

Kinder in der Hausarztpraxis

Hausarztmedizin ist Familienmedizin

„Die Familienmedizin ist Teil der Allgemeinmedizin. Sie umfasst die hausärztliche Behandlung und gesundheitliche Betreuung von Familien oder familienähnlichen Gruppen in somatischer, psychischer und sozialer Hinsicht.“¹

Die ÖGAM trägt, wie praktisch alle allgemeinmedizinischen Fachgesellschaften der Welt, die Familienmedizin im Namen. Allgemeinmedizin hat sich immer schon als Familienmedizin verstanden. Eine generationenübergreifende und den sozialen Kontext einbeziehende Versorgung der Bevölkerung erfordert Wissen um die familiären Lebensbedingungen.

Man muss, um familienmedizinisch zu arbeiten, nicht unbedingt die ganze Familie kennen. Aber es hilft. Und es hilft, viele verschiedene Familien zu kennen, weil es den Gesamt-Erfahrungshintergrund vergrößert und Wahrnehmungsmuster schafft, die im Bedarfsfall herangezogen werden können. Nicht nur, aber vor allem bei der Behandlung von Kindern kann der familienmedizinische Ansatz gegenüber der alleinigen Betrachtung des erkrankten Kindes wesentliche, diagnostische wie therapeutische, Vorteile bieten.



Frau Dr. Susanne Rabady hat in ihrer Praxis oft mit kleinen Patienten zu tun

Kinder als Herausforderung in der Allgemeinpraxis

Kinder und ihre Familien können von einer Betreuung in der Hausarztpraxis in vielerlei Hinsicht profitieren. Das kann durchaus auch eine gemeinsame Betreuung mit dem Kinderspezialisten sein. Kinder werden in der Hausarztmedizin aber vielfach als fachliche Herausforderung erlebt. Sie nehmen in der Ausbildung einen zu geringen Raum ein, und Erfahrungen mit Kinderheilkunde im stationären Bereich helfen nur teilweise weiter. **Wichtig ist die Ausbildung in der extramuralen Kindermedizin, denn nur dort werden** die Kompetenzen vermittelt, die extramural gebraucht werden. Junge Kollegen fühlen sich oft nicht sicher genug, weil Fragestellungen und Situationen in der Praxis ganz anders sind als im Spital. Ältere Kollegen drohen Sicherheit zu verlieren, weil die Kinder in der Allgemeinpraxis weniger werden und die Routine abnimmt. Fehler machen wollen wir alle natürlich nie – auf gar keinen Fall aber bei Kindern.

Die nachfolgende Auseinandersetzung mit kinderheilkundlichen Fragestellungen, die in der Allgemeinmedizin eine Rolle spielen, soll ein möglichst realistisches Bild der hausärztlichen Möglichkeiten und Grenzen in der Betreuung von Kindern und Jugendlichen bieten.

Schwerpunkte der hausärztlichen Tätigkeit in Zusammenhang mit Kindern (Tab. 1)

1. Banale Infekte und Gesundheitsstörungen

In den allermeisten Fällen handelt es sich um „harmlose“ Gesundheitsstörungen, die ohne weiteres und mit gelinden Mitteln in der

Tab. 1: SCHWERPUNKTE HAUSÄRZTLICHER TÄTIGKEIT IN ZUSAMMENHANG MIT KINDERN

• Banale Infekte
• Gesundheitsstörungen (div. Schmerzen, kleinere Unfälle, Insektenstiche ...)
• Gesundheitsberatung
• Vorsorgeuntersuchung
• Impfungen
• Beratungen zur Entwicklung
• Psychosoziale Probleme
• Verhaltensstörungen
• Schulprobleme
• (Mit-)Betreuung chronisch kranker Kinder und von Kindern mit Behinderungen

Allgemeinpraxis betreut und versorgt werden können. Bedrohliche Situationen bei der Betreuung von Kindern in der Allgemeinpraxis sind heute die Ausnahme. Die früher häufigen schwer verlaufenden Infektionskrankheiten sind selten geworden, ebenso schwere Asthmaanfälle. Die häufigsten akuten Beratungsanlässe sind einfache Infekte oder häufige Symptome ohne gefährlichen Hintergrund, diverse „Wehwehchen“, kleine Unfälle, Insektenstiche. Natürlich darf man sich darauf nicht von vornherein verlassen: Seltenes kommt vor. Wie immer in der Allgemeinmedizin ist auch bei der Behandlung von Kindern der erste Programmpunkt der **Ausschluss eines abwendbar gefährlichen Verlaufs**.

