

„Kindergesundheit in der hausärztlichen Versorgung“

Sehr geehrter Herr Präsident,
sehr geehrte Herren Referenten,
meine Damen und Herren!

Wer wollte oder könnte in Abrede stellen, dass bei der kinderärztlichen Versorgung neben den pädiatrischen Kollegen auch wir Allgemeinmediziner oder Praktischen Ärzte unverzichtbar sind? Vor allem in Flächenstaaten wie etwa meinem Bundesland Niedersachsen versorgen sie, wie ich im folgendem darstellen werde, einen Großteil unserer Kinder und das in einer Zeit, in der wir im Stadtbild weitaus mehr Menschen mit Rollator als mit Kinderwagen sehen!

Darüber hinaus möchte ich Ihnen darlegen, welche Einflussmöglichkeiten auf die Gesundheit unserer Kinder auf der hausärztlicher Versorgungsebene bestehen, vor allem hinsichtlich der Bereiche, die wir heute besonders beleuchten werden: Gewalt, Vernachlässigung und Misshandlung von Kindern und deren Verhinderung.

Ich werde zur Untermuerung auf Zahlenmaterial aus Niedersachsen zurückgreifen, weil dieses Bundesland regelmäßig etwa 10 % wesentlicher bundesweiter Parameter aufweist und daher als repräsentativ für die Gesamt-BRD angesehen werden kann.

Nach den auf Folie 1 ersichtlichen Abrechnungsstatistiken der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen aus den 4 Quartalen 2/05 – 1/06 haben hausärztlich tätige Kinder- und Jugendärzte in den Altersgruppen von 0 – 5 Jahren noch doppelt so viele Fälle versorgt wie niedersächsische Allgemeinärzte und Praktische Ärzte. In der Altersgruppe von 5 – 9 Jahren gleichen sich die Fallzahlen an, während Kinder und Jugendliche von 10 – 19 Jahren weit überwiegend von Hausärzten, also Allgemeinärzten und Praktischen Ärzten, betreut wurden.

Annähernd dieselbe Verteilung finden wir bei den so genannten „Unzeitkontakten“, also den Behandlungen außerhalb der regulären Sprechzeiten und im ärztlichen Notfalldienst. Hausbesuche dagegen werden bei Kindern ganz überwiegend von Praktikern und Allgemeinärzten gefahren. Lediglich geringe Behandlungszahlen von Kindern und Jugendlichen sehen Sie bei den hausärztlichen Internisten.

Ähnliche Angaben finden sich bei den Früherkennungsmaßnahmen U1 – U9 und J1:

Diese werden von hausärztlichen Internisten selten abgerechnet. Bis zum 5. Lebensjahr finden sie hauptsächlich in der kinderärztlichen Praxis statt, während dann die J1 im 12. – 14. Lebensjahr etwa hälftig von Allgemeinärzten und Pädiatern durchgeführt wird.

Kurz gesagt haben Hausärztinnen und Hausärzte einen nicht unerheblichen Anteil an der Versorgung von Kindern ab dem 6. Lebensjahr, vor allem aber bei Jugendlichen ab dem 10. Jahr. Auffällig schien mir bei meinen Recherchen, dass trotz dieses hohen Versorgungsanteiles von Hausärzten

bei Kindern und Jugendlichen in keiner einzigen Publikation zu Fragen der Kindergesundheit die Rolle der Hausärzteschaft beschrieben oder gar Kooperationsmöglichkeiten mit Allgemeinärzten für die verschiedensten Initiativen, Aktionsbündnisse, Forschungsvorhaben und politische Programme in Erwägung gezogen wurden.

Offensichtlich leisten Hausärzte ihren umfangreichen Anteil an pädiatrischer Prävention und Kuration ganz selbstverständlich und im Stillen, ebenso offensichtlich aber auch in fachlicher wie sozialer Hinsicht ohne Beanstandungen.

Dass Kinder und Jugendliche gemeinsam mit ihren Eltern in der hausärztlichen Praxis versorgt werden, erscheint durchaus sinnvoll, ist doch eine der elementaren Aufgaben des Hausarztes seine familienmedizinische Funktion.

