

Kinder- und jugendpsychiatrische und – psychotherapeutische Versorgung im ambulanten Setting

Berlin

14. Juni 2016

Dr. med. Thomas Fischbach

Dr. med. Thomas Fischbach

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

Facharzt für Anaesthesiologie

Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte BVKJ
Präsident

Mitglied der KBV – Vertreterversammlung

Mitglied der Vertreterversammlung KV Nordrhein

Vorsitzender des Beratenden Fachausschusses für
die hausärztliche Versorgung der KV Nordrhein

- Oftmals ist der niedergelassene Kinder- und Jugendarzt der erste Ansprechpartner wegen Verhaltensauffälligkeiten. Der Kontakt wird gesucht
 - direkt über die Eltern/Sorgeberechtigten
 - veranlasst von Kita oder Schule
 - über die Jugendhilfe/Wohlfahrtsverbände

- beide Fachgebiete sind in einem ganzheitlichen Verständnis der Entwicklung junger Menschen und deren körperlichen sv. Seelischen Störungen tätig.
- Abgrenzung nur akzentuierend möglich (siehe somato- und psychoforme Störungen).
- große Schnittmenge im Bereich Psychosomatik.
- eine gute Zusammenarbeit in interdisziplinären Netzwerken ist erforderlich.

- primäre Prävention psychischer Störungen findet beim Kinder- und Jugendarzt statt.
- sekundäre Prävention psychischer Störungen betrifft beide Fachgruppen.
- komplexe psychische Störungen liegen primär in der Hand des KJPP (Schnittmengen mit den SPZs sowie Kinder- und Jugendpsychotherapeuten).

Monatsschr Kinderheilkd 2014 · 162:1117–1130 DOI 10.1007/s00112-014-3258-7

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014

U. Fegeler · E. Jäger-Roman · R. Martin · H.-J. Nentwich

Ambulante allgemeinpädiatrische Grundversorgung.

Versorgungsstudie der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin

Tab. 2 Häufigste akute Vorstellungsanlässe in den Altersklassen

Vorstellungsanlässe	Mittel	Anteil (%) der Patienten im Alter von ...				
		0 bis <1 J	1 bis <3 J	3 bis <6 J	6 bis <10 J	10 bis <18 J
Husten	30,0	41,3	36,0	31,3	23,8	21,2
Akute Schmerzen	15,2	4,8	7,6	14,2	19,8	27,3
Fieber	13,2	7,8	18,6	14,9	10,7	6,9
Hautprobleme	13,0	14,3	12,8	11,9	15,1	12,3
Durchfall und/oder Erbrechen	8,1	7,4	9,7	7,9	6,9	7,5
Neue Morbidität	7,0	10,4	3,6	6,4	9,8	8,5
Rote und/oder verklebte Augen	4,3	6,1	5,3	5,1	3,0	2,5
Unfälle	3,2	1,7	2,6	2,7	3,6	5,1

n=51.019 bereinigt aus n=96.096. J Jahre.

Tab. 3 Vorstellungen bezüglich der „neuen Morbidität“ in den einzelnen Altersgruppen

Vorstellungsanlässe	Anzahl (n) der Vorstellungen				
	Altersgruppen (Jahre)				
	0	1-<3	3-<6	6-<10	10-<18
Schreien, Probleme beim Schlafen, Trinken, Essen	241	224	22	9	7
Entwicklungsprobleme (motorisch, sprachlich, kognitiv)	41	99	594	342	54
Verhaltensprobleme, Konzentrationsstörungen	2	33	127	269	191
Schulleistungsprobleme	0	0	0	145	78
Störung des Appetits	20	36	21	21	57
Einnässen, Einkoten	0	2	11	18	2
Müdigkeit, Abgeschlagenheit, Blässe	0	10	8	10	47
Ängste, Depression, Tics	0	2	4	7	12
Rezidivierende oder chronische Schmerzen	5	13	96	160	260
Schwierigkeiten/Auffälligkeiten beim Stuhlgang	40	74	69	39	30

Aus n=96.036.

Tab. 8 Häufigste chronische Erkrankungen im Kollektiv der chronisch Kranken und deren prozentuales Vorkommen in den jeweiligen Altersklassen

	Anteil (%) der Patienten im Alter von ...				
	0 bis unter 1 J	1 bis unter 3 J	3 bis unter 6 J	6 bis unter 10 J	10 bis unter 18 J
Asthma bronchiale	3,5	17,2	22,9	27,2	25,4
Atopische Dermatitis	23,9	24,8	15,2	6,9	5,4
Entwicklungsstörungen	3,5	9,8	18,8	16,3	3,2
ADHS, Verhaltensstörung	0,0	1,7	5,3	16,2	20,7

n=5507 Patienten. ADHS #, J Jahre.

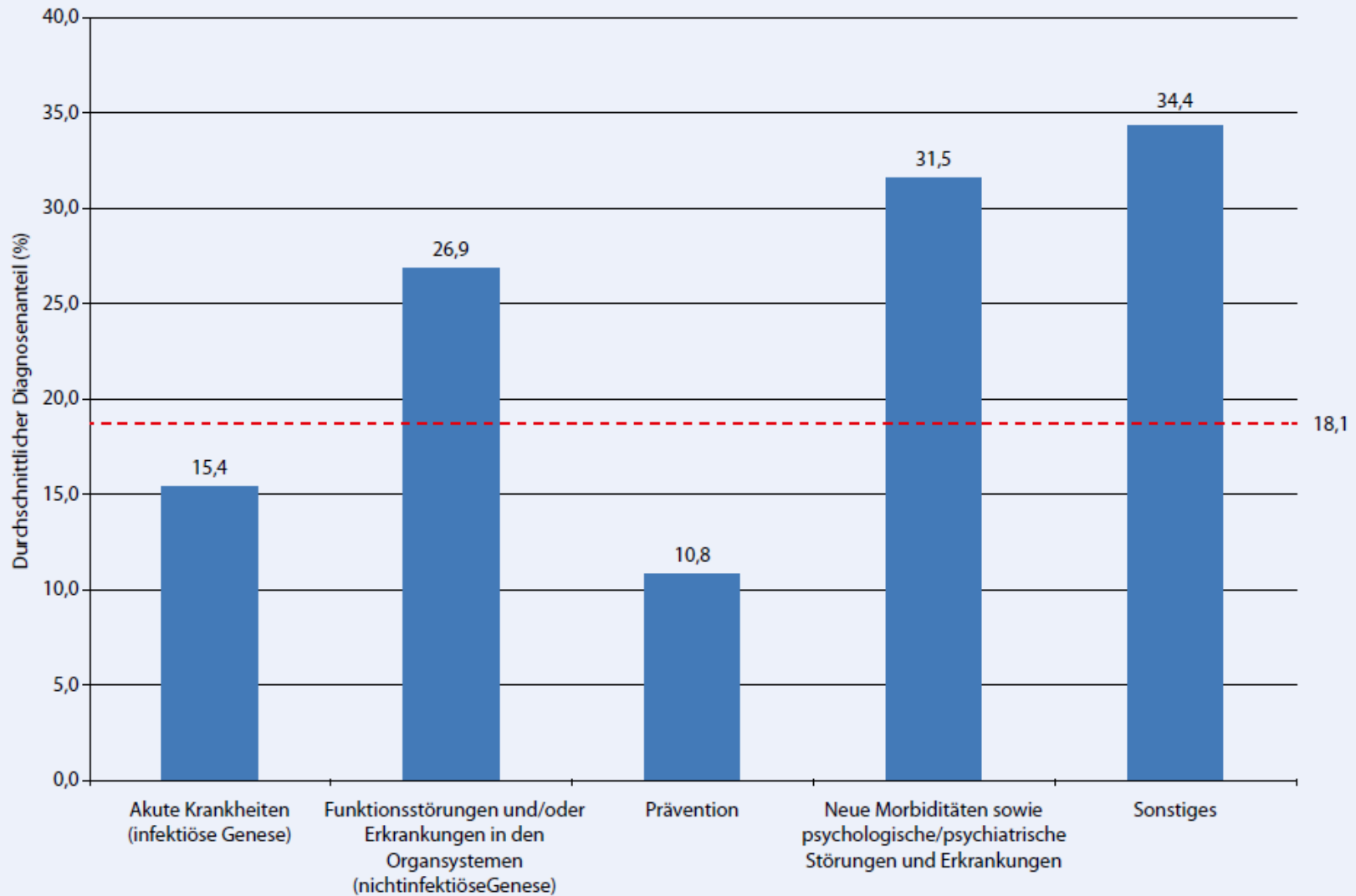


Abb. 4 ▲ Diagnosespektrum chronisch kranker Kinder und Jugendlicher (17.400 Diagnosen): durchschnittlicher Anteil an allen Diagnosen (18,1% von 96.036) sowie an den einzelnen Diagnosegruppen

- Oftmals bedarf es eines multiprofessionellen Vorgehens bei der Betreuung dieser Kinder durch
 - Kinder- und Jugendärzte
 - Kinder- und Jugendpsychiater
 - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
 - öffentliche und freie Jugendhilfe
 - ÖGD
 - Kindertageseinrichtungen
 - Schule
 - und andere (ARGE, Krankenkassen, Selbsthilfe)

- Multiprofessionelle Betreuung verlangt nach einer strukturierten Vorgehensweise, die zwischen den unterschiedlichen Akteuren **regional** abgestimmt ist. Sie richtet sich nach
 - Ressourcen /Verfügbarkeiten vor Ort
 - personell
 - institutionell (SPZ, spezielle Einrichtungen)
 - regionalen/lokalen Zuständigkeiten/Absprachen
 - kommunikativen Strukturen (z.B. QZs)
 - interdisziplinärer Kommunikationskultur

Für den niedergelassenen Pädiater ist besonders wichtig:

- niederschwellige Kommunikationsmöglichkeiten der Akteure untereinander (Erreichbarkeiten...)
- bi-/multidirektionale Informationswege
- verbindliches Berichtswesen
- zeitnahe und situationsangemessene Terminfindung
- kooperative Strukturen (gemeinsame Fortbildungen)