

# **Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) zur Grundversorgung von Kindern und Jugendlichen**

Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) befürwortet für Deutschland ein gemischtes System der gemeinsamen ambulanten Grundversorgung von Kindern und Jugendlichen durch Allgemeinärzte und Pädiater. Die DEGAM bevorzugt hierbei eine gemeinsame Basisversorgung durch Hausärzte und Pädiater sowie eine erweiterte ambulante Versorgung für schwerere Krankheitsverläufe durch Pädiater.

Ziel der Grundversorgung durch beide Fachgruppen ist es, Kinder und Jugendliche möglichst ambulant zu versorgen und stationäre Aufenthalte zu vermeiden sowie chronisch kranke und behinderte Kinder, soweit als möglich, wohnortnah zu versorgen.

Bei einer guten Kooperation der Arztgruppen können Hausärzte effektiv und effizient folgende Aspekte der Versorgung abdecken:

- akute Erkrankungen mit Erkennung abwendbar gefährlicher Verläufe
- Prävention mit Durchführung der Impfungen und der Früherkennungsuntersuchungen
- Diagnose und Behandlung von Krankheits-, Verhaltens- und Entwicklungsproblemen im familiären Kontext
- Behandlung chronischer Erkrankungen

Insbesondere bei gefährlichen Verläufen, Verhaltens- und Entwicklungsproblemen oder bei der Behandlung chronischer Erkrankungen ist die Überweisung zum Pädiater und weitere Kooperation wünschenswert und derzeit nicht nur in ländlichen Gebieten erfolgreiche Praxis.

## **Familienmedizin**

Die familienmedizinische Komponente in der hausärztlichen Betreuung (Behandlung von Kindern und Erwachsenen) ist in diesem Zusammenhang sehr bedeutungsvoll und für die Prävention und Behandlung einiger schwerwiegender chronischer Stoffwechsel- und Atemwegkrankungen sehr wichtig. Werden Eltern und Kinder durch den gleichen Arzt betreut, kann ein unmittelbarer und ganzheitlicher Einfluss auf die Gesundheit der Kinder ausgeübt werden. Zudem entwickelt sich durch eine kontinuierliche Betreuung ein langfristiges Arzt-Patient-Eltern-Verhältnis, welches die Unterbrechung primärärztlicher Versorgung bei jungen bis mittelalten Erwachsenen vermeidet und so weit in die Erwachsenenmedizin wirkt.

### **Weiterbildung**

Der Facharzt für Allgemeinmedizin wird in seiner Weiterbildung auf wichtige primärärztliche Fertigkeiten gezielt vorbereitet, dazu gehören symptomorientiertes Vorgehen, gezieltes Beachten der Grenzen der Aussagefähigkeit diagnostischer Tests auf der Basis niedriger Prävalenz, Berücksichtigung psychosozialer bzw. individueller Gegebenheiten, Verständnis für das Individuum (hermeneutisches Fallverstehen), Fall-Management an Schnittstellen und Übergängen zu spezialistischen bzw. stationären Versorgungsbereichen und Vermeidung abwendbar gefährlicher Verläufe.

Voraussetzung für eine Grundversorgung von Kindern und Jugendlichen ist eine praktische Ausbildung mit besonderer Betonung o.g. primärärztlicher Aspekte. Hier ist es wichtig im Rahmen der Weiterbildung die Grenzen des eigenen Handelns bei der Versorgung der Kinder zu erlernen, damit rechtzeitig eine fachärztliche Überweisung erfolgen kann. Die DEGAM favorisiert eine regelmäßige gemeinsame Sprechstunde (z. B. ½ Tag/Woche) von Hausärzten und Pädiatern in einer Allgemeinarztpraxis. Wünschenswert wären auch Abschnitte pädiatrischer Weiterbildung in Kinder- und Jugendarzt-Praxen oder Allgemeinarztpraxen mit pädiatrischem Schwerpunkt, idealer Weise im Rahmen einer Verbundweiterbildung. Da dies – trotz vielfacher Versuche der DEGAM - derzeit durch ein geringes Angebot an pädiatrischen Weiterbildungsstellen für Hausarztaspiranten nicht realisiert werden kann, strebt die DEGAM alternativ praxisbegleitete Module an, die in einer Kursweiterbildung vermittelt werden können.