Ich zitiere Michael Balint, den Initiator der Balintgruppenbewegung:
„Bietet ein Kind in der Praxis Probleme, dann sind diese zu 1/3 alleine im Kind, zu 1/3 in der Beziehung zwischen Eltern und Kind und zu einem weiteren Drittel alleine bei den Eltern begründet.“

Als Hausärztinnen und Hausärzte begleiten wir Familien ein Berufs-Leben lang. Ich bin seit 22 Jahren in einem Vorort von Hannover mit sehr gemischter Sozialstruktur und inzwischen hohem Migrantenanteil niedergelassen. Heute betreue ich die Kinder und Enkel, in einzelnen Fällen die Urenkel meiner ersten Patienten, und bei den ausländischen Patientinnen und Patienten kenne ich nicht nur die Probleme der Ausgebrannten, nie Integrierten, noch immer nicht Deutsch sprechenden 1. Generation, die in den 60-iger und 70-iger Jahren zu uns kamen, sondern auch die der Folgegeneration der Entwurzelten, denen Heimat und kulturelle Identität fehlen, die aber ihre Kinder wiederum heute als Deutsche erziehen und sehen möchten.

Hausärzte betreuen Kinder in ihrem sozialen Umfeld und kennen i.d.R. ihre Beziehungsgeflechte, die häuslichen Gegebenheiten, die familiären Sorgen und Konflikte, die Ursprungs- und die Patchworkpartner ihrer Eltern und oft auch ihre Lehrer und Erzieherinnen, die zumeist allesamt bei ihnen Patienten sind.

Ich zitiere Altmeyer, Kröger und Hendrichke aus dem Lehrbuch „Allgemeinmedizin“:

„Die Familienmedizin unterscheidet sich von der klinischen Medizin durch ihren „setting“-bezogenen Ansatz. Demnach werden die Erkenntnisse des Hausarztes erst aus der Beleuchtung einer komplexen, mehrere Personen und deren gemeinsame Lebenswelt betreffenden Konstellation gewonnen. Die familienmedizinischen Aufgaben des Hausarztes gewinnen an Bedeutung, z.B. wenn es um das Wohl von Kindern oder hochaltrigen Menschen oder um die Auswirkungen wirtschaftlicher Einbrüche und Arbeitslosigkeit auf Nahestehende geht. So verändert sich das Anforderungsprofil an die Familienmedizin ständig.“

Heutige Aufgaben des Hausarztes erstrecken sich von der Beratung vor einer geplanten bis auf die Probleme nach einer ungeplanten Schwangerschaft, über die Bereiche Gesundheitserziehung bis zur Ernährungsberatung und Suchtprävention. Hierdurch erreichen sie Eltern

und Kinder. Sie halten ihre Patienten zu Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen ihrer Kinder an. Hausärzte leiten Sport- und Gewichtsreduktionsgruppen. Vor allem haben sie aber auch Einfluss auf die Väter und damit auf deren Vorbildhaltung bzgl. Alkohol- und Nikotinkonsum sowie körperlicher Bewegung.

Sowohl die Vorträge des vorletzten Deutschen Ärztetages zum Thema „Armut und Gesundheit“ als auch die Ergebnisse des Kinder- und Jugend-Gesundheits surveys “KIGGS“ haben den eindeutigen Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit aufgezeigt. Nicht die Versorgung der Mittelschichtkinder, deren Familien eine enge Hausarztbindung aufweisen und die ihre Kinder i.d.R. liebevoll, beständig und Grenzen aufzeigend erziehen, stellt die Ärzteschaft vor Probleme; vielmehr dagegen die Versorgung von Kindern der Unterschicht und sozialer Randgruppen, die zumeist weniger Vorsorgeuntersuchungen erhalten, keine feste Hausarztbindung haben und eher Gewalt, Missbrauch und mangelhafter Gesundheitsversorgung ausgesetzt sind. Um diese Problemklientel zu erreichen und einer auf Prävention fußenden, kontinuierlichen Gesundheitsversorgung zuzuführen, bedarf es folgender struktureller gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen:

- eine enge Kooperation und Kommunikation ärztlicher Fachgruppen (Allgemeinärzte, Pädiater, öffentlicher Gesundheitsdienst, Kinder- und Jugendpsychiater, Kliniken und Psychotherapeuten) untereinander;
- obwohl zeitintensiv, sollte die Zusammenarbeit auf Augenhöhe mit anderen beteiligten Berufsgruppen, etwa Erziehern, Lehrerschaft, Hebammen und Sozialarbeitern sowie mit Jugendamt und kommunalem Sozialdienst gepflegt werden. Von mir kontaktierte leitende Mitarbeiter des Jugendamtes Hannover und der pädagogischen Bereichsleitung im kommunalen Sozialdienst wünschten sich an erster Stelle, dass Ärztinnen und Ärzte deutlich häufiger die Hilfe des Jugendamtes annehmen, und es nicht als Feindbild betrachten sollten. Das Finden einer gemeinsamen Sprache über die Probleme der gemeinsam betreuten Kinder, interprofessionelle Fallkonferenzen und Runde Tische sowie eine kontinuierliche Kooperation waren weitere Wünsche der Fachberater an die niedersächsische Ärzteschaft.

- Da unterprivilegierte Familien i.d.R. weniger Arztkontakte und Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch nehmen, macht ein Konzept der aufsuchenden Gesundheitsfürsorge Sinn. Neben dem ÖGD sind hier insbesondere Hausärztinnen und Hausärzte gefordert. Gerade in ländlichen Regionen und solchen Stadtbezirken, in denen zukünftig ärztlicher Nachwuchsmangel zum Tragen kommen wird und hausärztliche Praxen nicht wiederbesetzt werden können, findet das gemeinsam von KBV und Bundesärztekammer entwickelte Konzept zur Einbeziehung der gut qualifizierten Medizinischen Fachangestellten (vormals Arzthelferin) seine Berechtigung. Fortbildungsmodule und –inhalte u.a. in den Bereichen Prävention im Kindes- und Jugendalter und bei Erwachsenen, Ernährungsberatung, sowie Patientenkoordinierung und –begleitung, sollen die Medizinische Fachangestellte dafür qualifizieren, an sie delegierbare Leistungen incl. Beratungsangeboten und Hausbesuchen zur Entlastung der Praxisinhaber zu übernehmen. Eine solche aufsuchende, primärärztliche

und familienmedizinisch ausgerichtete Patientenbetreuung durch das gesamte Praxisteam, auch vor allem in sozialen Brennpunkten und unterversorgten Gebieten, muss zusätzlich von den Krankenkassenverbänden finanziert werden, erspart aber eine neu einzuziehende Versorgungsebene von z.B. Familiengesundheitspflegerinnen oder Gemeindeschwestern. Und sie belässt die ganzheitliche medizinisch-psychosoziale Versorgung in hausärztlicher Hand.

- Die Gesundheitsversorgung unterprivilegierter und gefährdeter Gruppen sollte weiter ausgebaut werden. Vor allem bei wohnungslosen Menschen finden sich ein mangelhafter Zugang zur „Regelversorgung“, sowie gehäuft Suchtproblematik, Aggression und Vernachlässigung. Keinen Anspruch auf eine geregelte medizinische Versorgung haben die so genannten Illegalisierten, d.h. Menschen ohne Aufenthaltserlaubnis. Von diesen soll es alleine im Großraum Hannover etwa 5.000 geben. In der Region Hannover leben darüber hinaus etwa 2.500 – 3.000 so genannte Obdachlose, darunter rund 30 % Frauen und vermutlich 50 – 80 Kinder. Das von mir im Jahre 1999 ins Leben gerufene medizinische Versorgungsprojekt für Wohnungslose, das seither mit Hilfe von 10 sehr engagierten, ehrenamtlich tätigen Kolleginnen und Kollegen in Form einer Ermächtigungsambulanz der KVN in Kooperation mit Caritas und Diakonie sehr gut läuft, verzeichnet inzwischen ca. 1.100 Arzt-/Patientenkontakte pro Jahr. Die Sprechstunden, bzw. unsere mobile Ambulanz, werden derzeit zunehmend auch von illegalisierten Familien in Anspruch genommen. Zur adäquaten Versorgung von Kindern ohne Wohnung und ohne Aufenthaltsrechte sollten bundesweit ähnliche Sprechstunden flächendeckend eingeführt werden.

