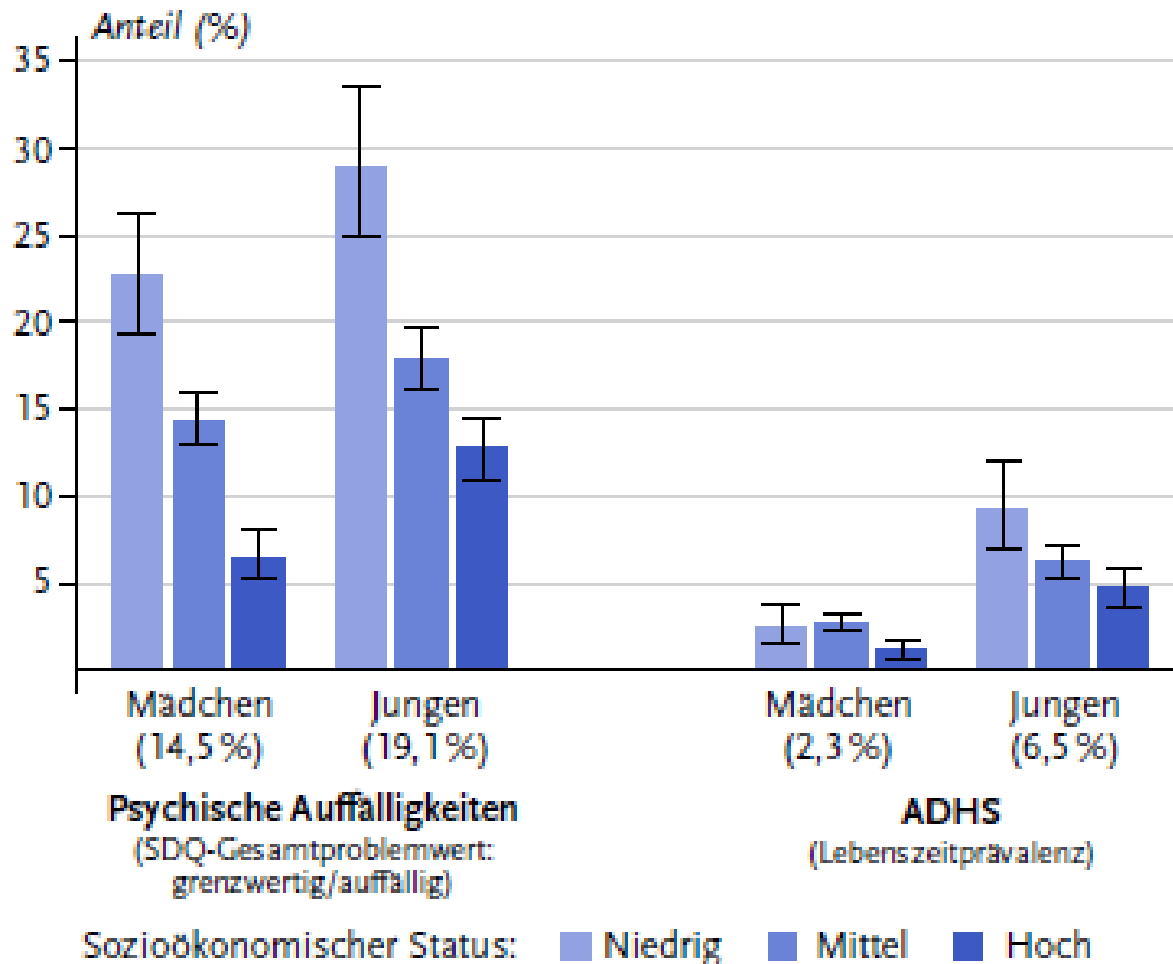




Welche Rolle spielen Hausärzte bei der Versorgung psychischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter- Bericht aus dem Versorgungsalltag

Prof. **Erika Baum**, 36 Jahre Hausärztin in Biebental, ehem. Leiterin der Abteilung für Allgemeinmedizin der Uni Marburg. DEGAM-Präsidentin



ADHS = Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung

SDQ = Strengths and Difficulties Questionnaire

Prävalenz psychischer Auffälligkeiten



	KIGGS-Basiserhebung		KIGGS Welle 2	
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
Mädchen	15,9	(14,9 – 17,0)	14,5	(13,2 – 15,9)
Altersgruppe				
3 – 5 Jahre	17,2	(14,7 – 19,9)	13,9	(11,2 – 17,1)
6 – 8 Jahre	14,7	(12,4 – 17,4)	13,8	(11,6 – 16,2)
9 – 11 Jahre	18,6	(16,5 – 21,0)	16,4	(13,3 – 20,1)
12 – 14 Jahre	15,9	(13,8 – 18,3)	13,9	(11,9 – 16,3)
15 – 17 Jahre	13,4	(11,5 – 15,6)	14,6	(12,2 – 17,3)
Jungen	23,6	(22,3 – 24,9)	19,1	(17,7 – 20,6)
Altersgruppe				
3 – 5 Jahre	21,4	(18,9 – 24,2)	20,9	(17,5 – 24,7)
6 – 8 Jahre	25,3	(22,7 – 28,2)	22,3	(19,4 – 25,4)
9 – 11 Jahre	28,8	(26,2 – 31,7)	22,2	(19,0 – 25,7)
12 – 14 Jahre	25,8	(23,1 – 28,9)	19,2	(16,6 – 22,0)
15 – 17 Jahre	17,2	(14,8 – 20,0)	12,2	(9,9 – 15,0)
Gesamt (Mädchen und Jungen)	19,9	(19,0 – 20,8)	16,9	(15,9 – 17,9)

