

Herrmann WJ, Berlt A, Spengler V, Loos R, Heintze C, Holzinger F. Behandeln Hausärztinnen und Hausärzte Kinder und Jugendliche? Eine repräsentative Befragung Berliner und Brandenburger Hausarztpraxen. Z Allg Med 2018, 94: 390–395

Leserbrief von Lisa Degener

Vielen Dank für die aufschlussreiche Arbeit über die medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Wie die Autoren beschreiben, gilt in Deutschland das Prinzip der kombinierten hausärztlich-kinderärztlichen Primärversorgung. Auch die DEGAM hält in ihrem Grundsatz-Positionspapier an diesem Versorgungsprinzip fest. Die Versorgungsrealität allerdings lässt daran zweifeln, dass dieses Prinzip tatsächlich flächendeckend in Deutschland gelebt und ob es politisch noch gewünscht wird.

- Der BarmerGEK-Arztreport von 2012 [1] bestätigt die auch im Artikel genannten Untersuchungsergebnisse der KIGGS-Studie: Spätestens ab dem Alter von 11 Jahren gehen gleich viel Kinder zum Haus- oder Kinderarzt, im Alter von 14 Jahren sind mehr Jugendliche beim Hausarzt.
- Die Berufsverbände (Hausärzterverband – HÄV versus Bundesverband der Kinder- und Jugendärzte – BVKJ) reklamieren jeder für sich die Versorgungshoheit über das Patientenkontext unter 18 Jahren. Während der HÄV die von Hausärzten praktizierte Familienmedizin als Grundstein für eine gute medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen propagiert, verweist der BVKJ auf nötige fachärztliche Kompetenz, die nur in der stationären Pädiatrie erworben werden könne [2].
- Dem politischen Prinzip des HÄV entgegen steht die Tatsache, dass es inzwischen nicht wenige Allgemeinmediziner gibt, die grundsätzlich keine Kinder in ihrer Praxis behandeln (ein Drittel der Hausarztpraxen in Groß- und Mittelstädten Berlin und Brandenburg – siehe Artikel). Aus meiner Kenntnis gibt es Allgemeinmediziner, die nicht einmal wissen, dass Kindervorsorgeuntersuchungen von Allgemeinmedizinern durchgeführt werden dürfen. Ebenso wenig ist einigen, insbesondere jüngeren Kolleginnen und Kollegen bekannt, dass Kindervorsorgeuntersuchungen reine Screeningunter-

suchungen sind und keine umfangreichen entwicklungsdiagnostischen Vorkenntnisse oder gar Qualifikationen erfordern.

- Umgekehrt kann der BVKJ seine Vorstellungen rein praktisch nicht umsetzen, weil es auch in der pädiatrischen Primärversorgung zunehmend Personalprobleme gibt. Hier gibt es Parallelen zur allgemeinmedizinischen Versorgung: Unter Jüngeren ist der Hang zur Spezialisierung (bei den Pädiatern sind das die Subspezialisierungen pädiatrische Kardiologie, Gastroenterologie usw.) groß, die Begeisterung für die Primärversorgung eher gering. Hinzu kommt die mangelnde Bereitschaft zur Selbstständigkeit. Viele pädiatrische Praxen, insbesondere auf dem Land, finden keine Nachfolger. Die hausärztlichen Praxen im Umfeld überlasteter oder geschlossener Kinderarztpraxen erleben eine deutliche Zunahme von Kindern und Jugendlichen in ihrer Praxis. Dort steigt auch die Nachfrage nach Durchführung von Kinder- und Jugendlichenvorsorgen beim Allgemeinarzt.
- Pädiater wurden durch ihre Facharztbildung bislang nicht auf die Primärversorgung vorbereitet. Die ambulante Weiterbildung in einer Kinderarztpraxis ist fakultativ und wird erst seit Ende 2016 durch KV-Gelder bezuschusst – analog der Weiterbildung in allgemeinmedizinischen Praxen [3].
- Allgemeinmediziner erhalten dagegen so gut wie keine pädiatrischen Weiterbildungen im stationären Bereich. Erst im Rahmen ihrer ambulanten Weiterbildung kommen sie in Kontakt mit Kindern und Jugendlichen, sofern die auszubildende Praxis diese zu ihrem Patientenkontext zählt.
- Gemeinsame Fortbildung zwischen Allgemeinmediziner/innen und Pädiatern gibt es ebenso wenig. Das Verhältnis zwischen beiden Berufsgruppen ist vor Ort leider ein eher schlechtes, von Konkurrenz oder eben unterschiedlichen, fast schon ideologisch geprägten Grundauffassungen bestimmt.