Darüber hinaus ist eine kontinuierliche Ausübung in der Grundversorgung notwendig, um diese Kompetenz zu erhalten. Als sehr förderlich wird ein kollegialer, kooperativer Umgang zwischen Hausärzten und Pädiatern angesehen. Kinder und Jugendliche nach Überweisungen gemeinsam zu betreuen und sich darüber auszutauschen, ist eine Voraussetzung zur Erweiterung der Kompetenz beider Fachgruppen in der Primärversorgung.

### **Früherkennungsuntersuchungen**

Die Durchführung der Kinder-Früherkennungsuntersuchungen U3-U9 hält die DEGAM für eine hausärztliche Kompetenz, die ohne pädiatrische Spezialisierung möglich ist. Hier geht es primär um die Erkennung von Abweichungen von der normalen Entwicklung und nicht um die Erkennung komplexer Krankheitsbilder. Das deutsche Modell der U1-U9 mit dem gelben Untersuchungsheft entspricht dem internationalen Standard zum Screening kindlicher Entwicklungsstörungen<sup>i</sup> <sup>ii</sup>. Die Überlegenheit spezialistischer Qualitätsmerkmale zu diesen Untersuchungen ist wissenschaftlich nicht belegt, ebenso wenig wie die Überlegenheit einer Erbringung der Früherkennungsuntersuchung allein durch Pädiater. Entsprechend werden in den meisten europäischen Ländern Früherkennungsuntersuchungen primärärztlich durch Hausärzte (Frankreich, Großbritannien, Dänemark), durch lokale Gesundheits- oder Schulbehörden (Niederlande, Belgien) oder durch eine Mischung dieser Systeme (Finnland, Schweden) geleistet<sup>iii</sup>.

Der Erfüllungsgrad der Früherkennungsuntersuchungen ist in Deutschland, zumindest bei Kindern ab dem 2. Lebensjahr, nicht befriedigend<sup>iii</sup>. Dies sollte in einigen Bundesländern Anfang 2008 durch gesetzliche Verordnung zur Pflichtuntersuchung verbessert werden, allerdings bei unklarem Nutznachweis. Eine Monopolisierung der Früherkennungsuntersuchungen zu Gunsten der Pädiater wird diese Bemühungen, insbesondere in ländlichen Gebieten (durch fehlende Facharztdichte), konterkarieren. Auch ist zu erwarten, dass viele Heranwachsende im kritischen Alter zwischen 13 und 17 Jahren für die Früherkennungsuntersuchungen J1 und J2 einen Allgemeinmediziner vorziehen und diese im kindlichen Umfeld pädiatrischer Praxen meiden werden (s.u. Bericht des Sachverständigenrats 2009).

## **Versorgung von Kindern allein durch Pädiater**

Pädiatrische Fachverbände (z.B. Bundesverband der Kinder- und Jugendärzte – BVKJ) treiben den gänzlichen Ausschluss von Hausärzten aus der primärärztlichen Versorgung von Kindern voran. Lokal realisiert wird das in Primärarztverträgen n. § 73b SGB V, in denen unüberwindbare Hürden für die Teilnahme von Hausärzten an der Kinderversorgung aufgebaut sind. Man verspricht durch eine alleinige pädiatrische Versorgung u.a. eine geringere Kindersterblichkeit. Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) sieht bei einer solchen Beschränkung des hausärztlichen Versorgungsauftrages folgende Probleme:

