



GPGE

Gesellschaft für Pädiatrische
Gastroenterologie und Ernährung e.V.

1. Vorsitzender

Dr. Martin Claßen

2. Vorsitzender

PD Dr. Carsten Posovszky

Schatzmeister

Dr. Söhnke Dammann

Chausseestraße 128

10115 Berlin

info@gpge.de

www.gpge.de

Berlin, den 12.10.2018

Positionspapier der GPGE e.V. zur stationären Fallführung bei Kindern in der pädiatrischen Gastroenterologie, Ernährung und Hepatologie

Positionspapier der GPGE e.V. zur medizinischen Notwendigkeit einer stationären Maßnahme oder Behandlung

Zunächst Übersicht der einzelnen Themen, anschließend kapitelweise

1. Chronische Bauchschmerzen
2. Gastrointestinale Erkrankungen, bei denen bestimmte diagnostische Maßnahmen nicht ambulant verfügbar sind
3. Nahrungsmittelprovokationen
4. Intravenöse Biologikatherapie (Infliximab, Vedolizumab)
5. Dystrophie oder Essstörung (nicht Anorexia nervosa oder Bulimie) und spezifische Ernährungstherapien
6. Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
7. Leberbiopsie

Arbeitsgruppe: Rolf Behrens, Andreas Krahl, Denisa Pilic, Carsten Posovszky (*Reihenfolge alphabetisch*)

Mit dem folgenden Positionspapier nimmt die Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung (GPGE) e.V. Stellung, welche Diagnostik und Therapien/-einleitung aufgrund von gastroenterologischen Erkrankungen und Ernährungsschwierigkeiten im Kindesalter unter stationären Bedingungen erfolgen sollten um eine adäquate Versorgung der Patienten zu gewährleisten.

Vorbemerkungen:

Invasive Maßnahmen erfordern bei Kindern grundsätzlich Vorkehrungen, die eine schmerzfreie, angstfreie und nicht belastende Durchführung garantieren. Deswegen werden viele Prozeduren standardmäßig mit Sedierung bzw. Narkose durchgeführt. Dies gilt nicht nur für Endoskopien, sondern auch für vorbereitende Maßnahmen wie Einläufe, Magensonden, Darmlavage, Venenpunktionen. Die atraumatische Durchführung stellt insbesondere bei Kindern mit chronischen Erkrankungen die langfristige Voraussetzung für die Kooperation und das Vertrauen der Kinder in Ärzte und Behandlungsteams dar. Neben Sedierungsmaßnahmen helfen Psychologinnen, Kunst- und Musiktherapeutinnen sowie Erzieherinnen und Pflegenden dabei, Ängste abzubauen und das Erlebte zu bewältigen. Die Voraussetzungen für alle diese Maßnahmen sind ausschließlich in Kinderkliniken und Kinderabteilungen gegeben.

Die Indikation zu invasiven Maßnahmen wird vorher durch nichtinvasive Untersuchungen wie Laborverfahren überprüft. Screening-Untersuchungen finden bei Kindern so gut wie nicht statt. Dies hat zur Folge, dass invasive Maßnahmen Teil eines Abklärungsprogramms mit einer konkreten Verdachtsdiagnose sind. Hier sei als Beispiel der Verdacht auf eine chronisch entzündliche Darmerkrankung (M. Crohn/Colitis ulcerosa genannt). Neben der kombinierten Gastroskopie und Coloskopie sind Dünndarmdarstellung (MRT Dünndarm), eine Ernährungsberatung, eine umfangreiche Erläuterung der Erkrankung, psychologische Unterstützung und umfangreiche Laboruntersuchungen erforderlich¹. Danach werden therapeutische Maßnahmen wie die enterale Ernährungstherapie begonnen. Diese Maßnahmen werden im Rahmen eines stationären Aufenthaltes zeitlich kompakt und mit möglichst geringer Belastung für Kind und Familie erbracht. Diese Zusammenfassung verschiedener diagnostischer und therapeutischer Leistungen (inclusive Einleitung der nötigen Therapie) kann auch unter dem Gesichtspunkt der wirtschaftlichen Leistungserbringung günstiger sein als die Finanzierung einer Vielzahl von ambulanten Leistungen bei mehreren Ärzten.

