

Raimund Schmid (Hrsg.)

VIEL ZU VIEL



und doch zu wenig

Über- und Unterversorgung
in der Medizin

Leseprobe



ELSEVIER

Choosing
Wisley

Urban & Fischer

Inhaltsverzeichnis

	Vom Richtigen zu wenig und vom Falschen zu viel	1			
	Raimund Schmid				
A	ÜBERVERSORGUNG	9			
I	Krankheitsübergreifende systembedingte Fehlversorgung	11			
1	Zu viele Patienten werden im falschen Krankenhaus behandelt: Wie muss die stationäre Versorgung künftig aussehen?	12			
	Elke Berger und Reinhard Busse				
1.1	Stellenwert der Thematik in der Gesundheitsversorgung	12			
1.2	Wo liegen die Probleme?	14			
1.3	Was läuft hier schief? Defizite in der Versorgung von Krebspatienten	16			
1.4	Wie eine gute Versorgung aussehen muss	17			
1.5	Vorbild Dänemark	17			
1.6	Ausblick	19			
2	Zu viele unkoordinierte Medikamentencocktails im Alter: Wie kann die Arzneiflut eingedämmt werden?	21			
	Raimund Schmid				
2.1	Stellenwert in der Gesundheitsversorgung	21			
2.2	Wo liegt das Problem? Was fehlt? ..	22			
2.2.1	Unkontrollierter Medikamentenmix. . .	22			
2.2.2	Zu viele potenziell ungeeignete Arzneimittel	22			
2.2.3	Negative Folgen der Rabattverträge	22			
2.3	Was muss sich ändern?				
	Was brauchen wir?	23			
2.3.1	Bewusstseinsänderung überfällig	23			
2.3.2	Gute Listen und Leitlinien	23			
2.3.3	Bessere Blister und Beipackzettel	23			
2.4	Wer ist in der Pflicht?	24			
2.4.1	Die Politik ... mit dem elektronischen Medikationsplan	24			
2.4.2	Die Forschung ... mit innovativen Pilotprojekten	24			
2.5	Gibt es Vorbilder oder modellhafte Versorgungsansätze? ..	25			
2.5.1	Pharmakologische Konsile in Krankenhäusern	25			
2.5.2	Koordiniertes Medikationsmanagement	26			
2.5.3	Weitere innovative Modellansätze	26			
2.5.4	Überführung erfolgreicher Modelle in die Regelversorgung	26			
3	Geregelte Transition mit Fallmanagement: Was wir vom Berliner TransitionsProgramm lernen können	28			
	Silvia Mütter und Jana Findorff				
3.1	Zustandsbeschreibung: Defizite bei der Transition in Deutschland	28			
3.2	Was läuft schief? Wo liegen die Probleme?	30			
3.3	Was muss sich ändern? Spezialisierte altersübergreifende Versorgungsmodelle	31			
3.4	Strukturierte Versorgungsansätze: Das Berliner TransitionsProgramm ..	31			
3.5	Ausblick	33			

4	Unterversorgung in Kinderkliniken: Wie chronisch kranke Kinder unter mangelhaften Strukturen und Ressourcen leiden 35	6	Zu viele funktionelle Therapien und Heilmittel im Kindesalter: Warum viel nicht immer viel hilft und was sich ändern muss 54
	Klaus-Peter Zimmer		Heike Philippi
4.1	Stellenwert der Thematik in der Gesundheitsversorgung 37	6.1	Stellenwert des Themas in der Gesundheitsversorgung 54
4.2	Was läuft schief? 38	6.1.1	Heilmittelverordnung – das Maß der Dinge. 55
4.3	Wo liegen die Probleme? 39	6.1.2	Wirksamkeit von Heilmitteln nur zum Teil belegt 56
4.4	Wer ist in der Pflicht? 41	6.2	Wo liegt das Problem? Was fehlt? . . 58
4.5	Was muss sich ändern? Paradigmenwechsel auf vielen Ebenen 42	6.2.1	Der Arzt allein entscheidet über Indikation und Therapieziele. 58
4.6	Wie muss eine gute Versorgung aussehen? 44	6.2.2	Bedarfe und Wünsche der Betroffenen kommen viel zu kurz 58
4.7	Gibt es Vorbilder / modellhafte Versorgungsansätze? 44	6.2.3	Überprüfung der Funktionstauglichkeit für den Alltag fehlt. 59
5	Schnelle Diagnosen, Medikalisierung und Therapieflut bei Kindern: Plädoyer für behutsame Medizin 46	6.3	Was muss sich ändern? Was brauchen wir? 59
	Stephan Heinrich Nolte	6.3.1	Professionelle Teilhabebedarfsermittlung und Teilhabeorientierung nach ICF . . . 59
5.1	Zustandsbeschreibung: Diagnosen sind in erster Linie Arbeitshypothesen. 47	6.3.2	Partizipative Entscheidungsfindung mit Kind, Eltern und Heilmittelerbringer . . 60
5.2	Wo liegen die Probleme? 47	6.3.3	Gesprächsführungskompetenz muss verbessert werden 60
5.2.1	Symptome sind keine Diagnosen . . . 47	6.4	Wer ist dabei konkret in der Pflicht? 61
5.2.2	Diagnosen über alles: Fehlsteuerungen im System 48	6.5	Gibt es Vorbilder oder modellhafte Versorgungsansätze? 62
5.2.3	Zu schnelle Diagnosen bis hin zu Diagnosekaskaden. 48		
5.2.4	Früher „Betten füllen“, heute „diagnosebezogene Abrechnung“ . . . 49	7	Eltern chronisch kranker Kinder: Zu viele Versorgungsdefizite belasten der Lebensqualität 64
5.3	Was schief läuft und was sich ändern muss 50		Raimund Schmid
5.3.1	Warum zu viele Medikamente nicht die Lösung sind 50	7.1	Als Kind chronisch krank: Wie häufig kommt das vor? 64
5.3.2	Lieber Aufklärung und Beratung. . . . 50	7.2	Stellenwert der Versorgung chronisch kranker Kinder 65
5.3.3	Die Mehrwertsteuer stützen 51	7.3	Bestandsaufnahme: Was läuft hier schief? 66
5.3.4	Krankheitsverständnis überdenken und Aktionismus vermeiden 51	7.3.1	Unzureichende Information und Beratung 66
5.4	Modellhafte Versorgungsansätze: Plädoyer für eine expektative Medizin 52	7.3.2	Kaum Kenntnisse über die Sozialgesetze. 66

7.3.3	Immense soziale und familiäre Belastungen	66	9.4	Was muss sich ändern? Empfehlung aus der DEGAM-Leitlinie „Schutz vor Über- und Unterversorgung“	86
7.4	Was muss sich ändern? Wer ist in der Pflicht?	68	10	Mammografie- und Hautkrebs-Screening: Zu viele falsch positive Befunde und zu wenig differenzierte Aufklärung	88
7.5	Gibt es Vorbilder? Modellhafte Versorgungsansätze	69		Alfred Haug	
7.5.1	Patientenschulungen	69	10.1	Stellenwert des Screenings in der Versorgung	88
7.5.2	Case Manager und Familienlotsen	69	10.2	Mammografie-Screening	88
7.5.3	Sozialmedizinische Nachsorge	70	10.2.1	Wie entscheiden die eingeladenen Frauen?	89
7.5.4	Aufsuchende Hilfen und nachhaltige Begleitung: Berlin geht voran	70	10.2.2	Wo liegt das Problem? Nutzen vs. Risiken.	89
II	Krankheitsspezifische Fehlversorgung	73	10.2.3	Was muss sich ändern? Wer ist in der Pflicht?	91
8	Warum im Erwachsenenalter zu viele Antibiotika verabreicht werden	75	10.3	Hautkrebs-Screening	91
	Raphael Weißgerber		10.3.1	Stellenwert des Screenings in der Versorgung	92
8.1	Wo liegt das Problem?	75	10.3.2	Wo liegt das Problem? Viel Aufwand, wenig Wirkung	92
8.2	Stellenwert der Thematik in der Grundversorgung	76	10.3.3	Was muss sich ändern? Wer ist in der Pflicht?	93
8.3	Wie oft werden Antibiotika–mit welchen Folgen–verschrieben?	76	11	Müdigkeit: Erhebliche Fehlversorgung bei der Abklärung des Symptoms	96
8.4	Was läuft schief? Wer ist in der Pflicht?	77		Erika Baum	
8.5	Was muss sich ändern? Gibt es modellhafte Versorgungsansätze?	78	11.1	Stellenwert der Thematik in der Gesundheitsversorgung	96
8.6	Ausblick	80	11.2	Was läuft schief?	97
9	Zu viele PSA-Tests? Die Tücken der Prostatakrebs-Früherkennung	82	11.3	Wie muss eine gute Versorgung / Beratung aussehen?	98
	Dorit Abiry, Cathleen Muche-Borowski und Martin Scherer		11.3.1	I–Gründliche Anamnese	98
9.1	Stellenwert des PSA-Tests zur Früherkennung von Prostatakrebs	82	11.3.2	II–Weitere Diagnostik	98
9.2	Der PSA-Test	83	11.3.3	III–Behandlung	99
9.3	Probleme des PSA-Tests: Was läuft schief, und wie oft kommt das vor?	84	11.3.4	CFS/ME	100
9.3.1	Rettet der PSA-Test Leben?	84	11.4	Was muss sich ändern, um die Fehlversorgung zu beseitigen?	101
9.3.2	Überdiagnosen	85	11.5	Gibt es Vorbilder bzw. modellhafte Versorgungsansätze?	101
9.3.3	Fehlalarme und übersehene Tumoren	85			
9.3.4	Fazit	86			

12	Fehlversorgung konkret: Zu viele Herzkatheteruntersuchungen und Koronarinterventionen?	103	13	Überbehandlungen von älteren Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion: Plädoyer für ein altersgerechtes hausärztliches Management	112
	Thomas Meinertz			Gesine F. C. Weckmann	
12.1	Wo liegt das Problem?	103	13.1	Stellenwert der chronischen Nierenerkrankung in der Gesundheitsversorgung	112
12.2	Stellenwert der Thematik: Versorgungssituation in Deutschland	104	13.1.1	Definition, Ursachen, Risikofaktoren	112
12.3	Versorgungssituation in anderen EU-Ländern	104	13.1.2	Therapie und Kontraindikationen	113
12.3.1	Anzahl der Linksherzkatheteruntersuchungen	104	13.2	Wie häufig kommen chronische Nierenerkrankungen vor?	114
12.3.2	Anzahl der PCIs	104	13.3	Wo liegen die Probleme?	114
12.3.3	Zahl der Bypass-Operationen	105	13.4	Was muss sich ändern?	115
12.4	Was läuft schief?	105	13.4.1	Gute Aufklärung von Patienten und Ärzten	115
12.4.1	Mehr Linksherzkatheteruntersuchungen und Koronarinterventionen: Bessere Ergebnisse?	105	13.4.2	Vermeidung unnötiger Arztbesuche	116
12.4.2	Mehr Herzkatheteruntersuchungen und Koronarinterventionen: höhere Kosten?	107	13.4.3	Einseitige Terminologie hinterfragen	116
12.5	Was sind die Ursachen für die Fehlversorgung?	107	13.4.4	Altersadjustierte Grenzwerte festlegen	116
12.5.1	Warum so viel Herzkatheterdiagnostik und so viele koronare Interventionen?	107	13.5	Innovative Versorgungsansätze	116
12.5.2	Wie lässt sich die große Zahl der Koronarinterventionen erklären?	109	14	Überversorgung durch Ultraschall der Schilddrüse: Wie können Patienten mit Schilddrüsenknoten besser diagnostiziert werden?	119
12.6	Was muss sich ändern? Wie lässt sich die Überversorgung begrenzen?	109		Thomas Kühlein	
12.6.1	Begrenzung der Zahl der Herzkathetermessplätze	109	14.1	Wie häufig kommen Unter- und Überversorgung vor?	119
12.6.2	Ersatz der Herzkatheterdiagnostik durch CT-Koronarangiografie und MRT	109	14.2	Fehlversorgung konkret: Was sagt die Evidenz, und welche Rolle spielen die Leitlinien?	120
12.6.3	Verzicht auf die „Prima-vista“-PCI bei stabiler Angina pectoris und Mehrgefäßerkrankung und/oder Hauptstammstenosen	110	14.3	Wo liegen die Probleme, und was sind die Ursachen dafür?	122
12.6.4	Verzicht auf Rekanalisierungsmaßnahmen bei chronisch verschlossenen Herzkranzgefäßen	110	14.4	Was muss sich ändern, und was brauchen wir?	123
12.6.5	PCIs nur bei Stenosen mit kritisch eingeschränkter Flussreserve	110	14.5	Wer ist in der Pflicht, der Überversorgung bei Schilddrüsenknoten zu begegnen?	124
12.6.6	Bessere Aufklärung und Information des Patienten	111			
12.6.7	Strukturelle Maßnahmen	111			

15	Über- und Fehlversorgung in der Diabetes-Behandlung: Sitagliptin und Insulin-Analoga	127			
	Günther Egidi				
15.1	Stellenwert in der Gesundheitsversorgung	127			
15.1.1	Bedeutung des Typ-2-Diabetes	127			
15.1.2	Stellenwert von Sitagliptin und Insulin-Analoga	127			
15.2	Wo liegt das Problem?	128			
15.2.1	Wie wird aktuell bei Typ-2-Diabetes medikamentös behandelt?	128			
15.2.2	Wie sehen dagegen die Fachempfehlungen aus?	129			
15.3	Was läuft schief? Was muss sich ändern?	129			
15.4	Ausblick: Wer ist konkret in der Pflicht?	130			
16	Praxismanagement Schwindel zur Eindämmung der Überversorgung: systemische und politische Aspekte	132			
	Raphael Kunisch und Marco Roos				
16.1	Zustandsbeschreibung: Was fehlt?	132			
16.2	Wie oft kommt das vor?	133			
16.2.1	Wie entsteht der Zahlenwirrwarr?	134			
16.2.2	Was läuft schief bei der Diagnostik?	134			
16.3	Was muss sich ändern? Was brauchen wir?	135			
16.3.1	Plädoyer für ein Primärarztsystem	135			
16.3.2	Festgezurrte Strukturen hinterfragen	135			
16.4	Gibt es Vorbilder oder modellhafte Versorgungsansätze?	135			
16.5	Wer ist in der Pflicht?	136			
17	Zu viele Behandlungen zur falschen Zeit: Effiziente Logopädie zum richtigen Entwicklungszeitpunkt	140			
	Cornelia Tigges-Zuzok				
17.1	Stellenwert in der Versorgung	140			
17.1.1	Vorbemerkung	140			
17.1.2	Stigmatisierung und Defektbewusstsein	140			
17.2	Wo liegt das Problem?	141			
17.2.1	Je mehr Sprachtests, desto mehr Diagnosen	141			
17.2.2	Unterschiedliche Tests – unterschiedliche Ergebnisse	141			
17.2.3	Sprachscreening im Vorschulalter ohne Nutzenbeleg	142			
17.2.4	Marktgerecht ist noch längst nicht kindgerecht	142			
17.2.5	Übertherapie bei Mehrsprachigkeit	143			
17.3	Was muss sich ändern?	143			
17.3.1	Entgegen der Konsummentalität: Viel hilft nicht viel	143			
17.3.2	Indikationsstellung auf Basis der Allgemeinentwicklung	144			
17.3.3	Toleranzbereiche und beginnende Therapiebedürftigkeit	144			
17.3.4	Das Wunder vom heilenden Therapeuten	145			
17.4	Naheliegender Zusammenhang – und doch gern ignoriert	146			
18	Zu viele dicke und adipöse Kinder und Jugendliche: Wie Defizite bei der Rehabilitation und Nachsorge beseitigt werden können	148			
	Johannes Oepen				
18.1	Stellenwert der Thematik in der Gesundheitsversorgung	149			
18.2	Wie häufig kommt das vor? Daten und Fakten zur Adipositas	149			
18.3	Wo liegen die Probleme? Defizite bei den Schnittstellen	151			
18.3.1	Vielfältige soziale Strukturebenen	151			
18.3.2	Zu wenig Kommunikation und Vernetzung	152			
18.3.3	Potenziale der Reha oft nicht ausgeschöpft?	152			
18.3.4	Dringend benötigtes Reha-Netz fehlt	152			
18.4	Was sich ändern muss: Es braucht neue Arbeitsweisen	153			

18.5	Wie eine gute Versorgung hin zur „Reha-Kette“ aussehen muss.	153	B	UNTERVERSORGUNG	171
18.5.1	Grundsätzliches Umdenken auf allen Ebenen	153	III	Krankheitsübergreifende systembedingte Fehlversorgung	173
18.5.2	Biopsychosoziales Modell mit Aktivitäten und Teilhabe	154	21	Zu wenig Steuerung von Patienten: Vom hohen Nutzen der hausärztlichen Steuerung in der ambulanten Medizin	174
19	Zu viel Alkohol in der Schwangerschaft: Wie wir ein weit unterschätztes Problem effektiv angehen müssen	156		Michaela Olm und Antonius Schneider	
	Reinhold Feldmann		21.1	Stellenwert der Thematik in der Gesundheitsversorgung	174
19.1	Stellenwert der FASD-Thematik in der Gesundheitsversorgung	156	21.1.1	Herausforderungen Demografie und medizinischer Fortschritt.	174
19.1.1	Formen und Häufigkeit.	156	21.1.2	Herausforderungen Steuerung und „Gatekeeping“	175
19.1.2	Diagnostik und Differenzialdiagnostik.	157	21.2	Wie häufig kommt das vor?	176
19.2	Wo liegen die Probleme? Ursachen der Versorgungsschwierigkeiten.	158	21.3	Was muss sich ändern?	176
19.3	Was muss passieren? Wer ist in der Pflicht?	159	21.4	Gibt es Vorbilder / modellhafte Versorgungsansätze?	177
19.4	Wie muss eine gute Versorgung aussehen?	160	21.4.1	Gatekeeper in Großbritannien	178
19.5	Gibt es modellhafte Versorgungsansätze?	161	21.4.2	Primärversorgungssystem in den Niederlanden.	178
20	Kindergesundheit in der Digitalisierung: Hohes Risiko durch Exzesse und Defizite	163	21.4.3	Hausarztzentrierte Versorgung in Deutschland.	178
	Frank W. Paulus		21.5	Wer ist in der Pflicht?	179
20.1	Zustandsbeschreibung: Nutzung digitaler und internetbezogener Medien	163	22	Uns gehen die Fachkräfte aus! Was passieren muss, um dem Personalmangel entgegenzuwirken	181
20.2	Computerspielabhängigkeit: Häufigkeit und Folgen.	165		Boris Augurzky und Ingo Kolodziej	
20.3	Ursachenanalyse: Wo liegen die Probleme?	166	22.1	Stellenwert der Thematik in der Gesundheitsversorgung	181
20.4	Was sich ändern muss: Multiprofessionelle und interdisziplinäre Anstrengungen.	166	22.2	Wo liegt das Problem?	181
20.5	Wie eine gute Versorgung aussehen könnte	168	22.2.1	Der Personalengpass wird immer gravierender	181
			22.2.2	Löhne steigen bereits stärker als anderswo	183
			22.2.3	Kein Ende in Sicht: Bis 2030 fehlen 1,3 Mio. Fachkräfte	183
			22.3	Was muss sich ändern?	183

22.3.1	Weniger stationäre Krankenhausfälle . . .	183	24.2.2	Herausforderungen für die ärztliche Versorgung pflegender Angehöriger . . .	198
22.3.2	Zugänge zum System effektiver steuern.	184	24.3	Wer ist in der Pflicht?	199
22.3.3	Mehr Wiedereinsteiger und mehr ältere Beschäftigte	184	24.4	Was muss sich ändern? Was brauchen wir?	201
22.3.4	Neue Karrierewege für nichtärztliche Fachkräfte	185	25	Zu wenig politische Kindermedizin: Wo bleibt die Child Advocacy?	204
22.3.5	Fachkräftepotenzial nicht unnötig vergeuden	185		Ulrich Fegeler, Elke Jäger-Roman und Wolfram Hartmann	
22.3.6	Produktivität erhöhen mit künstlicher Intelligenz	185	25.1	Stellenwert in der Gesundheitsversorgung	204
22.4	Gibt es Vorbilder und modellhafte Ansätze?	186	25.2	Wo liegt das Problem?	204
23	Zu wenige akutgeriatrische Versorgungsangebote – viel zu knappe Ressourcen und falsche Anreize	190	25.3	Zustandsbeschreibung: Positionen zur politischen Kindermedizin	205
	Jan Dorr		25.3.1	Medizinischer Versorgungsbereich . . .	205
23.1	Häufigkeit: Zunahme des Anteils älterer Menschen	191	25.3.2	Kinderrechte und gesellschafts- politischer Bereich	206
23.2	Stellenwert der Geriatrie in der Gesundheitsversorgung	191	25.4	Gibt es Vorbilder?	208
23.3	Was läuft schief? Wo liegen die Probleme?	192	25.5	Gibt es hierzulande modellhafte Ansätze?	209
23.3.1	Medikation	192	25.6	Politische Kindermedizin: Was könnte besser sein?	210
23.3.2	Pflege	192	25.6.1	Gemeinsame Strategien ausloten	210
23.3.3	Vergütungssystem mit falschen Anreizen?	193	25.6.2	Stärkeren öffentlichen Druck erzeugen	210
23.3.4	Drehtüreffekte	193	25.6.3	Kinderbelange täglich in die Medien! . .	210
23.3.5	Zu wenige Vollmachten und Verfügungen	193	26	Seit Langem überfällig: Mehr Rechte für Kinder und Jugendliche mit und ohne Behinderung	212
23.3.6	Wohnortnahe Versorgung auf der Kippe	194		Hans Michael Straßburg	
23.4	Was muss sich ändern?	194	26.1	Einführung: Entwicklung der Pädiatrie	212
24	Pflegende Angehörige: Zu wenig beachtete Säulen im Versorgungssystem	197	26.2	Stellenwert der Grundrechte von Kindern	213
	Cathleen Muche-Borowski, Dorit Abiry und Martin Scherer		26.3	Was lief bisher schief?	214
24.1	Stellenwert in der Versorgung	197	26.4	Wie oft kommt eine Kindeswohlgefährdung vor?	214
24.2	Wo liegt das Problem?	198	26.5	Wo liegt das Problem?	215
24.2.1	Herausforderungen für pflegende Angehörige	198	26.6	Was muss sich ändern?	216
			26.7	Wer ist in der Pflicht? Notwendige Gesetzesänderungen	217
			26.8	Ausblick	217