- Ein Ausschluss der Hausärzte aus der Versorgung von Kindern und Jugendlichen macht ein eigenständiges pädiatrisches Nachtpräsenz- und Urlaubsvertretungssystem nötig, in ländlichen Gebieten ist dies wegen mangelnder Facharztdichte nicht realisierbar. Eine Beschränkung des Hausarztes allein auf die Versorgung in Nachtdiensten oder Urlaubsvertretungen würde mangels Erfahrung im primärärztlichen Umgang mit Kindern die Zahl unnötiger stationärer Einweisungen und vermeidbarer ärztlicher Fehler gefährlich steigen lassen.
- Das Argument, Gesundheitssysteme mit alleiniger pädiatrischer Versorgung hätten eine geringere Kindersterblichkeit, lässt sich wissenschaftlich nicht belegen. Die Kindersterblichkeit wird maßgeblich durch andere Faktoren bestimmt, im besonderen Kinderarmut, Zugang zur Gesundheitsversorgung und Hygiene<sup>iv</sup>. Besonders soziale Faktoren haben in der Bundesrepublik Deutschland mit einer zunehmenden Kinderarmut einen ungünstigen Einfluss. Deutschland steht allerdings im internationalen Vergleich mit einer Kindersterblichkeit von 3,99 auf 1.000 Lebendgeburten im Vergleich zum Durchschnitt der Industriestaaten (6.0) sehr gut da und ist besser als Länder mit vorwiegend pädiatrischer Kinderversorgung (z.B. Italien 5,51)<sup>v</sup>.
- Eine Überlegenheit fachärztlich erbrachter Primärversorgung gegenüber hausärztlicher Primärversorgung ist auch für weniger harte Endpunkte (z.B.

Entwicklungsstörungen) nicht zu belegen. Hierzu sind insbesondere für den deutschen Sprachraum keine Studien bekannt.

- Einige der angeforderten Diagnostika als Qualitätsschwellen für den Einschluss von Hausärzten an der Grundversorgung von Kindern sind nicht ausreichend valide und der diagnostische Wert für den niedrigprävalenten primärärztlichen Versorgungsbereich sehr umstritten (Strep-Test, CRP-Schnelltest).
- Die Erreichbarkeit primärärztlicher Versorgung wird durch einen alleinigen kinderärztlichen Auftrag verschlechtert. Insbesondere im ländlichen Bereich werden durch geringe Facharztichte die Anfahrtswege und Wartezeiten deutlich ansteigen, was vermutlich in geringerer Inanspruchnahme resultieren wird, insbesondere bei den gesundheitlich problematischeren Kindern sozial schwächerer Familien.

Dies macht auch die vom Robert Koch Institut ermittelte und im aktuellen Sondergutachten des Sachverständigenrats dargestellte derzeitige Versorgungsrealität in Deutschland deutlich. Dort (Sachverständigenrat 2009, Ziffer 658, Seite 549) heißt es:

„Zur ambulanten Inanspruchnahme bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen liegen aus dem Bericht „Lebensphasenspezifische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Nationalen Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS)“ des Robert Koch Instituts folgende Erkenntnisse vor: Die Daten belegen, dass fast jedes Kind in den ersten beiden Lebensjahren einem Kinderarzt zur Früherkennung, Beratung, Diagnostik oder Behandlung vorgestellt wird (95 %). Mit zunehmendem Alter der Kinder sinken die Inanspruchnahmeraten bis auf 25 % bei den 14- bis 17-Jährigen. Zugleich steigt die Rate bei Allgemeinmedizinerinnen von 12 % auf 53 %. In ländlichen Regionen liegt die Inanspruchnahmerate der Kinderärzte deutlich unter der in Großstädten, und in den neuen Bundesländern werden Kinderärzte noch eher im Jugendalter aufgesucht als in den alten Bundesländern.“

- Fast ein Zehntel aller hausärztlichen Kontakte werden für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen aufgebracht, das zeigen aktuelle Daten aus einem

bundesweiten Versorgungsforschungspraxisnetz<sup>vi</sup>. Die Übernahme dieser bislang durch Allgemeinmediziner geleisteten Regelversorgung wird die ambulant tätigen Pädiater überlasten und Ableistung ihrer ureigenen spezialistischen Aufgaben verschlechtern.