KI = Konfidenzintervall

Kindersterblichkeit (0-14 Jahre) in Europa

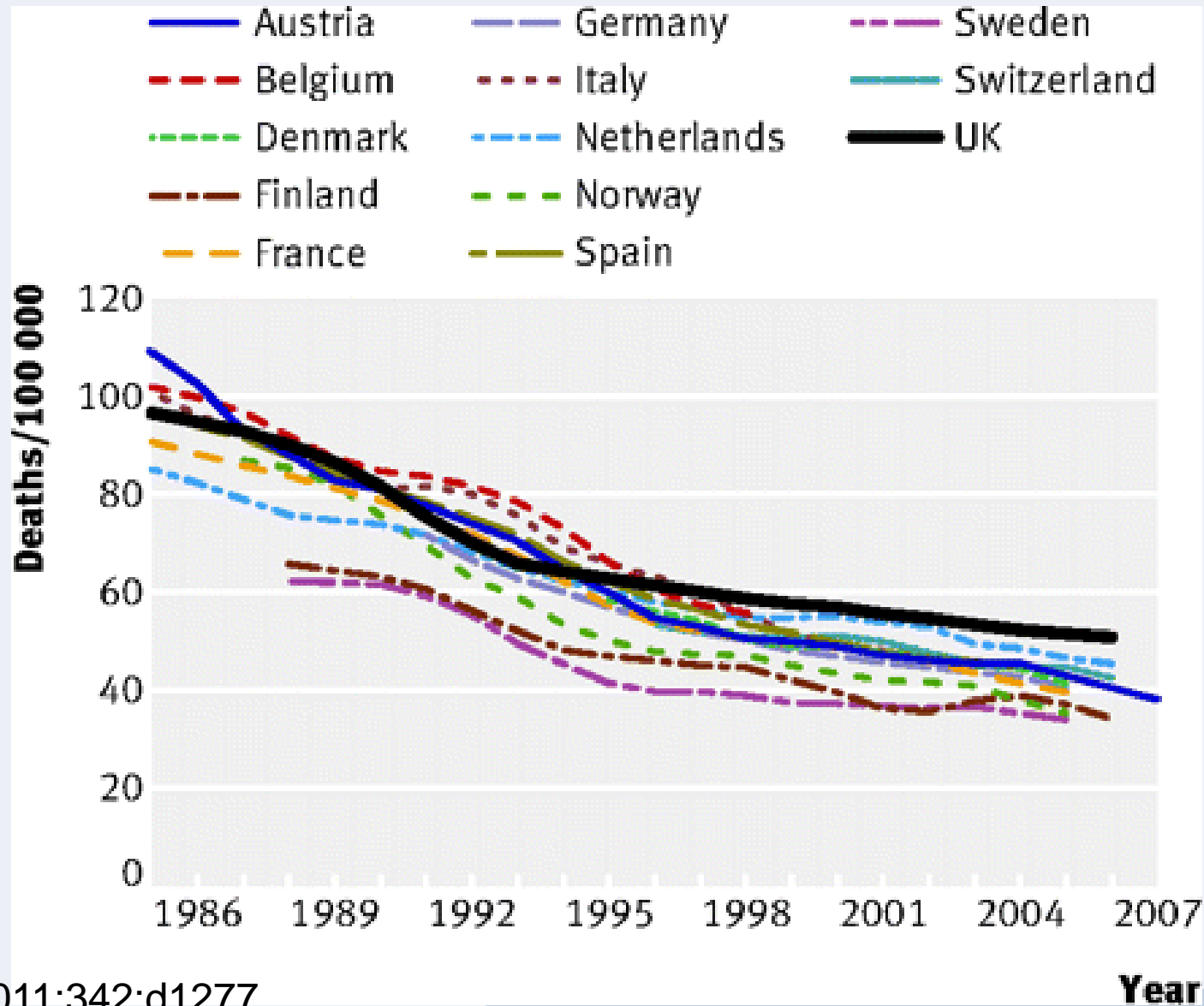


Table 1 | Comparison of five year average mortality in childhood in European countries and excess deaths in UK (relative to comparator countries) according to method of first access to medical care, 2003-7⁸

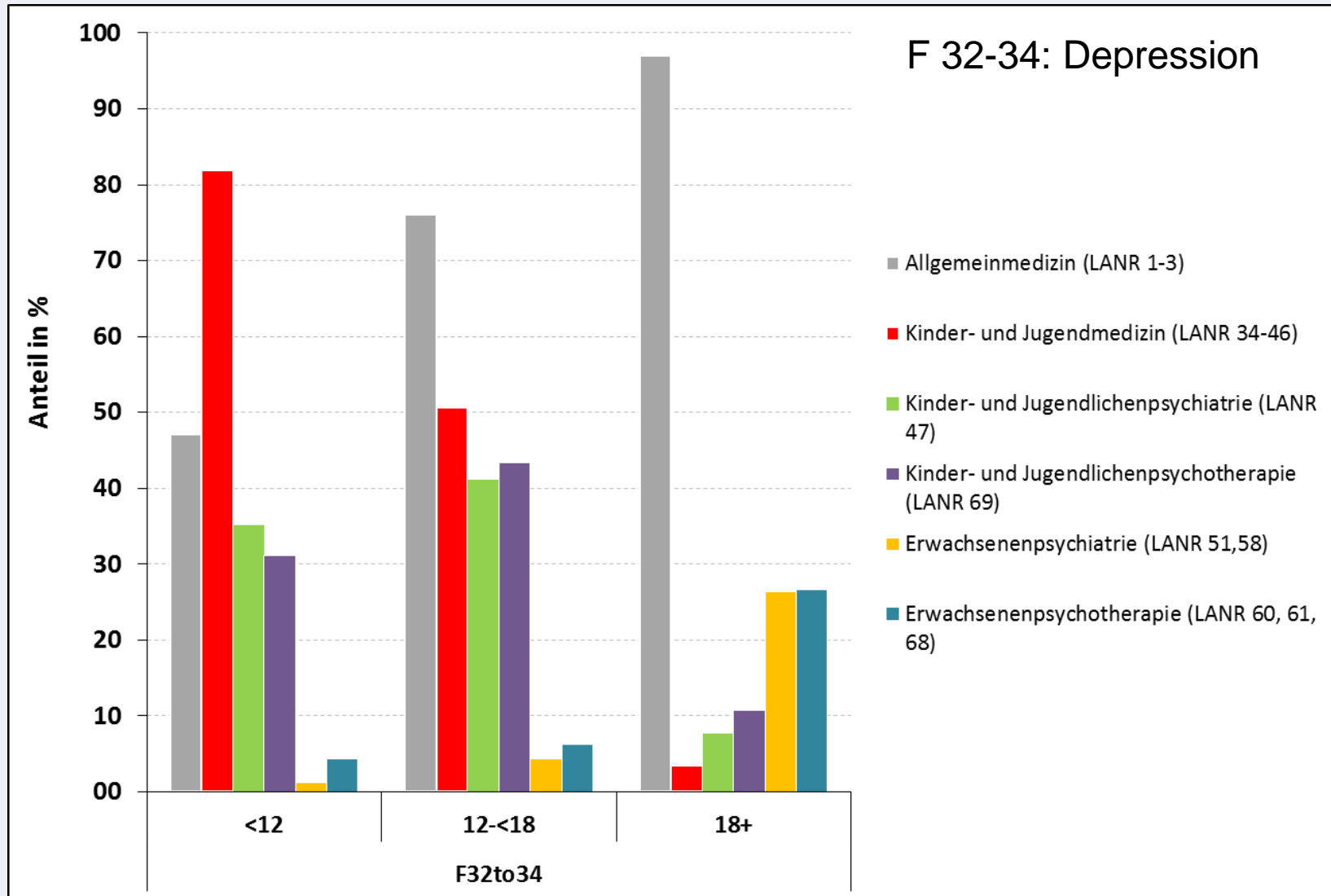
	General practice		Primary care paediatrics	Combined		
	UK	Netherlands	Italy	France	Sweden	Germany
All cause mortality (aged 1-14 years)						
Deaths/100 000 children	15.3	13.8	13.9	13.9	13.4	14.1
Annual No of excess deaths in UK*	—	757	649	709	903	602
Post-neonatal mortality (28 days to 1 year)						
Deaths per 1000 live births	1.6	1.0	1.1	1.3	0.9	1.4

Table 2 | Key aspects of European children's healthcare and workforce models

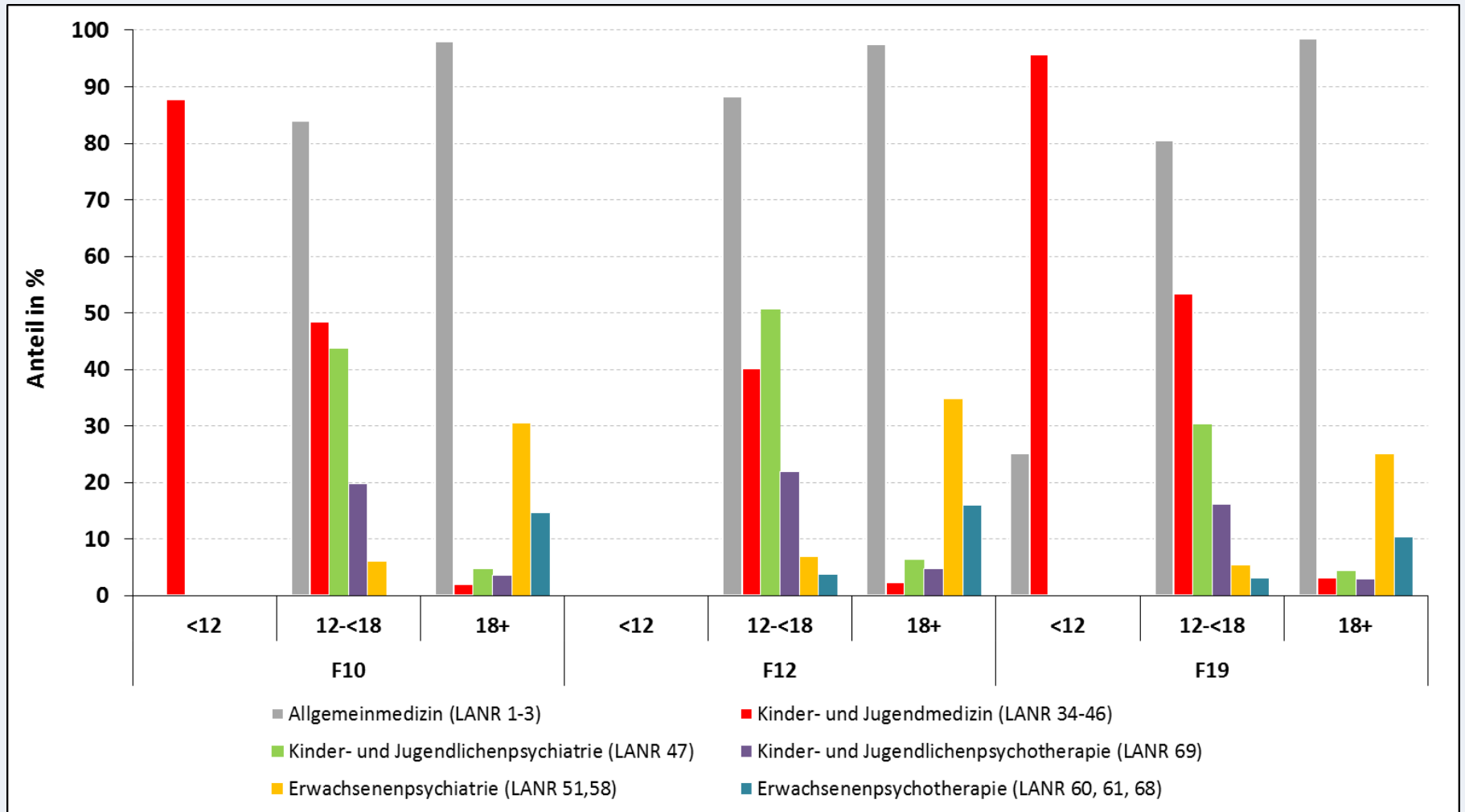
First access model	General practice	Primary care paediatrics	Combined	
	Netherlands	Italy	Sweden	Germany
No of children aged 0 to 14 yr per paediatrician (2008) ^{10 22 23}	2434	820	1215	1079
No of children aged 0 to 14 yr per primary care doctor (2006-8*) ^{10 22 23}	341	154	286	193
Usual first contact professional	GP or youth health worker	Primary care paediatrician	GP or paediatrician	Family physician who is either GP or paediatrician
Coordination between primary care and paediatrician	Co-location: jointly managed service with direct incentives to cooperate	Primary care practitioners are paediatricians	Co-located in children's health centres	Separately organised, but patients have choice of first access

*Data from last available year.

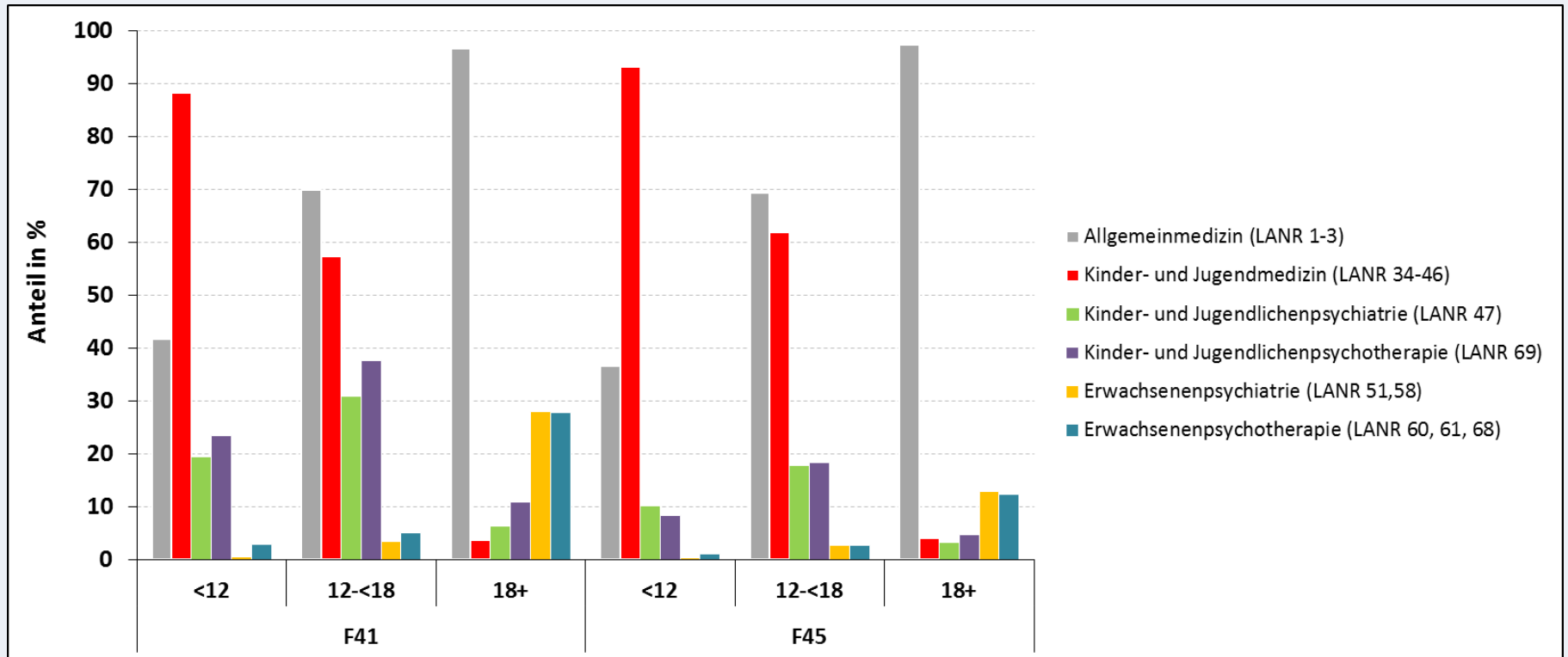
Aktuelle Daten des Zi (2017)



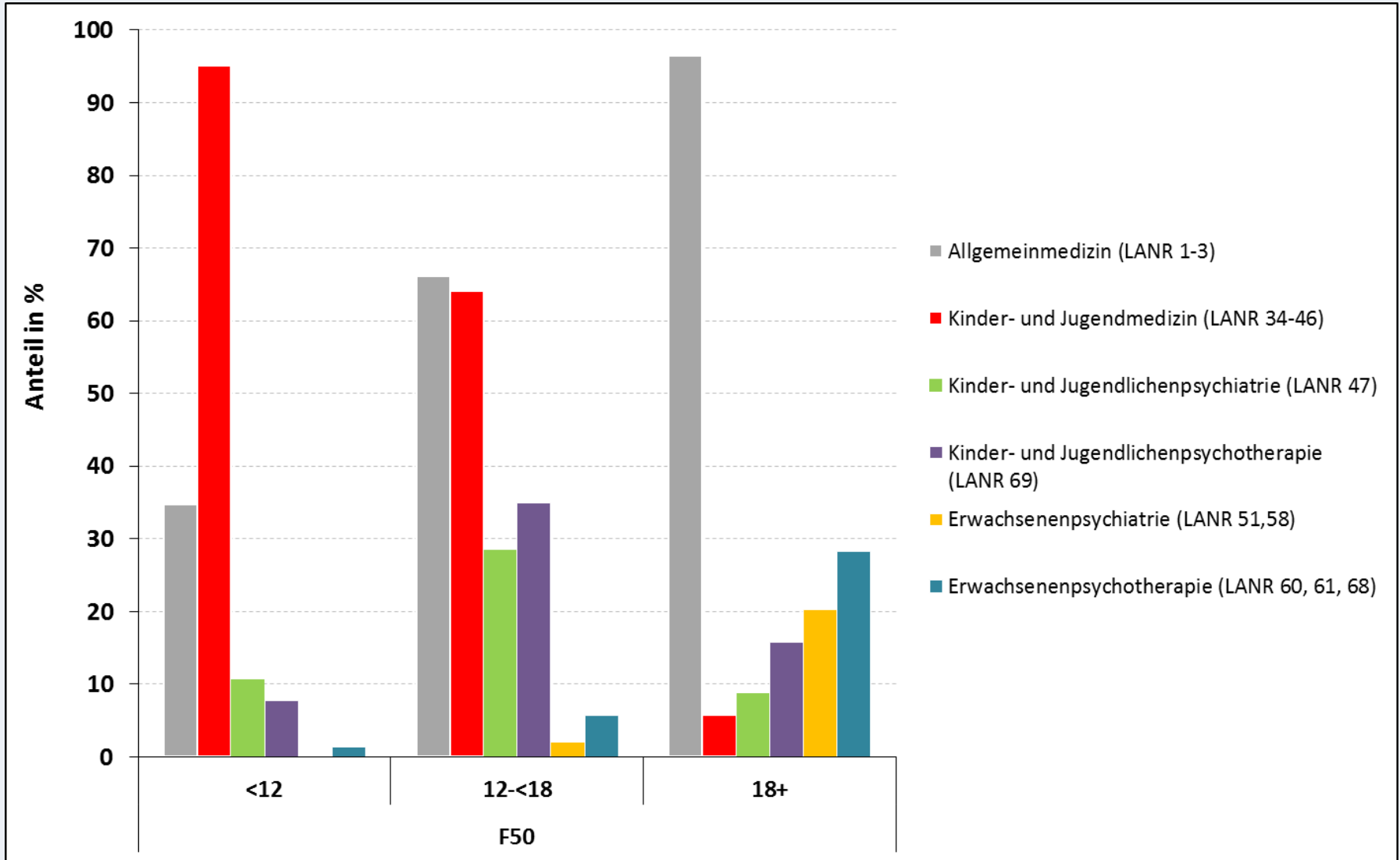
Alkohol, Cannabis, multipler Substanzgebrauch



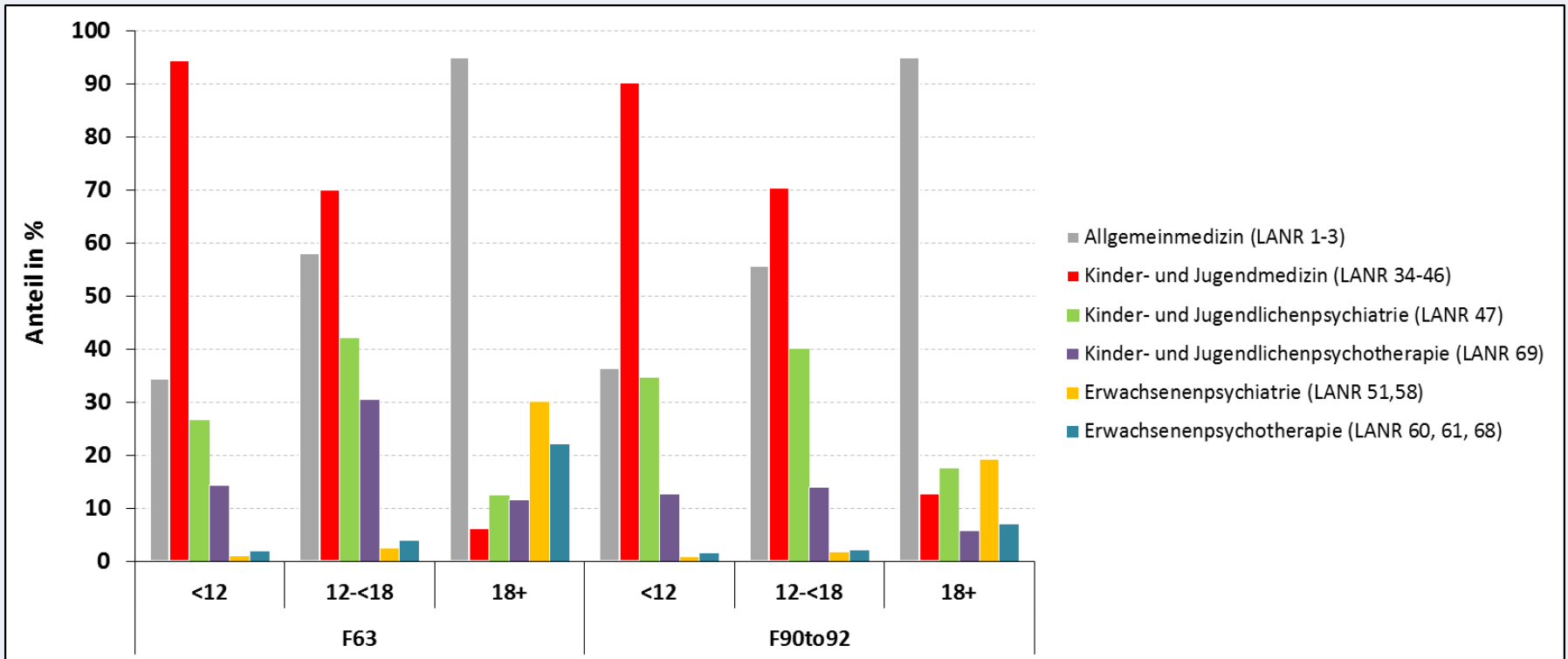
Angst und somatoforme Störungen



Essstörungen



Impulsstörungen, ADHS und Störung des Sozialverhaltens



- Großmutter erzählt beim DMP-Termin: Schwiegertochter unterbindet meistens meine Kontaktversuche mit Enkelin im gleichen Haus
- Bei nächstem U-Untersuchungstermin (7a) keine Auffälligkeiten bis auf sehr wählerische Nahrungsaufnahme. Besprechung der sozialen Situation ergibt: Mutter hat Zwangsstörung und Ängste.
- Kind wird entgegen ursprünglichen Plänen jetzt in Kita angemeldet und aufgenommen, Mutter Psychotherapie
- Stabilisierung der Situation, 2 weitere Töchter werden geboren mit unauffälliger Entwicklung

- Hohes Vertrauensverhältnis zur Hausärztin. Bei akuten Problemen rufen sie auch außerhalb Dienstzeiten bei mir zu Hause an, wenn erforderlich, kommen sie auch hierher- wird aber nur selten beansprucht. Aber regelmäßige Kontakte mit allen Familienmitgliedern
- Älteste Tochter entwickelt in Pubertät starke Angststörung und Somatisierung in Form von Schwindel: vielfache Kontakte und Gespräche. Braucht lange für Motivation zur Psychotherapie, erst mit 2. Therapeutin gelingt gute Beziehung, passager auch Psychopharmakon erforderlich.

- Hat sich stabilisiert, älteste Tochter hat gerade Reitturnier gewonnen
- Werden jetzt in der Praxis von meinen Nachfolgern betreut
- Aber Sicherheitsnetz: im Notfall können sie bei mir auf Handy anrufen

Problem

Selbstverletzung

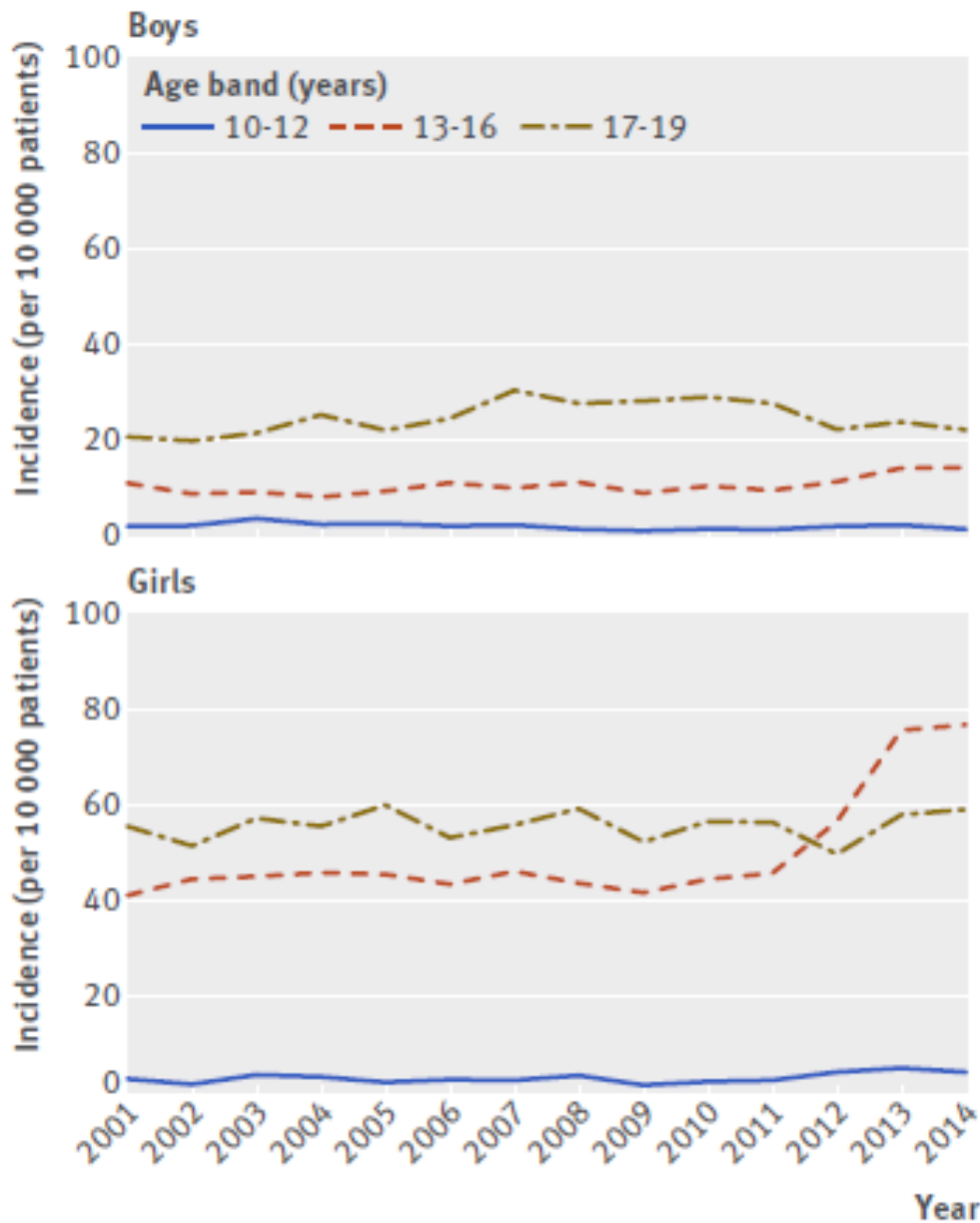


Fig 2 | Temporal trends in annual age specific self harm incidence stratified by sex. Standardised by index of multiple deprivation fifth and region of residence