- Die ärztliche Fortbildung der beteiligten Facharztgruppen sollte insbesondere in den Bereichen „Sucht und Drogen“ sowie „Häusliche Gewalt gegen Frauen und Kinder“ intensiviert werden. Im hausärztlichen Bereich kann durch eine frühe und intensive Beratung von auffälligen oder gefährdeten jungen Mädchen und Frauen einer fetalen Schädigung ihrer Kinder durch Alkohol und Nikotin vorgebeugt werden. Gerade Hausärztinnen und Hausärzten kommt in der Sucht- und Drogenprävention sowie in der Betreuung Betroffener eine große Bedeutung zu. 21 % der 12 – 19-jährigen Jugendlichen hat mindestens 1x im Leben Cannabis genommen. 37 % der 15-jährigen Jungen und 25 % der 15-jährigen Mädchen trinken bereits regelmäßig Alkohol. Bei hieraus resultierenden Problemen werden Jugendliche eher Hilfe bei ihrem Hausarzt als bei einem Kinder- und Jugendarzt suchen. Die Zusatzbezeichnung „Suchtmedizinische Grundversorgung“ streben daher häufig Fachärzte für Allgemeinmedizin an. Etliche davon engagieren sich ebenfalls im Bereich der Methadonsubstitution. In der Bezirksstelle Hannover betreuen 76 Kolleginnen und Kollegen dieses Substitutionsprogramm, 80 % von ihnen sind hausärztlich tätig. Wegen der durch die Methadongabe verbesserten Lebensumstände suchtkranker Frauen werden diese deutlich häufiger schwanger als während der Phase ihres Heroinkonsums. Die kontinuierliche Betreuung nicht nur während der Schwangerschaft, sondern vor allem die Begleitung solcher Risikomütter mit ihren Neugeborenen stellt eine große Herausforderung für die substituierenden Ärztinnen und Ärzte dar. Wir

behandeln regelmäßig max. 10 Methadonpatienten in unserer Praxis. Dabei haben wir bisher 2 Mütter mit insgesamt 3 Schwangerschaften so betreuen können, dass sie heute „clean“ sind und mit ihren Kindern, die sich gut entwickeln, weiterhin unsere Praxis aufsuchen. Durch die tägliche Methadonvergabe, d.h. den täglichen Arzt-/Helferin-/Patientenkontakt können die betreuenden Praxen einen nicht zu unterschätzenden Einfluss auf die Entwicklung und Versorgung dieser hochgefährdeten Kinder ausüben.

- Neben anderen Facharztgruppen sollten vor allem Hausärztinnen und Hausärzte Fortbildungsmaßnahmen zum Komplex „Häusliche Gewalt“ absolvieren, da sie die höchsten Fallzahlen von Kindern im ärztlichen Notdienst sowie bei Hausbesuchen aufweisen und erfahrungsgemäß verletzte und missbrauchte Kinder nicht in der regulären Sprechstunde, sondern dem ärztlichen Notdienst vorgestellt werden. Hausärzte sind i.d.R. die ersten Ansprechpartner, an die sich Gewaltopfer wenden. Hier nicht wegzusehen, den vorgebrachten Ausreden nicht zu glauben, sondern die betroffenen Frauen oder Mütter direkt mit deren Verletzungsmustern zu konfrontieren und nach erlittener Gewalt sowie den Lebensumständen zu fragen, habe ich mir zur Regel gemacht. Zu meinem anfänglichen Erstaunen wird mein Angebot, sich öffnen zu wollen und das Gespräch bzw. Hilfe zu suchen, fast immer aufgegriffen. Das kostet nicht nur Zeit, sondern auch eigene Kraft und Ressourcen. Aber nur so werden wir unserem Anspruch, eine umfassende auch psychosoziale Versorgung und Maßnahmen zur Gewaltprävention zu leisten, gerecht.

Herr Präsident, meine Damen und Herren!