Hilfreich ist dabei die Kenntnis von Kind und Eltern: wenn aus vorherigen Konsultationen Reaktionsmuster und Eigenheiten bekannt sind, wird die Beurteilung leichterfallen. Hier hat der Hausarzt oft beträchtliche Vorteile – dann nämlich, wenn er die Familie kennt, und weiß, wie die einzelnen Mitglieder reagieren. Allerdings lauern hier auch Fallen. Angst oder Schuldgefühle auf Seiten der Eltern können deren Verhalten verändern. Unter Umständen muss mit einer verzerrten Darstellung der Situation gerechnet werden.

Praxisbeispiel Florina:

„Eigentlich“ kommt die Mutter ja gar nicht wegen des Kindes, sondern weil sie Kopfschmerztabletten für sich selbst möchte. „Aber wenn ich schon da bin: könnten Sie nicht schnell die Florina anschauen? Irgendwie ist sie seit gestern so fad ...“ Das sieben Wochen alte Baby hat ein graues Hautkolorit und wirkt schlicht „krank“. Die Frage nach einem abwendbar gefährlichen Verlauf ist eindeutig und ohne weitere Maßnahmen mit ja zu beantworten, eine weiterführende Diagnostik in der Praxis ist nicht sinnvoll, weil die Einweisung unumgänglich ist und dringlich erscheint. Die Mutter war als Kind selbst massiver äußerer Bedrohung ausgesetzt und wollte aufgrund ihrer tiefen Angst die Situation einfach nicht wahrhaben. Das Vertrauen zur gut bekannten Hausärztin hat sie dennoch bewogen, rechtzeitig Hilfe zu suchen.

Der „erste Eindruck“ zählt, bis zur sicheren Falsifikation – bzw. Bestätigung. Dabei kann eine einfache Checkliste (Abb. 1) helfen. Bei geringer Erfahrung mit Kindern und/oder ungewisser Situation ist ein früher Überweisungszeitpunkt zu empfehlen.

Wenn keine der seltenen akut bedrohlichen Situationen vorliegt, erfolgt in Ruhe die erste Hypothesenbildung. Geachtet wird auf das Verhalten des Kindes und das der Mutter/der Eltern bzw. der Begleitperson. Wie immer sind gezielte Anamnese und die sorgfältige klinische Untersuchung die Eckpfeiler der Diagnostik, gefolgt even-

Tab. 2: BESONDERE HAUSÄRZTLICHE PROBLEMSTELLUNGEN BEI DER BETREUUNG VON KINDERN
<ul style="list-style-type: none"> • Chronische Krankheit der Eltern: <ul style="list-style-type: none"> • pflegende Kinder • in den Hintergrund geratene Kinder • Vernachlässigung (vor allem bei psychischer Erkrankung)
• Traumata (Unfälle, Suizide)
• Trennungssituationen
• Patchworkfamilien
• Randzonenfamilien (Armut, sonstige Außenseiter)

Abb. 1: DAS KRITISCH KRANKE KIND		
A	Airway (Atemweg)	3 Fragen
	<ul style="list-style-type: none"> • offen und sicher • gefährdet • verlegt 	
B	Breathing (Atmung)	4 Fragen
	<ul style="list-style-type: none"> • Atemfrequenz • Tidalvolumen • Atemarbeit • Oxygenierung 	
C	Circulation (Kreislauf)	5 Fragen
	<ul style="list-style-type: none"> • Blutdruck • Herzfrequenz • Rekapillarisation • Vorlast • Puls zentral/peripher 	
D	Disability (Neurologie)	
	<ul style="list-style-type: none"> • AVPU • GCS • Pupillen • metabolische Ursachen 	
E	Environment (Entkleiden und Umgebung)	
	<ul style="list-style-type: none"> • Untersuchung • AMPLE 	

Austrian Resuscitation Council Paediatric Working Group

tuell von Akutlabor (Harn, CRP, KBB) und Bildgebung. Praxishilfen (sog. „Tools“) sind oft eine gute Unterstützung, und sorgen für ausreichende Sicherheit und den eigenen Nachtschlaf.