Wenn die kombinierte hausärztlich-kinderärztliche Primärversorgung in Deutschland weiter Bestand haben soll, muss die Allgemeinmedizin sich dafür breiter aufstellen. Dazu gehört eine entsprechende Versorgungsforschung, wie der Artikel sie darstellt und auch für weitere Fragestellungen der Primärversorgung von Kindern und Jugendlichen berechtigt fordert. Dazu gehört aber auch eine deutlichere Berücksichtigung pädiatrischer Inhalte an den entsprechenden Lehrstühlen und Arbeitsbereichen der Universitäten. Und dazu gehört darüber hinaus die flächendeckende Implementierung pädiatrischer Weiterbildungsmöglichkeiten für Allgemeinmediziner. Mir erscheint das im Artikel erwähnte Berliner Modell eines Weiterbildungskurses Pädiatrie für äußerst sinnvoll, wenn Weiterbildungsstellen in pädiatrischen Einrichtungen für angehende Allgemeinmediziner nicht angeboten werden.

Korrespondenzadresse

Lisa Degener
Fachärztin für Allgemeinmedizin
Zum Gründchen 21
48341 Altenberge
Tel.: 02505 1234
degener.altenberge@googlemail.com

Quellen

1. www.barmer.de/blob/37010/e5fbbbc50b2618d99b23b4579079e574/data/pdf-arztreport-2012.pdf (letzter Zugriff am 07.11.2018)
2. So konnte der Hausärzterverband für fast alle hausarztzentrierten Verträge die Einbeziehung der Kinder ab dem 1. Lebensstag durchsetzen – gegen den erbitterten Widerstand der Pädiater. Der BVKJ schließt im Gegenzug Selektivverträge zur primärärztlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit den Krankenkassen ab, die ihrerseits die Hausärzte komplett ausschließen oder nur unter hohen Qualifikationsanforderungen einbeziehen.
3. www.kbv.de/media/sp/Foerderung_Allgemeinmedizin.pdf (letzter Zugriff am 07.11.2018)

Antwort von Dr. Wolfram J. Herrmann

Vielen Dank für Ihren Kommentar zu unserem Artikel. Sie beschreiben treffend, dass die Primärversorgungssituation von Kindern und Jugendlichen direkt mit Gesundheitspolitik und vor allem auch Berufspolitik zusammenhängt. Zu Recht merken Sie an, dass auch wir Allgemeinmediziner an den

wissenschaftlichen Instituten gefragt sind: Wir sind der Meinung, dass wir das Thema Primärversorgung von Kindern und Jugendlichen aktiv in Forschung und Lehre an den Universitäten vertreten sollten; andererseits sollten wir auch über die Kompetenzzentren Weiterbildung die Primärversorgung von Kindern und Jugendlichen einschließlich der Vorsorgeuntersuchungen in der Weiterbildung vermitteln.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Wolfram J. Herrmann
Wissenschaftlicher Mitarbeiter
Institut für Allgemeinmedizin
Charité-Universitätsmedizin Berlin
Charitéplatz 1, 10117 Berlin
Tel.: 030 450-514225
wolfram.herrmann@charite.de

N.N. Eine lebensbedrohliche (Krebs-)Erkrankung – Ansichten eines Angehörigen und Hausarztes. Z Allg Med 2018; 94: 350–352

Leserbrief von Dr. med. Axel Althen

Respekt vor diesem Bericht eines Kollegen über die Krebserkrankung seiner Frau, der mich sehr berührt hat. Die

Erkrankung eines lieben Angehörigen geht maximal an die Substanz, alles wird in Frage gestellt. Wir vergessen allzu oft, wie zerbrechlich wir selbst sind. Ich wünsche ganz viel Kraft!

Korrespondenzadresse

Dr. med. Axel Althen
axelalthen@gmail.com



DEGAM-NEWSLETTER

Immer gut informiert

Seit einigen Jahren verschickt die DEGAM-Bundesgeschäftsstelle exklusiv an die Mitglieder den E-Mail-Newsletter DEGAM aktuell. Dieser Informationsdienst beinhaltet Neuigkeiten aus dem Präsidium, den Sektionen und Arbeitsgemeinschaften sowie der Leitlinien-Geschäftsstelle und der JADE. Auch aktuelle Mitteilungen zu den Rubriken Personalien, Veranstaltungen und Stellenausschreibungen finden sich im Newsletter. Die bisher versandten Ausgaben können im passwortgeschützten internen Bereich unter

www.degam.de

eingesehen werden. Sind auch Sie an den aktuell in der DEGAM diskutierten Themen und Entwicklungen interessiert? Schicken Sie einfach eine E-Mail mit dem Betreff „DEGAM aktuell“ an:

geschaeftsstelle@degam.de