- Eine Monopolisierung der neu eingeführten Untersuchungen U10 und U11 im Grundschulalter sowie J2 im Jugendalter würde die Hausärzte gerade in Altersgruppen aus der Versorgung hinausdrängen, in der sie in zunehmendem Maß aufgesucht werden. Abrechnungsdaten der KV Niedersachsen (2005-2006) zeigen, dass der Anteil hausärztlicher Versorgung schon in der Altersgruppe der 5-9 jährigen bei 50% liegt.<sup>vii</sup> Bei den in Hinblick auf die Prävention von Misshandlung und Vernachlässigung konzipierten U10 und U11 hat der Allgemeinarzt im Vergleich zum Pädiater den Vorteil, dass er als Familienarzt mit Hausbesuchstätigkeit bereits im Vorfeld familiäre Interaktionsstörungen und ggfs. Misshandlung, Gewalt und Neglect frühzeitig erfassen kann.
- Es gibt derzeit Defizite in der pädiatrischen Weiterbildung. Während die Kompetenz für psychosomatische Grundversorgung und primärärztliche (ambulante) Versorgung in der Weiterbildungsordnung der Allgemeinmedizin, der Kursweiterbildung und als tägliche Erfahrung in dem Praxisweiterbildungsabschnitt abgedeckt ist, müssen sich Pädiater, die sich meist nur an Kliniken weiterbilden, diese Kompetenzen erst in der Erfahrung der niedergelassenen Tätigkeit aneignen. In ländlichen Gebieten, in denen Kinder primärärztlich vorwiegend hausärztlich versorgt werden, ist diese Phase der autodidaktischen Aneignung langwierig.

Fazit: Kindern und Jugendlichen sowie ihre Eltern sollten den Arzt ihres Vertrauens innerhalb der Grundversorgung selbst wählen können. Faktisch suchen Kinder und Jugendliche mit steigendem Lebensalter in zunehmendem Maß Hausärzte auf – dies gilt insbesondere im ländlichen Raum. Gegen eine Einengung dieser Wahlfreiheit sprechen u.a. die fehlende Evidenz der Überlegenheit einer speziellen Versorgungsform und die anders nicht sicherzustellende wohnortnahe Versorgung

insbesondere im ländlichen Raum sowie außerhalb der üblichen Sprechstundenzeiten.

Stand: 6. Juli 2009

Autoren: DEGAM-Sektion Versorgungsaufgaben (P. Engeser (Vorsitz), S. Hensler (Stellvertretung))

Kommentare, Anregungen und Änderungsvorschläge: H.H. Abholz; G. Egidi, E. Baum, F. Gerlach, M.M. Kochen, B. Musselmann, G. Laux, T. Ledig, W. Reininghaus, C. Scholz, J. Szecsenyi, T. Uebel, A. Wiesemann.

---

<sup>i</sup> American Academy of Pediatrics. Developmental surveillance and screening of infants and young children. Pediatrics. 2001; 108(1):192-6

<sup>ii</sup> <http://www.fruitsandveggiesmorematters.gov/ncbddd/child/devtool.htm> (besucht am 28.5.09)

<sup>iii</sup> BZGA-Bundes- und europaweite Recherche von Praxisbeispielen zur Steigerung der Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen für Kinder-2006

<sup>iv</sup> <http://www.unicef.de/4815.html> (besucht am 28.5.09)

<sup>v</sup> <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/rankorder/2091rank.html> (besucht am 28.5.09)

<sup>vi</sup> <https://www.content-statistics.org/public/results/pe/kapitel/1.html> (besucht am 7.7.2009)

<sup>vii</sup> Goesmann C. Kindergesundheit in der hausärztlichen Versorgung. Vortrag 110. Deutscher Ärztetag 2007 Münster