Das ABCD-Schema für Kindernotfälle (Abb. 1) zur Einordnung einer akuten Bedrohung wurde bereits erwähnt. Wenn dies z.B. als laminiertes Kärtchen am Untersuchungsplatz und in der Visitentasche liegt, reicht ein kurzer Blick zur Sicherstellung, dass die wesentlichen Parameter erfasst wurden.

Die EbM-Guidelines für Klinik und Praxis² unterstützen Hypothesenbildung, sowie Entscheidungen hinsichtlich Diagnostik, Therapie und Überweisungszeitpunkten (Abb. 2).

Praxisbeispiel Luca:

Luca, 5 Jahre, präsentiert sich mit anhaltendem hohem Fieber ohne klaren Fokus, Stomatitis, Lymphknotenschwellung, einer leichten Exsikkose. Ein schneller Blick in die Onlineversion der Guidelines³ bestätigt, dass mit den Mitteln der Praxis ein Kawasaki-Syndrom nicht ausschließbar ist. Da eine verzögerte Diagnostik das Risiko einer Schädigung der Koronargefäße erhöhen kann, schien eine telefonische Rücksprache mit der nächsten Kinderabteilung mit Darstellung von Symptomatik, Entscheidungsgang und konkreter Fragestellung sinnvoll. Zuweisungen werden erfahrungsgemäß nicht immer ausreichend sorgfältig gelesen. Gemeinsam wurde die stationäre Aufnahme zur Differenzialdiagnostik beschlossen. Am nächsten Tag erfolgte der Rückruf mit Entwarnung.

Mit den entsprechenden Hilfsmitteln und guter interdisziplinärer Kommunikation und Vernetzung lässt sich ausreichende Sicherheit herstellen.

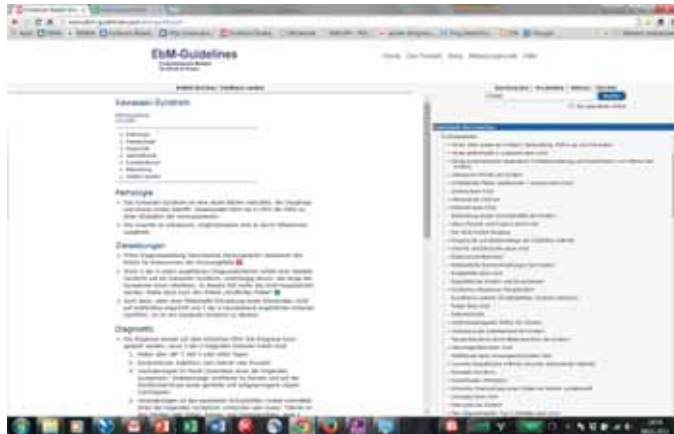


Abb. 2: Bei Verdacht auf ein Kawasaki-Syndrom sollte rasch Rücksprache mit einer Kinderabteilung gehalten werden

2. Gesundheitsberatung, Vorsorge, Impfungen

Häufiger Beratungsanlass ist Angst und Unsicherheit bei den Eltern. Aufgeregte Medienberichte, Geschichten und Berichte von Bekannten und Verwandten, widersprüchliche oder alarmierende Internetforen tragen zur Verunsicherung bei. Der Weg zum „eigenen Arzt“ ist niedrigschwellig und zumeist wenig angstbesetzt (auch vor „Blamage“), als Beratungsanlass kann auch ein elterliches Problem verwendet werden, das dann die Tür öffnet, Sorgen und Nöte anzusprechen oder sich einfach einmal zu informieren. Dem Hausarzt ist der familiäre Kontext oft bekannt: elterliches Risikoverhalten, Beziehung zu den Kindern, Körperschema der Eltern, gehäufte familiäre Gesundheitsprobleme, soziale Situation etc.

