft für Kinder- und Jugend-Rheumatologie (GKJR) und die Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (GPOH) im Rahmen ihrer Jahrestagungen und die AG Kinderradiologie der Deutschen Röntgengesellschaft aktiv an der DGKJ-Jahrestagung teil.

Wenn große Fachgruppen gemeinsam tagen, wird es besonders spannend, wenn sie ihre Erfahrungen im Rahmen interdisziplinärer Veranstaltungen austauschen. Daher ziehen sich gemeinsame Symposien wie ein roter Faden durch das gesamte Programm. Als Schwerpunkte wurden für die DGKJ-Jahrestagung die Themen „**Transition**“, „**Innovationen**“ und „**Notfälle**“ gewählt.

Großer Wert wurde zudem auf ein breites Angebot an Veranstaltungen mit Fortbildungscharakter wie Workshops, Updates und die Beteiligung benachbarter Fachdisziplinen, wie beispielsweise HNO, Augenheilkunde, Dermatologie, Kinderzahnheilkunde, Orthopädie und Radiologie gelegt. Das Ergebnis der gemeinsamen Vorbereitungen ist ein äußerst vielfältiges Programm, das fachlich vertiefend und fachübergreifend Wesentliches und Aktuelles aus der Kinder- und Jugendmedizin präsentiert.

Das vollständige Angebot ist unter www.dgkj2014.de einsehbar, samt eines Sitzungsplaners zur Zusammenstellung eines persönlichen Kongresskalenders sowie alle weiteren Informationen zur Jahrestagung.

Hier ein kurzer Ausblick.

Donnerstag, 11. September

Schon heute finden zahlreiche Workshops statt, beispielsweise: Notarzt-Neugeborenen-Seminar, das akute Abdomen im Kindesalter, Arthrosonographie, zweidimensionale Echokardiographie, fallorientierte Übungen zur invasiven Beatmung, Lungenfunktionsdiagnostik für Fortgeschrittene und Akupunktur bei Kindern. Auch sozialpädiatrische Themen sind vertreten, wie die Entwicklungs-Beurteilung vom Säugling bis zum Schulkind, die muskuläre Hypotonie des Säuglings oder Diagnostik und Therapie bei Ausscheidungsstörungen.

Um 18:00 Uhr wird der Kongress durch Musik jugendlicher Preisträger – den Jazzomatics –, einem Grußwort der Parlamentarischen Staatssekretärin Frau Widmann-Mauz und des Präsidenten der DGKJ, Herrn Prof. Dr. Wagner, feierlich eröffnet. Den Festvortrag wird Herr Dr. Gunz aus dem anthropologischen Institut in Leipzig zum Thema der Evolution des menschlichen Gehirns – „Was wir vom Neandertaler lernen können“ - halten. Das anthropologische Institut hat durch die vollständige Sequenzierung des Neandertalergenoms in den letzten Jahren für großes Aufsehen gesorgt.

Freitag, 12. September

Am Freitag beginnen die wissenschaftlichen Symposien der DGKJ, DGSPJ, DGKCH, BeKD, DGPI, GKJR und GPOH.

Mehrere interdisziplinäre Symposien erörtern nacheinander Besonderheiten, erfolgreiche Modelle und künftige Lösungswege bei der Transition von Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen in das Erwachsenenalter.

In einem der weiteren interdisziplinären Symposien berichten mehrere Fachdisziplinen über das diagnostische und therapeutische Vorgehen bei Infektionserkrankungen immunsupprimierter Patienten. Ebenfalls interdisziplinär werden **infektiologische Notfälle** beleuchtet. Kinderonkologen, Kinderchirurgen, Kinderradiologen und Kinderkrankenpfleger berichten in einem weiteren interdisziplinären Symposium jeweils aus ihrer Sicht über den Umgang mit Lungenmetastasen.

Das wichtige Thema Schädel-Hirn-Trauma wird gemeinsam von den Sozialpädiatern, Kinderchirurgen und pädiatrischen Radiologen diskutiert.

Mitglieder der Sektion Pädiatrie der Deutschen Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin (DEGUM) und der AG Kinderradiologie geben in einer Serie von Vorträgen umfassenden Einblick in die Sonographie von Leber, Gefäßen, Bewegungsapparat und Urogenitaltrakt.

Am Freitag finden zudem Updates zur Pädiatrischen Nephrologie, Gastroenterologie, Infektiologie, Kardiologie sowie Stoffwechselerkrankungen, Asthma und Neonatologie statt. In weiteren Sitzungen `trifft` die Pädiatrie die Kinderdermatologie sowie die HNO- und Augenheilkunde.

Das traditionelle Benefizkonzert des Kinderärztorchesters findet diesmal zu Gunsten von Music Road Rwanda zur Unterstützung der Musikschule in Kigali statt und beginnt um 19:30 Uhr in der Leipziger Peterskirche. Karten sind über das Kongressbüro erhältlich.

Samstag, 13. September

Am Samstag tauschen sich im Symposium „**Chancen und Grenzen der Therapie mit Biologika**“ Kinder-Rheumatologen, -Gastroenterologen und Onkologen über ihre Erfahrungen im Umgang mit Biologika aus und geben auch Einblicke, was in der nahen Zukunft erwartet werden darf.

In den interdisziplinären Symposien „Thermische Verletzungen im Kindesalter“ und „Chronisch entzündliche Darmerkrankungen“ beleuchten Kinderchirurgen und Pädiater gemeinsam die Erkrankungen aus dem Blickwinkel ihrer jeweiligen Fachrichtungen heraus.

Kinder-Immunologen, -Rheumatologen, -Onkologen und -Infektiologen stellen in einem weiteren interdisziplinären Symposium die Besonderheiten von Impfungen bei Patienten mit Immunsuffizienz dar und informieren über Emerging imported infections.

Im Symposium des Präventions- und Informationsnetzwerks Asthma und Allergie (PINA) werden die neue Leitlinie zur Allergieprävention vorgestellt, über Zusammenhänge zwischen Impfungen und Allergien berichtet, Möglichkeiten zur Verbesserung der Situation bei unkontrollierten oder unzureichend therapierten Asthma vorgestellt und das praktische Management von **allergologischen Notfällen** im Kindesalter dargestellt.

Innovationen im Bereich der Rehabilitation bei verschiedensten Krankheitsbildern stellt ein interdisziplinäres Symposium der Sozialpädiater, Kinder-Rrheumatologen und Kinderkrankenpflegerinnen in den Mittelpunkt.

Das wichtige Thema „Chronische Schmerzen bei Kindern“ wird gemeinsam von DGKJ und DGSPJ in einer Sitzung gestaltet.

In dem Symposium „Risikomanagement und Patientensicherheit“ berichten ein Rechtsanwalt, ein Haftpflichtversicherer und ein Institutsleiter für Patientensicherheit über konkrete Fälle und heutige Konzepte und Möglichkeiten der Risikominimierung.

Die AG Kinderradiologie bietet am Samstag mit ihrer Expertise eine Reihe von Vorträgen zur Bildgebung bei Kindern an. Themen sind u.a. die Besonderheiten des Strahlenschutzes bei Kindern aller Altersgruppen sowie Untersuchungen des ZNS, des Skeletts und des Abdomens

mit besonderem Augenmerk auf das MRT. Dieses Symposium ist als eine Fit-für-Facharzt-Veranstaltung sowohl an Radiologen, Kinderärzte und -chirurgen als auch an Vertreter anderer Kinderfächer gerichtet.

Am Samstag trifft die Pädiatrie dann die Kinderzahnheilkunde und die Orthopädie.

Des Weiteren sind umfangreichere Updates zur Epilepsie und zur Endokrinologie vorgesehen.

Sonntag, 14. September

Am Sonntag beleuchten in den interdisziplinären Symposien „Infektionen und Inflammation am Bewegungsapparat“ und „Encephalitis – akute Encephalopathie“ Infektiologen, Rheumatologen und Stoffwechselfachleute Symptome ausgehend vom Skelett oder vom ZNS auf das Vorliegen einer Infektionserkrankung, einer autoimmunologischen Reaktion oder einer angeborenen Erkrankung.

In Symposien zur **pädiatrischen Notfallmedizin** werden u.a. Erkenntnisse zur Systemischerheit des Simulationstrainings und interdisziplinäre Konzepte für die kompetente Versorgung von kritisch kranken Kindern aus Sicht der Anästhesie vorgestellt. Weitere wichtige Themen sind die Sedierung von Kindern im MRT und die Anästhesie von Frühgeborenen. Am Sonntag finden auch ausführliche Updates zur Kinder- und Jugendgynäkologie, zur Pneumologie und zu Immundefekten statt.

Wegen der großen Nachfrage wurde auch für den Sonntag ein breites Angebot an Workshops vorbereitet, beispielsweise: Einsteigerseminar Bronchoskopie; EKG für Fortgeschrittene, ärztliche Gespräche, die wirken; Kopfschmerzen bei Kindern und Jugendlichen; Pädiatrische Notfälle und Reanimation.

Prof. Dr. James Beck

Tagungspräsident der DGKJ

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

Friedrich-Schiller-Universität Jena

Kochstr. 2

07745 Jena

Tel.: 03641 / 938270

dgkj2014@med.uni-jena.de



Download:

www.dgkj.de/presse/pressefotos



110. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)

Gemeinsam mit der

- 66. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ)
- 52. Herbsttagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH)
- 36. Jahrestagung des Berufsverbandes Kinderkrankenpflege Deutschland (BeKD)
- 22. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie (DGPI)
- 24. Jahrestagung der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie (GKJR)
- 84. Wissenschaftlichen Halbjahrestagung der Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (GPOH)
- AG Pädiatrische Radiologie der Deutschen Röntgengesellschaft (DRG)



BeKD e.V.

DGPI



GPOH

AG Pädiatrische Radiologie



Eröffnungs-Pressegespräch

110. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DGKJ)

Lost in transition?

Die Transition aus der pädiatrischen Betreuung in die Betreuung durch einen Erwachsenenmediziner erfolgt meist in der späten Adoleszenz, d.h. in einen Zeitraum mit hoher Vulnerabilität. Die Folge einer ungeordneten Transition sind oft Behandlungsabbrüche oder –unterbrechungen mit Auswirkungen auf den Krankheitsverlauf und sozioökonomischen Konsequenzen. Bereits 2009 wurde vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen des BMG die Betreuung chronisch kranker Jugendlicher in der Übergangsphase als mangelhaft bewertet und Empfehlungen zur Verbesserung ausgegeben. Fast 14 % aller Kinder und Jugendlichen haben einen besonderen medizinischen Betreuungsbedarf (Kinder- und Jugendgesundheitsurvey, KIGGS, 2007). Von Seiten des Gesetzgebers wie auch der Kostenträger fehlt bislang die flächendeckende Anerkennung der besonderen Betreuungssituation. Es existieren regionale fachspezifische Einzellösungen, jedoch fehlt eine fächerübergreifende Struktur, die den Prozess der Transition nicht nur begleitet und absichert, sondern auch finanziell unterstützt. Im Jahr wurde 2012 die Arbeitsgruppe Transition durch die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) und die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) gegründet und Anfang 2013 um die Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) erweitert.

Grundsätzlich gibt es verschiedene Patientengruppen, die in die Erwachsenenmedizin transitionieren:

1. Jugendliche mit chronischen Erkrankungen, die in der Erwachsenenmedizin bekannt sind (z.B. Diabetes mellitus, Asthma bronchiale, chronisch entzündliche Darmerkrankungen),
2. Patienten mit in der Erwachsenenmedizin weitgehend unbekanntem Erkrankungen (z.B. zystische Fibrose),
3. Patienten mit psychomotorischen und statomotorischen Behinderungen, die auch im Erwachsenenalter keine Autonomie gewinnen können. In der Pädiatrie werden diese Patienten meist

in sozialpädiatrischen Zentren behandelt (SPZ). Ein entsprechendes Pendant fehlt bislang im Erwachsenenbereich.

Das Berliner Transitionsprogramm (BTP), das von den DRK-Kliniken Berlin im Rahmen einer Förderung durch die Robert Bosch Stiftung zunächst für die Erkrankungen Epilepsie und Diabetes Typ 1 für die Region Berlin/Brandenburg erarbeitet wurde, eignet sich von der Grundstruktur am ehesten für einen fach- und indikationsübergreifenden und zudem überregionalen Einsatz. Innerhalb dieses Modellprogramms wurden Strukturelemente wie Transitionsgespräche, gemeinsame Sprechstunden, Fallkonferenzen und ein Sektor übergreifendes Fallmanagement etabliert, seit Mitte 2009 erprobt und fachübergreifende und krankheitsspezifische Materialien (T[ransitions]-Heft, Epikrise, Fragebögen, Infobroschüre) erarbeitet. Die Vergütung des Programms wird aktuell von Kostenträgern im Rahmen von Selektivverträgen oder als Einzelfallentscheidung übernommen. Das Modellprogramm wird auf andere Bereiche wie Rheumatologie, chronisch entzündliche Darmerkrankungen, Nephrologie und seltene Muskelerkrankungen sowie überregional auf andere Bundesländer ausgedehnt.

Die Arbeitsgruppe ist mit verschiedenen Entscheidungsträgern der Gesundheitspolitik (GBA, Ärztekammer, Krankenkassen etc.) in einen Dialog eingetreten, um die Struktur und Finanzierungsmöglichkeiten eines einheitlichen bundesweiten Transitionsprojektes ausgehend vom Berliner Transitionsprogramm zu klären.

Bezüglich der Finanzierung ist eine Verankerung einer definierten Transitionsleistung im § 43 SGB V geplant, bezüglich der Anbindung an eine bundesweit operierende Organisationseinheit ist die AG Transition in einem vielversprechenden Dialog mit dem Bundesverband Bunter Kreis e.V. .

PD Dr. Burkhard Rodeck

AG Transition der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ), der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) und der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN)

Christliches Kinderhospital Osnabrück
Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin
Johannsfreiheit 1
49074 Osnabrück
Tel. 0541/ 7000 6900
b.rodeck@ckos.de



Download:

www.dgkj.de/presse/pressefotos



Eröffnungs-Pressesgespräch

110. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DGKJ)

Weit über eine Million Kinder und Jugendliche von „Neuen Morbiditäten“ betroffen

Vorbeugen ist besser als heilen – Prävention in der Sozialpädiatrie

Aktuelle und seriöse Untersuchungen gehen davon aus, dass heute bis zu 20 % aller Kinder eines Jahrgangs von „Neuen Morbiditäten“ betroffen sein könnten. Dazu zählen zum Beispiel ADHS, Störungen der sprachlichen und motorischen Entwicklung, Adipositas oder auch Medienabhängigkeit. Selbst bei vorsichtiger Annahme einer Prävalenz von 10 % wären dies über 1 Million Kinder und Jugendliche in Deutschland.

Nach neuesten Daten des „Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS)“, die als sozial-epidemiologisches Datenmonitoring repräsentativ für Deutschland sind, ist das Erkrankungsrisiko für diese Störungen bei Kindern der untersten im Vergleich zur obersten Sozialschicht um das 3-fache erhöht! Die gesundheitliche Entwicklung von Kindern hängt damit unmittelbar mit dem sozioökonomischen Status ihres Umfeldes zusammen. Antworten darauf, wie dieses Dilemma gelöst werden könnte, hat die Gesundheitspolitik aber bislang noch nicht gefunden.

Und Lösungen wären überfällig. Denn seit Jahren wird generell bei allen Kindern und Jugendlichen ein ständiger Anstieg der so genannten „Neuen Morbiditäten“ beobachtet. Das betrifft Verhaltensstörungen, funktionelle Störungen der kognitiven Entwicklung und Motorik ebenso wie Essstörungen sowie schließlich Substanzabhängigkeiten aller Art. Somit findet in der Kinder- und Jugendmedizin eine deutliche Schwerpunktverlagerung im Krankheitsspektrum statt. Chronische Erkrankungen und Störungen überwiegen die Akuterkrankungen. Primär körperliche Krankheiten treten in der Summe hinter die Störungen der funktionellen und psychischen Entwicklung sowie die verhaltensabhängigen körperlichen Störungen zurück. Diese Störungsbilder sind keinesfalls neu; neu ist aber ihre epidemische Häufung.

Seit einigen Jahren gibt es gute wissenschaftliche Belege dafür, dass der sozioökonomische Status der Familie den weitaus wichtigsten Einfluss auf die kindliche Entwicklung hat. Sozialer Stress, geringe Bildung und eingeschränkte Problembewältigungsstrategien in kritischen

Lebenslagen der Eltern sorgen dafür, dass sie emotionale Grundbedürfnisse von Kindern nicht erfüllen können. Kinder sind dann nicht in der Lage, ihre Entwicklungspotenziale auszuschöpfen.

Kinder- und Jugendärzte haben kaum die Möglichkeit, den sozioökonomischen Status des Umfeldes eines Kindes zu beeinflussen. Aber für die meisten der betroffenen Kinder und Jugendlichen ist der Kinder- und Jugendarzt oft der erste Ansprechpartner, wenn es Entwicklungsprobleme gibt. Die Verordnungen von Frühförderung, Heilmitteln wie Ergotherapie oder Logopädie und von Psychopharmaka nahmen in den letzten Jahren kontinuierlich zu. Sie lindern im Einzelfall die Symptome. Zugleich wird diese zunehmende Medikalisierung von Entwicklungsproblemen schon seit Jahren von den Kinder- und Jugendärzten insgesamt - insbesondere von uns Sozialpädiatern - kritisiert.

Um den „Neuen Morbiditäten“ wirkungsvoll und nachhaltig entgegenzutreten, bedarf es neuer Konzepte. Diese müssen viel stärker präventiv ausgerichtet sein. Das frühzeitige Erkennen von psychosozialen Belastungsfaktoren eines Kindes in einer sich daraus ableitenden vorausschauenden Beratung muss Eingang in die Früherkennungsuntersuchungen (U-Untersuchungen) finden. Leider wird dieser primär präventive Ansatz nach bisheriger gesetzlicher Grundlage des SGB V von den Krankenkassen nicht finanziert. Zusätzlich bedarf es einer guten Vernetzung mit den Systemen der Jugendhilfe, der Frühförderung und der Bildung. Die wirksame Behandlung der „Neuen Morbiditäten“ ist somit nur als gesamtgesellschaftliche Anstrengung zu bewältigen und bedarf unbedingt entsprechender Rahmenbedingungen, auch im medizinischen System. Erfolgreiche lokale Modellversuche mit diesen Ansätzen müssen unbedingt verstetigt werden, um nachhaltig die Effektivität und Effizienz eines solchen Vorgehens zu belegen. Leider haben es die politischen Entscheidungsträger 2005 und 2013 nunmehr schon zweimal versäumt, mit einem Präventionsgesetz für einen wirkungsvollen Therapieansatz zu sorgen.

Das Thema hat auch eine ethische und sozialpolitische Dimension. Wie wird eine Gesellschaft aussehen, wenn bis zu einem Fünftel der heranwachsenden Generation von vornherein eingeschränkte Chancen der Entwicklung und sozialen Integration bekommt? Die begrenzten Möglichkeiten der medizinisch-funktionellen Maßnahmen im Sinne der klassischen Heilung lassen nur eine Schlussfolgerung zu: Eine wirkungsvolle Prävention! Dies ist nach unserem fachlichen Selbstverständnis zweifellos eine der größten Herausforderungen für die Sozialpädiatrie und die gesamte Kinder- und Jugendmedizin.

Über das Thema „Prävention in der Sozialpädiatrie“ diskutieren beim Jahreskongress in Leipzig ausgewiesene Fachleute aus kinderärztlichen Praxen, Sozialpädiatrischen Zentren, dem Öffentlichen Gesundheitsdienst und Rehabilitationskliniken mit einem facettenreichen Programm.

Dr. Carsten Wurst

Tagungspräsident der DGSPJ

Sozialpädiatrisches Zentrum
SRH Zentralklinikum Suhl GmbH
Albert-Schweitzer-Str. 2
98527 Suhl
Tel.: 03681 / 356380
carsten.wurst@zs.srh.de



Download:

www.dgkj.de/presse/pressefotos



Eröffnungs-Pressesgespräch

110. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DGKJ)

Presse-Informationen der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie

1) Aktuelle klinische Forschung: Biologika in der Kinderrheumatologie (Bezug: Biologika in Onkologie und Rheumatologie)

Innovative Entwicklungen in der Pharmakotherapie der Juvenilen Idiopathischen Arthritis (JIA) ermöglichen nicht nur die Vermeidung von Langzeitschäden und Behinderungen, sondern auch die rasche Induktion einer Remission mit Verkürzung der Phase aktiver Erkrankung.

Während bei der oligoartikulären JIA weiterhin zunächst intraartikuläre Kortikosteroide und nicht-steroidale entzündungshemmende Medikamente eingesetzt werden, erfolgt bei der Rheumafaktor-positiven und negativen Polyarthritits, der erweiterten Oligoarthritits und der polyartikulären Psoriasis-Arthritis eine frühe Behandlung mit krankheitsmodifizierenden Medikamenten. Sofern nicht kontraindiziert, ist Methotrexat das Medikament der Wahl, während Sulfasalazin sich bei Enthesitis assoziierter Arthritis bewährt hat. Bei Nichterreichen des Therapieziels nach 3 bis 6 Monaten erfolgt eine rasche Therapieeskalierung unter Einsatz von modernen Biologika. Ab einem Alter von 2 Jahren stehen hier die TNF-Inhibitoren Etanercept und Adalimumab sowie der IL-6-Rezeptorantikörper Tocilizumab zur Verfügung. Bei unzureichendem Ansprechen ist ein Therapiewechsel ebenfalls in kurzen (z. B. 3-6 monatigen) Abständen zu erwägen, mit dem Ziel der Remissionsinduktion.

Bei der Therapie der systemischen JIA wird zwischen eher systemischen und eher artikulären Verläufen unterschieden. Während letztere wie eine Polyarthritits behandelt werden, erfolgt bei systemisch aktiven Verläufen eher eine frühzeitige Zytokinblockade mit Tocilizumab oder den IL-1 Inhibitoren Anakinra oder Canakinumab als ein Einsatz von NSAR oder Kortikosteroiden.

2) Die Therapie von Kindern und Jugendlichen mit Gelenkrheuma wird sicherer. Unerwünschte Ereignisse, die unter Rheumamedikamenten auftreten, werden

heutzutage systematisch in bundesweiten Registern erfasst (Bezug: Symposium Arzneimittelsicherheit)

Die Einführung biologischer Medikamente hat die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit schweren Formen der juvenilen idiopathischen Arthritis (JIA) gravierend verändert. Sie hat auch dazu beigetragen, dass unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UE) in der Kinderreumatologie heute systematisch erfasst werden. Mit dem nationalen JIA-Biologikaregister BiKeR und dessen Follow-up-Register JuMBO werden bereits seit dem Jahr 2001 Informationen zur Langzeitsicherheit der zunehmend bei JIA-Patienten eingesetzten Biologika erhoben. Beide Register übersehen mittlerweile zusammen etwa 15.000 Expositionsjahre (EJ) und erfassen prospektiv unerwünschte Ereignisse im möglichen Zusammenhang zur Therapie. Von besonderem Interesse sind dabei schwerwiegende Infektionen, inzidente immunvermittelte und maligne Erkrankungen.

In BiKeR wurden bisher über 3.700 Patienten mit JIA eingeschlossen, etwa 2.200 bei Start mit einem Biologikum und ca. 1.500 bei Beginn einer Methotrexat (MTX)-Behandlung. Knapp 1.000 dieser Patienten sind inzwischen erwachsen und werden im JuMBO-Register weiterbeobachtet.

Entsprechend der Zulassungssituation liegen die meisten Informationen zur Sicherheit einer Etanercept- und MTX-Therapie vor. Zudem sind erste Aussagen zur Sicherheit von später zugelassenen Biologika wie Adalimumab und Tocilizumab möglich. Unter den genannten Therapien wurden schwere UEs bisher in einer Häufigkeit von 3,8 bis 9,7/100 EJ beobachtet. Schwere Infektionen wurden häufiger unter Etanercept und Adalimumab als unter MTX beobachtet. Autoimmunereignisse wurden signifikant häufiger unter Adalimumab beobachtet, ein Makrophagenaktivierungssyndrom trat unter Therapie mit Tocilizumab auf. Eine MTX-Therapie war mit einem höheren Risiko für Leberwerterhöhungen verbunden.

Durch die weitere Beobachtung der Patienten in JuMBO lässt sich die Verträglichkeit nacheinander erfolgter Biologikaeexpositionen bewerten und Ereignisse mit längerer Latenz identifizieren. Bisher gibt es keine Hinweise, dass mit längerer Expositionsdauer das Risiko für UEs zunimmt. Die SUE-Raten in JuMBO (2,6-4,7/100 EJ) sind nicht höher als jene in BiKeR. Es konnte mit der zusätzlichen Beobachtungszeit im JuMBO Register belegt werden, dass unter einer Etanercept-Monotherapie signifikant häufiger inzidente chronisch-entzündliche Darmerkrankungen und Uveitiden als unter MTX allein bzw. unter einer Etanercept/MTX-Kombinationstherapie auftraten. Maligne Erkrankungen wurden nicht häufiger unter Etanercept oder Adalimumab Exposition im Vergleich zu konventionell behandelten Patienten beobachtet. Insofern haben die Register bisher kein den Nutzen der neuen Therapien infrage stellendes Risiko aufgedeckt. Valide Aussagen zum Risikoprofil der Biologika für bestimmte Ereignisse

gestatten sie allerdings noch nicht. Eine weitere sorgfältige Pharmakosurveillance ist zur abschließenden Risikobewertung erforderlich.

3) Der Gesundheitszustand junger Rheumatiker verschlechtert sich signifikant nach Verlassen der kinderrheumatologischen Versorgung. Maßnahmen sind vonnöten, die eine nahtlose und adäquate Versorgung der Patienten in der Erwachsenenmedizin sicherstellen (Bezug: Transition)

Chronische Gelenkentzündungen (Oberbegriff: juvenile idiopathische Arthritis [JIA]) gehören nicht nur zu den häufigsten chronischen Krankheiten im Kindes- und Jugendalter, sie bleiben auch häufig bis in das Erwachsenenalter hinein behandlungsbedürftig. Mindestens jeder zweite Patient bedarf deshalb auch jenseits des Jugendalters einer kompetenten medizinischen Versorgung. Bei Verlassen der Kinderrheumatologie befinden sich junge Rheumatiker heutzutage auch häufig unter biologischen Medikamenten, das belegen akute Daten der bundesweiten Kerndokumentation für rheumakranke Kinder und Jugendliche. Die jungen Rheumatiker weisen aber auch einen signifikant besseren Gesundheitszustand und eine bessere Funktionsfähigkeit als noch vor 10 Jahren auf. Das birgt ein Risiko der Unterschätzung der Schwere und potenziellen Konsequenzen der juvenilen rheumatischen Erkrankungen von Seiten der Erwachsenenmediziner. Aktuelle Daten aus dem nationalen JIA-Biologikaregister BiKeR und dessen Folgeregister JuMBO unterstützen diese Vermutung. Die Datenanalysen von über 650 meist an Polyarthritis erkrankten Patienten offenbarten, dass Erwachsenenmediziner die rheumatische Erkrankung weniger schwer bzw. aktiv als ihre pädiatrischen Kollegen und auch weniger schwer als die Betroffenen selbst einschätzten. Die Patienten berichteten im Erwachsenenalter bzw. zwei Jahre nach Verlassen der Kinderrheumatologie signifikant mehr Schmerzen und Einschränkungen in ihrem gesundheitlichen Befinden. Vor allem die Patienten, die im Erwachsenenalter keine regelmäßige rheumatologische Versorgung mehr erhielten, wiesen schlechtere Patienten-berichtete Outcomes auf. Insgesamt brach in der Phase des Transfers jeder zehnte JIA-Patient die Therapie mit immunmodulierenden Substanzen und jeder zwanzigste die medizinische Versorgung generell ab. Bei Patienten in nichtspezialisierter Versorgung wurde im Erwachsenenalter die Biologikatherapie häufiger abgebrochen bzw. seltener fortgeführt als bei rheumatologisch Versorgten.

Die Daten führen vor Augen, dass der Übergang von der Kinder- in die Erwachsenenmedizin eine Risikophase darstellt. Jeder zehnte Patient bricht hier zumindest zeitweise die Rheumatherapie und jeder zwanzigste die medizinische Versorgung überhaupt ab, was sich in einer Verschlechterung des gesundheitlichen Befindens der Patienten widerspiegelt.

4) Rheuma-Patienten sind oftmals unzureichend geimpft – Neue Impfstrategien der GKJR sollen Infektionen trotz geschwächtem Abwehrsystem vorbeugen (Bezug: Symposium Impfungen bei Patienten mit Immuninsuffizienz)

Rheumapatienten ist eine besondere intrinsische und therapiebedingte Infektionsanfälligkeit eigen. Diese trägt wesentlich zur Morbidität und Mortalität bei. Bei einem hohen Anteil der Infektionen handelt es sich aber um impfpräventable Erkrankungen. Für alle Rheumapatienten und insbesondere für solche unter immunsuppressiver Therapie ist ein umfassender Impfschutz anzustreben.

Kinder und Jugendliche mit chronischen entzündlich-rheumatischen Erkrankungen tragen ein höheres Infektionsrisiko als gesunde Kinder. Dieses Risiko resultiert nicht nur aus der die rheumatische Krankheit verursachenden immunologischen Regulationsstörung, sondern auch aus der eingesetzten Therapie. So beträgt die Rate schwerer bakterieller Infektionen bei Kindern mit juveniler idiopathischer Arthritis (JIA) 2,4 pro 100 Patientenjahre und liegt damit etwa 1,25fach über der eines Kontrollkollektivs. Bei einer Behandlung mit oralen Glukokortikoiden erhöht sich die Rate auf 9,8 pro 100 Patientenjahre. Zwar werden Glukokortikoide heute zunehmend seltener in der Kinderrheumatologie eingesetzt, aber auch neue biologische Medikamente können zu einer leichten Erhöhung des Infektionsrisikos beitragen. Insofern bedürfen rheumakranke Kinder, Jugendliche und Erwachsene eines besonderen Schutzes vor Infektionskrankheiten, der Impfungen einschließt.

Wirkungen und Nebenwirkungen von Impfungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit rheumatischen Erkrankungen waren bis vor kurzem kaum untersucht. Inzwischen liegen aber gute Daten zur Sicherheit und Wirksamkeit der meisten im Impfkalender enthaltenen Standardimpfungen für Kinder und Erwachsene mit Rheuma vor.

Fazit für die Praxis

Generell sind Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit rheumatischen Erkrankungen entsprechend der Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert-Koch-Institut Berlin zu impfen. Bei Rheumakranken festgestellte Impflücken, insbesondere für Standardimpfungen mit Tot-Impfstoffen (z. B. gegen Tetanus, Diphtherie und Pertussis), sollten der Vergangenheit angehören. Der Zeitpunkt der anstehenden Impfung ist in Abhängigkeit von der Krankheitsaktivität und Therapie sorgfältig zu wählen und ggf. der Impferfolg zu überprüfen.

- Grundsätzliche Kontraindikationen für Impfungen mit Tot-Impfstoffen bestehen nicht
- Vor Beginn einer immunsuppressiven (v. a. Biologika-) Therapie ist eine Komplettierung des Impfstatus (besonderes Augenmerk gilt der Pneumokokken- und Varizellen-Impfung) empfohlen
- Unter einer potenziell immunsuppressiven Therapie sollte zusätzlich zu den Standardimpfungen immer die jährliche Gripeschutzimpfung erfolgen
- Topische, intraartikuläre oder systemische alternierende, kurze (< 2 Wo.), < 20mg / Tag Glukokortikoid-Therapien stellen keine Kontraindikation für Impfungen dar
- Aufgrund des besonderen Risikos für chronische Infektionen mit dem humanen Papillomavirus (HPV) sollten weibliche Lupus-Patienten gegen HPV geimpft werden
- Impfungen mit Lebend-Impfstoffen können bei nicht immunsupprimierten Patienten in Abhängigkeit von der Krankheitsaktivität gegeben werden. Nicht angeraten sind diese hingegen bei Patienten unter Immunsuppression, wie z.B. unter Mycophenolatmofetil-, Cyclophosphamid-, Cyclosporin A- oder Leflunomid-, hoch dosierter, längerer (> 2 Wochen) Glukokortikoid- oder Biologika-Therapie (z. B. Etanercept). Boosterimpfungen gegen Varizellen, Mumps/Masern/Röteln oder Gelbfieber können dagegen bei Patienten unter einer niedrig dosierten MTX-Therapie ($\leq 15 \text{ mg/m}^2$ Körperoberfläche und Woche) problemlos durchgeführt werden
- Familienangehörige und andere enge Kontaktpersonen (auch medizinisches Personal) von potenziell immunkompromittierten Patienten sollten über einen aktuellen Impfstatus verfügen und alle altersgemäßen Impfungen erhalten („immunologisches Schutzschild“). Familienangehörige und enge Kontaktpersonen von immunsuppressiv behandelten Kindern sollten außerdem auch jährlich gegen Influenza geimpft werden.

Prof. Dr. Michael Borte

Vorsitzender der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie (GKJR)
 Tagungspräsident der GKJR

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
 Klinikum St. Georg gGmbH Leipzig
 Delitzscher Str.141
 04129 Leipzig
 Tel.: 0341/9093641
 Daniela.goebel@sanktgeorg.de



Download:

www.dgkj.de/presse/pressefotos

Eröffnungs-Pressegespräch

110. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DGKJ)

Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie

1) Einführung „Krebs bei Kindern und Jugendlichen“

Krebserkrankungen im Kindes- und Jugendalter sind glücklicherweise recht selten. Dennoch ist Krebs die häufigste tödliche Krankheit bei Kindern und Jugendlichen. In Deutschland sind jedes Jahr etwa 2000 junge Patienten neu davon betroffen. Die häufigsten Erkrankungen sind Leukämien (34%), gefolgt von Hirntumoren (23%) und Neuroblastomen (8%). Dank der engen Zusammenarbeit von behandelnden Ärzten und Forschern in den letzten 50 Jahren gehört der Kampf gegen Krebs bei Kindern jedoch zu den **großen Erfolgsgeschichten der Medizin**. Bis Ende der 1960-er Jahre kam die Aussage »Ihr Kind hat Krebs« einem Todesurteil gleich, denn die durchschnittlichen Überlebensraten lagen damals unter 20%. In den Industrienationen überleben heute 70-80% aller Kinder und Jugendlichen mit Krebserkrankungen.