Foto:
Wikipedia

Table 3 | Hazard ratios for all cause and cause specific mortality for self harm cohort versus age, sex, and practice matched comparison cohort

Cause of death*	Self harm cohort (n=8638)		Comparison cohort (n=170 274)		Hazard ratio (95% CI)	
	No of deaths	Rate per 1000 person years	No of deaths	Rate per 1000 person years	Unadjusted	Adjusted†
All causes:	43	5.47	176	1.11	5.78 (4.08 to 8.20)	5.71 (4.02 to 8.11)
Boys	25	12.03	74	1.76	8.61 (5.31 to 13.95)	8.64 (5.29 to 14.12)
Girls	18	3.11	102	0.88	3.95 (2.35 to 6.63)	3.93 (2.33 to 6.62)
All natural causes	15	1.91	104	0.66	3.38 (1.93 to 5.90)	3.41 (1.95 to 5.99)
All unnatural causes	28	3.56	72	0.45	9.31 (5.85 to 14.81)	9.35 (5.84 to 14.97)
Suicide	13	1.65	17	0.11	18.67 (8.32 to 41.87)	17.48 (7.55 to 40.46)
Suicide (including open verdicts)	16	2.04	24	0.15	17.31 (8.52 to 35.16)	16.95 (8.28 to 34.68)
Acute alcohol or drug poisoning	11	1.40	6	0.04	38.20 (13.23 to 110.28)	34.33 (10.19 to 115.69)
Accident	12	1.52	47	0.30	5.96 (3.08 to 11.53)	5.97 (3.05 to 11.68)

*Cause of death categories are not mutually exclusive.

†Adjusted by index of multiple deprivation fifth.

- Bei allen Verletzungen oder Verletzungsspuren, unplausiblen Verhalten oder Hinweisen auf chronische oder häufig rezidivierende Gesundheitsprobleme
- Misshandlung? Selbstverletzung? Vernachlässigung?
- Wie sieht das soziale Netz aus?
- Wo findet welche gesundheitliche Versorgung statt?

- Mindestens: Familie mit bedenken und einbeziehen bei Lösung von Problemen
- Ideal, wenn möglichst alle in gleicher Praxis versorgt werden, ggf. dort durch unterschiedliche Hauptansprechpartner
- Faustregel: zu 1/3 liegt das Problem beim Kind, zu 1/3 bei Eltern, zu 1/3 bei beiden
- Berlin und Brandenburg: 75% der Hausarztpraxen behandeln auch Kinder und Jugendliche, im ländlichen Bereich oft schon Säuglinge*

- In Deutschland sehr schlechte Kooperation und Kommunikation zwischen verschiedenen Versorgungsebenen, Patienten flippen oft durchs System durch sehr freien Zugang und fehlende Koordination: Gefahr der „organisierten Verantwortungslosigkeit“
- Wir brauchen ein flächendeckendes Einschreibesystem mit sinnvollen Incentives- am besten funktioniert Geld

- Am besten bei gutem Vertrauensverhältnis und Kenntnis der Umgebung
- Frühintervention bei sozialen Schwierigkeiten
- Kooperation mit der Schule auch oft schwierig (schnelle Lösungen, wenig Geduld, überzogene Erwartungen)
- Hilfreich aber auch: neutrale Anlaufstelle zur Hand
- Soziale Unterstützung, mehr Zeit für Kommunikation miteinander

- Bei Problemen wie ADHS besser spät, möglichst mit gewisser Zeit gemeinsamer Betreuung (Grundversorgung bei Allgemeinmediziner, aber Konsilium/ Mitbetreuung durch Pädiatrie)
- Bei anderen Problemen eher früh: im Grundschulalter in stabiler Phase, vor Pubertät und Schulwechsel: Grundversorgung durch Allgemeinmedizin,

- Grundversorgung und Versorgung durch Spezialisten sollten nicht gleichzeitig wechseln
- Wechsel bei Änderung in der Ausbildungs- oder Wohnsituation ebenfalls ungünstig. Muss aber sein bei Ortswechsel- dann auch wieder gute Übergabe nötig
- Detaillierte Kenntnis der Familiensituation incl. Vorerkrankungen dort sind außerordentlich hilfreich

- Weniger Routineuntersuchungen
- Besserer Informationsfluss der sozialen und medizinischen Versorger miteinander, weniger Abschottung, mehr Kooperation
- Gute soziale Rahmenbedingungen bringen mehr als high-tech medizinische Versorgung
- Breite Förderung Gesundheitskompetenz, um Inanspruchnahme medizinischer Leistungen zu verringern
- Mehr Delegation in einer Teampraxis

Selbstfürsorge/ soziales Netz

Nicht ärztliche medizinische
Professionen

Hausärzte

Fachspezialisten

Krankenhaus

Uniklinik