Oder auch andersherum: Im Rahmen von Routineuntersuchungen der Kinder offenbaren sich Probleme der Eltern, wegen derer die Patienten (noch) nicht „extra“ gekommen wären.

Praxisbeispiel 3:

Mia kommt mit Mutter und Schwester zur Mutter-Kind-Pass-Untersuchung. Alles ist bestens – die Stimmung unter den drei Frauen dennoch schlecht. Im Gespräch klärt sich langsam und zögerlich die Lage: Die Mutter fühlt sich überfordert und geniert sich dafür. Sie ist dauernd müde und gereizt, hat keine Lust, mit den Kindern zu spielen, weint viel. Außerdem nimmt sie zu und fühlt sich unattraktiv. „Ich glaub‘, ich bin so eine schlechte Mutter.“ Also wird auch gleich die Mutter untersucht: Als Ursache wird eine Hypothyreose identifiziert.

Praxisbeispiel 4:

Michael, seit seinem vierten Lebensjahr ordinationsbekannt, kommt mit seiner relativ neuen Frau und seinem ganz neuen Baby zu seiner relativ alten Hausärztin. „Wir wollen den Kleinen eigentlich nicht impfen lassen, aber zur Sicherheit fragen wir halt Sie, was Sie meinen.“ Die Beratung ist durch die Vertrauensposition erleichtert: Die Beziehung zur Hausärztin hat etliche Kinderkrankheiten, den langsamen Tod des geliebten Opas, die Alkoholprobleme des Vaters und mehrere Pubertätskrisen überdauert. Man spricht, horcht nach, vermittelt Sicherheit, das kann genügen. Michael jun. ist mittlerweile durchgeimpft.

3. Chronisch kranke Kinder

Je nach Art und Schwere der Erkrankung liegt die Behandlungsführung oft beim Spezialisten, unter Umständen sind Fachabteilungen und eine Reihe nichtärztlicher medizinischer Professionen beteiligt. Die Bildung des Teams muss je nach Lage individuell erfolgen. Die Hausarztpraxis kann Kontinuität herstellen, was – zum Beispiel – beim Wechsel vom Kinder- zum Erwachsenenkardiologen/-rheumatologen etc. eine große Hilfe für alle Beteiligten sein kann.

4. Beratungen zur Entwicklung, psychosoziale Probleme

Kontinuität öffnet Türen, gewachsenes Vertrauen ermöglicht das Überwinden von Angst und Unsicherheit. Es wird leichter, über heikle Themen wie persönliche Hygiene, Erziehung, Gesundheitsvorsorge, Schule und Ausbildung zu sprechen.

Ab der Pubertät wollen die meisten „Kinder“ nicht mehr zum Kinderarzt. Wenn zu diesem Zeitpunkt bereits – zumindest auch – eine gute Beziehung zum Hausarzt besteht, ist das sehr hilfreich. Nicht nur bei den erwähnten psychosozialen Problemen, sondern auch bei Kindern mit chronischen Gesundheitsproblemen wie z.B. Asthma oder Diabetes lässt sich die Therapieadhärenz besser verfolgen.

Praxisbeispiel 5:

Richard ist dem Ordinationsteam bekannt, seit er drei Jahre alt ist: Der Vater ist psychisch krank und zeitweilig gewalttätig, die Mutter depressiv, die kleine Schwester war erstmals mit zwölf wegen Sui-

Danke und alles Liebe, Amir!

Wie er in die Ärztekammer gekommen sei? Freunde hätten ihn gebeten, sich für die Wahl 2012 aufstellen zu lassen. Keine Sorge, gewählt werde er ja nicht. Prompt wurde er Turnusärzte-Sektionsvorsitzender-Stellvertreter und Mitglied der Vollversammlung der Wiener Ärztekammer.