27	Komplexe Erkrankungen bei Kindern: Warum Behandlungen oft viel zu kurz greifen	219		
	Ronald G. Schmid			
27.1	Stellenwert in der Versorgung	221		
27.1.1	Somatoformer und psychosozialer Symptomkomplex.	221		
27.1.2	Epidemiologische Daten: KiGGS-Studie.	222		
27.1.3	Sozioökonomischer Status oft entscheidend	223		
27.2	Wo liegen die Probleme?	223		
27.3	Behandlungsplan als Stufenkonzept (IVAN): Wer ist wofür in der Pflicht?	224		
27.4	Was muss sich ändern?	225		
28	Zu wenig schulärztliche Beratung für entwicklungsgefährdete Kinder: Woran es für eine gelingende Schullaufbahn mangelt	227		
	Gabriele Trost-Brinkhues			
28.1	Stellenwert in der Gesamtversorgung	227		
28.1.1	Einordnung der Thematik.	227		
28.1.2	Wie sehen die berechtigten Ansprüche im Schulalltag aus?	227		
28.2	Wie häufig kommt das Problem vor?	228		
28.3	Wo liegt das Problem? Was fehlt?	229		
28.3.1	Fehlende Schulabschlüsse und Ausbildungsabschlüsse.	229		
28.3.2	Greift das Recht auf gleichberechtigte Teilhabe an Bildung?	229		
28.4	Wer ist dabei konkret in der Pflicht?	230		
28.4.1	Aufgaben des Kinder- und jugendärztlichen bzw. Schulärztlichen Dienstes.	230		
28.4.2	Der Staat muss für Recht auf Bildung für alle sorgen.	231		
28.5	Was muss sich ändern? Was brauchen wir?	232		
28.5.1	Multiprofessionelle Teams in Schulen	232		
28.5.2	WHO: Schulgesundheitservice als Teil des Gesundheitssystems.	232		
28.5.3	Bessere Ausstattung und höhere Vergütung	232		
28.5.4	Mehr Bewusstsein für Public Health vor Ort.	233		
29	Transition ins Leben: Warum die pränatale Prävention zu kurz kommt.	236		
	Stephan Heinrich Nolte			
29.1	Was lief hier schief?	236		
29.2	Wie oft kommt das vor?	237		
29.3	Stellenwert der Thematik in der Gesundheitsversorgung	237		
29.4	Wo liegt das Problem, und was fehlt?	238		
29.5	Was muss sich ändern, und was brauchen wir?	239		
29.6	Gibt es modellhafte Versorgungsansätze?	240		
29.7	Wer ist in der Pflicht?	241		
29.7.1	Netzwerken	241		
29.7.2	Verpflichtende ärztliche Aufklärung beim Neugeborenenenscreening	242		
29.7.3	Pränatale Prävention: Kontaktaufnahme vor der Geburt	242		
30	Nachhaltige Ungleichheit: Warum Kinder aus bildungsfernen Familien deutlich schlechtere Entwicklungschancen haben	244		
	Ulrich Fegeler, Elke Jäger-Roman und Matthias Brockstedt			
30.1	Stellenwert der Thematik	244		
30.2	Ursachenanalyse: Wo liegen die Probleme?	246		
30.3	Zustandsbeschreibung: Sozialräumliche Einrichtungen rund ums Kind am Beispiel Berlin	247		
30.3.1	Sozialversorgungssystem	247		
30.3.2	Bildungs- / Betreuungssystem	249		
30.3.3	Medizinsystem	250		
30.4	Wer ist in der Pflicht? Greift die „perfekte“ Mechanik?	252		

30.5	Wo liegt das Problem? Sand im Getriebe	253	32.3.2	Beratung II: spezifische Behandlung . .	269
30.6	Was muss sich ändern? Das fehlende Rädchen	255	32.3.3	Beratung III: unterstützende (supportive Behandlung)	270
IV	Krankheitsspezifische Fehlversorgung	259	32.3.4	Beratung IV: Behandlungsdauer und Kontrollen	271
31	Zu wenige gut abgestimmte Versorgungsformen: Vorbild Kardiologie-Vertrag Baden-Württemberg	260	32.4	Wer ist in der Pflicht, um die Unterversorgung zu beseitigen?	271
	Olga A. Sawicki und Kateryna Karimova		32.5	Gibt es Vorbilder bzw. modellhafte Versorgungsansätze?	272
31.1	Stellenwert in der Gesundheitsversorgung: Chronische Herzinsuffizienz in Deutschland	260	33	Weit unterschätzt: Nichtmedika- mentöse Therapieoptionen bei chronischen Erkrankungen im Erwachsenenalter	274
31.2	Was läuft schief? Defizite bei den Schnittstellen in der kardiologischen Versorgung	261		Andreas Rembert Koczulla, Tessa Schneeberger, Inga Jarosch, Rainer Glöckl und Klaus Kenn	
31.3	Ursachenanalyse: Wo liegen die Probleme?	261	33.1	Stellenwert der Thematik in der Gesundheitsversorgung	274
31.4	Was muss sich ändern? Neue Theoriemodelle mit hoher Praxisrelevanz.	261	33.2	Wo liegt das Problem? Pneumolo- gische Rehabilitation im Abseits. . . .	276
31.5	Wie muss eine gute Versorgung aussehen: von der Schnitt- zur Verbindungsstelle	262	33.3	Wie sähe eine gute Versorgung aus?	276
31.6	Modellhafte Versorgungsansätze: Der Herzpatient im Facharztvertrag .	263	33.3.1	Awareness für PR-Benefits schaffen . .	276
32	Osteoporose: Große Behandlungs- und Vorsorgelücken	266	33.3.2	Einheitliche, hohe PR-Qualitätsstandards	277
	Erika Baum		33.3.3	Forschung sichert die Zukunft der PR. .	278
32.1	Stellenwert der Thematik in der Gesundheitsversorgung	266	33.4	Modellhafte Versorgungsansätze . . .	278
32.1.1	Krankheitsdefinition	266	33.5	Was muss sich ändern? Wer ist in der Pflicht?	279
32.1.2	Wie oft kommt Osteoporose vor?	266	34	Über- / Fehlbehandlung des Diabetes mellitus Typ 1 im Krankenhaus – getriggert durch DRG-System	282
32.1.3	Individuelles Frakturrisiko	267		Andreas Fritsche	
32.2	Diagnostik/ Basisdiagnostik	268	34.1	Stellenwert des „Diabetes im Krankenhaus“	283
32.3	Was sollte für eine gute Versorgung konsequent umgesetzt werden?	268	34.2	Zustandsbeschreibung – Was läuft hier schief?	283
32.3.1	Beratung I: Basismaßnahmen	268	34.3	Ursachenanalyse: Wo liegen die Probleme?	284
			34.4	Was sich ändern muss	284

34.5	Wie sieht ein modellhafter Versorgungsansatz aus?	285	36.3	Was muss sich ändern? Was brauchen wir?	297
35	Schlaganfallnachsorge: Aufklärung und Prävention lassen arg zu wünschen übrig	287	36.4	Wer ist dabei konkret in der Pflicht?	297
	Christopher J. Schwarzbach und Armin J. Grau		37	Unzureichende Jungengesundheit: Warum Jungs eine qualifiziertere Jungenmedizin brauchen	300
35.1	Stellenwert der Thematik in der Gesundheitsversorgung	288		Bernhard Stier	
35.1.1	Schlaganfall in Deutschland	288	37.1	Stellenwert der Jungen- und Männergesundheit: ein historischer Exkurs	300
35.1.2	Wie häufig kommen Schlaganfälle vor?	288	37.2	Was lief hier schief?	301
35.1.3	Wie werden Schlaganfallpatienten versorgt?	288	37.2.1	Wie gesund lebt „Mann“?	301
35.2	Wo liegt das Problem?	289	37.2.2	Einflussfaktoren	301
35.3	Welche Ursachen sind für die Defizite verantwortlich?	290	37.3	Wo liegen die Probleme?	303
35.4	Was muss sich hin zu einer guten Nachsorge ändern?	290	37.3.1	Wesentliche jungengesundheitliche Problembereiche	303
35.5	Modelhafte Versorgungsansätze	291	37.3.2	Domänen des Risikoverhaltens männlicher Jugendlicher	304
35.5.1	Disease-Management-Programme (DMPs)	291	37.3.3	Jungen und Sexualität	304
35.5.2	Versorgungsforschungsprojekte des Innovationsfonds	291	37.3.4	Jungen als Opfer	305
35.5.3	Neue Perspektiven auch für die ambulante Schlaganfallnachsorge	292	37.4	Was Jungen brauchen und was sich ändern muss: Neue Wege für Jungs	305
36	Wie wir das Potenzial der Humangenetik für die Diagnostik und die personalisierte Medizin besser nutzen können	294	37.5	Wer ist dabei konkret in der Pflicht?	306
	Hanns-Georg Klein		37.6	Ausblick	307
36.1	Stellenwert in der Gesundheitsversorgung	294	38	Kopfschmerzen im Kindes- und Jugendalter: Musterbeispiel für fehlendes Versorgungsmanagement in der Psychosomatik	311
36.1.1	Entwicklung der Humangenetik hin zu einem Querschnittsfach	294		Uwe Büsching	
36.1.2	Gigantische Datenmengen sind eine große Herausforderung	295	38.1	Wie häufig kommt das vor?	311
36.1.3	Seltene Erkrankungen stehen stärker im Fokus	295	38.2	Stellenwert des Themas in der Gesundheitsversorgung	312
36.2	Wo liegt das Problem? Was läuft falsch?	296	38.3	Wo liegt das Problem? Was fehlt?	313
			38.3.1	Problemfeld somatoforme Störungen	313
			38.3.2	Zu großer Einfluss von Dr. Google	314
			38.3.3	Zu wenig Zeit für sehr komplexe Diagnostik	314
			38.4	Was muss sich ändern? Was brauchen wir?	315

38.5	Gibt es Vorbilder oder modellhafte Versorgungsansätze?	315	39.3.2	Prävention: Vernetzte Versorgung vorantreiben	321
38.5.1	Optimal: Das Kopfschmerztagebuch . .	315	39.3.3	Forschung intensivieren und Leitlinien etablieren	321
38.5.2	Patienten engmaschiger betreuen. . . .	316	39.3.4	Politischer Handlungsdruck: Forderungen an die Bundesregierung	322
39	Aus dem Blickfeld: Versorgung von Kindern mit psychisch erkrankten Eltern.	319	39.4	Gibt es modellhafte Versorgungsansätze?	322
	Hanna Christiansen und Jean Lillian Paul		39.4.1	The Village: How to raise the village to raise the child	322
39.1	Stellenwert der Thematik in der Gesundheitsversorgung	319	39.4.2	COMPARE: Children of Mentally Ill Parents At Risk Evaluation	324
39.2	Ursachenanalyse: Wo liegen die Probleme?	320	Register	329	
39.3	Was sich ändern muss	320			
39.3.1	Die Identifikation der Kinder von Eltern mit psychischen Erkrankungen verbessern	320			

Raimund Schmid

Vom Richtigen zu wenig und vom Falschen zu viel

Sicherlich wünschen auch Sie sich – nicht nur in Zeiten wie der Coronakrise, sondern auch im ganz normalen Alltag – im Krankheitsfall die bestmögliche medizinische und gesundheitliche Versorgung. Doch beschleicht Sie nicht auch häufig – wie viele andere Patienten – das Gefühl, beim Arzt in der Praxis oder in der Klinik nur suboptimal behandelt und damit unzureichend versorgt zu werden?

Und schon stecken wir mitten drin im Thema Fehlversorgung. Der Titel dieses Buches geht also uns alle an! Fachleute wie Mediziner, Pharmazeuten, Therapeuten oder Pflegekräfte, die tagtäglich gegen die vielfältigen Formen von Unter- und Überversorgung in unserem so hochgelobten Gesundheitssystem kämpfen müssen, und die Patienten selbst oder – stellvertretend für ihre Kinder – die Eltern, die ebenfalls tagtäglich hautnah erleben, wie viel in der medizinischen Versorgung schief läuft, weil vom Richtigen zu wenig und vom Falschen zu viel veranlasst wird. Deshalb richtet sich dieses Buch mit dem passenden Titel „Viel zu viel und doch zu wenig“ auch ganz bewusst gleichermaßen an Fachleute wie an Patienten, weil alle unter dieser Fehlversorgung leiden.

Viele Schwachpunkte im System

In Zeiten einer Pandemie, wie wir sie jetzt gerade mit Covid-19 erleben, wird dies besonders deutlich. Wenn beispielsweise in einem Pflegeheim 16 Hausärzte und zusätzlich noch eine Reihe von Fachärzten ein- und ausgehen, dann war das schon vor der Coronakrise ein Musterbeispiel für eine fehlgesteuerte Versorgung. In einem Ausbruchfall wird es aber für alle Beteiligte geradezu gefährlich, weil neben einer schlecht koordinierten Versorgung mit so vielen nebeneinander her agierenden Medizinerinnen noch ein hohes Infektionsrisiko hinzukommt. An diesem Beispiel mit Hoch-

risikopatienten kann man besonders gut erkennen, wo die Schwachpunkte unseres Systems liegen.

Zum einen ist eine völlig unzureichende Vernetzung zu beklagen, zum einen bereits innerhalb der einzelnen medizinischen Fachdisziplinen, so etwa im Hausärzteebereich (> Kap. 21) oder in der Pädiatrie (> Kap. 29). Darüber hinaus manifestiert sie sich weiter aber auch durch die mangelnde Zusammenarbeit von Ärzten mit einerseits Kollegen aus anderen Fachrichtungen (Fachärzte und Kliniken und Gesundheitsämter) und andererseits mit relevanten nicht-ärztlichen Berufsgruppen (Apotheker, Therapeuten). Die fehlende Kooperationsbereitschaft endet damit, dass hochkompetente Fachkräfte aus der Pflege, der Krankengymnastik oder auch aus der Selbsthilfe zu wenig Verantwortung übertragen wird (> Kap. 7), womit ein enormes Wissenspotenzial zum Nutzen des Patienten auf der Strecke bleibt. Verantwortlich hierfür sind die Sicherung von Pfründen, finanzielle Grenzen und das fehlende Wissen und Kompetenzgerangel darüber, wer die richtigen Rezepte hat. Das Ergebnis: Fehlsteuerungen in fast allen Bereichen der Medizin und Gesundheitsversorgung!

Betroffen von diesen Fehlsteuerungen sind insbesondere Patienten, die eigentlich länger zu Hause betreut werden könnten und stattdessen häufig viel zu früh im Krankenhaus oder gar im Pflegeheim landen. Doch Krankenhausaufenthalte sind gerade für Pflegebedürftige besonders prekär, weil die dort auftretenden nosokomialen Infektionen ein ganz großes Risiko darstellen. 10.000 bis 20.000 Patienten sterben allein pro Jahr an den Folgen multiresistenter Krankenhauskeime.

Viel zu viele Diagnosen und Arztkontakte

Deshalb sollte eigentlich der ambulante Sektor – in der Medizin und bei der Pflege – massiv gestärkt werden. Doch auch dort wimmelt es geradezu vor Fehlsteuerungen – ein Trend, der sich mit den folgenden, für Deutschland vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in den vergangenen Jahren zusammengetragenen Daten untermauern lässt:

- 17,9 Arztkontakte pro Jahr, davon 7,1 Kontakte mit Allgemeinärzten
- An Spizentagen suchen an einem Tag bis zu 9,7 Mio. Patienten eine Arztpraxis auf.
- 25,8 (ICD)-Abrechnungsdiagnosen pro Person und Jahr
- 9,3 abklärungs- und behandlungsbedürftige Diagnosen pro Person (nach Bereinigung)

Doch auch der gesellschaftlich ausgeübte Behandlungsdruck trägt mit zur Fehlversorgung bei. So wird vielfach die Perfektionserwartung in unserer Gesellschaft beklagt, alles schnell reparieren zu müssen, sollte es nicht der Norm entsprechen. Da spielen sich viele Laien als Experten und – mit Dr. Google im Hintergrund – auf und raten schon beim geringsten Abweichen von der Norm dazu, sofort zu handeln und medizinisch zu intervenieren, anstatt vielleicht erst einmal abzuwarten oder gar zu hinterfragen, ob das vorhandene Problem überhaupt medizinisch gelöst werden kann (> Vorwort).

Wie sich diese Fehlversorgung konkret in der Praxis widerspiegelt, wird in 39 Einzelkapiteln in diesem Buch veranschaulicht. Beleuchtet werden dabei Beispiele aus dem Bereich der Unter- wie der Überversorgung sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern.

Unterversorgung: Nichts an Brisanz verloren

Dabei stand bisher hierzulande eher die Unterversorgung im Fokus. Diese Form der Fehlversorgung hat viele Ursachen: begrenzte finanzielle Ressourcen und

mitunter viel zu knappe Budgets mit daraus resultierenden Regressgefahren z. B. für Ärzte. Hinzu kommt der rasante medizinische Fortschritt, der immer mehr und immer aufwendigere und teurere und mitunter kaum mehr bezahlbare medizinische Optionen ermöglicht, und natürlich der Fachkräftemangel, der zu einem solchen Ausmaß an personeller Unterbesetzung geführt hat, dass sogar vorhandene Kapazitäten auf der Kippe stehen oder schon gekippt worden sind.

Das Thema Unterversorgung hat damit nichts an Brisanz verloren. Dies bekräftigt auch der Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DEGIM), Professor Ulrich Fölsch. Bei einer Tagung der Bertelsmann Stiftung Ende 2019 in Berlin wies er darauf hin, dass von bislang 149 „Klug entscheiden“-Empfehlungen der internistischen Fachgruppen 85 (57 %) dem bewussten Weglassen von ärztlichen Maßnahmen, deren wissenschaftlicher Nutzen allerdings belegt sei, zugeordnet werden müssten (Ärzte Zeitung online, 5.11.2019). Dies zeigt, wie sehr die Gesundheitsakteure und damit auch die Patienten mit dem Thema Unterversorgung in der Medizin konfrontiert werden. In der Praxis bedeutet das, eine bewusste Entscheidung gegen eine medizinische Maßnahme zu treffen, deren Nutzen belegt und für Patienten medizinisch eigentlich sinnvoll oder gar notwendig ist.

Überversorgung hat vielfältige Gründe

64 der DEGIM-Empfehlungen betreffen dagegen den Bereich der Überversorgung. Und das ist nun ein Bereich der Fehlversorgung, der hierzulande erst jetzt so richtig an Fahrt gewinnt. Ganz im Gegensatz zu den USA beispielsweise, wo mit der seit 2011 in Gang gekommenen Kampagne „Choosing Wisely“ schon seit Langem das „Zuviel in der Medizin“ thematisiert wird – verbunden mit dem Ziel, unnötige medizinische Leistungen zu reduzieren. Dabei ist die Thematik auch hierzulande längst präsent und akut. 70 % der gut 4.000 befragten Ärzte aus Klinik und Praxis (Internisten und Allgemeininternisten) räumten im Rahmen der DEGIM-Umfrage ein, ein- bis zehnmal am Tag eine überflüssige Leistung zu verordnen oder

zu veranlassen. 80 % der befragten Ärzte wollen so mögliche Behandlungsfehler vermeiden. Fast zwei Drittel räumen ein, damit dem Druck der Patienten nachzugeben, die häufig auf einer nicht notwendigen Überweisung, Bildgebung, Labordiagnostik oder alternativmedizinischen Maßnahme bestehen anstatt eine nachgewiesene wirksame Therapie einzuleiten oder schlichtweg erst mal abzuwarten.

Nirgendwo tritt dieses Dilemma deutlicher zutage als bei der *practica*, dem größten Seminarkongress für Hausärzte in Europa. Bei diesem Kongress, der jeweils im Herbst im südhessischen Bad Orb stattfindet, bewegte gerade zuletzt das Thema „Übersversorgung“ die teilnehmenden Ärzte in ganz besonderer Weise. Heftige Kritik wurde dabei insbesondere an der unabgestimmten Versorgung von Patienten geübt, die einerseits mit einer Doppel- und Dreifachdiagnostik einhergeht, andererseits aber ohne jegliche rote Linie oder koordinierte Steuerung erfolgt.

Schutz vor Übersversorgung – dazu sprudelte es bei den Veranstaltungen zu dieser Thematik unter der Federführung von Prof. Martin Scherer, dem Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM), geradezu aus den teilnehmenden Allgemeinmedizinern heraus!

Hausärzte kritisieren Diagnostikspirale

Eine Allgemeinärztin klagte beispielsweise darüber, dass jüngere Patienten mit einer Bänderdehnung ihre Praxis am Montagmorgen nur deshalb aufsuchen, um sich eine Überweisung für eine Magnetresonanztomografie (MRT) abzuholen. Dabei ließe sich eine solche Dehnung in der Regel problemlos auch von einem qualifizierten Allgemeinarzt behandeln.

Über die gleichen Erfahrungen berichtete ein anderer Allgemeinarzt, der eigentlich den Großteil seiner Patienten mit orthopädischen Beschwerden selbst – konservativ und ressourcenschonend – behandeln könnte. Das herauszufinden und dem Patienten zu vermitteln erfordere aber weit mehr Zeit als „schnell mal eine Überweisung“ auszustellen. Diese Zeit

hierfür können sich aber heute viele Hausärzte nicht mehr nehmen, und viele Patienten wollen das auch gar nicht. Seit 30 Jahren muss sich der Allgemeinmediziner daher damit herumschlagen, dass seine Patienten bei dauerhaften Schmerzen an der Wirbelsäule – häufig befördert durch Fachärzte oder Dr. Google – auf invasiven Maßnahmen oder gar Operationen bestehen. Dabei durchlaufen sie dann die gesamte orthopädische „Diagnostikspirale“, bei der der Weg hin zu operativen Eingriffen, einem damit verbundenen Klinikaufenthalt, der sich anschließenden Reha und weiteren Nachsorgemaßnahmen vorgezeichnet ist. Das sieht auch Martin Scherer so, der das daraus entstehende Dilemma so beschreibt: „Wer den Hammer in der Hand hält, sieht überall Nägel.“

Viele Allgemeinärzte räumen daher ein, an dieser Spirale gar nicht drehen zu wollen, weil sie sich sonst ständig rechtfertigen und viel erklären müssten, um dem enormen Druck der Patienten standhalten zu können. Denn häufig machen sie die Erfahrung, dass Patienten sich beklagen, wenn sie kein Rezept oder keine Überweisung erhalten, auch wenn gar keine behandlungswürdigen Symptome vorliegen. Andere reagieren geradezu erbost, wenn keine Behandlung in Gang kommt, weil sie genau mit dieser Erwartungshaltung in die Praxis gekommen sind.

Kommen die Hausärzte diesem Wunsch ihrer Patienten nicht nach, dreht sich die Fehlversorgungspirale noch viel schneller weiter. Dann wenden diese sich erst einmal von ihrem Hausarzt ab und suchen oft direkt einen Facharzt auf und geraten dann erst recht in die apparativen und operativen Mühlen (> Kap. 21). Zugleich beginnt dann auch das Werben um die vielfach fragwürdigen sogenannten Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL), die aufgrund fehlender wissenschaftlicher Evidenz selbst vom Patienten bezahlt werden müssen. Hier wird z. T. massiv Druck auf die Patienten ausgeübt, wobei das „Zuviel an Medizin“ dann sogar schädliche Formen (Falsch-Positiv-Befunde, unnötige Operationen) annehmen kann (> Kap. 10). Die Übersversorgung kann aber auch vom Patienten selbst ausgehen, wenn er einen banalen Infekt zusätzlich zu den vom Arzt ver-

ordneten Medikamenten mit 3 bis 4 OTC-Präparaten (Over-the-Counter-Mittel, die in der Apotheke ohne Rezept gekauft werden können) selbst in den Griff zu bekommen versucht.

Neue Leitlinie „Schutz vor Über- und Unterversorgung“

„Die medizinische Bedarfslage und das, was ärztlich getan wird, klaffen eklatant auseinander“, analysiert daher Martin Scherer folgerichtig. Diesen eklatanten Fehlsteuerungen im System müsse nun entgegen-gesteuert werden.

Hierzu wird die von ihm geleitete neue im Frühjahr 2019 erschienene S2e-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) „Schutz vor Über- und Unterversorgung“ vor (➤ Vorwort) in Zukunft sehr hilfreich sein.

Die Veröffentlichung dieser von der DEGAM herausgegebenen Leitlinie, an der insgesamt 5 Jahre lang gefeilt wurde, war auch eine entscheidende Initialzündung für die Herausgabe dieses Buches. Ziel dabei war es gewesen, die Botschaften dieser Leitlinie konkret mit Inhalten und anschaulichen Beispielen aus dem Alltag in Praxen und Kliniken und anderen Sektoren des bundesdeutschen Gesundheitssystems zu füllen.

Themen erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit

Die Beispiele in diesem Buch sind authentisch und auch aufrüttelnd, erheben aber in keiner Weise den Anspruch auf Vollständigkeit. Sie bieten zwar eine breite Themenpalette mit gesellschaftlich-politisch und medizinisch weitreichenden Inhalten, spiegeln aber nur einen Auszug aus dem Gesamtbereich Fehlversorgung wider. Ansonsten hätte dieses Buch um ein Mehrfaches dicker ausfallen müssen.

Zudem geben die Texte der einzelnen Verfasser allein die Meinungen der Autoren wider. Bei manchen Themen ist die Datenlage recht eindeutig: Unbestritten

ist etwa, dass viel zu viele Antibiotika verschrieben werden, obwohl bekannt ist, dass bei viralen Infekten Bettruhe und Inhalationen die geeigneteren Mittel wären (➤ Kap. 8). Doch in der Praxis wird dann doch häufig nicht nur bei bakteriellen Erkrankungen sehr schnell – etwa im ärztlichen Bereitschaftsdienst – auf Antibiotika zurückgegriffen, z. B. bei stark hustenden Patienten, bei schwer abschätzbarem Krankheitsverlauf, bei Sprach- und Verständnisproblemen oder wenn Patienten entsprechenden Druck ausüben („möchte schnell gesund werden“).

Eindeutig ist sicher auch, dass die Ökonomisierung in der Medizin zu unzureichenden Versorgungsstrukturen und damit tendenziell zur Unterversorgung führt (siehe z. B. ➤ Kap. 4). Wenig Kritik wird auch aufkommen, wenn in einem Beitrag des Buches die häufig völlig unkoordinierte Verabreichung von Medikamentencocktails an alte Patienten zu einer medikamentösen Überversorgung führt (➤ Kap. 2), auch wenn partiell mitunter – etwa bei Schmerzmitteln – zu wenig verordnet wird.

Klare Aussagen, aber keine absoluten Wahrheiten

Doch trotz der fundierten Argumentationen aller Autoren in diesem Buch gibt es zu vielen der behandelten Themen durchaus höchst unterschiedliche Sichtweisen. Die z. B. in diesem Buch erhobene Forderung, einen Teil der 2.000 Krankenhäuser zu schließen und stattdessen die Expertise und Kräfte zu bündeln und auf weniger, dafür aber gut ausgestattete Krankenhäuser zu konzentrieren (➤ Kap. 1) wird nicht erst seit der Coronakrise von manchen infrage gestellt. Auch die Kritik an der Sinnhaftigkeit der Prostatafrüherkennungen (➤ Kap. 9) oder der unzähligen Ultraschalluntersuchungen der Schilddrüse (➤ Kap. 14), wie sie zurzeit praktiziert werden, rufen – auch bei durchaus ernst zu nehmenden Experten – Widerspruch hervor. Selbst die im Grunde einleuchtende Begründung, dass Patienten in unserem Gesundheitssystem vom Hausarzt künftig strikter gesteuert werden müssten, um Fehlsteuerungen zu re-

duzieren (> Kap. 21), stößt bei manchen Politikern und bei noch mehr Fachärzten auf wenig Resonanz. Ein Hausarzt könne heute überhaupt nicht mehr alles überblicken, um als Lotse für alles und jeden fungieren und so eine Fehlversorgung vermeiden zu können, lautet z. B. ein Einwand zu dem in diesem Buch mehrfach postulierten Plädoyer für ein verbindliches lotsenorientiertes Primärarztsystem (z. B. > Kap. 16).

Fließende Übergänge zwischen Unter- und Überversorgung

Hinzu kommt: Unter- und Überversorgung können z. T. ineinander übergehen. Insofern ist die Ein-Gruppierung in diesem Buch nicht absolut, sondern relativ zu sehen.

Das Paradebeispiel hierfür ist das Thema der überbordenden Ökonomisierung in Kinderkrankenhäusern und die daraus entstehende Fehl- und Mangelversorgung chronisch kranker Kinder. Je mehr Überversorgung auf der einen Seite herrscht (viel zu viele starre Wirtschaftlichkeitsvorgaben und zu große finanzielle Restriktionen), desto größer ist die Unter-versorgung etwa von stationär zu versorgenden chronisch kranken Kindern. Deshalb hätte man dieses und viele weitere Kapitel auch anders zuordnen können. Denn ein Thema, das eigentlich der Überversorgung zuzuordnen ist, kann in Teilen mitunter auch fast genauso viele unterversorgende Elemente enthalten, wie die beiden weiteren Beispiele Müdigkeit und Osteoporose deutlich zeigen:

- So werden bei unspezifischen Beschwerden wie Müdigkeit oft zu viele Labor- und technische Untersuchungen durchgeführt mit der Gefahr der Fehlleitung des Patienten (> Kap. 11). Deshalb wird dieses Thema in diesem Buch unter der Rubrik Überversorgung eingruppiert. Andererseits darf aber beim Thema Müdigkeit auch nicht außer Acht gelassen werden, dass psychische oder psychosoziale Probleme oder der Missbrauch von Substanzen nicht hinreichend oder oft auch verspätet berücksichtigt werden, hier dann also

partiell auch eine Unterversorgung von Patienten vorliegen kann.

- Bei der Osteoporose könnten mit entsprechender differenzierter Diagnostik bei vielen Menschen vor allem gravierende Folgefrakturen verhindert werden (> Kap. 32). Deshalb sind Patienten hier tendenziell zumeist unterversorgt. Insbesondere bei Frauen in der frühen Postmenopause oder unter antihormoneller Therapie kommt mitunter aber auch eine überzogene Diagnostik oder inadäquate Therapie vor. Auch das Absetzen von Medikamenten bei Wegfall von Risiken oder geänderter Prioritätensetzung wird leicht vergessen, sodass diese Patienten dann mitunter durchaus auch als überversorgt gelten.

Das Thema Fehlversorgung kann zudem auch nicht unpolitisch angepackt werden, weil sich die Autoren mit ihren wissenschaftlich-fachlichen Argumentationen letztlich auf eine Seite schlagen müssen, um die Fehlversorgung und die darin auch implizit enthaltenen politischen Fehlsteuerungen deutlich machen zu können. Wichtig war es daher, gerade bei strittigen Themen die Inhalte am Ende der Buchbeiträge mit z. T. detaillierten Literaturnachweisen zu hinterlegen.

Was bietet das Buch dem Leser konkret?

Zunächst einmal ein fest vorgegebenes und weitgehend einheitliches formales Raster, das dem Leser hilft, die Übersicht zu bewahren. Und so sieht die Struktur der Kapitel (grob) aus:

- Einstieg mit einem Fallbeispiel: Fehlversorgung konkret
- Was lief hier schief?
- Wo liegt das Problem? Was fehlt?
- Wie oft kommt das vor?
- Was muss sich ändern? Was brauchen wir?
- Gibt es Vorbilder oder modellhafte Versorgungsansätze?
- Ausstieg mit einem Fallbeispiel: So müsste/ sollte es laufen

5

Schnelle Diagnosen, Medikalisierung und Therapieflut bei Kindern: Plädoyer für behaltsame Medizin

Fallbeispiel

Kai hat ADHS

Frau M. kommt mit ihrem Sohn Kai (8) zum Termin: Es soll ein EKG geschrieben und eine Blutuntersuchung gemacht werden. Ich kenne Kai nicht und lasse mir berichten: Es stellt sich heraus, dass die alleinerziehende Mutter über viele Jahre große Sorgen mit ihrem einzigen Kind hatte und sich in einer permanenten Überforderungssituation befand. Noch während der Schwangerschaft verließ Kais Erzeuger die werdende Familie, Kai kam 4 Wochen zu früh und auch noch viel zu leicht zur Welt; es kam zu einem sekundären Kaiserschnitt bei mangelndem Geburtsfortschritt. Wegen eines Infektionsverdachts und einer beginnenden Gelbsucht wurde Kai am 2. Lebenstag in die Kinderklinik verlegt, die Wöchnerin durfte auf einer Klappliege bei ihm bleiben. Das Stillen kam nicht so richtig in Gang. Nach 1 Woche wurde Frau M. mit ihrem Kind nach Hause entlassen. Eine Hebammenbetreuung nach der Geburt war nicht mehr zu organisieren. Kai entwickelte sich zu einem Schreibaby. Die allein gelassene verzweifelte Mutter stellte wiederholt die Nahrung um, vermutete eine Nahrungsmittelunverträglichkeit und suchte mehrfach die Notaufnahme der Kinderklinik auf. Kai entwickelte eine Lieblingsseite und bekam einen ganz schiefen Kopf, der aber erst mit 3 Monaten bei der U4-Vorsorge auffiel und zu einer krankengymnastischen Behandlung Anlass gab. Das Schreiben besserte sich, aber Kai entwickelte nun eine ausgeprägte Schlafstörung.

Schließlich konnte er nur noch im Auto einschlafen, mit dem die Mutter ihn um den Block fuhr.

Mit 1 Jahr wurde Kai in die Kinderkrippe eingewöhnt. Die Mutter konnte zunächst halbtags ihre Beschäftigung als Verkäuferin wieder aufnehmen. Da Kai aber in den ersten Monaten der Krippenbetreuung viel krank war und immer wieder Atemwegsinfektionen und Mittelohrentzündungen erlitt, war Frau M. mehr beim Kinder- und Jugendarzt und in der Klinik als bei der Arbeit, was zu Spannungen im Beruf führte. Nach dem Wechsel in einen Ganztagskindergarten wurde es etwas ruhiger, aber Kai blieb ein „schwieriges Kind“, umtriebiger und unruhig, warf mit Gegenständen um sich und zerstörte das Spielzeug anderer Kinder.

Richtig problematisch wurde es aber erst nach der Einschulung: Schon vor den Herbstferien wurde Frau M. einbestellt: Kai sei nicht tragbar, er ginge über Tische und Bänke, und es müsse etwas geschehen. Spätestens jetzt war eine Diagnostik und damit eine Diagnose (über-)fällig. Frau M. sucht einen Kinder- und Jugendpsychiater auf, der die Diagnose ADHS stellt und Kai medikamentös „einstellen“ will. Kai hat also ADHS. Frau M. ist in gewisser Weise erleichtert, da nun klar ist, was Kai „hat“: eine Krankheit, eine Gehirnstoffwechselstörung, die man mit Medikamenten behandeln kann, und dann wird alles gut.

Wirklich? Oder ist hier zuvor nicht zu viel versäumt worden, was jetzt mit einer Medikation wiedergutmacht werden soll?

5.1 Zustandsbeschreibung: Diagnosen sind in erster Linie Arbeitshypothesen

In der Sprache der Medizin sind bei Erkrankungen die Suffixe „hyper“, „hypo“, „dys“, „a“ und „eu“ gebräuchlich und können in vielen Zusammenhängen angebracht und an Diagnosen angehängt werden. Sie bedeuten „über“, „unter“, „fehl“, „nicht“ oder „gut“. Eine Hyperthyreose ist eine Überfunktion der Schilddrüse, eine Hypothyreose eine Unterfunktion, eine Athyreose das Fehlen der Schilddrüse. Bei einer gut funktionierenden Schilddrüse spricht man von Euthyreose. Im Zusammenhang mit der gesundheitlichen Versorgung sind die Begriffe unüblich, aber auch hier haben wir es mit guten Funktionen, Über-, Unter-, Fehl- oder überhaupt gar keinen Funktionen zu tun: Über-, Unter-, Fehl- oder gar Nichtversorgung. Schade, dass der Begriff „Gutversorgung“ nicht eingeführt ist.



Diagnosen sind dabei sehr mit Vorsicht zu genießen. Zu schnell werden es bloße Etiketten, die geklebt werden, und man begnügt sich damit, einem Phänomen einen Namen gegeben zu haben.

Dass damit die eine Unbekannte durch eine andere, wohlklingende Unbekannte ersetzt wird, ist zwar eine begriffliche Eingrenzung und Differenzierung, aber häufig ein Zirkelschluss: „Sage mir deinen Namen, und ich sage dir, wie du heißt.“ Schon vor über 200 Jahren sagte der berühmte Arzt Samuel Hahnemann zu Diagnosen und deren oft schillernen Namen, dass der Arzt *„vor allen Dingen einen bestimmten, am liebsten griechischen Namen für das Uebel des Kranken (erdichtet), um ihn glauben zu machen, er kenne diese Krankheit schon lange, wie einen alten Bekannten, und sei daher am besten im Stande sie zu heilen“* (Hahnemann 1992: 1). Dieser Illusion erliegen die Patienten auch heute noch. Des Weiteren empfiehlt Hahnemann vor über 200 Jahren:

„Glaubt man aber dennoch zuweilen gewisser Krankheitsnamen zu bedürfen, um, wenn von einem Kranken die Rede ist, sich ... in der Kürze verständlich zu machen, so bediene man sich derselben nur als

Kollektivnamen, und sage z. B. der Kranke hat eine Art Veitstanz, eine Art von Wassersucht, eine Art von Nervenfieber, eine Art kalten Fiebers, nie aber, damit endlich einmal die Täuschung mit diesen Namen aufhöre, er hat den Veitstanz, das Nervenfieber, die Wassersucht, das kalte Fieber, da es doch gewiss keine feststehenden, sich gleichbleibenden Krankheiten dieser und ähnlicher Namen gibt.“

Anmerkungen zu § 81 Organon

So halte ich es für sehr wichtig, Diagnosen mit Vorbehalt zu stellen und eben, wie Hahnemann es vorgeschlagen hat, nicht von **dem** Asthma, sondern von **einer Art** Asthma oder von asthmatischen Beschwerden zu sprechen, um diese dann genauer einzugrenzen. Bezogen auf unseren eingangs geschilderten Fall würde man nicht sagen, Kai hat ADHS, sondern: Kai zeigt die Symptome einer Art von ADHS.

5.2 Wo liegen die Probleme?

5.2.1 Symptome sind keine Diagnosen

Ein Symptom ist ein Krankheitszeichen, das bei verschiedenen Diagnosen vorkommen kann. So kann Husten ein Symptom bei Tuberkulose, bei Asthma, bei einem Infekt oder bei Lungenkrebs sein. Oft werden Symptome mit Diagnosen verwechselt. Die Grenzen sind, vor allem bei Diagnosen, die sich nicht kategorial einordnen lassen, fließend.

Es gibt **kategoriale Diagnosen** wie z. B. „Schwangerschaft“, „Diabetes“ oder „Windpocken“, und **dimensionale Diagnosen**, z. B. Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS) oder Depression. Kategorial heißt: ja oder nein. Hierfür gibt es i. d. R. beweisende Parameter: Laborwerte oder untrügliche äußere Zeichen oder andere Symptome. „Ein bisschen schwanger“ gibt es nicht. Schwieriger wird es schon beim Diabetes; hier gibt es den eindeutigen Insulinmangeldiabetes (Typ 1) oder den sekundären Diabetes (Typ 2), bei dem sich durchaus die Frage stellt, wie viel Diabetes und wann. Auch wenn sich die Frage „Windpocken“ meistens eindeutig klären lässt, ist mit der Diagnose an sich noch nicht viel gesagt,

weil es sehr unterschiedliche Verläufe (von einem kaum beeinträchtigenden bis zu einem sehr schweren mit Gehirnbeteiligung) gibt.



Daher ist die Diagnose als solche erst einmal nicht besonders hilfreich. Wenn es von jemandem heißt, er habe Asthma, wird wiederum ein Symptom bezeichnet: Es heißt lediglich, dass er Probleme bei der Ausatmung hat. Es besagt weder wie schwer noch welcher Art die asthmatischen Beschwerden sind: allergisch, infektiös, lebensbedrohlich oder nur ein harmloses Pfeifen bei der Ausatmung.

Es kann auch sein, dass er etwas ganz anderes hat, z. B. eine Herzerkrankung. Wichtig ist, dass sich auch bei kategorialen Diagnosen die Frage nach dem Ausmaß, der Dimension, stellt. Das spiegelt sich auch in den neuen Leitlinien ADHS tatsächlich wider: *„Mehrere Studien weisen übereinstimmend darauf hin, dass ADHS am besten als ein dimensionales Konstrukt (und nicht als kategoriale Einheit) konzipiert werden muss“* (AWMF 2018: 19), also nicht: ADHS ja oder nein, sondern: ADHS-Symptomatik unter welchen Umständen und in welcher Ausprägung.

Das gilt insbesondere bei Diagnosen, für die es keine eindeutig beweisenden Parameter gibt. Hier werden dann sogenannte „Scores“ (Punktwerte) aufgestellt, verschiedene Symptome gesammelt und dann über die Häufung der Symptome mit einem bestimmten, meist mehr oder weniger willkürlich konzentrierten Grenzwert („Cut-off“-Wert) die Diagnose gesichert.

5.2.2 Diagnosen über alles: Fehlsteuerungen im System

Für den Patienten indes sind Prognose und Auswirkung der Erkrankung auf sein Leben viel wichtiger als ein Krankheitsname. Wichtig sind Diagnosen für die Abrechnung von „Leistungen“ in unserem Gesundheitswesen, und da ergibt sich ein weites Feld institutioneller Fehlversorgung: Die stationäre Behandlung wird nach sogenannten „diagnosis-related groups“ (DRGs) abgerechnet – einem System, bei dem Patienten nach medizinischen Diagnosen und Therapien sowie individuellen Daten zum Zweck der Abrechnung in Fallgruppen klassifiziert werden. Diese

Fallgruppen dienen der Berechnung der typischen Behandlungskosten, nicht der Qualität der Behandlung oder der Optimierung der Ablaufplanung, wie man vielleicht optimistischerweise glauben würde und wie es vor 50 Jahren mal angedacht war (Thompson et al. 1975). Ein wissenschaftlicher Nachweis einer Kostendämpfung im Gesundheitswesen konnte bislang nicht erbracht werden (Vera 2009), wohl aber einer Umverteilung der Arbeit: Durch die wachsende Komplexität und Weiterentwicklung der DRGs, der ICD-Codierung sowie des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) ist eine spezielle Ausbildung notwendig, die Ärzte und Pflegekräfte schon lange nicht mehr leisten können. Inzwischen gibt es seit 2013 eine spezielle Ausbildung zur Medizinischen Kodierfachkraft (MKF). Dennoch geht dem Patienten viel ärztliche und pflegerische Arbeitszeit verloren, die hierfür eingesetzt wird. Zudem werden die Kostenträger auf ihrer Seite ein gleich großes Heer von Fachkräften einstellen, um diese Verschlüsselungen zu überprüfen. Damit werden Fachkräfte ihren Kernaufgaben entzogen und einer Arbeit zugeführt, die sich im Rahmen normaler Arbeitszeiten bewegt und weder Nacht- noch Wochenenddienste erfordert. Diese Sogwirkung führt zu einer enormen Fehlsteuerung im medizinischen Personalwesen und verunmenschlicht die Medizin in hohem Maße.

5.2.3 Zu schnelle Diagnosen bis hin zu Diagnosekaskaden

Eine Diagnose ist meist etwas Statisches, eine Feststellung zu einem bestimmten Zeitpunkt. Das Leben ist jedoch dynamisch, und die punktuelle Fixierung auf einen Gegenwartszeitpunkt ist am nächsten Tag schon Vergangenheit. Hieraus ergibt sich ein wesentlicher Unterschied zwischen der Krankenhausmedizin, der konsiliarischen Vorstellung bei einem Spezialisten und der hausärztlichen Betreuung in der Praxis: der Faktor Zeit, die Zeitachse. Dadurch können sich eine sehr unterschiedliche Sicht auf die Symptomatik und ein ganz anderes Krankheitsverständnis ergeben: Bei einem Patienten, der in die Klinik eingewiesen wird, egal, ob als chirurgischer Notfall oder als geplanter internistischer Krankheitsfall, soll sofort geklärt werden, was los ist: Der Assistent muss seinem Oberarzt so schnell wie möglich ein umfassendes

Bild liefern, eine erste Diagnose stellen und die einschlagende Behandlung vorschlagen. Liegezeiten müssen kurz sein, daher muss man möglichst schnell

möglichst viel wissen und das am besten mit einer Diagnose umkleiden.

Fallbeispiel

Emil ist krank

Der 2-jährige Emil kommt mit hohem Fieber zur stationären Aufnahme. Er ist seit 1 Woche krank und hat vom behandelnden Kinderarzt schon zwei verschiedene Antibiotika, ein Penicillin und ein Cephalosporin, bekommen, ohne dass sich sein Allgemeinzustand gebessert hätte oder das Fieber gesunken wäre. Die Laboruntersuchungen zeigen stark erhöhte Entzündungswerte. Was ist zu tun?

Früher hätten wir in so einem Fall das Kind noch einmal sorgfältig untersucht, schwerwiegende Erkrankungen wie eine Hirnhautentzündung ausgeschlossen und das Kind zunächst ins Bett gelegt, alle Medikamente abgesetzt und den spontanen Verlauf beobachtet. Das dauert etwas länger und frustriert die Eltern, weil ja „nichts passiert“. Es muss doch was getan werden!

Heute ist ein derartiges Vorgehen nicht mehr möglich. Wenn das Kind nicht zumindest am Tropf und am Monitor hängt, ist ja auch nicht einsichtig, warum es im Krankenhaus bleiben muss. Tropf und Monitor sind heute die Leinen, an welche die Patienten gelegt werden, damit sie nicht weglaufen. Sofort muss eine ganze Kaskade von Diagnostik und apparativen Untersuchungen laufen, das Kind kommt auf eine Intensivüberwachungsstation und wird intravenös „breit abgedeckt“, wie die antibiotische Behandlung heute genannt wird – ein Unwort, denn ein Krankenhaus ist keine Abdeckerei. Ein häufig benutzter Fachbegriff heißt „Antibiose“, was ebenfalls ein Unwort ist; allenfalls kann man von einer Antibiotikatherapie sprechen. Das Suffix „-ose“ bezeichnet i. d. R. eine Schwäche oder Abnutzungserscheinung (Arthrose, Nephrose, Psychose).

5.2.4 Früher „Betten füllen“, heute „diagnosebezogene Abrechnung“

Bei der früher üblichen Abrechnung der „Mitternachtsstatistik“ wurden Krankenhäuser danach bezahlt, wie viele Betten um Mitternacht gefüllt waren. Es gab, vor allem in der Kinderheilkunde, einen massiven Überhang von Krankenhausbetten. Als junge Assistenzärzte wurden wir Anfang der 1980er-Jahre immer bedrängt, dafür zu sorgen, dass die Betten voll

belegt sind, und Krankenhausaufenthalte wurden aus fadenscheinigen Gründen ins Unerträgliche verlängert. So wurden Säuglinge mit Durchfall erst entlassen, wenn sie wieder geformte Stühle hatten – und das konnte lange dauern und hatte nicht selten den Effekt, dass sich das Kind eine neue Infektion, eine nosokomiale Erkrankung, einhandelte. Das war auch nicht wirklich gut, aber doch nicht so gefährlich wie die heute zu erwerbenden Krankenhausinfektionen: die durch den breiten Einsatz von Antibiotika gezüchteten multiresistenten Keime.

Heute herrscht nicht mehr die Mitternachtsstatistik, sondern das DRG-System über Wohl und Wehe einer Klinik. Diagnosebezogene Abrechnung heißt, dass Fallpauschalen für Diagnosen vergütet werden, für die dann eine durchschnittliche Krankheitsdauer zugrunde gelegt wird. Nun ist, um beim Beispiel des Durchfalls eines Säuglings zu bleiben, die Notwendigkeit eines stationären Aufenthalts davon abhängig, inwieweit die Eltern selbst mit dem kranken Kind zurechtkommen. Schon die Tatsache, dass Eltern mit einem Säugling bei Durchfall das Krankenhaus aufsuchen, lässt häufig an eher nicht krankheitsbezogene Gründe denken: Verunsicherung, Angst, eigene Unzulänglichkeit, mangelnde Erfahrung, mangelnde Führung, fehlender sozialer Rückhalt und vielleicht auch Angst und Unsicherheit des behandelnden Arztes, sofern er überhaupt konsultiert wird.

5.3 Was schiefläuft und was sich ändern muss

5.3.1 Warum zu viele Medikamente nicht die Lösung sind

Die Behandlung einer Durchfallerkrankung erfolgt nicht mit Medikamenten, sondern durch ausreichende Zufuhr von Flüssigkeit, Salzen und Energieträgern. Diese gelingt in aller Regel oral. Eine Infusion ist sehr selten erforderlich. Allerdings kann das fortgesetzte Erbrechen die Eltern leicht in Verzweiflung bringen und wird als sehr bedrohlich erlebt, sodass die Notaufnahmen der Kinderkliniken mit diesem Problem häufig konfrontiert werden und die Unübersichtlichkeit der Situation die stationäre Aufnahme mit sich bringt. Ist der Patient erst einmal da, wird man kaum die Verantwortung übernehmen wollen, ihn mit den einfachen Maßnahmen der oralen Rehydratation wieder wegzuschicken. Daher ist die Hospitalisationsrate aufgrund von Durchfallerkrankungen bei Kindern hoch. Ob sie notwendig ist, kann in der Mehrzahl der Fälle bestritten werden. Die stationäre und medikamentöse Versorgung gerade auch von Kindern im Krankenhaus ist teuer. Die orale Rehydratation dagegen kostet nur Pfennigbeträge und ist leicht durchführbar, weil es Flüssigkeit, Salz und Zucker in jedem Haushalt gibt. Anders ist es im subsaharischen Afrika, wo schon die Wasserversorgung ein fast unlösbares Problem darstellt. Da wissen wir gar nicht, wie verwöhnt wir sind. Dennoch sind die Kenntnisse um die Selbstbehandlung von Magen-Darm-Infektionen bei uns erschreckend gering.

5.3.2 Lieber Aufklärung und Beratung

Was die Verhütung von Durchfallerkrankungen angeht, sind die Voraussetzungen bei uns im Prinzip durch einfachste Maßnahmen gegeben, aber in armen und insbesondere wärmeren Ländern denkbar ungünstig. Daher wird zur Vorbeugung von Durchfallerkrankungen auch dort die Impfung gegen Rotaviren (RV) empfohlen, obwohl sie natürlich gegen Durchfallerkrankungen durch andere Erreger, etwa Noroviren

oder bakterielle Erreger, gar nichts nützt. Es müssen erhebliche logistische Anstrengungen unternommen werden, um eine Kühlkette aufrechtzuerhalten und die Bevölkerung überall zeitnah nach der Geburt zu erreichen. Insofern ist es sehr viel sinnvoller, preiswerter, nachhaltiger und damit effektiver, alle Anstrengungen für die Bereitstellung von sauberem Wasser und von Zucker-Salz-Tütchen (WHO-Lösung zur oralen Rehydratation) zu unternehmen und entsprechende Gesundheitsaufklärungskampagnen zu betreiben, als ein Impfprogramm gegen Rotaviren aufzulegen.

Denn damit können nicht nur auch alle anderen Formen von Durchfallerkrankungen behandelt werden, sondern es hebt auch sonst den allgemeinen Hygiene- und Gesundheitszustand. Zudem ist die Wirksamkeit der RV-Impfungen in der „Real-Life“-Situation in ärmeren Ländern noch wesentlich schlechter als in Studien prognostiziert.

Man muss sich die Frage stellen, ob es nicht weit sinnvoller, preiswerter und effektiver ist, für sauberes Wasser und Zucker-Salz-Tütchen (WHO-Lösung zur oralen Rehydratation) zu sorgen und entsprechende Gesundheitsaufklärungskampagnen zu betreiben. Damit können nicht nur auch alle anderen Formen von Durchfallerkrankungen behandelt werden, sondern es hebt auch sonst den allgemeinen Hygiene- und Gesundheitszustand.

Die chronisch unterfinanzierte Weltgesundheitsorganisation hat das Feld der finanzkräftigen *Global Action for Vaccination and Immunization* (GAVI) überlassen. Sie ist keine Organisation für Kindeswohl und bessere Lebensbedingungen, sondern für Impfungen. Die zum Einverständnis zu einer Impfung erforderliche Aufklärung erfordert weit mehr Aufwand als eine Schulung zum Umgang mit Durchfallerkrankungen und dürfte weit effektiver sein. Eigentlich müsste eine solche Basis-Gesundheitsaufklärung Inhalt der Schulausbildung sein – nicht nur in Ländern der sogenannten Dritten Welt, sondern auch in Industrienationen. Ein basales Wissen über den Umgang mit Gesundheitsfragen fehlt auch bei uns, ein bitter notwendiges Desiderat, um diesem eklatanten Missstand zu begegnen. Denn damit räumen wir das Feld denjenigen, die auf alle gesundheitlichen Fragen eine Antwort parat haben: der Pharmaindustrie.

5.3.3 Die Mehrwertsteuer stutzen

Warum sind dem Staat die Ausgaben für Impfstoffe lieber als die für medizinische Behandlung, Beratung und Gesundheitsaufklärung? Kann es daran liegen, dass Impfstoffe und Medikamente mit dem üblichen Mehrwertsteuersatz von 19 % besteuert werden und der Staat damit der größte Mitverdiener an dieser Form von Gesundheitswirtschaft ist? Er trägt nicht das geringste unternehmerische Risiko und leistet keine eigene Forschungs- und Entwicklungsarbeit. Mit dieser Besteuerung wird ein Großteil der Kosten, fast ein Fünftel, von einer Tasche in die andere geschaufelt. Auf der einen Seite werden hochpreisige Impfstoffe beklagt, auf der anderen Seite damit gewaltige Einnahmen erzielt. Wenn es darum geht, Arbeitsplätze zu schaffen und Menschen menschliche Arbeit zu verschaffen, ist das der ganz falsche Weg. Die Pharmaindustrie beschäftigt die meisten ihrer Mitarbeiter woanders. Zu fordern ist ein reduzierter Steuersatz von 7 %, wie er auch für zahntechnische Leistungen, Eintrittskarten, Heilbäder, Personenbeförderung und Beherbergungsbetriebe gilt. Anscheinend sind Medikamente und Impfstoffe Luxusartikel, die als nicht so grundsätzlich notwendig erachtet werden, dass für sie ein reduzierter Steuersatz zum Tragen kommt. Die Arzneimittelausgaben allein der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) haben 2018 mit 41,2 Mrd. Euro (+3,2 %) einen neuen Höchststand erreicht. Davon hat sich der Staat 8 Mrd. an Steuern wieder hereingeholt. Die Steuern der von Privatkassen erstatteten oder frei verkäuflichen Medikamente machen sicher noch einmal denselben Betrag aus.



Wie wäre es, wenn die Differenz zwischen dem reduzierten und dem vollen Steuersatz zur Finanzierung pharmainabhängiger Forschung, Gesundheitserziehung und -bildung genutzt würde?

Auf diesen meinen Vorschlag haben weder Finanz- noch Gesundheitsminister mit Begeisterung reagiert.

5.3.4 Krankheitsverständnis überdenken und Aktionismus vermeiden

Symptome und Befindlichkeiten sind nicht statisch, sondern unterliegen Veränderungen. Sie haben eine

zeitliche Dimension, einen Verlauf. Eine Diagnose im Hier und Jetzt ist morgen eine Diagnose von gestern, ebenso ein Befund. Im Krankenhaus herrscht ein statisches Krankheitsverständnis vor: Weder kennt man den Patienten vorher, noch erfährt man i. d. R., wie es weitergeht. Ist der Patient entlassen, ist er aus dem Weg und aus dem Sinn. Aus diesem Grund ist es verständlich, dass es nur um das Hier und Jetzt geht. Die Bereitschaft, nachzuschauen, was man anrichtet, ist weit geringer als die Bereitschaft zu handeln, in oft blindem Aktionismus.

Das Leben, das Befinden, die Lebensäußerungen und auch die Vitalparameter sind dynamisch. So ist am Spätnachmittag die Körpertemperatur höher als morgens. Wenn ein Kind morgens fieberfrei ist, kann es gut sein, dass es gegen Abend auffiebert. Die statische Aussage „40,4 Grad Fieber“ ist, ohne dass sie in einen Zusammenhang gestellt wird, sinnlos. Was für die Körpertemperatur gilt, gilt für viele Körperfunktionen: Sie müssen im chronobiologischen Zusammenhang gesehen werden. Körperfunktionen wie z. B. Hormonausschüttungen zeigen erhebliche Schwankungen im Tagesverlauf. Es gibt, wie man bei der Menstruationsblutung der Frau eindrücklich sehen kann, für fast alle physiologischen, hormonellen, immunologischen, wahrscheinlich auch psychophysiologischen Lebensäußerungen biologische Rhythmen. Die heutige Medizin vernachlässigt dies häufig; sie denkt statisch und orientiert sich an Momentaufnahmen, die verallgemeinert werden.

In der Kinder- und Jugendarztpraxis haben wir – wenigstens theoretisch – die Möglichkeit, Verläufe zu überblicken. Wenn wir Glück haben, den Patienten gut kennen und vielleicht sogar eine biografische Anamnese gemacht haben – welche die Grundvoraussetzungen für eine verantwortungsvolle ärztliche Betreuung sein sollte – können wir die Dynamik seiner Biografie und die Entwicklung seiner Erkrankung auf der Zeitachse beurteilen. Daraus entstehen weniger Handlungsdruck und Behandlungsdruck als im Vergleich zum Krankenhaus. Selbst wenn man einwendet, dass ein Krankenhauspatient eben doch wahrscheinlich viel schwerer erkrankt ist als ein ambulanter Patient – was durchaus nicht immer gilt –, ist die Frage, ob und zu welchem Preis man alles immer sofort wissen muss, berechtigt. Unter dem wirtschaftlichen Druck, unter dem Krankenhäuser heute stehen, muss möglichst viel an Diagnosen zur

Rechtfertigung abrechenbarer Leistung erbracht werden. Aber auch der niedergelassene Arzt ist „Leistungserbringer“, der für das Tun bezahlt wird, nicht für die Kunst des Lassens. Hier liegt ein unlösbar erscheinender Interessenkonflikt und damit ein echtes Heilungshindernis vor: Wir leben nicht von der Gesundheit, sondern von der Krankheit unserer Mitmenschen.

„Werte wie Sorgfalt, Ruhe, Weitsicht und Reflexivität sind unabdingbar für eine gute Medizin und dürfen auf dem Basar einer ökonomisierten Medizin nicht geopfert werden, weil der Patient zu Recht sich einen Arzt wünscht, der nicht nur für das Machen belohnt wird, sondern vor allem für das Beraten und Begleiten.“

Maio (2015: 140)

andauernd vorzugreifen. Dies setzt jedoch eine differenzierte, abgestufte, einvernehmliche Folge von Entscheidungen im Sinne des Patientenwohls voraus. Statt immer sofort alles wissen zu wollen, mit einem hohen Risiko an Überdiagnostik und Übertherapie, lohnt sich ein Vorgehen der kleinen Schritte, bei dem sich der nächste am vorherigen und den sich daraus ergebenden neuen Aspekten orientiert. Das ist in der Praxis weit besser möglich als in der Klinik, die unter den geschilderten anderen wirtschaftlichen Zwängen steht. Nur muss die Bereitschaft gegeben sein, den „Roten Faden“ in der Betreuung aufzunehmen und zu behalten.



Es ist leichter, die Verantwortung an eine Instanz, an die Klinik, abzugeben als selbst dafür einzustehen. Die Folgen sind aber Handlungszwang und Aktionismus, Medikalisierung und Übertherapie.

5 5.4 Modellhafte Versorgungsansätze: Plädoyer für eine expektative Medizin

Die ärztliche Kunst besteht nicht aus einer Anhäufung von Interventionen, sondern vielmehr darin, abwarten zu können und dem Krankheitsverlauf nicht

Dies schadet ganz generell dem gesamten System und insbesondere allen davon betroffenen (jungen) Patienten.

Fallbeispiel

Was hätte anders laufen können?

Hört man sich diese ganze Geschichte von Kai und Frau M. an, erkennt man bis zur vermeintlichen Diagnose ADHS im frühen Schulalter eine Kette von verpassten Chancen, die nun zu dem Ergebnis eines unstrukturierten, unruhigen, eigensinnigen, „auffälligen“ Kindes führen – einem Kind, das mit der Zeit aus dem Ruder läuft, weil es mit dem Etikett ADHS versehen wird.

Doch ein solches Patientenschicksal hätte vermieden werden können. Bereits in der Schwangerschaft hätte ein aufmerksamer Arzt die drohenden Probleme wahrnehmen und mit entsprechenden Hilfs- und Beratungsangeboten die Familie entscheidend unterstützen können. Schon in der Neugeborenenzeit wäre ein beziehungs- und bindungsorientiertes und auch stillfreundliches Klima geeignet gewesen, die frühe Interakti-

on besser gelingen zu lassen. Bei der Entlassung hätte die Nachbetreuung durch eine Hebamme oder gar eine speziell geschulte Familienhebamme initiiert werden müssen.

Bei der anschließenden kinderärztlichen Betreuung hätte dieser „Rote Faden“ aufgenommen und die psychosozialen Probleme unverzüglich angepackt werden müssen. In der Kita, in der viel zu wenige Betreuungspersonen viel zu viele Kinder versorgen müssen, war Kai völlig überfordert: Nirgendwo konnte er auf eine konstante und sichere Bindungsperson bauen. Somit sammelte sich sehr vieles an, was immer stärker in aggressives Verhalten mündete. Stattdessen wurde bei Kai immer nur an die rein medizinische Versorgung und dabei speziell ans Impfen und das Durchwinken der Vorsorgen gedacht. Die Entwicklung der „Lieblingsseite“, die ent-

steht, wenn das Kind immer nur auf dem Rücken liegt und in eine Richtung schaut, hätte als Folge eines unangemessenen Umgangs mit dem Kind gesehen werden müssen. Spätestens hier wäre es ein Gebot der Stunde gewesen, durch gezielte Förderung die Interaktion zwischen Mutter und Kind zu verbessern, um einen feinfühligere Umgang miteinander anzustreben und die Mutter – wo immer möglich – in ihrem eigenen Umfeld zu entlasten. Ergotherapie und Frühförderung

hätten von Anfang an initiiert werden müssen, zumal Kai im Weiteren zunehmend durch Zehenspitzenengang, viel Schreien und Kopfschlagen auffiel. Hätte Frau M. zudem Gelegenheit gehabt, ein niedrigschwelliges Familienzentrum vor Ort aufzusuchen, in dem der Junge betreut wird und Eltern ohne Druck und mit viel Feingespür gezielt unterstützt und beraten werden, hätte das der Familie vieles erspart: wahrscheinlich auch die dann später gestellte Diagnose ADHS.

LITERATUR

- AWMF (2017). Kurzfassung der interdisziplinären evidenz- und konsensbasierten (S3) Leitlinie „Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter“. AWMF-Registernummer 028-045; Stand: 2.5.2017; www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-045k_S3_ADHS_2018-06.pdf.
- Hahnemann S (1992). Organon der Heilkunst. Textkritische Ausgabe der 6. A. Heidelberg: Haug.
- Hontschik B (2019). Erkranken schadet Ihrer Gesundheit. Frankfurt/M.: Westend Verlag.
- Lown B (2004). Die verlorene Kunst des Heilens. Anstiftung zum Umdenken. Stuttgart: Schattauer.
- Maio G (2015). Die verlorene Kunst des Seinlassens. Dtsch Med Wochenschr 140(13): 1014–1018.
- Nolte SH (2017). Alles halb so schlimm. München: Kösel.
- Paul U (2011). Unschuld, Ware Gesundheit. Das Ende der klassischen Medizin. München: Beck.
- Stern Ärzte-Appell (2019). Medizin für Menschen – Ärzte fordern Rückbesinnung auf Heilkunst statt Profit. Mensch vor Profit. Stern-Titel vom 15.9.2019; www.stern.de/gesundheit/aerzte-appell-im-stern--die-titelgeschichte-zum-nachlesen-8902860.html (letzter Zugriff: 18.3.2020).
- Thompson JD, Fetter RB, Mross CD (1975). Case mix and resource use. Inquiry 12(4): 300–312.
- Vera A (2009). Die „Industrialisierung“ des Krankenhauswesens durch DRG-Fallpauschalen – eine interdisziplinäre Analyse. In: Gesundheitswesen 71(3): e10–e17.

14

Übersorgung durch Ultraschall der Schilddrüse: Wie können Patienten mit Schilddrüsenknoten besser diagnostiziert werden?

Fallbeispiel

Eine 35-jährige Patientin klagt bei ihrer Hausärztin über Müdigkeit. Sie denkt, es könnte an der Schilddrüse liegen, da schon ihre Mutter Schilddrüsenprobleme gehabt habe. Die Anamnese für andere Schilddrüsen-symptome und der Tastbefund sind unauffällig. Auch andere Anamnesefragen und körperliche Untersuchungen bzgl. des Beratungsanlasses Müdigkeit ergeben keine Auffälligkeiten. Die Hausärztin nimmt TSH basal sowie freies T_3 und T_4 ab und führt einen Ultraschall der Schilddrüse durch. Alle Werte sind unauffällig. Im Ultraschall findet sich in einer normal großen Schilddrüse ein Knoten mit einem Durchmesser von 1,2 cm. Der Knoten weist keine Zeichen von Malignität wie etwa Verkalkungen auf. Die Lymphknoten sind unauffällig. Die Hausärztin teilt der Patientin mit, dass es sich bei einem solchen Knoten selten, aber manchmal eben doch um Krebs handeln könne, und überweist sie vorsichtshalber an das regionale nuklearmedizinische Zentrum.

Dort wird eine Vielzahl weiterer Schilddrüsenwerte bestimmt, die sämtlich unauffällig sind. Der Ultraschall wird mit einem Schallkopf

höherer Auflösung wiederholt; dabei findet sich jetzt noch ein weiterer Knoten mit 0,4 cm Durchmesser. Es wird eine Szintigrafie veranlasst, die einen kalten Knoten zeigt (➤ Abb. 14.1). Der Patientin wird erklärt, dass kalte Knoten bösartig sein könnten und man die Knoten daher regelmäßig beobachten müsse. Sie solle L-Thyroxin einnehmen, da das die Knotengröße günstig beeinflusse.

Über einen Zeitraum von 4 Jahren nimmt die Patientin bei schwankenden TSH-Werten wechselnde Dosen L-Thyroxin und durchläuft mehrfach Labor- sowie bildgebende Kontrollen der Schilddrüse beim Nuklearmediziner. Zuletzt wird ihr wegen einer Größenzunahme eines der Knoten zur subtotalen Schilddrüsenresektion geraten. Der postoperative Histologiebefund ergibt keinen Hinweis auf Malignität. Die Patientin muss nun lebenslang weiterhin L-Thyroxin nehmen und geht auch weiterhin zu Kontrollen der Restschilddrüse. Ein solcher Fall dürfte den meisten Hausärzten in Deutschland bestens bekannt sein. Ist dabei aber alles richtig gelaufen?

14.1 Wie häufig kommen Unter- und Übersorgung vor?

In Deutschland werden deutlich mehr Patienten an der Schilddrüse operiert als in anderen Ländern. In einer Untersuchung aus dem Jahr 2015 lag die Rate etwa 4-mal höher als in England und 7-mal höher als in den Niederlanden (Verburg 2015). Die meisten

Schilddrüsenoperationen bei Struma nodosa erfolgen diagnostisch. Erst intra- bzw. postoperativ ergibt sich aus dem histologischen Befund die eindeutige Klärung, ob ein benigner oder ein maligner Knoten vorliegt. In Deutschland liegt das Verhältnis maligner zu benignen Befunden bei operierten Patienten mit uninodöser Struma bei 1 : 15, in Italien bei 1 : 7 und in England und Skandinavien bei 1 : 5 (Wienhold et al. 2013). In Deutschland hätten also 15 Patienten im Nachhinein

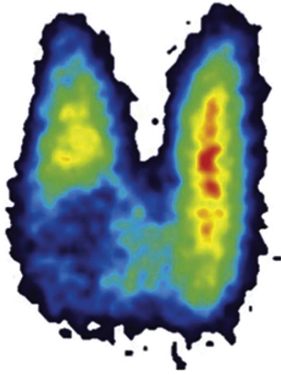


Abb. 14.1 Typische Darstellung eines kalten Knotens in der Szintigrafie der Schilddrüse [M478]

nicht an der Schilddrüse operiert werden müssen, um einmal ein Malignom zu finden. Als Grund für diese hohe Rate unnötiger Schilddrüsenoperationen in Deutschland wird eine ungenügende präoperative Diagnostik, vor allem mit einer deutlich zu geringen Rate an Feinnadelpunktionen, angenommen (Wienhold et al. 2013).

Eine immer wieder angeführte Erklärung für die Häufigkeit von Schilddrüsenknoten und Schilddrüsen-OPs lautet, Deutschland sei ein Jodmangelgebiet. Dies trifft inzwischen, vermutlich durch ausreichende Jodsubstitution, laut WHO nicht mehr zu. Misst man die Jodausscheidung über den Urin der Bevölkerung, befindet sich Deutschland im Optimalbereich (WHO 2004). Die weltweit deutliche Zunahme an Schilddrüsenknoten und Schilddrüsenkrebs in Industrieländern wird stattdessen vor allem auf ein sogenanntes „**graues Screening**“, also eine nicht empfohlene bildgebende Diagnostik der Schilddrüse durch Ultraschalluntersuchungen zurückgeführt (Ahn et al. 2014). Die mit steigendem Alter zunehmende Prävalenz von Schilddrüsenknoten – auch bei funktional Schilddrüsen gesunden – ließ sich früher vor allem in Autopsiestudien zeigen. Heute gelingt der Nachweis auch bei Lebenden mit hochauflösenden Ultraschallgeräten. Danach beträgt die Prävalenz in Deutschland bei Patienten unter 40 Jahren 42 %, in der Altersgruppe 41–60 Jahre 67 % und bei über 60-Jährigen 76 % (Guth et al. 2009).

Damit wird das Vorhandensein von Schilddrüsenknoten mit zunehmendem Alter beinahe zum Nor-

malbefund. Wer danach sucht, wird Knoten finden. In einer prospektiven Kohortenstudie fand sich in Knoten, die sonografisch oder histologisch nach Feinnadelpunktion als gutartig gewertet worden waren, über einen Zeitraum von 5 Jahren eine Krebsinzidenz von nur 0,3 % (Durante et al. 2015).

Patienten mit Schilddrüsenknoten, die auf diese Weise als gutartig bewertet wurden, müssten also nicht operiert werden. In Studien aus mehreren Industrieländern fand sich das Phänomen steigender Zahlen von Schilddrüsenkrebs bei gleichbleibender oder sinkender Sterblichkeit an Schilddrüsenkrebs (Jegerlehner et al. 2017). Auch in Deutschland ist in der Zeit von 1980 bis 2010 die altersstandardisierte Inzidenz von Schilddrüsenkrebs bei Frauen um 100 %, bei Männern um 75 % gestiegen. Im Gegensatz dazu nahmen die altersstandardisierten Sterberaten an Schilddrüsenkrebs um jeweils 50 % ab (RKI 2010). In den aktualisierten Daten von 2016 zeigt sich die Fortsetzung dieses Trends (www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Krebsarten/Schilddruesenkrebs/schilddruesenkrebs_node.html). Bei den entdeckten Karzinomen handelt es sich in weit überwiegender Häufigkeit um sogenannte papilläre Karzinome, die sich wenig bösartig verhalten und daher kaum zur Sterblichkeit beitragen.



Ein Ansteigen der Karzinomraten bei gleichbleibender oder gar sinkender Sterblichkeit wird als deutliches Zeichen von Überdiagnostik gesehen. Dieses Phänomen lässt sich für fast alle Formen der Krebsfrüherkennung nachweisen.

14.2 Fehlversorgung konkret: Was sagt die Evidenz, und welche Rolle spielen die Leitlinien?

Gemäß der Leitlinie „Erhöhter TSH-Wert in der Hausarztpraxis“ der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM 2016) ergibt sich selbst **bei erhöhtem TSH keine Indikation für eine sonografische Untersuchung** der Schilddrüse (> Abb. 14.2). Eine für die Allgemeinmedizin gültige deutschsprachige Leitlinie zum Umgang mit Schilddrüsenknoten gibt es bislang nicht. Eine Übersichtsarbeit zu internationalen Leitlinien bzgl. Schilddrüsenknoten kam 2008 zu dem Ergebnis,

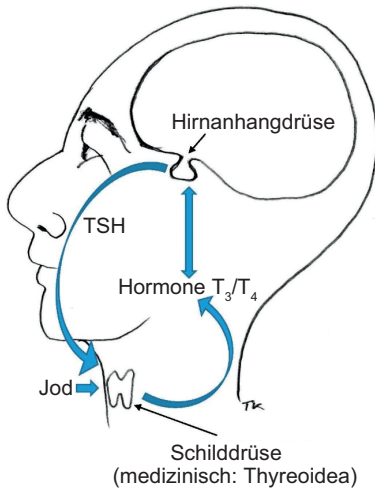


Abb. 14.2 Vereinfachte Darstellung des Regelkreislaufs der Hormonproduktion durch die Schilddrüse: Die Schilddrüse ist ein kleines Organ am Hals, das unter Verwendung von Jod ein Hormon produziert (Thyroxin). In seiner Speicherform enthält es vier Jodteilchen (T_4). Durch Abspaltung eines Jodteilchens wird das Hormon aktiv (T_3). Die Hirnanhangdrüse (Hypophyse) misst die Menge des zirkulierenden Hormons. Ist zu wenig Hormon vorhanden, schüttet die Hirnanhangdrüse ein die Schilddrüse (Thyreoidea) stimulierendes Hormon (TSH) aus. Ist zu viel Hormon vorhanden, sinkt das TSH ab. Darüber liegt ein weiterer Regelkreis mit dem Hypothalamus. [P716]

dass die gegebenen Empfehlungen vielfach allein auf Expertenmeinung beruhen und dass oft dieselbe Empfehlung auf Basis unterschiedlicher Evidenz oder unterschiedliche Empfehlungen auf Basis derselben Evidenz gegeben werden (Gharib et al. 2008).

Dieselben Autoren waren dann Mitautoren einer internationalen Leitlinie zur Diagnose und zum Management von Schilddrüsenknoten (Gharib et al. 2010). Die jüngste Leitlinie stammt von der US-amerikanischen Fachgesellschaft für Schilddrüsenerkrankungen und wurde im Jahr 2016 veröffentlicht (Haugen et al. 2016). Beide Leitlinien rieten von einem **Ultraschallscreening** für Schilddrüsenknoten ab. Zum selben Schluss kam auch die US Preventive Services Task Force (2017). Patienten mit Verdacht auf Schilddrüsenerkrankungen sollten nach ihrer Familienvorgeschichte und ihrer eigenen Vorgeschichte bezüglich Schilddrüsenerkrankungen befragt werden. Die körperliche Untersuchung umfasst die Palpation der Schilddrüse und der Halslymphknoten sowie die Auskultation; laborchemisch sollte zunächst ausschließlich das TSH basal bestimmt

werden (Gharib et al. 2010). Bei normalem oder erniedrigtem TSH basal sollte eine Ultraschalluntersuchung der Schilddrüse nur dann erfolgen, wenn bei der körperlichen Untersuchung Knoten oder auffällige Lymphknoten tastbar waren oder wenn sonst der Verdacht auf ein Schilddrüsenkarzinom besteht. Die neue US-amerikanische Leitlinie ist hier weniger explizit. Sie empfiehlt eine Ultraschalluntersuchung der Schilddrüse bei allen Patienten mit bekannten oder vermuteten Schilddrüsenknoten (Haugen et al. 2016). Nachdem Schilddrüsenknoten zu Recht bei fast allen Menschen mit zunehmendem Alter immer häufiger vermutet werden können, würde diese Empfehlung eben doch eine Art Screening rechtfertigen.

Ein weiterer Weg, um Kenntnis von Schilddrüsenknoten zu erlangen, sind sogenannte Zufallsbefunde oder „incidentalomas“. Sie finden sich z. B. bei CT- oder MRT-Untersuchungen des Thorax, bei denen sich Hals und Schilddrüse mit abbilden. Auch dürfte die Ultraschalluntersuchung der Halsschlagadern eine Quelle sein, bei der dem aufmerksamen Untersucher dann eben auch Schilddrüsenknoten auffallen.

Schilddrüsenknoten weisen anhand der Ultraschalluntersuchung Kriterien auf, aus denen sich, zusammen mit anderen Kriterien wie frühere Bestrahlung der Halsregion, auffällige Lymphknoten und andere, der Verdacht auf **Malignität** ergeben kann. Die Stärke des Verdachts im Ultraschallbefund anhand bestimmter Kriterien bildet nicht etwa die Indikation für eine Operation, sondern für eine **Feinnadelpunktion** des Knotens; dabei ist das Krebsrisiko für tastbare solitäre Knoten nicht größer als für multinoduläre Strumen oder für Knoten in diffusen Strumen (Gharib et al. 2010). Kein einzelnes der Ultraschallkriterien bildet einen für sich ausreichenden Verdacht auf Malignität. Erst ab mindestens zwei Malignitätskriterien sollte eine Abklärung durch Feinnadelpunktion erfolgen. Die US-amerikanische Leitlinie kommt auch hier wieder zu anderen Empfehlungen. Sie empfiehlt eine Punktion aller Knoten ab 1 cm Durchmesser mit sonografisch hohem oder mittelgradigem Risiko für Malignität und ab 1,5 cm bei niedrigem Risiko (Haugen et al. 2016). In der bereits zitierten Studie von Wienhold et al. (2013) hatte sich gezeigt, dass in Deutschland bei nur 21 % der operierten Patienten mit uninodöser Struma präoperativ eine Feinnadelpunktion durchgeführt worden war. Eine US-amerikanische Untersuchung ergab, dass selbst in Knoten, bei denen in einer initialen Feinna-

delpunktion keine eindeutige Diagnose gestellt werden konnte, sich infolge nur bei sehr wenigen Knoten doch noch eine Krebsdiagnose ergab (2 von 336, 0,6 %, Anderson et al. 2014). In Deutschland erhalten nach Wienhold et al. (2013) 79 % der Patienten präoperativ keine Feinnadelpunktion, 94 % hingegen eine Szintigrafie.

Die internationale Leitlinie empfiehlt, eine **Szintigrafie** nur dann durchzuführen, wenn ein erniedrigtes TSH basal, also eine Hyperthyreose und somit der Verdacht auf ein autonomes Adenom vorliegt (Gharib et al. 2010). Das ist sinnvoll. Die Szintigrafie ist nicht in der Lage, zwischen malignen und benignen Knoten zu unterscheiden, sondern dient dem Nachweis autonomer Adenome. Wenn aufgrund normaler Schilddrüsenfunktion kein Verdacht auf ein solches Adenom vorliegt, leuchtet es nicht ein, warum man danach suchen oder es ausschließen sollte. Auch die US-amerikanische Leitlinie spricht von einer Szintigrafie nur im Zusammenhang mit erniedrigtem TSH (Haugen et al. 2016). Eine S1-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Nuklearmedizin empfiehlt hingegen eine Szintigrafie ab einer Knotengröße von 1 cm (DGN 2014). Eine Begründung oder gar Evidenz für diese Empfehlung wird nicht angegeben.

Weder die Knotengröße noch das Größenwachstum von Knoten bilden für sich einen Hinweis auf das Vorliegen von Malignität. Knoten wachsen und schrumpfen unabhängig von ihrer Malignität. In einer italienischen Beobachtungsstudie mit 992 Patienten mit zusammen 1.567 initial als gutartig bewerteten Knoten zeigte sich über 5 Jahre bei 11,1 % ein Größenwachstum; 75,8 % blieben größenstabil und 13,1 % schrumpften. Wie schon erwähnt, ergab sich nur bei 0,3 % im Beobachtungszeitraum eine Krebsdiagnose (Durante et al. 2015). Man geht davon aus, dass gutartige Knoten nicht etwa entarten, sondern dass Knoten von Anfang an entweder maligne oder benigne sind.



Aber Schilddrüsenkrebs ist nicht gleich Schilddrüsenkrebs. Bei der überwiegenden Mehrzahl der durch Überdiagnostik auffallenden Fälle von Schilddrüsenkrebs handelt es sich um papilläre Karzinome, die meist nur langsam wachsen und selten metastasieren oder zum Tod führen (Ahn et al. 2016).

Unsere Patientin erhielt über Jahre L-Thyroxin mit der Begründung, dass dieses ihr Knotenwachstum verringern würde. Die Leitlinien raten explizit von einer solchen Wachstumsprophylaxe ab (Gharib et al. 2010; Haugen et al. 2016). Entgegen diesen Leitlinien erhielten in der Studie von Wienhold et al. (2013) 13 % der operierten Patienten mit uninodösen Strumen in Deutschland bereits präoperativ L-Thyroxin. In einer anderen deutschen Studie wiesen 29,5 % der mit L-Thyroxin behandelten Patienten einen TSH Wert außerhalb des Normbereichs auf (Hannemann et al. 2010). Etwa die Hälfte der Thyreotoxikosen ist iatrogen bedingt, mit den höchsten Raten unter älteren Frauen, die dadurch noch stärker für Vorhofflimmern oder Osteoporose gefährdet sind (Mammen et al. 2015). Dies ist auch der Grund, warum die Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie in ihren „Klug Entscheiden“-Empfehlungen rät:

„Eine Dauertherapie mit Levothyroxin bei Strumadenosa soll nicht durchgeführt werden.“

Feldkamp et al. (2016)

Eine Untersuchung von Krankenakten deutscher Hausärzte ergab, dass 9,2 % aller Patienten Schilddrüsenhormone einnahmen, davon 82,5 % Frauen. In 47,7 % der Fälle fand sich dafür in den Krankenakten keine begründende Diagnose (Viniol et al. 2013).

14.3 Wo liegen die Probleme, und was sind die Ursachen dafür?

L-Thyroxin lag im Jahr 2016 mit 44.939.906 Euro auf Rang 16 der umsatzstärksten Arzneimittel allein unter den Versicherten der BARMER-GEK. Da die Therapiekosten pro Patient bei nur 48 Euro pro Jahr liegen, wurde dieser Umsatz durch die hohe Zahl der Patienten erreicht (Grandt et al. 2017). Behandelt wurden 929.949 der 8.933.087 BARMER-Versicherten (10,4 %). Was die eine Seite etwas kostet, wird von einer anderen Seite verdient.

Am aktivsten wird das Thema Schilddrüsenknoten wahrscheinlich von der Fa. Sanofi-Aventis beworben, deren Schilddrüsenmedikamente in Deutschland

unter dem Namen Henning vertrieben werden. Die Firma unterhält gleich zwei Webseiten, eine davon vor allem für Patienten, auf denen sie das betreibt, was man „disease mongering“ nennt, also dass man Geld verdient, indem man die Krankheit verstärkt ins Bewusstsein der Menschen bringt (Sanofi Aventis, Online Zugriff am 3.1.2020). Die Slogans lauten z. B. „Schilddrüsenwoche 2019 – Deutschland macht den Schilddrüsen-Check“. Selbst eine eigene Zeitschrift, der „Schilddrüsenexpress“, wird zu diesem Zweck herausgegeben (ebda.). Ärzte können dort von der Firma finanzierte Fortbildungen buchen, einschließlich Verköstigung im Wert von etwa 60 Euro. Sanofi-Aventis unterstützt für die medizinischen Fachgesellschaften ganze Kongresse, deren Kosten für die Besucher weit unter den sonst üblichen Kongressgebühren liegen und unter dem Firmennamen „Henning-Symposium“ laufen. Das Logo ist dabei immer ein hübscher kleiner Schmetterling (frz. „papillon“), unter dessen Namen die „weltweit größte Schilddrüsenstudie“ gelaufen ist (Reiners et al. 2004). An der Studie, die in ihrer Dimension einem nicht empfohlenen Screening gleichkommt, waren sämtliche deutsche Fachgesellschaften beteiligt, die sich mit dem Thema Schilddrüse beschäftigen. Finanziert wurde sie wesentlich durch die Fa. Sanofi-Aventis, die parallel dazu eine massive begleitende „Disease-Awareness“-Kampagne startete, um die vermeintliche Krankheit „Schilddrüsenknoten“ ins Bewusstsein von Ärzten und Patienten zu bringen. Die entsprechenden Aussagen der Kampagne lauten:

„Jeder 3. erwachsene Bundesbürger hat krankhafte Veränderungen an der Schilddrüse, von denen er bisher nichts wusste.“

Jeder 4. erwachsene Bundesbürger hat Knoten in der Schilddrüse.

Jeder 2. erwachsene Bundesbürger über 45 ist bereits an der Schilddrüse erkrankt.“

Obwohl ein Ultraschallscreening von keiner Leitlinie empfohlen wird und an der Repräsentativität der Daten erhebliche Zweifel bestehen, wird festgestellt:

„Eine Ultraschall-Untersuchung der Schilddrüse ist eine wichtige präventive Maßnahme, wie die repräsentativen Ergebnisse für Deutschland eindrucksvoll belegen.“

Sanofi Aventis (Online Zugriff am 5.1.2020)



Bisher regte sich nur wenig Widerstand gegen diese unselegne Allianz aus Industrieinteressen und Spezialistentum.

Die DEGAM-Leitlinie „Schutz vor Über- und Unterversorgung – gemeinsam entscheiden“ berührt das Thema leider nicht, da sie ausschließlich auf den relevanten Empfehlungen der bestehenden DEGAM- und der Nationalen Versorgungsleitlinien aufbaut, die keine Leitlinie zur Versorgung von Schilddrüsenknoten umfassen (DEGAM 2018). Vonseiten der Fachgesellschaften liegen bislang einzig Negativempfehlungen gegen ein Schilddrüsen-screening und gegen eine dauerhafte L-Thyroxin-Behandlung von Patienten mit Struma nodosa durch die Klug-Entscheiden-Initiative der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie vor (Feldkamp et al. 2016). 2019 startete die Bertelsmann Stiftung eine Initiative gegen Überversorgung, in der auch das Thema Schilddrüsenknoten eine Rolle spielte.

Eine weitere Quelle für Überversorgung bei Schilddrüsenknoten dürften die nuklearmedizinischen Zentren sein, die sich in Deutschland zunehmend als „Schilddrüsenärzte“ etablieren. Hier ist von einem erheblichen Interessenkonflikt durch nicht gerechtfertigte Indikationsstellung insbesondere für bildgebende Diagnostik auszugehen. Auch die nicht evidenzbasierte Empfehlung der nuklearmedizinischen Leitlinie, Schilddrüsenknoten ab 1 cm Größe zu szintigrafieren, scheint ein deutlicher Hinweis auf diesen Interessenkonflikt zu sein (DGN 2014).

14.4 Was muss sich ändern, und was brauchen wir?

Da es zum Umgang mit Schilddrüsenknoten keine aktuelle deutschsprachige Leitlinie gibt, kann ein entsprechendes Vorgehen hier nur als Vorschlag zur Diskussion behandelt werden. Zunächst einmal ist man sich weltweit einig, dass ein systematisches Screening auf Schilddrüsenknoten nicht nur nicht sinnvoll, sondern sogar schädlich ist und unterbleiben sollte. Das Gleiche gilt für das verbreitet stattfindende opportunistische oder graue Screening. Steht ein Symptom (z. B. Müdigkeit, Haarausfall ...) unter

Verdacht, durch eine Fehlfunktion der Schilddrüse verursacht zu sein, genügt es, diesen Verdacht zunächst durch Bestimmung des TSH basal abzuklären. Eine sonografische Abklärung macht nur bei Schilddrüsenüberfunktion, tastbarem Kropf oder Knoten Sinn. Auch malignitätsverdächtige Halslymphknoten und eine frühere Bestrahlung im Halsbereich können Indikationen darstellen. Eine Überfunktion könnte, wenn über Labormarker eine Thyreoiditis oder ein Morbus Basedow ausgeschlossen sind, Folge eines autonomen Adenoms sein, dessen Vorhandensein sich nur durch die Abfolge von Sonografie und Szintigrafie klären lässt. Eine Schilddrüsenunterfunktion lässt sich dagegen kaum durch eine Sonografie abklären. Sonografische Zeichen, z. B. einer Hashimoto-Thyreoiditis, wie das inhomogene aufgelockerte Reflexmuster, sind unspezifisch und nicht diagnostisch. Die Diagnose einer Hashimoto-Thyreoiditis wird vielmehr laborchemisch über die Bestimmung der Anti-TPO-Antikörper gestellt.

Eine weitere Quelle für das Auffallen von Schilddrüsenknoten stellen, wie gesagt, die sogenannten „incidentalomas“ (Zufallsbefunde) dar, die z. B. bei Thorax-CTs oder Ultraschalluntersuchungen der Karotiden entstehen können. Eine Reduktion dieser Zufallsbefunde wäre durch eine Reduktion des ebenfalls nicht indizierten grauen Screenings auf Karotisstenosen zu erreichen. Sind Schilddrüsenknoten erst einmal aufgefallen, sollte man versuchen, ihre Dignität abzuklären. Szintigrafien sind hierfür selten hilfreich. Weisen die Knoten im Ultraschall Malignitätskriterien auf, sollte eine Punktion erfolgen. Ergibt die Punktion einen benignen Knoten, können weitere Kontrollen unterbleiben. Selbst bei kleinen, gut abgekapselten papillären Schilddrüsenkarzinomen könnte man durchaus zunächst nur beobachtend vorgehen (Rosario et al. 2018). Dieses Vorgehen stellt jedoch vermutlich nur für wenige Patienten eine erträgliche Option dar.

14.5 Wer ist in der Pflicht, der Überversorgung bei Schilddrüsenknoten zu begegnen?

Die wichtigste Maßnahme zur Verbesserung der Versorgung von Patienten mit Schilddrüsenknoten wäre eine verantwortungsvoll erstellte Leitlinie, die nicht nur klarmacht, wann eine Ultraschalluntersuchung der Schilddrüse indiziert, sondern auch wann sie nicht indiziert ist. Weiterhin sollte sie klarstellen, dass eine regelhafte Szintigrafie der Schilddrüse ab einer bestimmten Knotengröße nicht sinnvoll ist und dass eine Resektion der Schilddrüse ohne vorangehende Feinnadelpunktion einen Behandlungsfehler darstellt. Die Leitlinie sollte federführend aus der Allgemeinmedizin kommen, ihre Empfehlungen sollten streng evidenzbasiert sein und dem Nutzer neben den Möglichkeiten insbesondere die Risiken vor allem bildgebender Diagnostik der Schilddrüse verständlich darlegen. Die Leitlinie müsste auch für Patienten verständliches Begleitmaterial zur Verfügung stellen. Sie könnte dann die Grundlage sein, z. B. nicht sinnvolle Szintigrafien, die einfach aufgrund der Knotengröße durchgeführt werden, nicht mehr zu honorieren.



Diese Überdiagnostik durch nicht indizierten Ultraschall führt zu einem steilen Anstieg der Inzidenz von Schilddrüsenkrebs, der den betroffenen Patienten in der Mehrzahl der Fälle nie geschadet hätte.

Auch wenn die Patienten die Entfernung papillärer Schilddrüsenkarzinome meist gut überstehen, kommt es immer wieder zu OP-Komplikationen wie Rekurrensparesen. Die Patienten müssen in der Folge lebenslang Schilddrüsenhormone einnehmen. Das Schlimmste aber ist vermutlich, dass man sie unnötig zu Krebspatienten macht, was mit einer erheblichen Traumatisierung einhergeht. Schon 2008 fragte John J. Cronan (2008) in der Zeitschrift „Radiology“, ob es nicht an der Zeit sei, die Ultraschallgeräte auszuschalten. Seine Antwort lautete: Ja, wenn wir der steigenden Flut von Schilddrüsenknoten entgegen wollen.

Fallbeispiel

So hätte es laufen müssen

Die Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin gibt eine Leitlinie zum Beratungsanlass Müdigkeit heraus (DEGAM 2017). Danach hätte der Hausarzt im obigen Fallbeispiel der 35-jährigen Patientin zur Abklärung der Schilddrüse als Ursache der Müdigkeit ausschließlich TSH basal abnehmen sollen, mehr nicht. Normale TSH-Werte hätten gemäß Leitlinie die Schilddrüse als Ursache der Müdigkeit ausgeschlossen, sodass keine weitere Diagnostik nötig gewesen wäre: keine Bestimmung von freiem T₃ und T₄ und kein Ultraschall. So wären keine Knoten ent-

deckt worden und keine Kontrollen erforderlich gewesen, es wäre kein L-Thyroxin gegeben und die Patientin nicht operiert worden.

Was stattdessen passierte, wird in der Medizin als Kaskadeneffekt bezeichnet. Kaskadeneffekte sind definiert als „Prozesse die – einmal begonnen – schrittweise bis zu ihrem scheinbar unvermeidlichen Ausgang fortschreiten“. Damit gleichen sie einer Lawine, die zu stoppen immer schwerer wird. Besser wäre, sie gar nicht erst auszulösen.

LITERATUR

- Ahn HS, Kim HJ, Welch HG (2014). Korea's thyroid-cancer "epidemic" – screening and overdiagnosis. *N Engl J Med* 371: 1765–1767.
- Ahn HS, Kim HJ, Kim KH, Lee YS, Han SJ, et al. (2016). Thyroid cancer screening in South Korea increases detection of papillary cancers with no impact on other subtypes or thyroid cancer mortality. *Thyroid* 26(11): 1535–1540.
- Anderson TJT, Atalay MK, Grand DJ, Baird GL, Cronan JJ, Beldand MD (2014). Management of nodules with initially nondiagnostic results of thyroid fine-needle aspiration: Can we avoid repeat biopsy? *Radiology* 272(3): 777–784.
- Bertelsmann Stiftung (2019). Überversorgung schadet den Patienten; www.bertelsmann-stiftung.de/de/themen/aktuelle-meldungen/2019/november/ueberversorgung-schadet-den-patienten/ (letzter Zugriff: 4.3.2020).
- Cronan JJ (2008). Thyroid nodules: Is it time to turn off the US-machines? *Radiology* 247: 602–604.
- Durante C, Costante G, Lucisano G, Bruno R, Meringolo D, et al. (2015). The natural history of benign thyroid nodules. *JAMA* 313(9): 926–935.
- Feldkamp J, Schott M, Quinkler M, Blüher M, Diederich S, Reincke M. Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie (DGE) (2016). Klug Entscheiden ... in der Endokrinologie. *Dtsch Arztebl* 113(17): A821–824.
- Gharib H, Papini E, Paschke R (2008). Thyroid nodules: a review of current guidelines, practices, and prospects. *Eur J Endocrin* 159: 493–505.
- Grandt D, Schubert I (Hrsg.) (2018). Arzneimittelreport 2017. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse. Band 3; www.barmer.de/blob/121882/fb95b983d313c453d9ebaa01c2ac783d/data/dl-barmer-arzneimittelreport-2017.pdf (letzter Zugriff: 4.3.2020).
- Guth S, Theune U, Aberle J, Galach A, Bamberger CM (2009). Very high prevalence of thyroid nodules detected by high frequency (13 MHz) ultrasound examination. *Eur J Clin Invest* 39(8): 699–706.
- Hannemann A, Friedrich N, Haring R, Krebs A, Völzke H, et al. (2010). Thyroid function tests in patients taking thyroid medication in Germany: results from the population-based Study of Health in Pomerania (SHIP). *BMC Research Notes* 3: 227.
- Jegerlehner S, Bulliard JL, Aujesky D, Rodondi N, Germann S, Konzelmann I, Chiolerio A. NICER Working Group (2017). Overdiagnosis and overtreatment of thyroid cancer: a population-based temporal trend study. *PLoS One* 12(6): e0179387.
- Mammen JS, McGready J, Oxman R, Chia CW, Ladenson PW, Simonsick EM (2015). Thyroid hormone therapy and risk of thyrotoxicosis in community-resident older adults: findings from the Baltimore longitudinal study of aging. *Thyroid* 25(9): 979–986.
- McHenry CR, Huh ES, Machekano RN (2008). Is nodule size an independent predictor of thyroid malignancy? *Surgery* 144: 1062–1069.
- Reiners C, Wegscheider K, Schicha H, Theissen P, Vaupel R, et al. (2004). Prevalence of thyroid disorders in the working population of Germany: ultrasonography screening in 96,278 unselected employees. *Thyroid* 14(11): 926–932.
- RKI – Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2010). Verbreitung von Krebserkrankungen in Deutschland. Entwicklung der Prävalenzen zwischen 1990 und 2010. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Rosario PWS, Mourão GF, Oliveira PHL, Silva TH (2018). Are papillary thyroid carcinomas that are candidates for active surveillance in fact classical microcarcinomas restricted to the gland? *Eur Thyroid J* 7: 258–261.
- Sanofi Aventis (2020). Forum Schilddrüse; www.forum-schilddruese.de/ (letzter Zugriff: 21.4.2020).
- Sanofi Aventis (2020). Schilddrüse; www.schilddruese.de/ (letzter Zugriff: 21.4.2020).
- Schilddrüsen-Initiative Papillon. Jeder Dritte hat eine kranke Schilddrüse; www.kern-medical.com/download/Papillon%20Studie.pdf (letzter Zugriff: 21.4.2020).

30

Nachhaltige Ungleichheit: Warum Kinder aus bildungsfernen Familien deutlich schlechtere Entwicklungschancen haben

Fallbeispiel

Was lief hier schief?

Maureen F. wurde im Alter von 20 Jahren in einer Berliner Geburtsklinik von einem Jungen (Benny) entbunden. Der Vater des Kindes ist ihren Angaben zufolge unbekannt.

Maureen hat keinen Grundschulabschluss und zwei Vorbereitungskurse für Lehrstellen als Einzelhandelskauffrau abgebrochen. Sie lebt von Transferbezügen (Hartz IV) in einer 1-Zimmer-Wohnung in einem sogenannten sozialen Brennpunkt. Zu ihrer Mutter hat sie kaum und zu ihrem leiblichen Vater keinen Kontakt.

Ihre Schwangerschaft hat sie erst im 5. Monat durch einen Urintest aus der Apotheke festgestellt, sodass der von ihr favorisierte Abbruch wegen der fortgeschrittenen Schwangerschaft nicht mehr möglich war.

Maureen suchte erst ab der Vorsorgeuntersuchung U3 (6. Lebenswoche) den nächsten erreichbaren Kinder- und Jugendarzt auf, der auch die folgenden Vorsorgeuntersuchungen und die anstehenden Impfungen durchführte. Bis einschließlich U5 (ca. 6 Monate) entwickelte sich das Kind normal, die Mutter-Kind-Interaktion war zugewandt und liebevoll. Als der Kinder- und Jugendarzt Maureen anlässlich der ersten Masern-Mumps-Röteln-Windpocken-Impfung in Bennys

10. Lebensmonat sah, fiel ihm auf, dass sie kaum mit dem Kind sprach, ihm dafür aber ständig ein Tablet mit animierten, spielenden bunten Bärchen vorhielt. Die Bärchen gaben ständig Piepslaute von sich, die nur mit Mühe als gepiepte Worte zu verstehen waren. Auf Nachfrage gab Maureen an, nicht ein einziges Kinderbuch zu besitzen und auch keine Kinderlieder zu singen. Sie sah in den von Kinderfachleuten produzierten bunten Bärchen vielmehr ein ebenso gutes Programm für Kinder, für das der Säugling zu Hause sogar einen eigenen Bildschirm habe. Sie selbst schaute dann die Vormittagssendungen im Fernsehen.

Der Kinder- und Jugendarzt riet Maureen, Kontakt mit dem nahegelegenen Familienzentrum aufzunehmen, da es dort viele Angebote für junge Mütter (Babykochkurse; Bilderbuchlesen) gebe und man Kontakte knüpfen könne. Maureen versprach, dort ganz sicher hinzugehen. Bei der U6 (12–13 Monate) gab sie auf pflichtgemäßes Nachfragen des Kinderarztes an, dass sie für den Besuch des Familienzentrums bisher noch keine Zeit gehabt habe. Ähnliche Angaben machte sie bei den folgenden Vorsorge- und Impfterminen, ohne dass sie weitere Anstrengungen unternommen hatte, Unterstützungsleistungen in Anspruch zu nehmen. Welche Potenziale sind hier verspielt worden?

30.1 Stellenwert der Thematik

Die erfolgreiche Förderung der intellektuellen und emotionalen Fähigkeiten eines jeden Kindes ist eine wesentliche Voraussetzung dafür, dass die in

einer Gesellschaft vorhandenen Potenziale verfügbar werden. Wirtschaftsmodelle der Neuen Wachstumstheorie zeigen auf, dass der Bildungsstand der Bevölkerung eine entscheidende Variable für das Wirtschaftswachstum ist. Danach lassen sich bis zu

30 % des Wirtschaftswachstums mit dem Bildungsstand der Bevölkerung erklären (Bodenhöfer 1998).

Leider entsprechen solche grundlegenden Annahmen nicht der gesellschaftlichen Realität in Deutschland. Denn die ökonomische Marginalisierung eines Teils der Bevölkerung in die Armut, ihre Teilhabeentmutigung an der gesellschaftlichen Dynamik und ihr Einrichten in einer auf gesellschaftliche Zuwendung („Transferleistungen“) basierten Lebens- und Entfaltungsebene ist eine über die Zeit eigentümlich stabile und unveränderte Realität. Die OECD (2018) stellt fest:

*„Jedes dritte Kind [im OECD-Durchschnitt, Anm. der Autoren], dessen Vater Geringverdiener ist, wird ebenfalls Geringverdiener – in Deutschland sogar [Ergänzung durch die Autoren] 42 %. Bei den restlichen zwei Dritteln beschränken sich die Aufstiegsmöglichkeiten **hauptsächlich lediglich auf die nächsthöhere Einkommensgruppe** [Hervorhebung durch die Autoren].*

[...]

In einem Zeitraum von vier Jahren schaffen es 60 Prozent der Menschen in der Einkommensgruppe der unteren 20 Prozent nicht, in eine höhere Einkommensgruppe zu gelangen. Gleichzeitig verbleiben 70 Prozent der Menschen in den oberen 20 Prozent in dieser Einkommensgruppe – in Deutschland ist dieser Anteil von 68 % in den 1990er Jahren auf nun 74 % gestiegen. In den Haushalten der Mittelschicht fiel jeder siebte, und in den Haushalten nah an den unteren 20 Prozent jeder fünfte in die unteren 20 Prozent.“

In Deutschland gelten nach einer Analyse des 5. Reichtums- und Armutsberichts (BuMi Arbeit und Soziales 2017) knapp 16 % der Bevölkerung als arm. Der Anteil der in Armut lebenden Kinder und Jugendlichen bis 18 Jahren wird auf 21 % geschätzt. Betrachtet man die typischen Herkunftsmerkmale von Kindern, deren Familien Transferbezüge nach SGB II (= Hartz IV) erhalten, dominieren die Merkmale „niedriger Bildungshintergrund“, „nur bei der Mutter aufgewachsen“ und „Migrationshintergrund“, sodass zusammenfassend gefolgert werden kann:



Kinder, die in Armut leben, kommen überwiegend aus bildungsfernen Single-Haushalten und haben häufig einen Migrationshintergrund.

Kinder und Jugendliche aus Familien mit prekären Lebenslagen sind häufiger krank, nehmen häufiger Schmerzmittel und andere Medikamente, haben einen deutlich schlechteren Zahnstatus, nehmen weniger an Vorsorgeuntersuchungen teil (insbesondere Kinder aus Migrantenfamilien), neigen häufiger zu riskantem Verhalten, ernähren sich ungesünder und sind häufiger übergewichtig (Lampert et al. 2010). Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem SES sind insgesamt unzufriedener mit ihrem Leben.

Hinzu kommt die häufig mit der Armut verbundene Bildungsferne der Familien. Es ist das unbestrittene Verdienst der KiGGS-Studie (RKI 2008), in einer für den deutschsprachigen Raum einmaligen anfänglichen Querschnitts- und bis heute fortgeschriebenen Längsschnittuntersuchung den negativen Einfluss von niedrigem familiärem SES⁷¹ auf die frühkindliche Entwicklung (Motorik, Kognition, Sprache, soziales Verhalten) dargestellt zu haben. Auf Grundlage der von 2003 bis 2006 durchgeführten Basiserhebung stellten Lampert et al. (2010) fest, dass Kinder aus Familien des untersten soziökonomischen Quartils Kindern aus höheren Schichten in allen Belangen der psychointellektuellen Entwicklung bis zum Alter von 5–6 Jahren deutlich unterlegen waren. Auch bei psychischen Auffälligkeiten und Störungen des Sozialverhaltens fand sich die gleiche Schichtenabhängigkeit (Schlack et al. 2007): Die Rate der AD(H)S-Verdachtsfälle bei Kindern aus Familien mit niedrigem SES war fast dreimal höher war als bei Kindern aus Familien mit hohem SES.

Eine große Übersichtsstudie zu den Ergebnissen der Schuleingangsuntersuchung in Mühlheim a. d. Ruhr aus den Jahren 2009 bis 2013 belegt, dass Kinder aus Familien des unteren SES in den Bereichen

¹ Ein in gesellschaftsbezogenen Analysen häufig benutztes Werkzeug, das den Bildungs- und Einkommensstatus der Familien beschreibt, ist der sogenannte **sozioökonomische Status (SES)**. Er umfasst neben dem materiellen Einkommen/Vermögen den Bildungsgrad und einige Aspekte der kulturellen Teilhabe und ermöglicht eine **schichtenbezogene gesellschaftliche Positionierung** der untersuchten Personen oder Haushalte.

Deutschfähigkeit, Zahlen zählen, Visuomotorik² und Aufmerksamkeit / Konzentration mindestens doppelt so häufig Störungen aufwiesen wie Kinder aus Familien mit höherem SES. Auffällig in der NRW-Studie waren auch die gleichen sozioökonomischen Bezüge zur motorischen Körperkoordination wie auch zur Gewichtsentwicklung (Groos und Jehles 2015).

Die deutlich schlechtere Ausgangssituation von Kindern aus Familien mit niedrigem SES bereits zu Beginn der Schulzeit und die weiter anhaltenden schlechten familiären Bedingungen spiegeln sich in den späteren Schul-, Ausbildungs- und Beschäftigungskarrieren wider (Freitag und Schulz 2018). 43,3 % der Hauptschüler und 12,2 % der Gymnasialschüler hatten Eltern, die über einen Hauptschulabschluss verfügten. Umgekehrt hatten 7,1 % der Hauptschüler, aber 64,2 % der Gymnasialschüler Eltern, die über eine Fachhochschul- bzw. Hochschulreife verfügten.

30.2 Ursachenanalyse: Wo liegen die Probleme?

Als Ursache für diese schichtenabhängige disproportionale Verteilung der frühkindlichen Entwicklung liegen folgende Erkenntnisse vor:

- Die neuronale Verknüpfungsaktivität der Hirnzellen (Neurone) hat ihren Höhepunkt etwa in den ersten 3 Lebensjahren (Klatte 2007). Die präformierten Zentren mit ihren Neuronen erhalten hier die notwendige Vernetzung, wobei die Verknüpfungsintensität von der äußeren Beanspruchung des Hirns abhängt, sprich: Je mehr Input das Gehirn zu verarbeiten hat, desto umfassender werden die Zentren verknüpft. Die neuronale Verknüpfungsaktivität ist eine lebenslange Erscheinung, die ihre höchste Ausformung im frühen Kindesalter hat und ab der Adoleszenz abnimmt. **Hirnvolumetrische Messungen** haben gezeigt,

² **Visuomotorische** Leistungen sind ein wesentlicher Aspekt der kognitiven Entwicklung von Kindern. Diese sind nur bei einer entsprechenden Auge-Hand-Koordination möglich. Visuomotorische Störungen werden häufig zum Schuleintritt festgestellt und führen meist zu Lernstörungen. Quelle (abgewandelt): <https://de.wikipedia.org/wiki/Visuomotorik>, Zugriff 30.10.2019.

dass es für z. B. Hirnregionen, die für **Sprache, Verhalten und komplexe kognitive Leistungen** verantwortlich sind, **nachweisbare Bezüge zum Einkommen (Armut)** und zum **Bildungshintergrund der Familie** gibt. Diese Hirnregionen zeigen eine Volumenzunahme mit Anstieg des familiären Bildungshintergrunds bzw. des familiären Einkommens bzw. eine Abnahme, je geringer das Einkommen und der familiäre Bildungshintergrund sind (Noble et al. 2015; McDermott et al. 2019).

- Ein wesentlicher Faktor für eine nicht ausreichende frühkindliche Entfaltung der angeborenen Entwicklungspotenziale scheint dabei die **Anrengungsarmut** in der Lebenswelt des Kindes (Familie) zu sein. Sie ist ein dominierender Faktor in der mangelhaften Ausbildung kindlicher Grundfähigkeiten (Sprache, Kognition, Sozialverhalten) (Neumann 2006). Familiäre Anrengungsarmut findet sich überwiegend in Familien der unteren sozioökonomischen Schicht (ca. 20 % der Bevölkerung). Eine frühkindliche Entwicklungsanregung hingegen hat einen lebenslangen Effekt (Belfield et al. 2006). Offenbar funktionieren auch einmal gute und ausreichend angelegte Hirnzentren dauerhaft.

Die wichtigste Benachteiligung für Kinder aus anrengungsarmen Familien besteht also zusammenfassend darin, dass sie ihr genetisches Entwicklungspotenzial, insbesondere die allgemein kognitive und sprachliche Entwicklung, nicht ausreichend entwickeln können. Die daraus resultierenden Entwicklungsrückstände sind – im Gegensatz zu somatisch bedingten – **soziogene Entwicklungsstörungen**. Dies bedeutet für die Kinder bereits ab dem Eintritt in die Schule eine erhebliche Benachteiligung. Etwa jedes dritte Kind aus Familien des unteren SES-Bereichs verlässt die Schule ohne Schulabschluss.³ Dies ist ein

³ Der überwiegende Teil der Kinder, die keinen Schulabschluss erreichen, kommt aus Familien des unteren SES-Bereichs. Bei über 700.000 Geburten pro Jahr rechnen wir etwa 20 % dieser Kinder zum unteren SES-Bereich, mithin etwa 150.000 Kinder. Laut einer Caritas-Studie verlassen pro Jahr in Deutschland knapp 7 % der Kinder die Schule ohne Hauptschulabschluss (ca. 52.000), in Berlin sind es 11,7 %. Insgesamt sind dies überwiegend Kinder aus Familien des unteren SES-Bereichs. In Deutschland verlassen pro Jahr etwa 50.000–60.000 Kinder ohne Hauptschulabschluss die Schule. Dies bedeutet, dass etwa jedes dritte Kind aus Familien des unteren SES-Bereichs die Schule ohne Schulabschluss verlässt.

gewaltiger Berg an individueller und gesellschaftlich-sozialer Problematik, der Jahr für Jahr wächst.

30.3 Zustandsbeschreibung: Sozialräumliche Einrichtungen rund ums Kind am Beispiel Berlin

Will man den betroffenen Kindern eine gelingende Lebensperspektive geben, gilt es

- **schwierige familiäre Lebenslagen und ungünstige Entwicklungsbedingungen** des Kindes so **früh wie möglich zu erkennen** und
- die Auswirkungen entwicklungshemmender Lebensumstände so früh wie möglich durch eine **zusätzliche außerfamiliäre, verlässliche Entwicklungsanregung abzumildern** bzw. **zu kompensieren**.
- Dies setzt eine **Weiterempfehlung** der Familien, deren Bedarf im obigen Sinne früh erkannt wurde, **an entsprechende Hilfe- und Unterstützungseinrichtungen** in ihren sozialräumlichen Lebenswelten voraus.



Das **Erkennen** und **Weiterleiten an Angebote** sind also gesellschaftliche Schüsselaufgaben.

Aber wird diesen so einfachen Schlussfolgerungen in der Realität genügend nachgekommen?

Die aktuellen Versorgungsstrukturen wollen wir am Beispiel Berlin beantworten, da Berlin ein großstädtischer Ballungsraum ist mit einer über Jahrzehnte gewachsenen Infrastruktur an medizinischen, sozialen und bildungspädagogischen Angeboten für Schwangere / junge Familien und Kinderbetreuung.

Im Folgenden werden zunächst alle kommunalen oder in privater Trägerschaft getragenen Einrichtungen, die sich um die sozialen, medizinischen sowie bildungs- und versorgungsrelevanten Aspekte der frühen Kindheit kümmern, aufgezählt. Wir unterscheiden die sozialraumbezogene medizinische Versorgung von der Sozialversorgung und den frühkindlichen Bildungs-, Betreuungs- und Erziehungseinrichtungen.

30.3.1 Sozialversorgungssystem

Das Jugendamt

An vorderster Stelle steht als kommunale Einrichtung das Jugendamt (JA). Seine Aufgaben bestehen u. a. in der Förderung der Jugendarbeit und Jugendsozialarbeit, des Kinder- und Jugendschutzes, der allgemeinen, familiären Erziehung und in Angeboten für Eltern, die sie in besonderen Lebenssituationen beraten bzw. unterstützen sollen. Das JA organisiert den regionalen Sozialdienst, die Erziehungs- und Familienberatung und hält Hilfeangebote in der Schwangerschaft und für den Zeitbereich rund um die Geburt vor. Jugendämter beraten zu allen Fragen familiärer Probleme und der Kindererziehung (Erziehungs- und Familienberatungsstellen). Bei Kindeswohlgefährdung können Inobhutnahmen veranlasst werden. Die Angebotsqualität und -struktur der Jugendämter ist sehr unterschiedlich; sie variieren von Bundesland zu Bundesland, von Stadt zu Stadt und z. B. in Berlin von Bezirk zu Bezirk. In der Vorstellungs- und Erlebenswelt sozioökonomisch schwacher und bildungsferner Eltern stellt das JA – zumindest in Berlin – häufig eine potenzielle Bedrohung und nicht eine Hilfe dar („Kinder werden weggenommen“).

Das Jugendamt hat – z. T. in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt – die Federführung über die Frühe(n) Hilfen.