Nach den Ergebnissen des heute zeitgleich veröffentlichten Kinder- und Jugendgesundheits surveys geht es dem allergrößten Teil unserer Kinder und Jugendlichen gut bis sehr gut! Dennoch bleibt noch viel zu tun, damit auch die Versorgung des restlichen, bedauernswerten Teiles unseres Nachwuchses noch passgenauer und problemorientierter organisiert werden kann. Zusammengefasst bestehen die speziellen Aufgaben der Hausärzteschaft vor allem darin, ihre Rolle in der Gemeinde für sozialmedizinische Prävention, aufsuchende Gesundheitsfürsorge, in der Versorgung von Migranten und unterprivilegierten Familien zu nutzen. Ganz wichtig ist hierbei die enge Kooperation mit Kinder- und Jugendärzten, den Kolleginnen und Kollegen des ÖGD, deren Arbeit ich hier ausdrücklich würdigen und unterstreichen möchte, mit den anderen im Rahmen der Kindergesundheit arbeitenden Berufsgruppen wie Sozialarbeiter, Hebammen, Physiotherapeuten, Logopäden. Ausgeweitet werden sollten hausärztliche Schulungs- und Informationsangebote für Kindergärten, Sportverein und Schule.

Abschließend möchte ich Ihnen einige wegweisende und beispielhafte Modellprojekte zur Kindergesundheit unter Mitwirkung niedersächsischer Ärztinnen und Ärzten vorstellen:

1. „Fit für Pisa“: Hierbei handelt es sich um ein von dem Göttinger Internisten Dr. Thomas Surmann initiiertes und vom BMBF mit 200.000 €

Preisgeld honoriertes, von der Ärztekammer Niedersachsen unterstütztes Projekt, bei dem wissenschaftlich begleitet 4 Grundschulklassen 4 Jahre lang täglich 1 Sportstunde in der Schule erhalten. Die Ergebnisse dieses Projektes werden Ende 2007 vorgestellt.

2. Im „Präventionsprojekt Pro Kind“ werden erstgebärende Schwangere in sozialen Problemlagen oder nach Gewalterfahrung von Hebammen und Sozialpädagogen bis zum 2. Lebensjahr des neugeborenen Kindes betreut. Die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen, der Berufsverband der Frauenärzte und der der Kinder- und Jugendärzte Niedersachsens unterstützen und wirken mit.

3. Die „Stiftung eine Chance für Kinder“, initiiert durch den langjährigen Leiter des Landesgesundheitsamtes, Prof. Windorfer, organisiert eine Betreuung von schwangeren und jungen Müttern in sozialen Problemlagen durch Familienhebammen bis zum Ende des 1. Lebensjahres ihres Kindes.

4. Der Leitfaden „Gewalt gegen Kinder“ der Früherkennungs- und Handlungsmöglichkeiten sowie Kooperationspartner in Niedersachsen aufzeigt, wurde mit Hilfe der Ärztekammer Nds. und der Techniker Krankenkasse vollkommen überarbeitet und im Januar 2007 neu aufgelegt.

5. Der Arbeitskreis „Häusliche Gewalt“ bei der Ärztekammer Niedersachsen, in dem 4 Jahre lang Vertreterinnen des Nds. Sozialministeriums, der Psychotherapeutenkammer, der Medizinischen Hochschule Hannover, der Rechtsmedizin und zweier Krankenkassen unter meiner Leitung kooperierten, hat neben umfangreichen Materialien für Patientinnen und Patienten ein 4-stündiges Fortbildungsmodul auch für die Ärzteschaft erstellt. Sowohl die schriftlichen Materialien als die Fortbilder-Teams können bundesweit angefordert und gebucht bzw. nachgedruckt und weiterverwandt werden.

Meine sehr geehrten Damen und Herren!

Im Jahre 1895 begann Hugo von Hoffmannsthal seine „Ballade des äußeren Lebens“ mit den Worten

„Und Kinder wachsen auf mit tiefen Augen, die von nichts wissen, wachsen auf und sterben, und alle Menschen gehen ihre Wege.“

Die von mir vorgestellten engagierten Berufsgruppen und Initiativen verschließen gerade nicht ihre Augen vor unseren Problemkindern, sondern zeigen uns Alternativen zum Wohle unserer Kinder und Jugendlichen auf. Die Gesundheit unserer Kinder bleibt weiterhin eine Herausforderung für die innerärztliche wie die interprofessionelle Zusammenarbeit! Oder, wie ein afrikanisches Sprichwort treffend sagt:

„Es braucht ein ganzes Dorf um ein Kind großzuziehen“

Vortrag Dt. Aerztetag 2007

Referentin: Dr. med. Cornelia Goesmann, Hannover

Vizepräsidentin der Bundesärztekammer