Dr. Amir Maleki, ein damals 34-jähriger Turnusarzt, übernahm kurz darauf auch die Leitung des Fortbildungsreferats ZAM: Er, der amikale Typ, der frischen Wind hineinbrachte. Obwohl fachlich noch nicht so firm, gelang es ihm, bei erfahrenen Praktikern mit immer neuen Projekten zu punkten.

Im Herbst 2014 wurde er in den Vorstand der WIGAM gewählt. Eines Tages könnte er ÖGAM-Präsident werden, warum nicht?

Man hat ihm sehr viel, wenn nicht alles, zugetraut. Er war lustig, freundlich, charmant, engagiert; sich selbst gegenüber blieb er aber skeptisch – er war sein eigener schärfster Kritiker.

Assistenzarzt für Nuklearmedizin im AKH war er gewesen; das hat ihm viel Bewunderung eingetragen. Sein größter Wunsch aber war, Hausarzt zu werden – daher machte er seinen Turnus für Allgemeinmedizin und hat es nie bereut.

Er wollte in keine Schiene gedrängt werden und sich nicht binden. Trotzdem hat er in letzter Zeit geplant, seine eigene Ordination zu eröffnen. Dazu sollte es leider nicht mehr kommen: Ein Autounfall am 24. 8. kostete ihm das Leben. Wir alle, die ihn gekannt und geschätzt haben, werden seine begonnenen Werke und Projekte gerne in seinem Sinne und zu seinem Andenken weiterführen.

zidgefahr untergebracht. Florian, das brave Kind, entgleist am Beginn seiner Pubertät so plötzlich wie gründlich. Er muss immer wieder in stationäre Betreuung, das Jugendamt ist längst eingeschaltet, alles, wozu man ihn nicht zwingen kann, verweigert er. Er hält auch während dieser extrem schwierigen Zeit Kontakt zur Hausarztordination, die ist sein Hafen. Manchmal kommt er nur kurz „sitzen“, sagt fast nichts, kriegt ein Glas Cola von der Ordinationsassistentin und geht wieder. Es gibt immer wieder Kontakt zwischen den verschiedenen betreuenden Einrichtungen, meist initiiert durch den Hausarzt. Diese gemeinsame Stützung erfolgt über Jahre. Langsam erfolgt die Konsolidierung, er kann seine Therapie annehmen, schließt sogar seine Lehre ab. Nun ist Richard bei einer ebenfalls gestrandeten Frau mit zwei Kindern aus gescheiterten Beziehungen gelandet, die er zu seiner neuen Familie gemacht hat, und kümmert sich rührend. Die Zukunft ist natürlich ungewiss, derzeit empfindet er aber fast sowas wie Glück. Der Hausarzt auch.

Solche Fälle sind mühsam und zeitraubend, auch weil sie von vielen Schnittstellen zu Mitbetreuern geprägt sind: Kooperiert werden muss z.B. mit dem Kinderarzt, mit psychotherapeutischen Einrichtungen, Sozialämtern, Schulen, Schulpsychologen etc.

Sie sind aber auch lohnend – nicht immer, weil die Lösung eine gute ist, das ist letztendlich oft nicht der Fall. Sondern weil sie zumindest bessere Phasen ermöglichen, unschätzbare Erfahrungen bringen und so ziemlich alles verlangen, was der Beruf hergibt.

Zu vielen Kindern hat der Hausarzt deshalb Zugang, weil Kontakt mit den Eltern besteht. Das ist z.B. bei schwer kranken Eltern immer wieder der Fall, wo offenbar wird, dass viel zu junge Kinder viel zu viel Verantwortung übernehmen, oder durch die Krankheit der Eltern in den Hintergrund geraten, oder, vor allem bei psychischen Erkrankungen, vernachlässigt werden. Diese Kinder würden den Kinderarzt meist erst erreichen, wenn sie in der Schule auffällig werden, oder die Nachbarn die Notsituation bemerken – also spät. Ähnliches kann für Trennungssituationen gelten, bei sozial deprivierten Familien und allen Varianten familiärer Notlagen, in denen Zeit und Raum für die Nöte der Kinder knapp sind.