Frühe Hilfen

2007 wurde durch das Bundesfamilienministerium das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NFZH) gegründet (BMFSFJ 2018). Der Beirat des NZFH verabschiedete am 2. April 2014 das „Leitbild Frühe Hilfen“:

„Die Ziele für die Frühen Hilfen leiten sich von der Kinderrechtskonvention der Vereinten Nationen ab, wonach alle Kinder Rechte auf Schutz, Förderung und Teilhabe haben, „unabhängig von der Rasse, der Hautfarbe, dem Geschlecht, der Sprache, der Religion, der politischen oder sonstigen Anschauung, der nationalen, ethnischen oder sozialen Herkunft, des Vermögens, einer Behinderung, der Geburt oder des sonstigen Status des Kindes, seiner Eltern oder seines

Vormundes (Art. 2 Abs. 1 KRK). Frühe Hilfen haben innerhalb dieses Rahmens konkret das Ziel, förderliche Entwicklungsbedingungen für Säuglinge und Kleinkinder in ihren Familien zu schaffen und zu stärken, um ihnen von Anfang an ein möglichst gesundes und gewaltfreies Aufwachsen zu ermöglichen.“

Die „Frühen Hilfen“ (FH) setzen ihren **Fokus auf präventive Angebote für die Familien im Sinne der Primärprävention**, also darauf, Familien mit sozialem und erzieherischem Unterstützungsbedarf möglichst früh passende Unterstützungsangebote zu vermitteln. Dadurch soll negativen Entwicklungsverläufe vorgebeugt und das emotionale und körperliche Wohlergehen der Kinder geschützt werden. **Die Akzeptanz wird umso größer, je niederschwelliger, inklusiver und beteiligungsorientierter die Maßnahmen gestaltet sind** (Trost-Brinkhues 2017).

„Frühe Hilfen bilden lokale und regionale Unterstützungssysteme mit koordinierten Hilfsangeboten für Eltern und Kinder ab Beginn der Schwangerschaft und in den ersten Lebensjahren mit einem Schwerpunkt auf der Altersgruppe der 0- bis 3-Jährigen. Sie zielen darauf ab, Entwicklungsmöglichkeiten von Kindern und Eltern in Familie und Gesellschaft frühzeitig und nachhaltig zu verbessern. ...“ ... (Definition beschlossen auf der 4. Sitzung des Wissenschaftlichen Beirats des NZFH 2009 in Berlin, www.fruehehilfen.de/grundlagen-und-fachthemen/grundlagen-der-fruehen-hilfen/fruehe-hilfen-begriffsbestimmung-und-leitbild/). Der **Netzwerkkoordinator** strukturiert und berät nachfragende Familien über passende Angebote.

Beispiele für Angebote der Frühen Hilfen:

- In allen Berliner Geburtskliniken arbeiten „**Babylotsen**“. Sie sind klinikinterne Ansprechpartner für Mütter und Väter, wenn sich rund um die Geburt Anhaltspunkte für Belastungen ergeben.
- **Familienhebammen (FamHeb)** sind staatlich examinierte Hebammen mit einer Zusatzqualifikation, die bis zu 1 Jahr nach der Geburt des Kindes in Familien gehen. Sie beraten und unterstützen zur alltagspraktischen gesundheitlichen Versorgung des Kindes, stärken die Beziehungs- und Erziehungskompetenzen (Goldfeld et al. 2018) und helfen – bei entsprechender Antragstellung – bei sozialen und finanziellen Problemen.

- **Familien-Gesundheits- und -Kinderkrankenpflegerinnen (FGKiKP)** haben ähnliche Aufgaben, können aber bis zum 3. Geburtstag des Kindes eingesetzt werden. Sie richten aufgrund ihrer Ausbildung das Augenmerk stärker auf die Versorgung des Kindes und seine Entwicklung. Niedrigschwelliger arbeiten zudem:

- **Ehrenamtliche Patienten**, die Familien mit Kleinkindern im Alltag unterstützen und entlasten, und die sogenannten
- **Stadtteilmütter**, ehemals arbeitslose Mütter nichtdeutscher Herkunft (vorwiegend türkisch und arabisch sprechend), die einen Arbeitsvertrag erhalten und eingewanderte und geflüchtete Familien mit ähnlichem kulturellem Hintergrund beraten, begleiten und unterstützen. Die Idee stammt aus dem Bezirk Neukölln; inzwischen gibt es ca. 100 Stadtteilmütter auch in anderen Quartiersmanagement-Gebieten.

Das **Problem** aller aufgeführten aufsuchenden Hilfen ist die begrenzte finanzielle und personelle Ausstattung.

- Für die Jahre 2013–2015 führt die Berliner Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Familie an, dass von insgesamt 190 FamHeb und FGKiKP insgesamt 937 Familien betreut wurden. Nicht aufgeführt wird, wer (FamHeb oder FGKiKP) die Familien wie häufig (wöchentlich?) und über welchen Zeitraum besucht hat. 50 % der erreichten Familien hatten einen niedrigen SES, weitere 30 % waren transferleistungsabhängig. Grundsätzlich werden alle Angebote mit Geh-Strukturen in erkennbar höherem Maße von Familien mit geringem Bildungsgrad in Anspruch genommen, Komm-Strukturen (s. u.) 2- bis 3-mal mehr von Familien mit mittlerem und hohem Bildungsgrad. Eine ähnlich sozioökonomisch assoziierte Inanspruchnahme von Hilfe- und Unterstützungsangeboten zeigen auch bundesweite Statistiken.
- 2018 gab es 75 Familienhebammen (FaH) in Berlin, die aber nur in Teilzeit (im Durchschnitt ca. 10–20 Wochenstunden) als Familienhebamme arbeiten. Pro Woche stehen damit ca. 750–1.500 FaH-Wochenstunden zur Verfügung. Zum Vergleich: Für das Jahr 2017 wurden 587 Wochenstunden dokumentiert.

Bundesweit gelten 10 % der Familien eines Geburtsjahrgangs als dringlich hilfe- und unterstützungsbedürftig, für Berlin = 4.300 Familien

in 2018. In der Annahme, dass für einen Familienbesuch durch die FaH 3 Stunden (inkl. An- und Abfahrt sowie Vor- und Nachbereitung) aufgewandt werden, könnten theoretisch 230–460 Familien pro Woche besucht werden. Da die Betreuungen zumindest über das ganze erste Jahr einmal wöchentlich stattfinden, gibt es für die verbleibenden 3.840–4.140 Familien keine FaH-Betreuung.

Die Organisation und das Angebot der FH sind von Bundesland zu Bundesland, von Stadt zu Stadt, von Landkreis zu Landkreis und von Bezirk zu Bezirk unterschiedlich. Auch sind die Unterstützungs- und Hilfeangebote nicht immer evidenzbasiert und z. T. nur für einen definierten Zeitraum finanziert. Die Zusammenarbeit von z. B. Kinder- und Jugendärzten (KJÄ) und den FH ist in den Bezirken und Ländern genauso unterschiedlich wie die Angebotslage und Struktur der FH. Über spezifische gemeinsame Fortbildungen von Kassenärztlicher Vereinigung/KJÄ und den FH-Koordinatoren (Tandemfortbildung) werden in einigen Bundesländer intensive Anstrengungen unternommen, die gegenseitige Wahrnehmung und Kooperation von KJÄ und FH zu verbessern.

Die FH werden **bundesweit** von der Bundesstiftung Frühe Hilfen mit 52 Mio. Euro jährlich finanziell unterstützt. Zum Vergleich: Allein der Berliner Bezirk Mitte wendet zur Finanzierung von Hilfe- und Unterstützungsangeboten pro Jahr etwa 60 Mio. Euro auf.

Müttercafés, Stadtteiltreffs u. a.

Diese Angebote gerade auch für junge Familien stellen ein buntes Bild an Kontaktmöglichkeiten und zum Erfahrungsaustausch dar. In Berlin sind sie ein wichtiger Bestandteil des sozialräumlichen Austauschs und ein wichtiger kultureller Ausdruck des Kiezlebens.

30.3.2 Bildungs-/Betreuungssystem

Einrichtungen des vorschulischen Bildungssystems sind in kommunaler, kirchlicher oder freier Trägerschaft, aber es finden sich auch andere große private Träger. Für die frühkindliche Bildung stehen in besonderem Maße nachfolgend beschriebene Angebote zur Verfügung.

Familienzentren (FaZ)

Familienzentren sind Komplexstrukturen, die nach dem Prinzip „Alles unter einem Dach“ Einrichtungen der Jugendhilfe, des Bildungs- und des Gesundheitswesens beherbergen. Sinn ist es, sowohl Familien zu unterstützen als auch Kinder zu betreuen und für sie ein Ort der Anregung zu sein. Die Gleichzeitigkeit von familiären und frühkindlich-anregenden Hilfen geht von der Erkenntnis aus, dass der familiäre/mütterliche Einfluss auf das Kind um ein Vielfaches stärker ist als alle anderen Umgebungseinflüsse (Klocke 2015). Familie und Kind am gleichen Ort zu unterstützen bedeutet somit nicht ein Herausnehmen des Kindes aus dem Einflussbereich der Familie, sondern ihn in das Konzept der FaZ zu integrieren.

Kern solcher Institutionen sind mithin Kindertageseinrichtungen, die neben der allgemeinpädagogischen Erzieherkompetenz spezifische Kursangebote für Kinder und Familien organisieren. Unter dem gleichen Dach befinden sich Einrichtungen der sozialen Hilfesysteme, die hier niederschwellig (Müttercafés) den Familien mit ihren Angeboten entgegenkommen. Gleichzeitig können in Familienzentren Sprechstunden des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) untergebracht sein (Kinder- und Jugendgesundheitsdienst, KJGD). Auf diese Weise sind kurze Dienst- bzw. Versorgungswege zwischen den Hilfeanbietern gewährleistet. Niedergelassene Kinder- und Jugendärzte können eng mit allen Einrichtungen des Familienzentrums kooperieren. All dies erfordert aber ein „komplexes neues Denken“ für die Aufgabenstellung und Strukturierung der Hilfesysteme, insbesondere aber einen „Weg“ von jeglicher professions- bzw. sektorzentristischer (Sozialwesen, Bildungswesen, Medizinsystem) Betrachtung der Lösungswege („keine Versäulung“). Typische Angebote von FaZ sind Schwangerentreffs, Elterntraining – Freude und Sicherheit mit meinem Kind, Starke Eltern von Anfang an – Stärkung der Elternkompetenzen, Krabbelgruppen, Elterntreffs, Babymassage, Frühförderung von Babys, Mutter-Kind-Sprachlerngruppen oder Eltern-Kind-Turnen.

In Berlin gibt es derzeit ca. 42 Familienzentren, die finanziell vom Senat für Bildung, Jugend und Familie getragen werden, und ca. weitere 100 FaZ in privater Trägerschaft. Nicht alle halten eine Vollausstattung im obigen Sinne vor.



Zu viele Mittelschichtsfamilien im Familienzentrum?

Ein Problem der Familienzentren ist, dass sich gerade Familien mit einem erhöhten sozialen und erzieherischen Unterstützungsbedarf zu wenig angesprochen bzw. aufgenommen fühlen. Dies ist eine Fehlentwicklung von im Kern idealen sozialräumlichen Hilfe- und Unterstützungsangeboten für Familie und Kind. An dieser Stelle muss intensiv darüber nachgedacht werden, mit welchen sozialpädagogischen Tools Mütter/Familien des unteren SES-Bereichs erreicht und langfristig angebunden werden können.

Krippen/Kitas des Sozialraums

Krippen und Kindertagesstätten (Kitas) realisieren einen nicht wegzudenkenden Teil der frühkindlichen außerfamiliären Versorgung und Entwicklungsanregung. Im März 2018 standen in Berlin ca. 2.560 Kindertageseinrichtungen für rund 174.000 genehmigte Plätze zur Verfügung. Doch nach wie vor besteht in Berlin ein nicht unerheblicher Mangel an Kitaplätzen (Schätzungen zufolge bis zu 5.000 fehlende Plätze). 11,5 % der vorhandenen Plätze sind in öffentlicher Trägerschaft, 88,4 % in freigemeinnütziger. Von diesen Plätzen konnten allerdings nur knapp 164.000 belegt werden. Als Gründe für die Differenz wurden Baumaßnahmen, Personalvakanzen, bestimmte pädagogische Profile und Gruppenzusammensetzungen, die eine „Vollnutzung der erlaubten Plätze nicht zulassen“ genannt (Tagesspiegel 2019). Ein Kitaplatz wird beim Jugendamt beantragt und genehmigt. Die Genehmigung ermöglicht den kostenfreien Zugang zu einem Platz; es wird lediglich ein Essensbeitrag von 23 Euro monatlich erhoben. Rund 52.000 Kinder waren im Altersbereich 1–3 Jahre, die anderen Kinder betrafen die Kita und den Hort. Als Versorgungsschlüssel im Altersbereich ab 2 Jahren wird ab August 2019 eine Fachkraft-Kind-Relation von 1 Fachkraft auf 3,75 Kinder und bei den 2- bis 3-Jährigen von 1 : 4,75 angestrebt. Kinderkrippen und Kitas sind Einrichtungen, die soziogene Entwicklungsprobleme von Kindern früh erkennen und z. T. mit geeigneten Förderkonzepten behandeln können. Dies setzt allerdings eine andere als die heutige Kooperation mit z. B. dem Medizinsystem voraus.

Qualität

In einer bundesweiten Studie (Nationale Untersuchung zur Bildung, Betreuung und Erziehung in

der frühen Kindheit, NUBBEK; Tietze et al. 2012) zur pädagogischen Prozessqualität, aber auch zur Qualität spezifischer Bildungsbereiche (Literalität, Mathematik, Naturwissenschaften und interkulturelles Lernen) befanden sich die U3-Kindertagesstätten im mittleren (Prozessqualität), bzgl. spezifischer Bildungs- (und Anregungs)bereiche lediglich im untersten Drittel der Qualitätsskalen. Diese Ergebnisse können natürlich nicht befriedigen. Andererseits wäre es fatal, den Kitas heute nicht eine fundamentale Rolle in der frühkindlichen Entwicklungsanregung zuzuschreiben: Legt man z. B. in Berlin mit seinem hohen Anteil an Kindern mit Migrationshintergrund bzw. aus Familien mit niedrigem SES die Daten der Schuleingangsuntersuchungen zugrunde, kann eine klare Beziehung der Sprachentwicklung und anderer Fähigkeiten zur Anzahl der in der Kita betreuten Jahre abgelesen werden.

30.3.3 Medizinsystem

Medizinischer Ansprechpartner für alle Fragen rund um die Entwicklung und Versorgung des Kindes, für die Behandlung ambulant behandelbarer Erkrankungen und vor allem für die Durchführung der Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen sind in erster Linie die niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte.

Niedergelassene Kinder- und Jugendärzte (KJÄ)

Die KJÄ sind zuständig für die Grundversorgung der Kinder und arbeiten häufig in Gemeinschaftseinrichtungen. Im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen wird neben der Beurteilung des Wachstums und der altersgemäßen körperlichen Entwicklung ein Fokus auf die Entwicklung von Motorik, Sprache, Kognition und das soziale Verhalten gelegt. Wenn auch Vorsorgeuntersuchungen überwiegend sekundärpräventiv (das möglichst frühe Erkennen einer Erkrankung / Störung) sind, spielen in den Vorsorgen des Neuen Gelben Heftes zunehmend primärpräventive (das Vorbeugen einer Krankheitsentwicklung) Anteile eine Rolle. Dazu zählen nun insbesondere bei Kindern aus bildungsfernen und sozioökonomisch benachtei-

lichten Familien Beratungen zur Sprachentwicklung (s. dazu auch > Box 30.1) oder zum Medienkonsum wie auch zu sozialräumlichen Kommunikations-, Hilfe und Unterstützungseinrichtungen (Müttercafés, Familienzentren, Frühe Hilfen etc.).

II Box 30.1 Medikalisierung

Da Sprachentwicklungsstörungen unabhängig von ihrer sehr häufigen soziogenen Genese mit der Erstellung einer entsprechenden Diagnose zu einem medizinischen Problem werden (Pathologisierung), besteht in der Logik des Medizinsystems die entsprechende Problemlösung in der Gabe eines Medikaments (Medikalisierung), in diesem Falle eines Heilmittels (Logopädie). Andere kompetente außerfamiliäre Förder- / Anregungsinstitutionen, die kompensatorisch die familiären Defizite ausgleichen könnten, sind hingegen oft nicht bekannt. So resultiert der Griff zum Verordnungsblock, um wenigstens im Medizinsystem über die Sprachheiltherapie eine Stimulation zu versuchen.

Grundsätzlich wird durch diesen Mechanismus aber ein anregungspädagogisches Versäumnis zu seiner Lösung in das Medizinsystem alloziert. Es resultiert die **Medikalisierung eines soziogenen Störungsbildes**. An die Stelle der eigentlich notwendigen, den Tag des Kindes begleitenden sprachlichen Entwicklungsstimulation rückt die punktuelle Therapie. Unabhängig von den Inhalten der jeweiligen Therapien werden die Kinder für einen kurzen Zeitbereich der Woche (i. d. R. 1- bis 2 × 45 Minuten) gefördert / angeregt, die überwiegende Zeit der Woche (ca. 10.000 Minuten) passiert indes nichts. Dies ist ein wesentlicher Schwachpunkt des „medikalistischen“ Ansatzes zur Behandlung soziogener Entwicklungsstörungen. Krankenkassen vermelden einheitlich, dass bei ca. 40 % der 5- bis 6-jährigen Jungen die „Diagnose“ einer Sprachentwicklungsstörung gestellt wird (bei erwartbaren max. 8 % der Altersgruppe) und bei ca. 81 % von ihnen eine „Therapie“ erfolgt. Eine Outcome-Untersuchung zu den Erfolgen der Therapie gibt es nicht. Es wäre sicher sinnvoller, den SES-Hintergrund der Familie zu erkennen und das Kind in eine anregungs-kompetente Kita z. B. im Rahmen eines Familienzentrums zu schicken. Aber diese besonderen lokalen Bündnisse zwischen Erkennen (Arzt) und Förderer (z. B. kompetente Kita) gibt es auf der sozialräumli-

chen Ebene kaum. Es würde die **intersektorale Zusammenarbeit** der großen Hilfesysteme (Bildung, Soziales / Familie, Gesundheit) voraussetzen, die nur in wenigen kommunalen Pilotprojekten existiert. **Es gibt keine strukturelle Verpflichtung.**

Eine besondere Problematik besteht für Kinder aus Migrantenfamilien, in denen kein Deutsch gesprochen wird. Meist gehen solche Kinder in Kitas, in denen ein großer Teil der anderen Kinder das gleiche Problem hat. Dadurch lernen die Kinder schlechter Deutsch, weil sie nur mit den Erziehern muttersprachliches Deutsch sprechen, nicht aber mit den anderen Kindern. II

Weitere medizinische Einrichtungen, die für die frühkindliche Lebensphase von Belang sind, werden nachfolgend beschrieben.

Sozialpädiatrische Zentren (SPZ)

Sozialpädiatrische Zentren sind pädiatrisch oder kinder- und jugendpsychiatrisch geleitete interdisziplinär arbeitende Spezialeinrichtungen zur Untersuchung und Behandlung von Kindern mit Entwicklungsstörungen wie auch von Kindern mit komplexen chronischen Krankheiten (überwiegend neuropädiatrische Erkrankungsbilder) bis ins Jugendalter. Trotz aller Interdisziplinarität sind SPZs eher medizinorientiert.

Gynäkologen, Geburtskliniken, Geburtshäuser

In der Regel werden Schwangerschaften durch Selbstteste (Urinteste) oder aber durch den Gynäkologen festgestellt. Die Schwangerschaftsbegleitung erfolgt meist beim Gynäkologen, gelegentlich auch in den Schwangerschaftsberatungssprechstunden der Klinik und durch niedergelassene Hebammen. Die soziale Begleitung der Schwangerschaft erfolgt in entsprechenden Sprechstunden der kommunalen Schwangerschaftsberatungsstellen. Alle diese Einrichtungen können bereits während der Schwangerschaft einen Hilfe- und Unterstützungsbedarf der Mutter / Familie feststellen und auch früh an z. B. die Frühen Hilfen („aufsuchende Elternhilfe“) weiterleiten. In

allen Berliner Geburtskliniken z. B. stehen seit 2019 „Babylotsen“ (s. o.) als wichtige Soziallotsen für die Mutter / Familie zur Verfügung.

ÖGD (Kinder- und Jugendgesundheitsdienst, KJGD)

Dem KJGD obliegen die **Erstbesuche bei den Familien der Erstgeborenen**. Bei diesen Besuchen (Geh-Struktur) findet die wertschätzende „Begrüßung“ des Kindes statt, daneben können spezifische Hilfebedarfe der Familien erkannt und Hilfen eingeleitet werden. Diese Erstbesuche sind ein wichtiger Bestandteil in der ganz frühen Erfassung eines psychosozialen Hilfebedarfs anregungsarmer Familien. Die sogenannte **Aufsuchende Elternhilfe** des KJGD kann bereits in der Schwangerschaft eingesetzt werden und arbeitet bis zum 5. Lebensmonat des Säuglings.

Eine weitere wichtige Aufgabe des KJGD ist die Durchführung der jährlichen **Einschulungsuntersuchungen**. Sie geben anhand verschiedener Items im Überblick den Entwicklungszustand Berliner Kinder im Alter von 5–6 Jahren wieder. Sie ist damit von großem Wert auch für die Beurteilung, inwieweit in den Jahren zuvor beschlossene, berlinweit eingesetzte zusätzliche Förderprogramme in den Kitas Effekte zeigen.

Schwangerschaftsberatungsstellen

In Berlin gibt es zahlreiche Schwangerschaftsberatungsstellen, die z. T. vom Gesundheitssenat, z. T. von freien Trägern (z. B. Caritas, AWO) getragen werden. Sie bieten neben der allgemeinen Schwangerenberatung (z. B. Mutterschutz und Mutterschaftsgeld, Elterngeld und Kindergeld, Leistungen für Alleinerziehende und Arbeitslose sowie Leistungen der Krankenkassen bei der Schwangerschaft und nach der Geburt) je nach Träger und Einrichtung auch Hilfen und Unterstützung bei psychologischen Problemen, Krisen und Beziehungskonflikten⁴.

⁴ www.berlin.de/sen/gesundheit/themen/schwangerschaft-und-kindergesundheit/schwangerschaft-und-familienplanung/allgemeine-schwangerenberatung/

Frühfördereinrichtungen

Da diese außerhalb von Berlin von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich eine wichtige Rolle spielen, seien sie auch an dieser Stelle erwähnt. Überwiegend bieten Frühförderstellen (z. T. auch aufsuchend) Konzepte zur Behandlung und Förderung behinderter Kinder im Bereich der Sonderpädagogik und der Pädiatrie an (Schlack 2009). Frühförderung ist also eine aus pädagogischen und medizinischen Anteilen bestehende „Komplexleistung“. Es handelt um Sekundärprävention⁵.

Heilmittelerbringer (Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie)

Sie handeln primär auf Überweisung. Insofern liegt ihr Einsatz im Ermessen des überweisenden Arztes und – wenn man es böse formuliert – in der mangelhaften ärztlichen Erkenntnis über die soziogenen Verursachungen vieler Störungsbilder.

30.4 Wer ist in der Pflicht? Greift die „perfekte“ Mechanik?

In den Zeitabschnitten Schwangerschaft, Geburt, erste Lebenswochen sowie Säuglings- und Kleinkindzeit stehen unterschiedliche Möglichkeiten für die Erkennung eines mütterlichen / familiären Bedarfs und die Weiterleitung an die sozialräumliche Hilfe- und Unterstützungsstrukturen zur Verfügung. In > Box 30.2 sind die Abläufe idealtypisch skizziert (*kursiv* = Einrichtungen oder Angebote).

III Box 30.2

Ebenen zur Erkennung eines familiären Hilfe- und Unterstützungsbedarfs und idealtypischer Ablauf

Ebene 1: Schwangerschaft

Einrichtungen, die bereits in der Schwangerschaft eine Bedarfslage der werdenden Mutter / jungen Familie

⁵ Sekundärprävention: Eine Beeinträchtigung/Behinderung ist bereits eingetreten, eine Verschlimmerung soll verhindert bzw. eine kompensatorische Verbesserung erzielt werden.

feststellen und z. B. sehr früh an den Netzwerkkoordinator der Frühen Hilfen weiterleiten könnten, sind

- der **behandelnde Gynäkologe**
- die **bezirklichen Schwangerschaftsberatungsstellen**
- die **Hebammen**

Ebene 2: Zeitraum um die Geburt, Geburtsklinik

Bei der **Geburtsanmeldung in der Geburtsklinik** (oder Geburtshaus) und / oder auf der Wöchnerinnenstation sind Babylotsen die Ansprechpartner für Mütter und Väter. Wird ein Unterstützungsbedarf festgestellt, übernimmt ein

- → **erweiterter Babylotsendienst**. Zusätzlich kann über die
- → **Koordinatorin der FH** schon der Kontakt zur
- → **Familienhebamme** hergestellt werden.

Ein *Kinder- und Jugendarzt* aus der angeschlossenen Kinderklinik oder in Niederlassung führt während der ersten Lebenswoche die Vorsorgeuntersuchung U2 durch.

Ebene 3: Erste Lebenswochen

- Mitarbeiter des **ÖGD / KJGD** machen einen → **Hausbesuch bei allen Erstgeborenen** (Ersthausbesuch) des Bezirks. Sie begrüßen das Neugeborene und stellen den *wertschätzenden Kontakt* zur Mutter / Familie her (s. o.)
- Die **medizinische Hebamme** (regulär jeder jungen Mutter für 3 Monate zustehend) unterstützt die Mutter bei allen Fragen des Stillens, der Gebärmutterrückbildung und der Säuglingsversorgung und bei besonderer Begründung über das gesamte erste Lebensjahr. Aufgrund des Mangels an medizinischen Hebammen können derzeit nur etwa 70 % der Familien betreut werden.

Ebene 4: Ambulante Grundversorgung, Kinder- und Jugendärztin

• Neugeborenes / Säugling (0–1 Jahr)

Der *Kinder- und Jugendarzt* (KJA) stellt aufgrund der **Sozialanamnese** bereits bei U2 (3. – 10. LT), U3 (4. – 5. Lebenswoche) oder U4 (3. – 4. Lebensmonat) einen besonderen sozialen oder evtl. versorgerischen (erzieherischen) Hilfebedarf der Mutter / Familie fest, falls dies noch nicht auf den anderen Ebenen geschehen ist.

• Kleinkind (1–3 Jahre)

Der *KJA* erkennt eine **nicht altersentsprechende Entwicklung** (Sprache, Verhalten, Motorik, Kognition) des Kindes im Rahmen der Vorstellungen, meist aber im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen als **Folge einer ungenügenden familiären Entwicklungsanregung** des Kindes.

→ Mit Einverständnis der Mutter / Familie stellt der *KJA* Kontakt zum *Netzwerkkoordinator der FH* oder zu einer *sozialräumlichen Einrichtung* her, deren Förderangebote er kennt. ■■

Zusammenfassend sollte auf allen vier Ebenen der Bedarf von Risikofamilien an Hilfe und Unterstützung durch die Handelnden erkannt werden. Aber passiert das tatsächlich in der Praxis?



Super Berlin?

Angesichts des immensen und noch deutlich breiteren als in der groben Übersichtsskizze dargestellten Unterstützungsangebots dürfte es eigentlich keine entsprechende junge Mutter / Familie geben, die nicht eine Fördermaßnahme mit der Folge einer verbesserten Entwicklungsanregung ihrer Kinder erhalten könnte. Berlin wird durchaus eine hohe Qualität der frühen Erfassung familiärer Bedarfslagen und entsprechender Hilfe- und Unterstützungsangebote zuerkannt. Manche sprechen von einem Angebots-El-Dorado Berlin.

30.5 Wo liegt das Problem? Sand im Getriebe

Die dargestellte ineinandergreifende Konstruktion von den Abläufen des Erkennens eines familiären Hilfe- und Unterstützungsbedarfs bis hin zu den Einrichtungen, die die Angebote ausführen, hat erhebliche Schwachstellen.

1. Als möglicherweise **das Schlüsselproblem** stellt sich aufgrund vieler Erfahrungen heraus, dass **betroffene Mütter / Eltern häufig nicht in der Lage sind, den Weg zum weiterempfohlenen Frühe-Hilfen-Koordinator und auch von da zu den empfohlenen Angeboten oder sozialräumlichen Einrichtungen wie z. B. einem Familienzentrum zu finden**. Diese Familien haben ein

- Problem mit Komm-Strukturen. Das Paradoxe an der Situation ist, dass diese Angebote finanziell und personell nicht ausreichend zur Verfügung stünden, wenn sie tatsächlich im erhofften Ausmaß angenommen würden.
2. Babylotsendienste sind zwar mittlerweile an allen Berliner Geburtskliniken eingerichtet, aber **den Weg – sofern er von den Babylotsen empfohlen wurde – zu den Frühen Hilfen müssen die jungen Mütter / Familien selbst organisieren**. Auch die Familienhebamme kommt nicht von selbst, sondern wird der jungen Mutter / Familie erst nach einem Kontakt mit dem FH-Koordinator zuteil.
 3. Die Zahl **der zur Verfügung stehenden Familienhebammen** steht in einem geradezu **grotesken Missverhältnis** zum tatsächlichen Bedarf.
 4. **Die wenigsten Gynäkologen erfragen einen evtl. Unterstützungsbedarf**. Von da aus erfolgen von dieser Seite auch kaum Weiterempfehlungen zu Einrichtungen wie den Frühen Hilfen oder Familienzentren.
 5. **Kinder- und Jugendärzte:**
 - Die Eruiierung eines Hilfe- und Unterstützungsbedarfs der Mutter / Familie ist bei KJÄ immer noch nicht selbstverständlich.
 - Der Blick auf die sozialräumlichen Fördermöglichkeiten (z. B. über die Einbindung des FH-Netzwerkkoordinators oder andere sozialräumliche Strukturen wie z. B. FaZ) eines soziogen entwicklungs auffälligen Kindes ist bei KJÄ nicht ausreichend entwickelt. Vorherrschend ist eine therapieorientierte Grundhaltung z. B. über die Verordnung sogenannter Heilmittel oder die Weiterleitung an ein SPZ (unerwünschte Medikalisierung eines sozialen Problems).
 - Die einzelnen Angebote der FH sind nur den wenigsten KJÄ bekannt. Hinzu kommt, dass solche Angebote inhaltlich von Region zu Region und von Stadt zu Stadt stark variieren und von höchst unterschiedlicher Qualität sind.
 6. **Es fehlt an sozialräumlichen Strukturen** (z. B. Familienzentren; Kindertageseinrichtungen mit Sozialdienst etc.), die soziale und erzieherische Hilfen für die Mütter / Familien und eine Tagesversorgung für ihre Kinder vereinen, an die Mütter / Familien und Kinder niederschwellig angebunden werden können.
 7. In Kindertageseinrichtungen fehlt ein Sozialdienst.
 8. Nicht ausreichende statistische Erfassung der Ergebnisqualität:
 - Alle Bezirke führen Listen über Angebote der Frühen Hilfen und auch über die Zahl der Vermittlungen, nicht aber über die Zahl der betreuten Familien (einige Familien nehmen mehrere Angebote wahr).
 - Es gibt keine Statistik über die Dauer der Angebotswahrnehmungen. Im Kern können wir aus den vorhandenen Daten nicht ablesen, ob vornehmlich die Familien erreicht wurden, die zumindest nach ihrem soziökonomischen Hintergrund eine besondere Bedarfssituation im Sinne einer ausreichenden Entwicklungsanregung ihrer Kinder haben. In einer fragebogengestützten Evaluation des Berliner Bezirks Mitte zur Wirksamkeit der Frühen Hilfen hatten 75,9 % der Antwortenden entweder einen Hochschulabschluss (55,3 %) oder befanden sich in (studentischer) Ausbildung (20,6 %), 12,4 % waren ohne Schul- bzw. Berufsabschluss, 11,6 % machten keine entsprechenden Angaben. Ohne auf die weiteren Auswertungsergebnisse einzugehen, zeigt allein die soziale Zusammensetzung der Befragten, dass hier eine gewisse Verzerrung vorliegt.
 - Auch gibt es in Berlin keine Statistiken, die aussagen, wie viel Prozent der Risikofamilien pro Geburtsjahr erkannt und weitergeleitet wurden.
 - Als einzige jahrgangsbezogene Querschnittsuntersuchung für den Entwicklungsstatus 5- bis 6-jähriger Kinder gilt die **Einschulungsuntersuchung (ESU)**. Sie wird in Berlin seit Anfang des Millenniums jährlich standardisiert und validiert durch den KJGD durchgeführt und zeigt aufgrund der gleichen (allenfalls weiterentwickelten) Testbatterien eine gute Vergleichbarkeit der Ergebnisse über die Jahre. Ein Vergleich der Ergebnisse zur kognitiven und sprachlichen Entwicklung von 2017 mit 2013 ist ernüchternd (> Abb. 30.1), nachdem im Jahre 2012 die Frühen Hilfen in Berlin allbezirklich eingeführt worden waren:

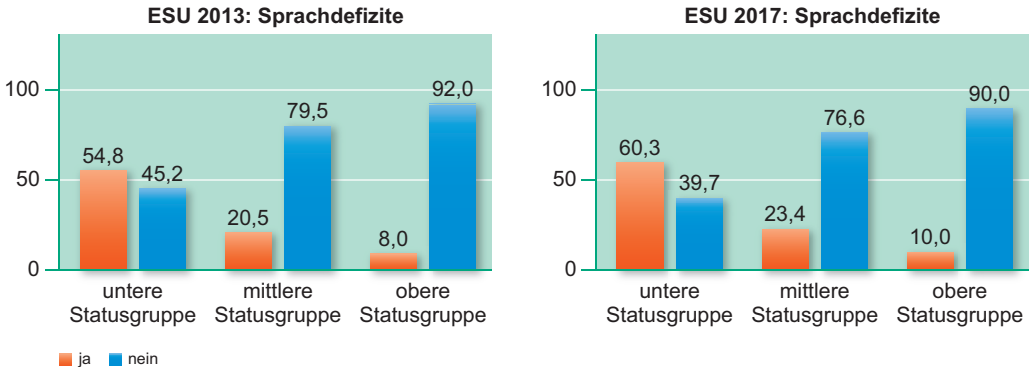


Abb. 30.1 Sprachentwicklung, Vergleich der Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen 2013 und 2017 [L231]

- 1 Jahr nach Einführung der Frühen Hilfen und 4 Jahre später ist zum Zeitpunkt des Schulbeginns keine Verbesserung der Entwicklungsparameter von Kindern aus dem unteren SES-Bereich erkennbar, sondern im Gegenteil eine leichte Verschlechterung.
- Eingeräumt sei, dass kleinräumige Entwicklungsverbesserungen in städtischen Bereichen mit einer hohen FH-Aktivität in einer Gesamtberlin betreffenden Statistik untergehen. Andererseits müsste auch in einer solchen großen Querschnittsstatistik ein Effekt erkennbar sein, wenn er über mehrere Bezirke hinweg durchschlagend wäre.



Trotz der unverkennbar großen Anstrengungen bei der Erkennung von Hilfe- und Unterstützungsbedarf junger Mütter kann in den vergangenen 4 Jahren keine Verbesserung des frühkindlichen Entwicklungsstands festgestellt werden. Wahrscheinlich werden viele junge Mütter/Familien in ihrer Bedarfslage erkannt, aber nur ein geringerer Teil von ihnen nimmt potenzielle Hilfe- und Unterstützungsangebote wahr. Der große Aufwand und das große Angebot an Hilfe, Unterstützung und Förderung zeigen keine Tendenz zur Verbesserung.

Das Angebots-El-Dorado Berlin bewirkt offenbar nicht viel. Oder aber das Viele ist im Kern zu wenig. Zu wenig an Richtigem!

Andererseits wäre die Situation für nicht abschätzbar viele Familien und ihre Kinder wahrscheinlich noch schlimmer, wenn es die vorhandenen Einrichtungen nicht gäbe.

30.6 Was muss sich ändern? Das fehlende Rädchen

Eine **Evaluationsstudie des „Brandenburger Netzwerk(es) Gesunde Kinder (NGK)“** zeigt, dass offenbar **mehr aufsuchende Betreuung** ein Weg sein könnte. Für die Altersgruppe von 0–3 Jahren wurde für alle Familien ein landesweit gefördertes niedrigschwelliges **Familienbegleitprogramm** aufgelegt. Standardisiert geschulte und supervidierte **Ehrenamtliche** gewährleisten eine am individuellen Bedarf orientierte Gesundheitsinformation. Gesundheitlich profitierten die im Netzwerk begleiteten Kinder: Sie waren vollständiger geimpft, nahmen häufiger an den U-Untersuchungen teil und **waren besser gefördert** (Ellsäßer et al. 2019).

Laut **Datenreport der Frühen Hilfen Ausgabe 2017** nahmen Familien in Armutslagen aufsuchende Hilfeangebote (Willkommensbesuch zu Hause; Familienhebamme; mehrmalige ehrenamtliche Besuche) in wenigstens gleichem, teilweise sogar deutlich höherem Maß in Anspruch als besser gestellte Familien (Salzmann et al. 2018). Auf der anderen Seite wurden Angebote, die ein Kommen zum Angebotserbringer erforderten, deutlich weniger angenommen.



Es besteht also bei Familien in Armutslagen eine größere Bereitschaft, aufsuchende Betreuungsangebote (Geh-Struktur) anzunehmen als selbst zu gehen (Komm-Struktur) oder allgemein: **Geh-Strukturen sind erfolgreicher als Komm-Strukturen.**

Vor dem Hintergrund dieser Erfahrungen muss gefolgert werden, dass zwischen den Einrichtungen, die eine psychosoziale Risikolage erkennen und an die Frühen Hilfen weiterempfehlen, sowie zwischen den konkreten Hilfe- und Unterstützungsangeboten einerseits und den Risikofamilien andererseits eine Zwischeneinrichtung installiert werden müsste, welche die Familien aufsucht und dabei mehrere Aufgaben erfüllt:

- Genaue Vor-Ort-Kennntnisnahme der Hilfe- und Unterstützungsnotwendigkeiten der Familie
- Genaue Vor-Ort-Kennntnisnahme der kindlichen „Anregungssituation“
- Beratung mit den Eltern über die vorhandene Angebotsvielfalt, Auswahl
- Kontaktschaffung z. B. mit den Frühen Hilfen, aber auch evtl. mit passenden anderen sozialräumlichen Einrichtungen (Krippe, Familienzentrum, Kita)
- Begleitung, wenn nötig, in die Einrichtungen
- Kontinuierliche Betreuung und Beratung der Familie und der sich möglicherweise verändernden Bedarfslage wenigstens über die ersten 3 Jahre; Ursacheneruierung, warum Angebote nicht dauerhaft wahrgenommen werden
- Übergänge Frühe Hilfen-KiTa begleiten



Eine solche **aufsuchende Sozialeinrichtung**, die eine Mischung aus kontinuierlicher Familienbegleitung und Sozialraumlotse darstellt, wäre wohl das „fehlende Rädchen“ im System vom Erkennen eines Hilfebedarfs bis zur Inanspruchnahme eines Angebots, das die Familien auch wirklich an die Angebote brächte.

Diese Einrichtung muss **einfach adressierbar** sein („Telefonnummer“) **für alle Ebenen der frühkindlichen Begleitung** (Ebene 1–4, > Box 30.2) und sollte **in rückmeldendem Kontakt** stehen. Dies alles setzt selbstverständlich das Einverständnis der Familie voraus.

Mit den gegenwärtigen Strukturen des ÖGD (KJGD) wäre eine solche Einrichtung prinzipiell realisierbar, wenn sie in ihrer Notwendigkeit gesundheits- und bildungspolitisch wahrgenommen und entsprechend personell und finanziell ausgestattet würde. Die gegenwärtigen aufsuchenden Hilfen durch den KJGD wie Ersthausbesuch und aufsuchende Elternhilfe sind nicht ausreichend. Dringlich wäre die gesetzliche Verpflichtung, sich um die Angebotswahrnehmung der betroffenen Familien zu kümmern und sie zu realisieren. Dies hätte zwangsläufig die Installation eines aufsuchenden und begleitenden Dienstes zur Folge, und mit der damit verbundenen Aufgabe müssten die personellen und finanziellen Ressourcen folgen. Natürlich müsste in diesem Zusammenhang der Hausbesuch auch **allen** Neugeborenen zustehen und nicht nur den erstgeborenen Kindern. Für Bundesländer, deren Gesundheitsämter sehr viel weniger Aufgaben in der frühkindlichen Versorgung wahrnehmen, müssen alternative Wege gesucht werden, welche die o. g. grundsätzlichen Aufgaben wahrnehmen.

Eine solche Einrichtung ist nicht billig, aber allemal billiger als die Folgen einer schlechten frühkindlichen Entwicklung.

Einen zusammenfassenden Überblick über die sozialräumlichen Einrichtungen, ihre Funktion und Einordnung als Komm- bzw. Geh-Struktur gibt > Abb. 30.2.

Fallbeispiel

So müsste es laufen

Eine Familienhebamme besucht die Mutter Maureen F. bereits während der Schwangerschaft, berät zur Vorbereitung der kleinen Wohnung auf das Kind, empfiehlt eine bestimmte Geburtsklinik und betreut die Mutter, das Neugeborene und später den Säugling weiter bis zum Ende des ersten Lebensjahres. Sie ist eine wichtige Hilfe insbesondere in den ersten Lebenswochen.

Bis zur U6 weist der Kinder- und Jugendarzt (KJA) von Benny zudem immer wieder darauf

hin, doch noch weitere Unterstützungsleistungen in Anspruch zu nehmen. Als Maureen F. nun auch bei der U7 angibt, bisher „keine Gelegenheit“ gehabt zu haben, das nahe gelegene Familienzentrum zu besuchen, fragt der KJA, ob sie sich nicht doch in ihrer zunehmend prekären Situation einmal von einer „Sozialraumlotsin“ besuchen und beraten lassen wolle. Diese könne ihr noch einmal und sehr viel genauer die Angebote für Familie und Kind in ihrem Wohnbereich erläutern. Maureen F. willigt nun endlich ein und in Ab-

sprache mit ihr ruft der KJA eine Einrichtung des KJGD an, die aufsuchende Sozialraumberatungen anbietet, und vereinbart einen Termin.

Anlässlich der U7a berichtet die Mutter 1 Jahr später, dass sie „ihr“ Familienzentrum zum ersten Mal in Begleitung der vermittelten Sozialraumlotsin besucht habe. Man habe ihr alle Angebote erklärt und sie zu einem Vorlesenachmittag für Kleinkinder eingeladen. Zum ersten Male habe sie gesehen, was für tolle Geschichten man mit Bilderbüchern erzählen und zeigen könne. In der Folgezeit habe sie auch andere Kurse (Kochen für Kleinkinder; Kinderliederkreis) besucht und gehe

heute regelmäßig in das FaZ. Sie fühle sich mittlerweile dazugehörig, und die dort betriebene Kita habe ihr einen Kitaplatz zugesagt.

Der kleine Benny spielt bei der U7a intensiv mit einem kleinen roten Auto und setzt zwischendurch immer wieder das Holzkreuz, den Holzstern, das Holzviereck und den Holzkreis in die entsprechend geformten Höhlungen eines Kastens. Er sagt dazu die Worte „Kreuz“, „Stern“, „Viereck“ und „Kreis“. Während der gesamten Untersuchung hat die Mutter nicht ein einziges Mal das Handy hervorgeholt.

Welche Strukturen bestehen?

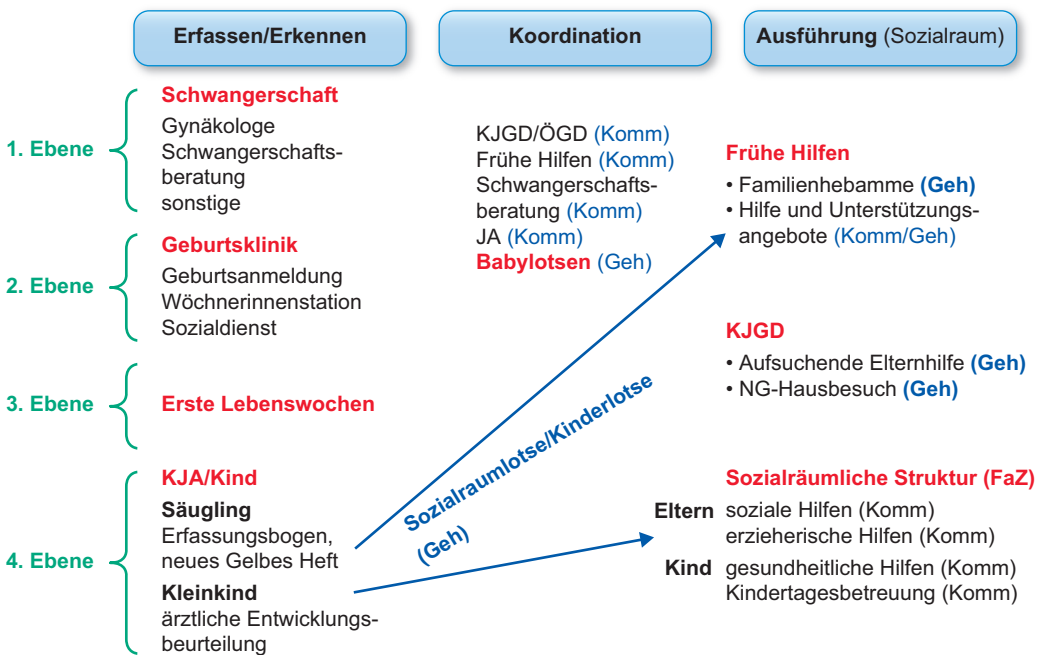


Abb. 30.2 Zwischengeschaltetes Lotsensystem zwischen Erkennungsebene (hier Kinder- und Jugendarzt) und sozialräumlicher Hilfe- und Unterstüzungseinrichtung (Erläuterungen im Text) [L231]