1. Chronische Bauchschmerzen

Eine stationäre Aufnahme bei chronischen Bauchschmerzen ist zum Beispiel indiziert:

- bei ambulant nicht zeitnah zu klärender Ursache und ausgeprägtem Leidensdruck, bei therapieresistentem Verlauf oder hohem Schmerzmittelbedarf
- zur Beobachtung bei vermuteten psychosomatischen Zusammenhängen, die im ambulanten Setting nicht geklärt werden können.
- bei anhaltender oder rezidivierender Schulverweigerung, wenn ambulante Maßnahmen versagen und ggf. weitere diagnostische und invasive Maßnahmen indiziert sind.

Begründung: Die Mehrzahl von Kindern und Jugendlichen leiden an funktionellen Bauchschmerzen, die durch eine Störung der Interaktion zwischen ZNS und Gastrointestinaltrakt bedingt sind². Für die Abklärung sind neben somatischen Untersuchungen die Beobachtung und die interdisziplinäre Betreuung durch pflegerische, psychologische und therapeutische Fachkräfte erforderlich. Dies gilt insbesondere für die Kinder, bei denen eine ambulante Betreuung nicht zum Erfolg geführt hat. Hierzu gehören beispielsweise folgende Maßnahmen: standardisiertes Beobachtungsprotokoll, zeitlich ausreichende Beobachtung unter kontrollierten Umweltbedingungen durch pädiatrisches Fachpersonal und Objektivierung subjektiver Befunde (z.B. Schmerzintensität), sowie Beobachtung der Eltern-Kind-Interaktion (z.B. Interaktionsstörungen, Münchhausen by proxy etc.).

2. Gastrointestinale Funktionsdiagnostik

Eine stationäre Aufnahme zur gastrointestinalen Funktionsdiagnostik bei Kindern und Jugendlichen ist erforderlich, wenn während der Maßnahmen die Beobachtung und Dokumentation fortlaufend sichergestellt werden muss.

Begründung: Derzeit wird durch die KV die Verfügbarkeit im ambulanten Versorgungsbereich aus diversen Gründen nicht sichergestellt (hohe Investitionskosten, unzureichende Gegenfinanzierung, mögliche Gefährdung des unbeobachteten Patienten durch Fehllage, Dislokation oder Perforation und das erhöhte Risiko für Gerätebeschädigung oder Verlust), sodass eine ambulante Durchführung beispielsweise von 24-h-Impedanz-messung/pH-Metrie, oder Manometrien derzeit nicht möglich bzw. nicht verfügbar sind.

3. Nahrungsmittelprovokationen

Nahrungsmittelprovokationen sollen bei anamnestisch ausgeprägten Symptomen, bei jungen Kindern oder bestimmten Allergenen (z.B. Erdnuss) nur unter stationärer Beobachtung durchgeführt werden³.

Begründung: Durchführung einer standardisierten Provokation mit Beobachtungsprotokoll erfordert eine kontinuierliche Überwachung. Nahrungsmittelprovokationen können bei vorbekannter allergischer Reaktion (Atemnot, Schwellung im oralen Bereich, blutige Stühle, starke Bauchkoliken, Erbrechen etc.) insbesondere nach längerer Allergenkenz teilweise lebensbedrohliche Reaktionen hervorrufen. Eine Nachbeobachtung von weiteren 24 h nach letzter Provokation ist notwendig um Spätreaktionen zu erfassen, wie dies die entsprechenden Leitlinien auch vorschreiben.

4. Intravenöse Biologikatherapie (z.B. Infliximab, Vedolizumab)

Die intravenöse Biologikatherapie ist aufgrund der hohen Nebenwirkungsrate mit schwerwiegenden Ereignissen gemäß Fachinformation stationär/teilstationär notwendig.

Begründung: Bei dieser Therapie können schwerwiegende allergische Reaktionen während der Gabe und in den ersten Stunden der Nachbeobachtung auftreten. Deshalb muss eine kompetente Notfallversorgung von respiratorischen und kardiozirkulatorischen Komplikationen von Kindern und Jugendlichen gewährleistet sein. Dies erfordert ein in der Notfallversorgung von Kindern und Jugendlichen erfahrenen Arzt und eine entsprechende Geräteausstattung sowie personelle Infrastruktur (inklusive spezialisierter Pflege für Kinder).

Ergänzung Dosierung von Biologika:

Eine Anpassung der Dosis und der Infusionsabstände sollten am aktuellen medizinischen Zustand, am Medikamentenspiegel sowie den anti-Drug-Antikörpern erfolgen. Auch eine betriebswirtschaftliche sinnvolle Umgangsweise durch sinnvolles Ab- oder Aufrunden der Mengeneinheiten ist bei größeren Kindern angemessen.

5. Dystrophie oder Essstörung (nicht Anorexia nervosa oder Bulimie) und spezifische Ernährungstherapien

5.1. Unklare Dystrophie/ Fütterungsschwierigkeiten/ Essstörungen

Unklare Dystrophie, Fütter- und Essstörungen sollten unter folgenden Umständen stationär behandelt werden:

- bei ambulant nicht zeitnah zu klärender Ursache, ausgeprägtem Leidensdruck und möglicher Kindesvernachlässigung
- bei besonders ausgeprägter klinischer Symptomatik, die eine akute Gefährdung von Gesundheit und weiterer Entwicklung des Kindes verursachen könnte
- wenn ambulante Maßnahmen versagen und ggf. weitere diagnostische und invasive Maßnahmen indiziert sind
- zur Beobachtung bei vermuteten Zusammenhängen mit der Eltern-Kind Interaktion oder psychiatrischen Komorbiditäten von Patienten und/oder Eltern, die im ambulanten Setting nicht geklärt werden können

Begründung: Patienten mit leichter Ernährungsproblematik können meist ambulant abgeklärt werden. Wenn die Abklärung nicht möglich ist, nicht erfolgreich war oder die Kinder gefährdet sind, soll eine stationäre Betreuung erfolgen. Dies ist zum Beispiel der Fall bei ausgeprägter Symptomatik oder unklarer Ursache, die eine sofortige Intervention zur Abhilfe benötigen. Eine Beobachtung durch pädiatrisches Fachpersonal kann unter kontrollierten Umweltbedingungen Interaktionsprobleme und Fehler bei der Ernährung aufdecken. Anschließend kann eine adäquate Optimierung der Ernährungsweise und -menge sowie entsprechende Schulung durch Fachpersonal erfolgen.

5.2. Spezifische Ernährungstherapien

Die stationäre Aufnahme von Kindern- und Jugendlichen zur Einstellung, Therapie oder Anleitung spezifischer Ernährungstherapien ist zum Beispiel aus folgenden Gründen medizinisch indiziert:

- zur praktischen Anleitung in die enterale Bolus- oder Dauersondierung, den Kostaufbau und die PEG-Pflege nach erfolgter PEG-Anlage, sowie entsprechende Schmerztherapie
- zur praktischen Anleitung in die Handhabung enteraler Sondierung und Pflege bei nasogastrischer/jejunalen Sonde, den Kostaufbau und die Lagekontrolle
- zur Schulung und Einleitung einer enteralen Ernährungstherapie bei M. Crohn

Begründung: Diese Maßnahmen erfordern eine ausführliche Schulung und Überwachung durch entsprechendes Fachpersonal. Besonderes Augenmerk ist hierbei gerichtet auf die Therapieadhärenz, die Vermeidung eines Refeeding-Syndroms und die Notwendigkeit einer Ernährungsanpassung. Voraussetzung hierfür ist eine mehrfache Beobachtung und Beratung im Rahmen des normalen Tagesablaufes notwendig. Dies ist häufig in einem ambulanten Setting nicht zu leisten und spezialisierten Kinder-Rehakliniken zeitnah nicht verfügbar.

6. Chronisch entzündliche Darmerkrankungen

Zur Diagnostik und Therapie bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen im Kindesalter ist eine stationäre Aufnahme begründet. Dies betrifft:

- die initiale Diagnostik und Therapieeinleitung bei Erstdiagnose
- die Re-Evaluation und Therapieanpassung
- Schulungsmaßnahmen zur Verbesserung der Krankheitseinsicht und Compliance

Begründung: Es kann bereits ambulant einiges an Vor- und Differentialdiagnostik erfolgen; die eigentlichen Untersuchungen bestehen jedoch aus invasiven Maßnahmen, wie Endoskopie (s.o.) und MRT z.T. in Sedierung, die eine stationäre Aufnahme bedingen. Die anschließende adäquate Aufklärung über die Krankheit und Therapie ist entscheidend für den weiteren lebenslangen Krankheitsverlauf. Sie erfordert sehr viel Zeit und entsprechende Expertise und ist in einem ambulanten Setting nicht zu leisten. Dies ist von besonderer Bedeutung da der Krankheitsverlauf im Kindesalter gravierender ist als im Erwachsenenalter.

Dies gilt auch für die Re-Evaluation bei Krankheitsaktivität und Inplausibilität des Krankheitsverlaufes

Weiterhin gilt es insbesondere bei Kindern, die Therapieadhärenz *und Verträglichkeit* sicherzustellen. Bezüglich der Ernährungstherapie wird auf Punkt 5 verwiesen.

7. Leberbiopsie

Eine stationäre Aufnahme zur Leberbiopsie ist medizinisch bei Kindern- und auch Jugendlichen begründet.

Begründung: Bei Kindern besteht ein erhöhtes Blutungsrisiko⁴, deshalb sollten Kinder stationär engmaschig überwacht werden und sichergestellt werden, dass bei einer Blutung sofort Notfallmaßnahmen ergriffen werden.

¹ ESPGHAN revised porto criteria for the diagnosis of inflammatory bowel disease in children and adolescents. Levine A, Koletzko S, Turner D, Escher JC, Cucchiara S, de Ridder L, Kolho KL, Veres G, Russell RK, Paerregaard A, Buderus S, Greer ML, Dias JA, Veereman-Wauters G, Lionetti P, Sladek M, Martin de Carpi J, Staiano A, Rummel FM, Wilson DC; European Society of Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2014 Jun;58(6):795-806

² Gastroenterology. 2016 Feb 15. pii: S0016-5085(16)00181-5. doi: 10.1053/j.gastro.2016.02.015. [Epub ahead of print] Functional Disorders: Children and Adolescents. Hyams JS1, Di Lorenzo C2, Saps M3, Shulman RJ4, Staiano A5, van Tilburg M6.

³ Guidelines on the management of IgE-mediated food allergies: S2k-Guidelines of the German Society for Allergology and Clinical Immunology (DGAKI) in collaboration with the German Medical Association of Allergologists (AeDA), the German Professional Association of Pediatricians (BVKJ), the German Allergy and Asthma Association (DAAB), German Dermatological Society (DDG), the German Society for Nutrition (DGE), the German Society for Gastroenterology, Digestive and Metabolic Diseases (DGVS), the German Society for Oto-Rhino-Laryngology, Head and Neck Surgery, the German Society for Pediatric and Adolescent Medicine (DGKJ), the German Society for Pediatric Allergology and Environmental Medicine (GPA), the German Society for Pneumology (DGP), the German Society for Pediatric Gastroenterology and Nutrition (GPGE), German Contact Allergy Group (DKG), the Austrian Society for Allergology and Immunology (Æ-GAI), German Professional Association of Nutritional Sciences (VDOE) and the Association of the Scientific Medical Societies Germany (AWMF). Worm M, Reese I, Ballmer-Weber B, Beyer K, Bischoff SC, Classen M, Fischer PJ, Fuchs T, Huttegger I, Jappe U, Klimek L, Koletzko B, Lange L, Lepp U, Mahler V, Niggemann B, Rabe U, Raithel M, Saloga J, Schäfer C, Schnadt S, Schreiber J, Szépfalusi Z, Treudler R, Wagenmann M, Watzl B, Werfel T, Zuberbier T, Kleine-Tebbe J. Allergo J Int. 2015;24:256-293.

⁴ Ultraschall Med. 2015 Apr;36(2):122-31. doi: 10.1055/s-0034-1399282. Epub 2015 Apr 14. Incidence of bleeding in 8172 percutaneous ultrasound-guided intraabdominal diagnostic and therapeutic interventions - results of the prospective multicenter DEGUM interventional ultrasound study (PIUS study). Strobel D1, Bernatik T2, Blank W3, Will

U4, Reichel A4, Wüstner M5, Keim V6, Schacherer D7, Barreiros AP8, Kunze G9, Nürnberg D10, Ignee A11, Burmester E12, Bunk AA13, Friedrich-Rust M14, Froehlich E15, Schuler A16, Jenssen C17, Bohle W18, Mauch M19, Dirks K20, Kaemmer J21, Pachmann C22, Stock J23, Hocke M24, Kendel A25, Schmidt C26, Jakobeit C27, Kinkel H28, Heinz W29, Hübner G30, Pichler M31, Müller T3.