5. Verhaltensstörungen, (Mit-)Betreuung von Kindern mit besonderen Bedürfnissen

Praxisbeispiel 6:

Mutter und Tochter leiden an familiärer myotoner Dystrophie. Tochter Julia war postpartal langzeitbeatmet und hat ein zusätzliches IQ-Defizit, ein Vitium und zahlreiche Probleme im Bereich des Be-

wegungsapparats. Mutter Andrea ist extrem unsicher, sowohl auf sich selbst bezogen, noch mehr aber auf die Tochter. Körperbezogene Ängste bestimmen ihr Leben. Die Hausärztin bietet den niedrigschwelligen Zugang, der unnötige Kontakte mit der zweiten und dritten Ebene begrenzt. Und sie übernimmt, neben der Behandlung diverser interkurrenter Erkrankungen und Gesundheitsstörungen, die Koordination der Schnittstellen: mit Kinderärzten und Orthopäden, Krankenhaus, Psychiater, Orthopäde, Kinderkardiologe, Betreuungs- und Förderungseinrichtungen.

Die Betreuung in einem vertrauten Team, das durch eine geeignete zentrale Stelle koordiniert wird, schafft in solchen komplexen Situationen nicht nur Sicherheit für die Betroffenen, sie wirkt auch ressourcenschonend für das System.

Der Hausarzt muss dabei nicht Aufgaben selbst übernehmen, für die er nicht ausgebildet ist und in denen er sich nicht sicher fühlt. Aber er kann die richtigen Stellen vermitteln, für den Transport von Information sorgen und die Kontinuität gegenüber dem Patienten über die vielen Phasen seiner Entwicklung hin herstellen und aufrechterhalten.

Bilanz: Hausarzt oder Kinderarzt – oder beide?

Hausärzte können den Kinderarzt als Spezialisten nicht ersetzen, aber sie können ihn als grundversorgende Generalisten und Familienärzte mit Gewinn ergänzen.

Tatsache ist, dass viele Kinderärzte auch grundversorgend tätig sind. Hier sollte gezeigt werden, dass auch in letzterem Fall die gemischte Betreuung zahlreiche Vorteile bietet, sowohl für die kleinen und immer größer werdenden Patienten und ihre Familien als auch für die gesamte Gesellschaft.

Zu wünschen ist, dass möglichst viele Kollegen bereit sind, diese Verantwortung zu übernehmen, und, vor allem, dass gesundheitspolitische Entscheidungen unter Bedachtnahme auf die Wichtigkeit der Familienmedizin getroffen werden.

Dass Rahmenbedingungen und Ausbildung entsprechend organisiert sein müssen, versteht sich – eigentlich – von selbst.

Dr. Susanne Rabady

1. Vizepräsidentin der ÖGAM, Ärztin für Allgemeinmedizin, Windigsteig

1 Hamm H (Hg.) Allgemeinmedizin, Familienmedizin. Lehrbuch und praktische Handlungsleitwege für den Hausarzt. Stuttgart: Thieme, 1986:90

2 Rabady S, Sönnichsen A, Kunnamo I: EBM-Guidelines für Klinik und Praxis. 6. Auflage 2015. Verlagshaus der Ärzte, Wien

3 www.ebm-guidelines.at

Das Redaktionsteam:

Leitung: Dr. Barbara Degen
Dr. Cornelia Croy, Dr. Christoph Dachs, Dr. Reinhold Glehr, Dr. Susanna Michalek, Dr. Susanne Rabady

ÖGAM-Mitglieder wissen mehr!

Sie haben hohe Qualitätsansprüche und schätzen umfangreiche Information? Dann sind Sie bei uns richtig! Zur ÖGAM-Mitgliedschaft kommen Sie unter www.oegam.at

Korrespondenzadresse:

ÖGAM-Sekretariat
c/o Wiener Medizinische Akademie
Herr Christian Linzbauer
Alser Straße 4, 1090 Wien
Tel.: 01/405 13 83-17
Fax: 01/407 82 74
office@oegam.at

Die ÖGAM-News sind offizielle Nachrichten der Österreichischen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin.