

Positionspapier Pädiatrie des Deutschen Hausärzteverbandes

Präambel

Die Primärversorgung von Kindern und Jugendlichen erfolgt in Deutschland durch Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde, Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin sowie hausärztliche Internistinnen und Internisten. Wird in diesem Positionspapier von Hausärzten gesprochen, so sind Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin sowie hausärztliche Internistinnen und Internisten gemeint.

Einleitung

Deutschland ist eines der wenigen Länder in Europa, in dem die Versorgung von Kindern und Jugendlichen durch diverse Facharztgruppen erfolgt. In den meisten europäischen Ländern wird diese primärärztlich durch Allgemeinärzte (z.B. Frankreich, Großbritannien, Dänemark), lokale Gesundheits- oder Schulbehörden (z.B. Niederlande, Belgien) oder durch eine Mischung dieser Systeme gewährleistet.

Versorgungsrealität und -spektrum

Die flächendeckende medizinische Betreuung von Kindern und Jugendlichen aller Altersgruppen kann in Deutschland ohne Hausärztinnen und Hausärzte nicht sichergestellt werden. Grundsätzlich lässt sich feststellen, dass Kinder und Jugendliche insgesamt häufiger von Allgemeinmedizinern versorgt werden, je ländlicher sie wohnen und je älter sie werden. So ist die Zahl der gesamten Behandlungsfälle ab vollendetem 13. Lebensjahr beim Allgemeinmediziner höher, bei einzelnen Leistungen zeigt sich dies bereits früher: So belegen die Abrechnungsdaten der KBV (2017), dass schon ab der Altersgruppe 5-10 Jahre Hausbesuche und in der Altersgruppe unter 5 Jahren unvorhersehbare Inanspruchnahme und Notfälle überwiegend von Allgemeinärzten geleistet werden.

U10, U11, J1 und J2 sind Vorsorgeuntersuchungen, die sich in besonderem Maße zur Durchführung in einer familienmedizinisch orientierten Facharztpraxis für Allgemeinmedizin anbieten. Ein Großteil der Kinder und Jugendlichen befindet sich zu diesem Zeitpunkt bereits in ausschließlich hausärztlicher familienmedizinischer Betreuung. Bei den in Hinblick auf Prävention von Misshandlung und Vernachlässigung konzipierten U10 und U11 hat der Hausarzt im Vergleich zum Pädiater den Vorteil, dass er bereits frühzeitig familiäre Interaktionsstörungen und ggf. Misshandlung, Gewalt und Vernachlässigung erfassen kann.

Diese familienmedizinische Betreuungsfunktion – etwa auch in Form der Einbeziehung elterlicher Probleme bei somatischen Störungen der Kinder – etabliert ein Alleinstellungsmerkmal. Besondere Bedeutung hat darüber hinaus die Gesundheitserziehung von Familien (Medienkonsum, Hygiene, Impfkontrolle, Schulbesuch, Zahnpflege etc.) sowie die hausärztliche Schlüsselrolle bei der Transition chronisch kranker Jugendlicher.

Qualifikation in der hausärztlichen Versorgung

Die Vermittlung von Fertigkeiten familienmedizinischer Betreuung ist explizit in den Pflichtkatalog der allgemeinmedizinischen Weiterbildungsinhalte aufgenommen worden. Im Rahmen der Weiterbildung ist ein obligatorischer Weiterbildungsabschnitt von 24 Monaten in einer hausärztlichen Praxis vorgeschrieben, während der auch U-Untersuchungen Bestandteil einer praxisnahen Wissensvermittlung sind. Darüber hinaus gehören in den verpflichtenden hausärztlichen Qualitätszirkeln pädiatrische Weiterbildungsinhalte regelmäßig zum Repertoire.

Forderungen

Gerade in Flächenländern ist die Versorgung von Kindern und Jugendlichen allein durch Kinderärzte nicht möglich.

- Um die spezifischen Qualifikationen aller an der Versorgung von Kindern und Jugendlichen Beteiligten zum Wohle der Patienten zu nutzen, werden Geburtskliniken, Pädiater und Hebammen aufgefordert, die Zusammenarbeit mit Hausärzten proaktiv zu suchen. Gleiches gilt für Kinderkliniken, Hilfsorganisationen und Jugend- und Sozialämter.
- In der Fort- und Weiterbildung dürfen sich Pädiater bei der Vermittlung spezifischer Qualifikationen nicht verweigern. Pädiatrische Weiterbildungsinhalte (Vorsorgeuntersuchungen, spezifisch pädiatrische Behandlungsanlässe, chronische Erkrankungen im Kindesalter etc.) sollten in der Weiterbildungsordnung für Allgemeinmedizin einen entsprechenden Stellenwert bekommen.
- Die allgemeinmedizinischen Lehrstühle und Arbeitsbereiche sind aufgefordert, pädiatrische und familienmedizinische Inhalte in Lehre und Forschung aufzunehmen bzw. auszubauen.
- Es wird gefordert, die Allgemeinärzte in die Transition generell mit einzubeziehen und dies in allen Verträgen zu berücksichtigen. Die Transition sollte als von Kinder- und Jugendärzten sowie Hausärzten gemeinsam gestalteter Prozess verstanden werden.
- Es muss zu einer Entlastung von überflüssiger Bürokratie in der hausärztlichen Praxis kommen, damit Ressourcen für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen frei werden.
- Die familienmedizinische Komponente der hausärztlichen Betreuung muss finanziell deutlich aufgewertet werden.
- Die zusätzlichen Kinderfrüherkennungsuntersuchungen U 10, U11, J2 sind umgehend in die Regelversorgung aufzunehmen.
- Hausärzte müssen in sämtliche, die Versorgung von Kindern und Jugendlichen betreffende Entscheidungen mit einbezogen werden.
- Der Deutsche Hausärzterverband muss in Gremien mitarbeiten, die die Belange von Kinder- und Familiengesundheit in der Öffentlichkeit diskutieren und propagieren.