Der Preis des Therapieerfolges ist jedoch noch immer sehr hoch: lebensbedrohliche Nebenwirkungen und gravierende Spätfolgen können mit der Behandlung einhergehen. Hinzu kommt, dass die Möglichkeiten der klassischen 3-Säulen Therapie (Chirurgie, Chemotherapie und Strahlentherapie) ausgeschöpft zu sein scheinen, da die Heilungsraten bei den meisten kindlichen Krebserkrankungen trotz Intensivierung der Therapie stagnieren. In den letzten Jahren ist das Wissen über die molekularen Ursachen von Krebserkrankungen sprunghaft gestiegen. Diese neuen Erkenntnisse ebnen den Weg für präzise Diagnosen und individuelle, für jeden Patienten maßgeschneiderte Behandlungsansätze.

Die Arten der einzelnen Krebserkrankungen und ihre Häufigkeit unterscheiden sich jedoch erheblich bei Kindern und Erwachsenen. So sind beispielsweise Karzinome im Kindes- und Jugendalter außerordentlich selten (1%), während sie bei Erwachsenen mehr als 90% der Neuerkrankungen ausmachen. **Daher lassen sich die Erkenntnisse aus der Erwachsenen-Onkologie oft nur wenig auf die pädiatrische Onkologie übertragen.** So sind auch neue Medikamente, die für Karzinome des Erwachsenenalters entwickelt wurden, aufgrund ihrer begrenzten Wirksamkeit für die Therapie bei Kindern nicht optimal geeignet.

Daher ist **eine gezielte Krebsforschung für Kinder**, die sich mit den besonderen Eigenschaften kindlicher Krebserkrankungen beschäftigt, **unerlässlich**.

2) Neue „Intelligente“ Medikamente in der Krebstherapie bei Kindern und Jugendlichen (Bezug: Biologika in Onkologie und Rheumatologie)

In den letzten Jahren stehen uns in der molekularen Medizin moderne Hochdurchsatzverfahren wie beispielsweise die Sequenzierung von Genen zur Verfügung, mit deren Hilfe wir uns sehr effizient ein umfassendes Bild der komplexen Mechanismen der Krebsentstehung machen können. Diese neuen Technologien ermöglichen heute die gleichzeitige Untersuchung zehntausender Gene in einer kleinen Tumorprobe in einem einzigen Experiment. Der behandelnde Arzt erhält auf der Basis der so gewonnenen molekularen Information eine Empfehlung für die optimale Therapieplanung, die heute auch so genannte „molekular gezielte“ oder „intelligente“ Medikamente enthält.

Das drängendste Problem in der Kinderonkologie sind heute Rückfälle nach einer intensiven Chemo- oder Strahlentherapie. Das betrifft in Deutschland jedes Jahr etwa 400-500 krebskranke Kinder. Zum Zeitpunkt des Rückfalls sind die wirksamen Therapien oft schon weitgehend ausgereizt. Bislang gibt es nur für sehr wenige Krebsarten eine zweite Chance auf dauerhafte Heilung. Die neuen „intelligenten“ Medikamente richten sich gegen ganz spezifische krebstypische Zellveränderungen. Eine Analyse aller Gene in den Tumorzellen eröffnet die Möglichkeit, individuell für jeden Tumor die passenden Medikamente auszuwählen und den betroffenen Kindern eine zweite Chance zu eröffnen. Ziel eines neuen deutschlandweiten Projektes ist es, **neue „intelligente“ Medikamente** in einer gegen den einzelnen Tumor **maßgeschneiderten Form** einzusetzen und damit in den nächsten fünf Jahren möglichst mehr als der Hälfte der 400-500 Rückfall-Patienten in Deutschland helfen zu können. Leider werden weder die Analyse des gesamten Erbguts eines Tumors, noch die teuren „intelligenten“ Medikamente derzeit von den Krankenkassen bezahlt, so dass die Weiterentwicklung solcher Projekte auf öffentliche Gelder und Spenden angewiesen ist. Zukünftig sollen an mehreren Standorten in Deutschland spezialisierte Zentren zur maßgeschneiderten Behandlung von Kindern mit Rückfall einer Krebserkrankung aufgebaut werden.

3) Klinische Studien (Bezug: neue EU Richtlinie zu Klinischen Studien)

Am 12. April 2014 wurde im Europäischen Parlament eine novellierte Verordnung zu klinischen Studien verabschiedet. Auf einer Pressekonferenz in Berlin im Juni 2014 machten die DGHO (Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie e.V.) und die Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie e.V. (GPOH) deutlich, dass die Durchführung von klinischen Studien für die Weiterentwicklung von Therapiemöglichkeiten bei

Blut- und Krebserkrankungen und für den Forschungsstandort Deutschland von immenser Bedeutung ist. Die Verfahren für die Bewertung und die Genehmigung von klinischen Studien müssen in Deutschland an die EU-Verordnung angepasst werden.

Klinische Studien sind auch in der Kinderonkologie und –hämatologie die Grundlage der evidenzbasierten Medizin. **Fast alle europäischen Kinder und Jugendlichen mit Krebserkrankungen werden im Rahmen von Therapieoptimierungsstudien behandelt.** Diese Studien verbessern kontinuierlich die Diagnostik und Behandlung nach dem besten Stand des Wissens und auf der Grundlage der Erkenntnis vorangegangener Studien. Es geht hierbei nicht um die Zulassung von neuen Medikamenten, wie es bei den Studien der Pharmaindustrie der Fall ist. **Heute überleben fast vier von fünf Kindern mit Krebs. Dieser Erfolg wäre ohne die konsequente Durchführung solcher Therapiestudien nicht möglich gewesen.**

In Folge einer Gesetzesnovelle zu klinischen Studien aus dem Jahr 2001 ist die Anzahl der Therapieoptimierungsstudien der GPOH aufgrund hoher administrativer Hürden und Kosten allerdings deutlich zurückgegangen. Damit wurde die Behandlungssituation für krebserkrankte Kinder in Europa verschlechtert. Studien der Therapieoptimierung werden in Europa häufig durch öffentliche Gelder oder Gelder aus Stiftungen gefördert. Dies führt derzeit zu der absurden Situation, dass anfallende Gebühren zur Deckung der Kosten öffentlicher Institutionen durch Spendengelder bzw. Gelder anderer öffentlicher Institutionen bezahlt werden müssen. Hilfreich wären hier sowohl ein Gebührenverzicht für Studien als auch eine einheitliche Antragstellung und Verfahrensweise für Gebührenerlass.

Die jetzige EU-Verordnung wird für klinische Studien in jedem Fall Fortschritte bringen. Dazu gehören einheitliche Genehmigungsverfahren auf europäischer Ebene und die Straffung von Abläufen durch enge Fristsetzungen. Darüber hinaus begrüßen wir die Implementierung eines elektronischen Antragsverfahrens, die angemessene Berücksichtigung der Ethik-Kommissionen und vor allem die Einführung der Begrifflichkeit der minimalinterventionellen Studien. Davon profitieren besonders die pädiatrischen Studien, in denen der Einsatz zugelassener Medikamente außerhalb der originären Indikationsstellung (Off-Label-Use) eher die Regel als die Ausnahme ist.

Bei der Umsetzung der neuen EU-Verordnung in Deutschland müssen allerdings aus Sicht der GPOH und DGHO eine ganze Reihe von Aspekten berücksichtigt werden:

- Professionalisierung und Straffung der Abläufe bei der Bewertung und Genehmigung
 - Direktes, effizientes Zusammenwirken der Bundesoberbehörden (BOB) und der Ethikkommissionen (EK), keine Implementierung einer weiteren Koordinationsstelle
- Prüfung der Eignung der Prüfstätten und der Qualifikation der Prüfer durch die BOB in Zusammenarbeit mit den Landesbehörden

- Möglichkeit zur Akkreditierung von Prüfstätten und Personal bei den Landesbehörden
- Rahmensetzung für Kriterien durch die BOB
- Vereinfachung des Monitorings bei minimalinterventionellen klinischen Prüfungen
- Minimalinterventionelle klinische Prüfungen bewegen sich im Rahmen etablierter Verfahren für Diagnose und Therapie
 - Kosten der Diagnose und Therapie sollten von den Kostenträgern voll übernommen werden
 - Entsprechende Anpassung des SGB V § 35c für ambulante Studien und Klarstellung für den stationären Bereich (SGB V § 137c, Krankenhausentgeltgesetz § 8, Bundespflegegesetzverordnung § 10)
 - Dokumentationsaufwand und wissenschaftliche Begleituntersuchungen sind zusätzlicher Studienaufwand und müssen im Rahmen der Studie gesondert finanziert werden
- Schaffung einer Stiftung Klinische Studien
 - zuständig für die Bereitstellung eines Entschädigungsmechanismus für Probanden in minimalinterventionellen klinischen Prüfungen, Finanzierung durch Kostenträger und Bund
 - Schaffung der entsprechenden rechtlichen Voraussetzungen im SGB V
- Vereinheitlichung der Genehmigung diagnostischer und therapeutischer Verfahren mit ionisierender Strahlung / CT, Röntgen, Nuklearmedizin, Strahlentherapie im Rahmen von Studien
 - Entscheidung durch BOB und zuständige Ethik-Kommission
 - Bundesamt für Strahlenschutz (BfS) übernimmt beratende Rolle
 - Wirksamkeit der in der EU-Verordnung vorgesehenen Fristen für das gesamte Verfahren

Mit diesen Forderungen der onkologischen Fachgesellschaften möchten wir dazu beitragen, dass der Forschungsstandort Deutschland für die Durchführung klinischer Studien wieder attraktiver wird, denn davon profitieren vor allem auch unsere Patientinnen und Patienten. Die Finanzierung medizinischer Innovation wird von den Stakeholdern des deutschen Gesundheitssystems derzeit nicht ausreichend unterstützt. Das muss sich ändern, wenn Deutschland in der Medizin international nicht den Anschluss verlieren will.

4) Transition/ Nachsorgesprechstunden für Überlebende einer Krebserkrankung (Bezug: Transition)

Der Preis des Therapieerfolges ist in der Kinderonkologie noch immer sehr hoch: gravierende Spätfolgen können mit der Behandlung einhergehen, die sich teilweise erst viele Jahre oder auch Jahrzehnte nach der Therapie zeigen. Insbesondere die Spätfolgen nach Chemotherapie und Bestrahlung (Zweitmalignome, Schäden am Herzen, an den Nieren oder der Leber, Hormonstörungen, Hörverlust usw.) geben Anlass zur Sorge. Darüber hinaus sind psychische, psychosomatische und auch psychosoziale Beeinträchtigungen als Folge der Krebserkrankung und ihrer Behandlung möglich und bei der Langzeitnachsorge zu beachten.

Schon Ende der 1980er Jahre wurde in der Kinderonkologie der Bogen von der Therapieplanung in den Studienzentren bis in die Nachsorge gespannt, um die Überlebensqualität zu dokumentieren. Seit dem Jahr 1989 befasst sich eine Arbeitsgruppe der GPOH mit der Thematik möglicher Spätfolgen. Mit Hilfe der Deutschen Krebshilfe hat der damalige Leiter der Kinderonkologie am Universitätsklinikum Erlangen, Prof. Dr. med. Jörn-Dirk Beck, ein Studienregister etabliert, das die Spätfolgen in enger Zusammenarbeit mit dem Deutschen Kinderkrebsregister Mainz (Prof. Kaatsch) systematisch erfassen und Vorschläge zur Vermeidung durch Vorsorgeuntersuchungen unterbreiten sollte. 1995 gab es die ersten Empfehlungen der LESS („Late Effects Surveillance System“) Arbeitsgruppe. **Im Rahmen der diesjährigen DGKJ/ GPOH Tagung werden Prof. Beck und Prof. Kaatsch mit dem Dietrich-Niethammer-Preis für ihre nachhaltigen Verdienste in der Kinderonkologie im Bereich der Spätfolgenforschung und Nachsorge geehrt.**

Die Nachsorge in den kinderonkologischen Zentren verläuft gut, solange die Kinder nicht erwachsen sind und dann in eine Versorgungslücke fallen. Ebenso geraten die Bewertung der onkologischen Therapien und die Dokumentation der Spätfolgen ins Stocken, wenn der Patient keine Anlaufstelle als Erwachsener in der Nachsorge hat. **Es fehlen somit in Deutschland spezialisierte Nachsorgezentren für ehemals krebskranke Kinder und Jugendliche**, die nun Erwachsene sind. Ziel der GPOH ist die Einrichtung von ca. zehn bundesweiten Nachsorgezentren für ehemals krebskranke Kinder und Jugendliche als Pilotprojekt für Etablierung und Ausbau genereller Nachsorgestrukturen, die sowohl die spezialisierten Nachsorgezentren als auch die spezialisierten niedergelassenen Ärzte vor Ort einschließen. Betroffene sollen sich symptomorientiert an Spezialisten in den Nachsorgezentren wenden können und dort eine leitliniengerechte und durch Vermeiden wiederholter Konsultationen und Doppeluntersuchungen auch kostensparende Behandlung erfahren.

5) Unterfinanzierung gefährdet Behandlung krebskranker Kinder in Deutschland

Die Behandlung krebskranker Kinder in Deutschland ist weitgehend auf **56 spezialisierte Kinderkrebs-Behandlungszentren** konzentriert. Die Struktur- und Prozessqualität von Kinderkrebs-Behandlungszentren ist durch eine „Vereinbarung des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Krankheiten“ festgelegt und seit Jahren auf einem hohen Niveau etabliert.

Vor allem als Ergebnis **bundesweit einheitlicher Diagnostik- und Therapiestandards** in sogenannten „Therapieoptimierungsstudien“ hat sich die Überlebensprognose für krebskranken Kinder und Jugendliche in den vergangenen Jahrzehnten stetig verbessert und liegt derzeit bei einem exzellenten **5-Jahres-Überleben von 84%**. Die Einschussraten in die Therapieoptimierungsstudien der Pädiatrischen Onkologie, dem Standard der Primärversorgung, liegen zwischen 95 und 97% - ebenfalls nach Angaben des Deutschen Kinderkrebsregisters. Einschussraten in dieser Größenordnung sind in der westlichen Welt unerreicht und sind das Kernelement für die hohe Behandlungskultur und die exzellenten Behandlungsergebnisse der Pädiatrischen Onkologie in Deutschland.

Die Vereinbarung des G-BA zur Kinderonkologie regelt die Struktur- und Prozessqualität primär der stationären Versorgung. Angesichts der Seltenheit der Erkrankungen – ein niedergelassener Kinderarzt stellt im Verlaufe seines beruflichen Lebens ein- bis dreimal die Diagnose einer bösartigen Erkrankung im Kindes- und Jugendalter – übernehmen die Kinderkrebs-Behandlungszentren im Sinne einer **sektorübergreifenden Versorgungsstruktur** neben der stationären Versorgung jedoch bundesweit auch die komplette teilstationäre und ambulante Betreuung sowohl in der Akutphase der Behandlung wie auch in der Nachsorge. Aufgrund des hohen Spezialisierungsgrades und der Häufigkeit schwerer Therapiekomplikationen kann eine Versorgung durch niedergelassene Kinderärzte allenfalls in seltenen Ausnahmefällen erfolgen.

Die Behandlung einer Krebserkrankung im Kindes- und Jugendalter dauert je nach Krebsdiagnose zwischen sechs Monaten und zwei Jahren. Die **Finanzierung der vollstationären Behandlungsepisoden** ist durch das **G-DRG-System** bis auf die aktuell mit den Kostenträgern regional zu verhandelnden **Zentrumszuschläge zur Umsetzung der G-BA Infrastruktur-Vorgaben** weitgehend abgebildet, die **teilstationären und ambulanten Behandlungen** sind jedoch trotz der paradigmatisch und vorbildlich umgesetzten sektorübergreifenden Versorgungsstruktur **deutlich unterfinanziert**. Dies ist u.a. dadurch bedingt, dass das kassenärztliche Vergütungssystem keine Kalkulationsgrundlage für diese spezielle Versorgung zur Verfügung hat. Eine Querfinanzierung aus dem stationären Sektor, wie in

vergangenen Jahrzehnten praktiziert, ist nach Einführung der DRG-Fallerlöse grundsätzlich und faktisch nicht mehr möglich und auch sozialpolitisch nicht gewollt.

Die Unterfinanzierung der teilstationären und ambulanten Behandlungen und die daraus resultierenden Defizite führen bundesweit fast alle Kinderkrebs-Behandlungszentren zunehmend in wirtschaftliche Turbulenzen. Trotz bundesweit vergleichbarem Kostenaufwand sind örtliche Regelungen, regional unterschiedliche Tagesklinikpauschalen, persönliche Ermächtigungen, Institutsermächtigungen, Finanzierungen über § 116 b, § 120 SGB-V etc. extrem heterogen. Dies führt bereits heute zu regionalen Unterschieden in der medizinischen Versorgungsqualität krebskranker Kinder, die auch bei allem Verständnis für das Föderalismusprinzip als im Grunde verfassungswidrig einzuschätzen sind. **Es mangelt an einer bundeseinheitlichen kostendeckenden Vergütungsstruktur für die Sicherstellung der Kinderkrebsbehandlung.** Das Fehlen einer nachhaltigen Sicherung der Finanzierung gefährdet die Qualität der kideronkologischen Behandlungen in Deutschland.

Die Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (GPOH) wünscht sich einen konstruktiven Dialog mit den Entscheidungsträgern im Gesundheitswesen – den Kostenträgern, der Krankenhausgesellschaft und auch der Politik –, um das strukturelle Problem der Unterfinanzierung dieser beispielhaften sektorübergreifenden kideronkologischen Versorgungsstruktur gemeinsam zu beheben. Für Gespräche in dieser Richtung stehen wir gerne zur Verfügung.

Prof. Dr. Angelika Eggert

Vorsitzende der Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (GPOH)
Tagungspräsidentin der GPOH

Charité Universitätsmedizin Berlin
Klinik für Pädiatrie m.S. Onkologie und Hämatologie
Augustenburger Platz 1
13353 Berlin
Tel.: 030 / 450566032
angelika.eggert@charite.de



Download:

www.dgkj.de/presse/pressefotos

Eröffnungs-Pressegespräch

110. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DGKJ)

Infektionen mit multiresistenten Bakterien schon im Kindesalter?!

Haben resistente Bakterien schon im Kindesalter eine Bedeutung?

Mit dem breiten Einsatz von Antibiotika in der modernen Medizin wie auch bei der Viehzucht werden immer mehr Bakterien nachgewiesen, die gegen mindestens zwei Standardantibiotika-Gruppen resistent sind (multiresistente Erreger, MRE). Da in der informierten Öffentlichkeit und den Medien die Diskussion um MRE im Zusammenhang mit Krankenhaushygiene sehr emotional geführt wird, ist eine sachliche und kompetente Positionierung wichtig.

Auch Kinder können mit diesen Bakterien besiedelt oder infiziert werden, was bislang allerdings noch seltener als bei Erwachsenen beobachtet wird. Vor allem bei intensivmedizinisch behandelten Frühgeborenen, bei Kindern mit geschwächtem Abwehrsystem oder komplizierten Operationen kann sich aus einer harmlosen MRE-Besiedlung mit Eindringen in den Organismus eine gefährliche MRE-Infektion und -Erkrankung entwickeln. Diese bei Kindern frühzeitig zu erkennen, kann schwierig sein, weil Infektionszeichen bei Säuglingen und Kleinkindern unspezifischer sind. Einige Reserveantibiotika, die zur Behandlung von MRE Infektionen zum Einsatz kommen, sind bei Kindern nur eingeschränkt einsetzbar. Eine Behandlung im Sinne einer dekolonisierenden Sanierung ist besonders im frühen Kindesalter aus verschiedenen Gründen aufwendiger als bei älteren, teils sogar unmöglich.

Wie werden multiresistente Bakterien auf Kindern übertragen?

MRE werden leicht von Patient zu Patient übertragen, aber auch von den eigenen Eltern auf ihr Kind. Beim Auftreten solcher Fälle sprechen wir von einer Besiedelung. Erst wenn mehr als 2 Kinder durch den gleichen Erreger im zeitlichen und räumlichen Zusammenhang erkranken handelt es sich um einen Ausbruch, wobei oft Pflegekräftemangel einen Risikofaktor darstellt. Bei Kleinkindern spielt das altersspezifische Sozialverhalten und die eingeschränkte Fähigkeit zu Basishygienemaßnahmen bei der Übertragung eine große Rolle.

Welche Probleme gibt es bei der Versorgung besiedelter/ erkrankter Kinder?

Auf keinen Fall darf ein Kind aufgrund der Besiedlung oder Infektion mit einem MRE eine schlechtere medizinische Versorgung erhalten. Im Einzelzimmer kontaktisolierte Kinder benötigen aus Gründen der Patientensicherheit eine sehr engmaschige Überwachung und intensive psychosoziale Betreuung. Hierzu müssen technisch gut ausgestattete Einzelzimmer in ausreichender Zahl vorhanden sein (Anteil von mind. 30%). Außerdem braucht es genug gut ausgebildete Kinderkrankenschwestern. Alle Maßnahmen müssen den Eltern sorgfältig erläutert werden, denn wir benötigen die Eltern als Partner zur Infektionsvermeidung. Auch ist es zur Vermeidung von Konflikten essentiell, Eltern den Unterschied zwischen harmlosen, besiedelnden versus krankmachenden Bakterien zu vermitteln. Wenn deutsche Kinderkliniken Patienten aus dem Ausland aufnehmen, ist eine Untersuchung auf die Besiedlung mit MRE meist unabdingbar, da diese Infektionserreger in einigen Ländern viel häufiger nachgewiesen werden. Niedergelassene Kinderärzte, die ein mit Methicillin-resistentem Staphylococcus aureus (MRSA) besiedeltes Kind mit speziellen Waschlösungen und spezieller Nasensalbe (Mupirocin) dekolonisieren wollen, erhalten hierfür kein ärztliches Honorar. Die Familien müssen den größten Teil der Kosten einer solchen aufwendigen Dekolonisierung selbst tragen.

Wie nötig sind Schutzmassnahmen in der häuslichen Umgebung/ Gemeinschaftseinrichtungen?

Während im Krankenhaus und in den pädiatrischen Spezialambulanzen zur Vermeidung einer MRE Übertragung zusätzliche Barrieremaßnahmen erforderlich sind, ist dies im ambulanten Betreuungsbereich in der Regel nicht der Fall. Aus Unkenntnis wird immer noch MRSA-besiedelten Kindern der Besuch von Gemeinschaftseinrichtungen untersagt. Ein solcher Eingriff in die Persönlichkeitsrechte der Kinder ist medizinisch nicht begründet, juristisch unhaltbar und hat äußerst negative Konsequenzen für deren weitere Entwicklung.

Welche Maßnahmen ergreift die Fachgesellschaft zur Lösung dieses Problems?

Die Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie (DGPI) versucht, das MRE-Problem direkt an der Wurzel zu packen. Sie veröffentlicht regelmäßig aktualisierte Expertenempfehlungen für eine vernünftige (gezielte und zurückhaltende) Antibiotikatherapie kindlicher Infektionen und unterstützt entsprechende Forschungsprojekte (z.B. „Antibiotic Stewardship“).

Eine Vielzahl von Infektionskrankheiten wird durch Viren verursacht, hier benötigen wir keine antibiotische Behandlung, da diese sogar den Selektionsdruck für MRE erhöhen.

Zur Impfprävention in Deutschland

Warum benötigen wir Schutzimpfungen? Wie ist unser Impfwesen organisiert?

Wie erhalten wir Daten zum Impfschutz?

Schutzimpfungen sind laut WHO die wirksamste Präventivmaßnahme zur Eindämmung von Infektionskrankheiten. Da es durch die moderne Medizin immer mehr chronisch abwehrschwache Mitbürger gibt (weil man ihr krankheitsbedingtes Versterben über viele Jahre und Jahrzehnte verhindern kann), ist eine möglichst hohe Durchimpfungsrate der Allgemeinbevölkerung ein zentrales Anliegen, da nur so über „Herdenschutz-Effekte“ potentiell nicht-Impfbare geschützt werden können.

Deutschland ist ein föderativ verwaltetes Land ohne generelle Pflichtimpfungen. Impfungen werden von der ständigen Impfkommision des Robert-Koch Instituts (STIKO) empfohlen und von den Ländern in ihre Impfkalender („Liste der öffentlich empfohlenen Schutzimpfungen“) aufgenommen.

Die modernen Impfstoffe sind gut wirksam und nebenwirkungsarm; trotzdem sind die Durchimpfungsraten in Deutschland weiterhin nicht zufriedenstellend.

Die Freiwilligkeit bedingt unterschiedlich hohe Durchimmunisierungsraten je nach Region, Jahrgang und Impfung. Es gibt für Deutschland keine einheitliche Datenerfassung bei den Durchimpfungsraten. Zur Abschätzung werden sowohl verkaufte Impfdosen, als auch regionale Stichprobenuntersuchungen einzelner Altersgruppen an Hand von Impfdokumenten wie auch stichprobenartige Impf-Antikörperbestimmungen aus einzelnen Bevölkerungsgruppen verwendet.

Wie gut ist unsere Bevölkerung geimpft und damit geschützt?

Die geschätzte Durchimpfungsrate im Kindesalter an Hand der vorgelegten Impfdokumente (92,6%) bei den Schuleingangsuntersuchungen (2012) liegt für die erste Masern-Impfung bei 96,7%, für die zweite nur noch bei 92,4%. Für Impfungen gegen Hepatitis B sind die Quoten mit 86,9% und für die erste und zweite Varizellen-Impfung mit 78,2% bzw. 67,6% noch schlechter. Dabei gibt es große regionale Unterschiede. ⁽¹⁾ Wir haben ein deutliches Ost-West-Gefälle (konkret: die östlichen Bundesländer haben höhere Durchimpfungsraten auszuweisen) und auch innerhalb der deutschen Großstädte lässt sich zeigen, dass besonders die Kinder aus gut situierten Familien häufig schlechter geimpft sind; gerade diese Familien wollen ihren Kindern möglichst jedes Gesundheitsrisiko aus dem Weg räumen und hören dabei auf „falsche Propheten“.

⁽¹⁾ Epidemiologisches Bulletin Nr.16, (2014)

Warum sind die Durchimpfungsraten nicht besser?

Nicht böser Wille, sondern Unwissenheit verschlechtern die Impfbereitschaft: Infektionskrankheiten und deren Folgen sind für den Einzelnen nicht mehr so sichtbar wie in Krisengebieten und Entwicklungsländern; stattdessen werden im zeitlichen Zusammenhang mit einer Impfung aufgetretene kleine Unpässlichkeiten und andere negative Ereignisse in den Vordergrund gestellt.

Ein weiteres Problem ist mangelnde Information und das Vergessen wie z.B. bei der Impfung der Mädchen gegen Gebärmutterkrebs (Humane Papillomvirus-Impfung). Diese HPV-Impfung sollte möglichst vor dem ersten Intimkontakt erfolgen. Ein Teil der Eltern schätzt aber die sexuelle Entwicklung ihrer Heranwachsenden falsch ein oder sieht Erkrankungen, die erst nach langer Latenz auftreten, als nicht so drängend an. Des Weiteren nehmen gesunde Jugendliche an Vorsorgeuntersuchungen sowieso deutlich seltener teil als jüngere Kinder.

Warum gibt es auch in der Ärzteschaft unterschiedliche Meinungen zum Thema „Impfen“?

Anders als in großen Kliniken werden schwere Verläufe impfpräventabler Infektionskrankheiten vom einzelnen Arzt kaum noch gesehen. Hingegen halten sich veröffentlichte Impfkomplicationen, wie z.B. ein länger als 20 Jahre zurückliegender Fall einer Impfkinderlähmung hartnäckig in der kollektiven Erinnerung, obwohl Deutschland schon seit 1998 diesen Lebend-Impfstoff nicht mehr empfiehlt (und natürlich auch nicht mehr verwendet).

Ein weiterer Punkt ist, dass heute Impfungen mit besonderen Meldesystemen noch viele Jahre nach ihrer Einführung hinsichtlich ihrer Wirksamkeit und Nebenwirkungen überwacht werden („post-marketing surveillance“) und so ungeachtet des wissenschaftlichen Nutzens Risiken suggeriert werden. Dabei sind Impfstoffe heute schon bei der Einführung noch besser geprüft als vor 30 Jahren; so wurden beispielsweise vor der Einführung der Hepatitis B-Impfung etwa 1200 Personen geimpft und überwacht, während es bei der Einführung der Rotavirus-Impfung jeweils über 70 000 Kinder waren.

Was wird getan, um Ärzte besser auf die Impffragen ihrer Patienten vorzubereiten?

Wir sollten in der Ausbildung der Studenten damit beginnen, die Grundlagen des Impfens zu vermitteln. Hierzu gibt es bereits unterschiedliche Ansätze an den Universitäten, aber keine einheitlichen Standards.

Gleiches gilt für die Weiterbildung von Ärzten auf dem Gebiet der Schutzimpfungen; hier kann nur regelmäßige Weiterbildung in vorgegebenen Strukturen mit Überprüfung der Weiterbildungsqualität zu einem Erfolg führen. Einzelne Bundesländer, z.B. Mecklenburg-Vorpommern verfolgen diesen Weg seit Jahren mit einem Impf-Grundkurs für alle impfenden Ärzte, gefolgt von Auffrischkursen alle fünf Jahre mit Zertifizierung durch die Ärztekammer. Beim Nichtvorliegen des Weiterbildungs-Impfzertifikates erfolgt keine Bezahlung der Impfleistungen durch die KV bzw. die Kassen. Das zeigt Wirkung; die Durchimpfungsraten sind in diesem Bundesland deutschlandweit am höchsten.

Wie können wir einen besseren Impfschutz in der Bevölkerung erzielen?

Es ist sicher in Deutschland weder sinnvoll noch durchsetzbar, eine „versteckte“ Impfpflicht wie in den USA („no vaccination, no school“) einzuführen. Als Voraussetzung für den Besuch einer Gemeinschaftseinrichtung wäre allerdings ein vollständiger Impfschutz der Kinder eine sinnvolle Maßnahme – auch im Hinblick auf chronisch Kranke. Es wäre auch ein Bonussystem (Beitragskürzung/Beitragsrückvergütung) durch die Krankenkassen bei vollständigem Impfstatus denkbar und sicher sehr effektiv.

Weiterhin sollten einheitliche Impfeempfehlungs- und Impferfassungsstandards angestrebt werden, um die Vergleichbarkeit und die erzielbaren Durchimpfungsraten zu verbessern. Nur gemeinsame Aktivitäten und Anstrengungen können uns bei dieser wichtigen Aufgabe zum Schutz der Bevölkerung und letztendlich bei der Einsparung finanzieller Mittel im Gesundheitswesen helfen.

Kinderärztliche Infektiologie ein Muss!

Deutschlands Kinderkliniken brauchen dringend mehr pädiatrische/Kinder-Infektiologen!

Neue Krankheitserreger, nosokomiale (im Gesundheitswesen-erworbene) Infektionen, zunehmende mikrobielle Resistenzen und die immer größer werdende Zahl von immunsupprimierten (abwehrgeschwächten) Kindern erfordern eine Spezialisierung, die weit über die Facharztweiterbildung zum Kinder- und Jugendarzt hinausgeht. Andere europäische Länder und die USA haben dies längst erkannt und bieten seit langem eine entsprechende Zusatzweiterbildung an. Die DGPI hat Zentren an deutschen Universitätskinderkliniken zertifiziert, wo in Bonn, Dresden, Freiburg, Greifswald, Mainz, Mannheim und Würzburg in Anlehnung an das Curriculum der Europäischen Gesellschaft für Kinderinfektionskrankheiten (ESPID) eine zwei- bis dreijährige Qualifikation zum pädiatrischen Infektiologen erfolgt. In einzelnen Bundesländern sind von den Ärztekammern Weiterbildungseinrichtungen zugelassen.

Was ist eigentlich Infektiologie?

Infektiologie bedeutet die Lehre von Infektionskrankheiten, also Krankheiten, die durch Keime (Krankheitserreger) wie Bakterien, Viren und Parasiten und andere Erreger verursacht werden. Zur Infektiologie gehören die Diagnostik, Behandlung sowie die wissenschaftliche Erforschung von Infektionskrankheiten. Natürlich gehören auch Präventionsmaßnahmen wie Impfungen dazu. Angesichts des rasanten Erkenntniszuwachses in der Infektiologie sind speziell ausgebildete Ärzte, also Infektiologen nötiger denn je.

Was macht speziell eine „pädiatrische Infektiologie“ notwendig?

Gibt es bei Infektionskrankheiten Unterschiede zwischen Kindern und Erwachsenen?

Welche Besonderheiten gibt es bei Kindern?

Diese drei Fragen können zusammen beantwortet werden: Infektionserkrankungen sind die häufigste Ursache für Krankheiten bei Kindern; die Volkskrankheiten des Herz-Kreislauf-Systems, Alterskrankheiten wie Diabetes Typ II, Krebserkrankungen usw. gibt es viel häufiger bei Erwachsenen. Kinder sind aber keine kleinen Erwachsenen. Viele Infektionen kommen fast nur im Kindesalter vor, der Verlauf anderer hängt direkt mit dem Alter zusammen, z. B. Infektionen bei Neugeborenen und ganz speziell bei Frühgeborenen. Neu auftretende Infektionen (wie z.B. SARS oder Schweinegrippe) und im Krankenhaus erworbene Infektionen (sogenannte *nosokomiale Infektionen*) mit gegen verschiedene Antibiotika resistenten Bakterien erfordern Kompetenzen, die nicht von der Weiterbildung für Kinder- und Jugendmedizin umfassend abgebildet werden können. Dies gilt insbesondere für Infektionskrankheiten bei Risikokindern wie Frühgeborene sowie Kinder mit angeborener oder erworbener Immunschwäche (z.B. bei und nach Chemotherapie,

chronischen Nierenversagen, chronischen Lungenkrankheiten, Organtransplantation oder anti-rheumatischer Therapie).

Sind Infektionskrankheiten bei Kindern und Jugendlichen gut erforscht?

Wie steht Deutschland im internationalen Vergleich da?

Die Kinder-Infektiologie ist leider in Deutschland im Gegensatz zu anderen europäischen Ländern und in USA sehr wenig etabliert. Es besteht ein großer Bedarf sowohl an Versorgungsforschung als auch bei der Klärung unterschiedlicher Schädigungsmechanismen, möglicher Therapie beim im Mutterleib heranwachsenden Kind (i.S. intrauteriner Infektionen) bis hin zum jugendlichen Patienten. In anderen europäischen Ländern und den USA besitzt jedes mittelgroße Krankenhaus eine eigene (Kinder)-Infektionsabteilung.

Es ist zu fordern, dass Kinder- und Jugend-Kliniken und entsprechende Abteilungen ab einer bestimmten Größe/Bettenzahl einen Pädiatrischen Infektiologen vorhalten müssen. Dies gilt insbesondere für Kliniken mit Risikopatienten (z.B. Frühgeborene, Tumorpatienten oder chronisch Lungenkranke). Hier ist die Politik gemeinsam mit den Vertretern der Ärzteschaft aufgefordert, Mindestgrößen festzulegen, wie sie bei der Versorgung anderer bevölkerungsmedizinisch ähnlich wichtiger Erkrankungen selbstverständlich sind.

Im Namen der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie e.V.(DGPI)

PD Dr. Roswitha Bruns

Tagungspräsidentin der DGPI

Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin
Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin
Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald
Ferdinand-Sauerbruch-Straße, 17475 Greifswald
Tel.: 03834 / 866378
rbruns@uni-greifswald.de



Download:

www.dgkj.de/presse/pressefotos



BERUFSVERBAND KINDERKRANKENPFLEGE DEUTSCHLAND E.V.

BeKD e.V.

Eröffnungs-Pressegespräch

110. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)

Statement Frauke Leupold

Vorsitzende des Berufsverbandes Kinderkrankenpflege Deutschland

„Kindsein braucht unsere Pflege“

36. Tagung der Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen

Es ist eine gute und sinnvolle Tradition, dass die Jahrestagung der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege zusammen mit der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin und den Tagungen der Fachgesellschaften für Kinderchirurgie, Sozialpädiatrie und Jugendmedizin stattfindet, in diesem Jahr bereits zum 36. Mal. Kinderärzte und „Kinderkrankenschwestern“ arbeiten seit langem „Hand in Hand“, um Kinder- und Jugendgesundheit nicht nur wiederherzustellen, sondern auch um sie zu erhalten und zu fördern. Durch gemeinsame Veranstaltungen soll dabei die interdisziplinäre Vernetzung deutlich werden.

Das Tagungsprogramm des BeKD e.V. konzentriert sich - im spezifisch gesundheits- und kinderkrankenpflegerischen Kontext - in Anlehnung an das Leitthema des Kongresses „Transition - Innovationen und Notfälle“

- auf die Wege, die Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen in die Freiberuflichkeit offen stehen und die Chancen und Herausforderungen in der Freiberuflichkeit;
- auf die Handlungsfelder der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege im außerklinischen Bereich, z.B. als Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in, in der häuslichen Kinderkrankenpflege und in einer Schule für körperbehinderte Kinder;
- auf die Möglichkeiten und Modelle zur Umsetzung der G-BA Richtlinie zur Neonatologie aus verschiedenen Perspektiven der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege.

In der im Juni 2013 veröffentlichten Überarbeitung der G-BA Richtlinie für die Versorgung von Früh- und Neugeborenen wurde erstmals die ständige Verfügbarkeit mindestens einer Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekraft je intensivtherapiepflichtigem Frühgeborenen festgeschrieben, weiterhin jederzeit mindestens eine Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekraft je zwei intensivüberwachungspflichtigen Frühgeborenen. Diese Regelung ist aus Sicht des BeKD e.V. ein großer Erfolg für die Qualitätssicherung in der Pflege kranker Kinder und Jugendlicher;

- in einer gemeinsamen Veranstaltung mit der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCh) und der Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (GPOH) auf die interdisziplinäre Versorgung krebskranker Kinder und Jugendlicher;

- in gemeinsamen Veranstaltungen mit der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ) auf die Rolle und Aufgaben der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege im Rahmen der Begleitung von Jugendlichen mit Spina bifida in das Erwachsenenalter und auf Innovationen in der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen, die alle Berufsgruppen betreffen.

Ein fester Bestandteil unserer Jahrestagung ist die Information zu berufspolitischen Themen. In diesem Jahr sind diese:

- **Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflege**

Die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege trägt zum Schutz und zum Wohl von Kindern im System der „Frühen Hilfen“ und im Kontext des Bundeskinderschutzgesetzes bei.

Häufig sind „Kinderkrankenschwestern“ die ersten Ansprechpartner, wenn mit Kindern „etwas nicht stimmt“. Der Unterstützungsbedarf von Familien in schwierigen Situationen wird in vielen Fällen zuerst über den Kontakt mit den Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen in Kliniken und Ambulanzen festgestellt. Sie sind in der Lage in interdisziplinären Netzwerken des Kinderschutzes „Schlimmeres“ zu verhindern. Aus dieser Erkenntnis heraus entwickelte der BeKD e.V. mit der IG freiberuflich und/oder präventiv tätiger Kinderkrankenschwestern das Weiterbildungskonzept für die Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin, das inzwischen bundesweit Anerkennung gefunden hat und umgesetzt wird.

(Weitere Informationen zu diesem Thema finden Sie auf unserer Website www.bekd.de).

- **Ausbildung im Schwerpunkt Gesundheits- und Kinderkrankenpflege**

Für den BeKD e.V. steht nach wie vor der Sicherung der Pflegequalität durch Erhalt der Expertise in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege im Vordergrund. Deshalb fordern wir, den Schwerpunkt Gesundheits- und Kinderkrankenpflege in der pflegeberuflichen Erstausbildung zu erhalten.

Die qualifizierte Pflege von Kindern und Jugendlichen ist im stationären und ambulanten Setting und situationsorientiert im Familiensystem zu gestalten. Der Bedarf von Elternan Unterstützungs- und Beratungsleistungen im Zusammenhang mit der Pflege gesunder, kranker und behinderter Kinder und Jugendlicher nimmt zu. Entsprechend sind Kompetenzen zur Schulung, Anleitung und Beratung der Angehörigen von elementarer Bedeutung.

Kinder und Jugendliche benötigen eine an ihren spezifischen gesundheitlichen Erfordernissen orientierte Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. Die Deckung des dazu notwendigen Fachkräftebedarfs muss auch in Zukunft durch eine qualifizierte Ausbildung im Schwerpunkt sichergestellt sein.

(Weitere Informationen zu diesem Thema finden Sie auf unserer Website www.bekd.de).

- **Zertifizierung in der Häuslichen Kinderkrankenpflege**

Kinder und Jugendliche haben ein Recht auf angemessene pflegerische Unterstützung und Versorgung, auch im ambulanten Bereich. Der BeKD e.V. plant die Entwicklung von Qualitätskriterien - im Wesentlichen Struktur- und Prozesskriterien - für ambulante (häusliche) Kinderkrankenpflegedienste. Damit verbunden werden soll in Zusammenarbeit mit der GKinD die Entwicklung eines Zertifikates, das die spezifische Kompetenz des ambulanten Dienstes für die Versorgung von kranken Kindern und Jugendlichen auch für die Öffentlichkeit sichtbar macht.

Der BeKD e.V.: "Kindsein braucht unsere Pflege"

Der Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland (BeKD) e.V. vertritt seit mehr als 30 Jahren die Belange der professionellen Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, ein eigenständiges Pflegeberufsfeld mit spezifischem Kompetenzprofil. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen sind in allen Sektoren des Gesundheitswesens und in Einrichtungen des Sozial- und Bildungswesens tätig.

Das Handlungsspektrum erstreckt sich:

- von gesundheitsfördernden und präventiven Aufgaben
- über die Pflege von akut und chronisch kranken Kindern und Jugendlichen im akutstationären, im ambulanten und Langzeitpflegebereich
- bis hin zur Palliativversorgung von Kindern und Jugendlichen
- sowie dem zielgerichteten und geplanten Übergang von chronisch kranken Jugendlichen von der Gesundheitsversorgung für Kinder in die Gesundheitsversorgung für Erwachsene
- und die Begutachtung von Pflegebedürftigkeit bei Kindern und Jugendlichen.

Der BeKD e.V. ist Mitglied im Deutschen Pflegerat (DPR) und der Paediatric Nursing Associations of Europe (PNAE). Der BeKD e.V. engagiert sich in verschiedenen Netzwerken für das Wohl von Kindern und Jugendlichen und ist Mitglied im Beirat des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH).

(Weitere Informationen zu unserer Arbeit finden Sie auf unserer Website www.bekd.de).

Frauke Leupold

Vorsitzende des BeKD

BeKD e.V.-Geschäftsstelle

Janusz-Korczak-Allee 12

30173 Hannover

Tel.: 0511 – 282608 oder 0176 - 52632941

Bv-Kinderkrankenpflege@t-online.de

www.bekd.de



Download:

www.dgkj.de/presse/pressefotos



Presseinformation der AG Pädiatrische Radiologie in der Deutschen Röntgengesellschaft im Rahmen der 110. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. vom 11.-14.09.2014 in Leipzig

Kinderradiologie in Deutschland: Neue Untersuchungsverfahren verringern das Strahlungsrisiko – personelle Situation des Fachs dramatisch

Leipzig, September 2014. Auf der diesjährigen Jahrestagung der DGKJ präsentiert sich die Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Radiologie der Deutschen Röntgengesellschaft (DRG) mit einer eigenen Session. „Zentrales Thema ist der Einsatz strahlungsarmer Untersuchungsmethoden bei Kindern. Deren Erforschung aber wird schwieriger, weil immer weniger Zentren über kinderradiologische Abteilungen verfügen“, sagt Prof. Dr. Hans-Joachim Mentzel, Leiter der AG und Professor für Kinderradiologie am Universitätsklinikum Jena.

Im Fokus steht der kontrastmittelgestützte Ultraschall

Da der kindliche Organismus in seiner Wachstumsphase wesentlich strahlenempfindlicher ist als der Organismus Erwachsener, fängt der Strahlenschutz bei der Wahl der Untersuchungsmethode an. Häufig heißt die Methode Ultraschall, der bei Säuglingen und Kleinkindern auch zur Untersuchung des Skelettsystems eingesetzt werden kann sowie bei vielen Fragestellungen, die die inneren Organe betreffen. Eine wesentliche Entwicklung der letzten Jahre ist der kontrastmittelverstärkte Ultraschall. „Wir verwenden diese hervorragende Methode bei der Tumordiagnostik, aber auch bei Abklärung innerer Verletzungen wie Milz- oder Leberrupturen und können so Kindern aufwändige CT- oder MRT-Untersuchungen ersparen“, so Mentzel. Besonders geeignet ist die KM-Sonografie bei der seit Jahren etablierten Reflux-Diagnostik: Hier geht es darum, einen möglichen Harnrückfluss von der Blase in die Niere zu diagnostizieren, eine häufige, angeborene oder erworbene Fehlfunktion im frühen Kindesalter, die bei den kleinen Patienten zu chronischen Harnwegsinfektionen führen kann.

Das Kontrastmittel selbst besteht aus mikrokleinen Gasbläschen (Microbubbles), die in die Harnblase gegeben oder in die Blutbahn gespritzt werden und später über die Lunge abgeatmet werden. Gegenüber dem herkömmlichen Ultraschall hat die kontrastmittelverstärkte Sonografie den Vorteil einer deutlich besseren Sichtbarkeit der untersuchten Organe und ihrer Durchblutung. „Zudem löst dieses nichtstrahlende Verfahren röntgendiagnostische Untersuchungsverfahren ab und leistet damit einen Beitrag zum Strahlenschutz unserer jungen Patienten“, so der Jenaer Experte.

