

“

Wenn ich mir was wünschen dürfte, hieße das, wir müssen diese Grenzen überwinden, nicht nur in der Versorgung, sondern auch im politischen Denken und Handeln.

”

“

Wir können es uns nicht länger erlauben, schlechte Kindermedizin zu machen und keine Prävention durchzuführen.

”

▶▶ Video online

Das vollständige Interview hier ansehen:



© mgo fachverlage



Kindergesundheit: So wichtig wie Feuerwehr und Polizei

Prof. Dr. Eckard Hamelmann, Kongresspräsident 2025 der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ), gibt im Gespräch in Leipzig Einblicke in Schwerpunkte und viel diskutierte Themen am Kongress für Kinder- und Jugendmedizin 2025.

Der KKJ 2025 hier in Leipzig steht unter dem Motto »Gemeinsam ins Leben« – Medizin für Kinder und Jugendliche mit chronischen Erkrankungen und Beeinträchtigungen. Wo sehen Sie die besonderen Herausforderungen und Erfordernisse für die Versorgung betroffener Kinder?

Prof. Hamelmann: Wir sprechen hier über die schwächste Gruppe der Gesellschaft, Kinder und Jugendliche mit chronischen Erkrankungen oder chronischen schweren Beeinträchtigungen. Diese Kinder haben es sehr schwer, die ganze Familie leidet darunter. Sie haben nicht nur akute und rasch behandelbare gesundheitliche Probleme, sondern auch solche, die sie im schlimmsten Fall das ganze Leben begleiten oder lebenslimitierend sind. Das bedeutet erhebliche Einschränkungen für die Familien und für die Patientinnen und Patienten.

Die chronische Erkrankung eines Kindes betrifft die ganze Familie – Eltern, Geschwisterkinder, Großeltern. Inwiefern wird den Betroffenen und ihren Familien am Kongress auch eine Stimme gegeben?

Es ist uns sehr wichtig gewesen, dass wir hier nicht nur in unserer »Fachbubble« schweben und uns gegenseitig erzählen, was wichtig ist, sondern dass wir auch primär diejenigen fragen, um die es uns geht. Wir haben also Videos mit Betroffenen und Betroffenenverbänden gedreht. Einerseits haben wir unsere Fragen an die betroffenen Kinder und Jugendlichen gerichtet: Was stört dich an deiner Erkrankung? Was ist das Problem? Wo nervt dich das? Wie beeinträchtigt dich das? Das konnten nicht alle Gruppen von Betroffenen oder Patientinnen und Patienten mit bestimmten Erkrankungen gut artikulieren. So haben wir andererseits auch die Eltern oder Geschwister zu Wort kommen lassen und die Betroffenenverbände gefragt: Was läuft gut und was läuft schlecht in der Versorgung? Wir haben die Stimmen der Betroffenen ganz bewusst den Seminaren vorangestellt und diese Videos vor Präsentation der Fachthemen eingespielt.

Im Kongressprogramm gibt es dieses Jahr ein neues Format, das »Curriculum paediatricum«. Für wen ist das gedacht? Was wird dort angeboten?

Das ist ein Format, das wir zusammen mit der jungen DGKJ, mit jungen Ärztinnen und Ärzten und Studierenden, entwickelt haben. Deren Wunsch entsprechend haben wir versucht, die wesentlichen Themen aus der Weiterbildungsordnung in einem Curriculum abzubilden. Wer in der mittleren Ausbildung ist, bekommt einen sehr schönen Überblick. Das ist eine tolle Gelegenheit für alle, die schon ein bisschen in der Pädiatrie drin sind, die aber noch nicht den Facharzt haben, sich hier noch einmal sehr rund zu bilden.

In der Eröffnungsveranstaltung fiel immer wieder das Wort »Interdisziplinarität«, auch die Sessions sind sehr interdisziplinär zusammengestellt. Warum ist Ihnen das so wichtig?

Da sind wir auch ein bisschen stolz darauf. Den interdisziplinären Strang haben wir für dieses Kongressjahr erfunden. Wir hoffen, dass das im nächsten Jahr fortgesetzt und ausgebaut wird. Denn das Entscheidende ist, dass wir Kindergesundheit nicht mehr nur aus der einen oder anderen Perspektive betrachten. Wir müssen zusammenarbeiten, die Sozialpädiatrie, Kinderchirurgie, Pädiatrie, Allgemeinpädiatrie, die niedergelassenen Kinderärztinnen und -ärzte. Und auch die Interprofessionalität in der Zusammenarbeit mit Pflege, TherapeutInnen und Sozialberatung zählt. Mir ist sehr wichtig, dass wir sowohl interdisziplinär als auch interprofessionell arbeiten. Nur dann wird Kindergesundheit richtig gelebt.

Ein wichtiger Aspekt sind die seltenen chronischen Erkrankungen. Was braucht es für eine optimale Diagnostik und Versorgung dieser betroffenen Kinder?

Bei den seltenen Erkrankungen ist das Allerwichtigste: Immer daran denken! Und das ist schwierig, weil es Erkrankungen gibt, die nur einmal in

100.000 Geburten oder 150.000 Geburten vorkommen. Das sehen Sie in Ihrem ganzen Pädiaterleben gar nicht, oder nur einmal. In der Gesamtheit machen diese seltenen Erkrankungen jedoch fast 10 % aus! Das ist dann gar nicht mehr so selten. Aber es gibt unglaublich viele verschiedene seltene Erkrankungen, und man kennt nicht unbedingt alle davon. Deswegen ist entscheidend: Daran denken, moderne Techniken für die Diagnostik einsetzen. Hier benötigen wir zum Beispiel eine höhere Verfügbarkeit und Leistbarkeit der Humangenetik. Hinter manchen Krankheitsbildern steckt z.B. eine Systemerkrankung oder genetische Erkrankung. Aktuell machen wir uns Gedanken, ob es leistbar ist, das im stationären Aufenthalt abzuklären. Das sollte nicht so sein, das müssten wir ändern!

Welchen Stellenwert hat die Früherkennung in diesem Bereich?

Je früher man etwas erkennt, je früher vernünftige Diagnostik durchgeführt wird, desto früher kann man auch eine geeignete Behandlung beginnen. Und das gilt für viele Erkrankungen, für Stoffwechselerkrankungen, aber zum Beispiel auch für häufige Erkrankungen wie Diabetes, chronisch-entzündliche Darmerkrankungen, rheumatische Erkrankungen, allergische Erkrankungen – also für die »dicken Blockbuster«. Auch da ist essenziell, dass man früh anfängt zu diagnostizieren und die frühen kausalen Behandlungsformen startet.

Sie haben es gerade angesprochen: Allergien zählen zu den häufigsten chronischen Erkrankungen. Wie sieht es hier bezüglich der Früherkennung und der Prävention aus?

Ja, daran arbeiten wir tatsächlich gerade. Atopische Erkrankungen sind der »Blockbuster Nummer eins«: atopisches Ekzem, Nahrungsmittelallergie, allergische Rhinitis, Asthma bronchiale, Insektengift- oder Arzneimittellallergie. Jedes dritte Kind von 0 bis 17 hat irgendeine dieser Erkrankungen. Das ist eine sehr große Gruppe. Bei unseren Vorsorgeuntersuchungen wird jeder Kinderarzt/jede Kinderärztin angehalten, über bestimmte Dinge nachzudenken. Das »Gelbe Heft« ist ja ein tolles Instrument, aber dort ist nicht einmal das Wort »Allergie« oder »Asthma« enthalten. Auch darüber müssten wir früher nachdenken. Es gibt mittlerweile gute Präventionsmechanismen. Wir haben eine schöne Leitlinie über primäre Prävention von Allergien und Asthma verfasst. Wir müssen die Risikomarker früher abfragen und Kinder mit erhöhtem Risiko früher identifizieren, um sie dann auch gezielt zu behandeln.

Ein Blick zur Gesundheitspolitik, die hier auf dem Kongress auch einen großen Stellenwert einnimmt: Was ist die zentrale Forderung im Sinne von Kindern mit chronischen Erkrankungen?

Ich komme soeben aus dem politischen Forum und bin da gerade warmgelaufen. Wir saßen in einer sehr großen Gruppe mit allen beteiligten Fachgesellschaften, mit der Pflege, mit Ärztinnen und Ärzten, mit Sozialpädiatrie etc., die jungen

Leute haben sich zu Wort gemeldet. Es gab eine tolle Diskussion – und es ist ganz, ganz schwierig, diese verschiedenen Interessen zu bündeln. Aber wir haben uns letztendlich unter einem Leitgedanken gefunden: Wir können es uns nicht länger erlauben, schlechte Kindermedizin zu machen und keine Prävention durchzuführen. Am Ende kostet das viel mehr, als wir für gute Kindermedizin einsetzen müssten.

Was brauchen wir in der Gesundheitspolitik, um den richtigen Schritt voranzugehen?

Wir brauchen vor allem das Verständnis dafür – Politikerinnen und Politiker, die verstehen, dass Kindergesundheit eine gute Investition ist. Jeden Euro, den man in den ersten zehn Lebensjahren in die Kindergesundheit investiert, verdient man neunfach im Laufe des Lebens. Und das ist etwas, was der Nobelpreisträger gesagt und ausgerechnet hat – das sage nicht nur ich. Leider wird das oft vergessen, weil wir in sehr kurzen, meist Vier-Jahres-Perioden denken und immer nur sehr kurzfristige Ziele verfolgen. Aber wir müssen langfristig denken. Die Kinder und Jugendlichen, die jetzt heranwachsen, leben die nächsten 50 oder 80 Jahre als Erwachsene. Das Geld, das wir jetzt hier investieren, wird dann mehrfach wieder zurück verdient.

Was wünschen Sie sich für die nächsten fünf Jahre in der Kindermedizin?

Das ist eine große Frage. Wenn ich mir etwas wünschen dürfte, hieße das, wir müssen Grenzen überwinden, nicht nur in der Versorgung, sondern auch im politischen Denken und Handeln. Wir müssen uns von diesem Gefühl lösen: »Ich muss für meinen Verband, für meine Fachgesellschaft, für meine Kommission das Beste rausholen«. Wir müssen ein gemeinsames Interesse artikulieren und den Politikerinnen und Politikern vermitteln, dass Kindergesundheit ein wesentliches Thema ist. Wir werden an den Rand gedrängt, weil wir nicht genug Geld verdienen mit dem, was wir machen. Und das muss geändert werden. Wir sollten uns nicht gegen Hüft-TEPs verteidigen müssen, sondern Kindergesundheit muss ein zentrales Thema für die Gesellschaft sein. So wie man die Feuerwehr und die Polizei unterstützt, muss man auch den wichtigen Stellenwert der Kindergesundheit in der Gesellschaft anerkennen.

(Angelika Schwerer)



Prof. Dr. med. Eckard Hamelmann

Univ.-Prof. Dr. med. Eckard Hamelmann ist Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Kinder-Pneumologie, Allergologie und Infektiologie und Immunologe. Seit 2014 leitet er die Univ.-Klinik für Kinder- und Jugendmedizin im Kinderzentrum des Evangelischen Klinikums Bethel, Universitätsklinikum OWL der Universität Bielefeld. Prof. Hamelmann war Kongresspräsident der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) am Kongress für Kinder- und Jugendmedizin 2025 in Leipzig. Er engagiert sich zudem in einer bundesweiten Initiative für die Einführung eines standardisierten Allergie-Screenings. Darüber hinaus koordiniert Prof. Hamelmann die S3-AWMF-Leitlinie Allergieprävention, deren neue Fassung Ende 2025 erwartet wird.