PET/MR – eine vielversprechende Untersuchung gerade in der Kinderradiologie

In der Programmsession wird ferner eine Untersuchungsmethode vorgestellt, die ebenfalls helfen kann, die Strahlendosis bei Kindern zu reduzieren und gleichzeitig den diagnostischen Mehrwert zu erhöhen. Die Rede ist von PET/MR, einem Kombinationsverfahren, das sowohl den Organstoffwechsel darstellt, als auch detailliert anatomische Informationen liefert. Eingesetzt wird die PET/MR bei kindlichen Tumorerkrankungen. Anders als die schon länger etablierte PET/CT arbeitet das neue Verfahren deutlich strahlungsärmer. Ein Problem ist aber aktuell noch die



Verfügbarkeit. So gibt es in Deutschland bislang nur vier Universitätsstandorte mit PET/MR-Geräten.

Situation der Kinderradiologie in Deutschland kritisch

„Der technische Fortschritt kann leider nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Situation der Kinderradiologie in Deutschland dramatisch ist“, formuliert Mentzel ein drängendes versorgungspolitisches Problem und führt aus: „Viele Professuren für das Fach bleiben unbesetzt, erst jüngst wurde das Berufungsverfahren an der fusionierten Uniklinik Gießen/Marburg eingestellt. Damit ist das Bundesland Hessen mit acht Millionen Kindern ohne eine entsprechend akademisch besetzte universitäre Kinderradiologie. Die Last der Forschung, Lehre und Weiterbildung muss von immer weniger Zentren getragen werden. Zudem ist die Qualität der Versorgung eingeschränkt, wenn Kinderzentren nicht mehr über eine nötige kinderradiologische Expertise verfügen. Das betrifft besonders die kritischen Spezialbereiche wie die Frühgeborenen-Versorgung oder die Krebsmedizin bei Kindern.“ Uneingeschränkt schließen sich die Kinderradiologen damit dem politischen Appell der DGKJ-Kampagne „Rettet die Kinderstation“ an.

Was ist Kinderradiologie?

Kinder sind keine kleinen Erwachsenen. Sie haben andere und anders verlaufende Krankheiten als Erwachsene. Hauptgebiete der Kinderradiologie liegen in der Neonatologie (Frühchen-Medizin), Kinderonkologie und der Diagnostik von Entwicklungsstörungen. Die Untersuchung von Kindern erfordert mehr Zeit und Einfühlungsvermögen. Auch die Untersuchungsmethoden sind von der Erwachsenenradiologie unterschieden: Da der kindliche Organismus sensibler auf Röntgenstrahlung reagiert, kommt der Sonografie (Ultraschall) eine besondere Bedeutung zu. Die Kinderradiologie ist ein Schwerpunkt der Radiologie. Kinderradiologen verfügen neben der Expertise in der allgemeinen Radiologie über umfangreiche Kenntnisse der Kinderheilkunde. Entsprechend lang ist die Weiterbildungszeit mit in der Regel sieben Jahren. Aktuell praktizieren in Deutschland 110 Kinderradiologinnen und -Radiologen. Bei über 12 Millionen Kindern, die in Deutschland leben, ist eine flächendeckende kinderradiologische Versorgung daher nicht mehr sichergestellt.

Weiterführende Informationen

<http://www.kinder-radiologie.org/>

<http://www.drg.de/de-DE/1171/historie-und-visionen-der-gesellschaft-fuer-paediatrische-radiologie>

<http://www.rettet-die-kinderstation.de/>

Pressekontakt

Florian Schneider

Deutsche Röntgengesellschaft e.V.

Ernst-Reuter-Platz 10

10587 Berlin

Tel: +49 (0)30 916 070-19

Fax: +49 (0)30 916 070-22

E-Mail: schneider@drg.de

www.drg.de www.roentgenkongress.de

Rettet die Kinderstation: bundesweite Aktion zur Sicherung der Krankenhausversorgung für Kinder und Jugendliche



Eine Kinderstation wird „wegen Geschäftsaufgabe geschlossen“? Ein Szenario, das aufgrund der dramatischen finanziellen Situation vieler Kinderkliniken und –abteilungen in Deutschland näher rückt. Die Informationskampagne „Rettet die Kinderstation“ weist auf die bundesweit bedrohte Krankenhausversorgung von Kindern und Jugendlichen hin - und zeigt Lösungsmöglichkeiten auf.

„Die flächendeckende, qualitativ hochwertige Krankenhausversorgung von Kindern in Deutschland ist ernsthaft gefährdet. Unsere Kinderkliniken sind Verlierer in einem System, das die Bedürfnisse des Kindes als Patient nicht ausreichend berücksichtigt. Die Sorge, aus finanziellen Gründen bald keine Kinderstation mehr in der Nähe zu haben, ist berechtigt.“

Prof. Dr. Wagner, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ).

Streichungen trotz gleicher Leistung

Zahlen belegen einen dramatischen Schwund der stationären Pädiatrie: Im Zeitraum von 1991 – 2012 wurde nahezu jede 5. Abteilung für Kinder- und Jugendmedizin geschlossen, ihre Zahl ging von 440 auf 364 zurück. Zudem wurden 4 von 10 Betten in der stationären Kinder- und Jugendmedizin gestrichen: eine Reduzierung um 39,45%. Von 99 Kinderchirurgien in 1991 sind heute 10% nicht mehr existent. Die Anzahl von Kindern, die eine stationäre Versorgung benötigen, ging hingegen trotz der demographischen Entwicklung nicht zurück, sondern blieb relativ konstant: 2012 wurden in den Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin und in den Kinderchirurgien 1.084.858 Fälle gezählt.

Ungleicher Wettbewerb

„80% unserer Leistungen sind nicht planbar, sondern werden als Akutversorgung erbracht. Zudem haben wir eine enorme Notfallquote von 50%. Kinderkrankenhäuser müssen jederzeit das volle Leistungsspektrum bereitstellen, samt Ausstattung und Personal, was zu sehr hohen Vorhaltekosten führt. Diese Fixkosten werden in dem Vergütungssystem nicht berücksichtigt“, erläutert Wagner. In der Erwachsenenmedizin liegt dieser Anteil bei ca. 25%, in der Pädiatrie bei 40% - eine Differenz von 15%, die die Existenz vieler Kinderkrankenhäuser bedroht. Zudem wird es in der Pädiatrie keine Fallzahlsteigerung geben, wie sie in der Erwachsenenmedizin zu mehr Einnahmen und Rentabilität geführt haben: So ist in der stationären Versorgung bei den über 45-Jährigen in den letzten Jahren ein Zuwachs von 16%, bei den 70 – 90-Jährigen von mehr als 34% zu verzeichnen.

„Hätten Kinderkrankenhäuser ihre Patientenzahlen in gleicher Weise steigern können, wären ihre Einnahmen in 2012 um mindestens 550 Millionen € höher gewesen – eine Fallzahlsteigerung aber, etwa durch zusätzliche Indikationen, ist in der Pädiatrie nicht möglich und auch aus ethischen Gründen nicht einmal annähernd vorstellbar“, so Jochen Scheel von der Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland (GKinD), die gemeinsam mit der DGKJ die Aktion initiiert hat.

Eine weitere Ursache für die finanzielle und strukturelle Not der stationären Pädiatrie ist die im Vergleich zur Erwachsenenmedizin sehr große Bandbreite der Erkrankungen. Während in einer Kinderklinik 400 – 500 unterschiedliche Fallpauschalen (DRGs) angewendet werden, sind dies in einer durchschnittlichen Abteilung der Erwachsenenmedizin überwiegend deutlich weniger als die Hälfte.

„Die Vorhaltekosten für dieses breite Leistungsspektrum sind überdurchschnittlich hoch. Für einige Leistungen mit geringen Fallzahlen gibt es zudem keine eigenen, adäquat kalkulierten Fallpauschalen“, ergänzt Jochen Scheel. Das führt häufig dazu, dass die Vorhaltekosten für die notwendige Versorgung von Kindern und Jugendlichen immer weniger ausreichend über Fallpauschalen gegenfinanziert sind, was die Kinderklinik oder –abteilung immer tiefer in die roten Zahlen treibt.

Gefordert ist die Politik

Die drei wichtigsten Maßnahmen zur Sicherung einer angemessenen medizinischen Versorgung von Kindern im Krankenhaus sind:

- **der Sicherstellungszuschlag für Kinderkliniken zur Finanzierung der höheren Vorhaltekosten**

Im bestehenden Krankenhausentgeltgesetz ist unter § 5 Abs. 2 ein Sicherstellungszuschlag beschrieben für die Vorkhaltung von Leistungen, die aufgrund eines geringen Versorgungsbedarfs nicht kostendeckend zu finanzieren sind. Eine Ergänzung dieser gesetzlichen Regelung um einen Sicherstellungszuschlag würde gewährleisten, dass Kinderkliniken, Kinderkrankenhäuser und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin sowie Kinderchirurgie wieder eine Perspektive haben.

- **die Erhaltung der Kinderkrankenpflege**

Der Ausbildungsschwerpunkt Gesundheits- und Kinderkrankenpflege in der Erstqualifikation muss erhalten bleiben, d.h. eine Spezialisierung innerhalb der 3-jährigen Ausbildungszeit. Kinder und Jugendliche benötigen eine an ihrer spezifischen gesundheitlichen Entwicklung orientierte Pflege.

- **die Absicherung bzw. Etablierung von pädiatrischen Spezialambulanzen und Sozialpädiatrischen Zentren**

Chronisch kranke Kinder und Jugendliche, die auf spezialärztliche Versorgung angewiesen sind, benötigen häufig Spezialambulanzen, die als Institutsambulanzen zugelassen sein sollten – als fester Bestandteil des Versorgungsauftrags. Eine solche Absicherung ist auch für die Sozialpädiatrischen Zentren notwendig.



Aktion „Rettet die Kinderstation“: Plakate, WWW und Diskussionen

Bundesweit in Kinderkliniken, in Einrichtungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und an Straßen und Plätzen Berlins sind die Plakate „Rettet die Kinderstation“ zu sehen: Ein verletztes Kind auf dem Arm seines Vaters steht vor der abgesperrten Kinderstation: „Wegen Geschäftsaufgabe geschlossen“.

Straßenplakat im August 2014 in Berlin-Kreuzberg. - Plakattext: Unsere Kinder brauchen gute medizinische Versorgung in ihrer Nähe. Aber immer mehr Kinderstationen werden durch rentablere Abteilungen ersetzt – denn obwohl Kinder- und Jugendmedizin mehr kostet, dürfen Krankenhäuser dafür nicht mehr berechnen. Deshalb muss die Finanzierung jetzt neu geregelt werden: mit 15 Prozent mehr Budget für Kinderabteilungen. Machen Sie Druck auf Politik und Kassen – noch heute: www.rettet-die-kinderstation.de

Unter www.rettet-die-kinderstation.de sind alle Informationen abrufbar, und es wird zur Unterstützung aufgerufen. Die politische Forderung wird sich verstärken, denn bundesweit sind (nicht nur) Kinder- und Jugendärzte angesprochen, den Missstand der Krankenhausversorgung von Kindern und Jugendlichen mit dem/der Bundestagsabgeordneten ihres Wahlkreises zu diskutieren.

Die Aktion wird getragen von der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ), der Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland (GKinD), dem Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland (BeKD), dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ), der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ), der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH), der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ), dem Kindernetzwerk (Dachverband der Eltern-Selbsthilfegruppen), dem Verband der Leitenden Kinder- und Jugendärzte und Kinderchirurgen Deutschlands (VLKGD).

Datenquellen: Statistisches Bundesamt, GKinD, DAKJ

Pressebilder: <http://www.dgkj.de/presse/pressefotos/>

Pressekontakt:

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)

Dr. Sybille Lunau | Ref. Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Chausseestr. 128/129 | 10115 Berlin

Tel.: 030/3087779-14 | presse@dgkj.de | www.dgkj.de