

Auswirkungen von Gewalt, Vernachlässigung und Misshandlung auf Gesundheit und Entwicklung von Kindern und Jugendlichen

Referat der DAKJ e.V. zum Thema „Kindergesundheit“
110. Deutschen Ärztetag 2007, Münster

Prof. Dr. med. Dr. h. c. Dietrich Niethammer
Generalsekretär

Zur aktuellen Situation (Abb. 1)

Zahlreiche spektakuläre Fälle von Kindesvernachlässigung und Kindesmisshandlung haben in jüngster Zeit die Öffentlichkeit bewegt. Die anscheinende Häufung von bekannt gewordenen Vorfällen und das damit verbundene Medienecho haben auch eine lebhaftere, bisweilen aktionistische Diskussion darüber angeregt, welche Konsequenzen daraus für die Familien-, Sozial- und Gesundheitspolitik zu ziehen sind.

Die dramatischen, medienwirksamen Fälle von Vernachlässigung und Misshandlung mit Todesfolge sind indessen sicher nur die Spitze des Eisbergs. Schätzungsweise 5 % aller Kinder wachsen in Deutschland in Familien oder Teilfamilien auf, die nach den Kriterien der Mannheimer Risikokinder-Studie als „Hochrisikofamilien“ zu bezeichnen sind. Darunter werden Familien oder Lebensgemeinschaften verstanden, in denen nach gesicherter Empirie für die Kinder ein hohes Risiko gravierender Vernachlässigung besteht, als Folge der gegebenen psychosozialen Bedingungen. In absoluten Zahlen ausgedrückt sind von diesem hohen Risiko *in jedem Geburtsjahrgang* rund 30.000 Kinder (!) in Deutschland betroffen. Eine gravierende Vernachlässigung kann aber sehr unterschiedliche Folgen haben; in jedem Falle

bedeutet sie für das betroffene Kind eine Behinderung, seine Entwicklungsmöglichkeiten auszuschöpfen.

Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch sind unterschiedliche Formen schädigenden Verhaltens, denen viele Kinder gleichzeitig oder nacheinander ausgesetzt sind und zwischen denen oft fließende Grenzen verlaufen. Der Begriff der „Gewalt“ wird in diesem Kontext meist mit körperlicher Misshandlung oder Bedrohung verbunden. Gewalt wird nicht nur von Erwachsenen an Kindern ausgeübt, sondern in bedeutsamem Umfang auch zwischen Kindern und Jugendlichen untereinander. Dieses Phänomen macht inzwischen einen beträchtlichen Anteil der sog. neuen Morbidität im Kindes- und Jugendalter (im amerikanischen Sprachgebrauch „new epidemics“) aus.

Zur Häufigkeit von Gewalterfahrung im Kindes- und Jugendalter gibt es aktuelle, für Deutschland repräsentative Daten aus dem nationalen Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Mehr als ein Viertel der befragten Kinder und Jugendlichen zwischen 11 und 17 Jahren gab an, innerhalb der zurückliegenden 12 Monate ein- oder mehrmals Gewalt ausgeübt zu haben oder Opfer von Gewalt geworden zu sein: 14,9% gaben an, ausschließlich Täter gewesen zu sein, 4,6% ausschließlich Opfer und 5,7% sowohl Täter als auch Opfer. Jungen sind in der Täter- und der Täter-/Opfer-Kategorie mehr als doppelt so häufig vertreten wie Mädchen, in der Opfer-Kategorie ist die Geschlechterdifferenz geringer. Bei Kindern und Jugendlichen mit niedrigem Sozialstatus ist der Anteil der Täter fast doppelt so hoch wie in der Oberschicht, noch größer ist die Differenz in der psychologisch besonders problematischen Gruppe der Kinder und Jugendlichen, die sowohl Täter als auch Opfer sind. Dagegen sind die soziodemographischen Unterschiede bei den ausschließlichen Opfern gering.

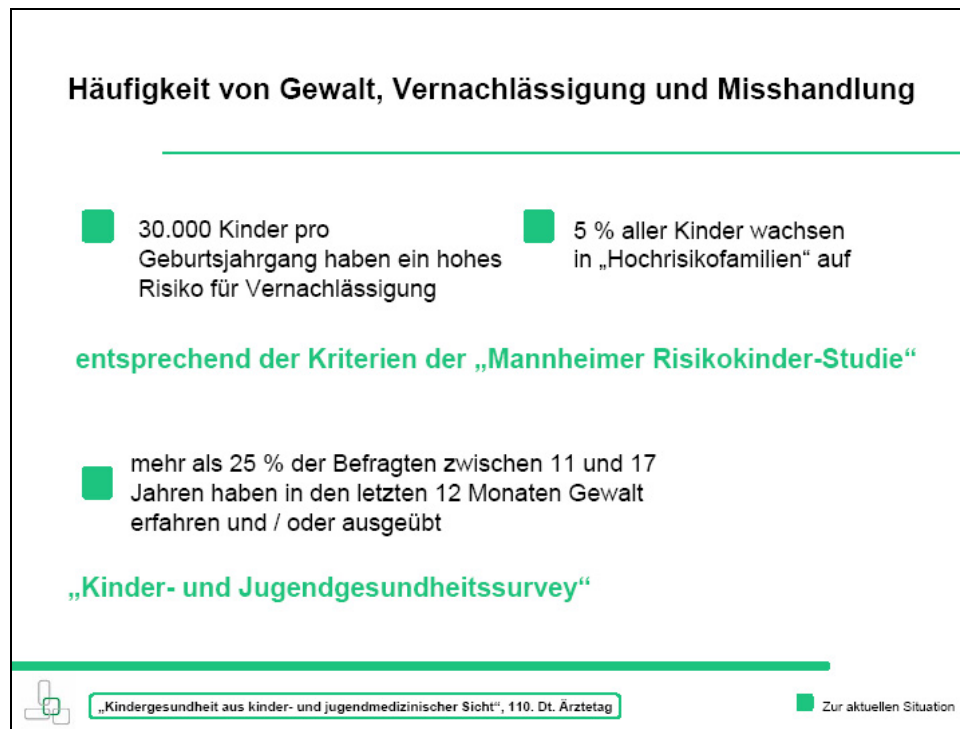


Abbildung 1: Zur aktuellen Situation

Bei der Diskussion um Ursachen und Folgen solcher schädigender Einflüsse auf Kinder gilt es zu unterscheiden zwischen (Abb. 2):

- Vernachlässigung, wenn Kindern die für ihr Überleben und Wohlergehen erforderlichen Maßnahmen ganz oder teilweise vorenthalten werden.
- Körperlicher Misshandlung, wenn einem Kind körperliche Verletzungen durch eine Bezugsperson zugefügt wurden.
- Seelische Misshandlung ist die Folge von Verhaltensweisen, die zu einer schweren Beeinträchtigung einer vertrauensvollen Beziehung zwischen dem Kind und der Bezugsperson führen und die seelisch-geistige und nicht selten auch die körperliche Entwicklung des Kindes behindern.
- Sexueller Missbrauch ist schließlich die Beteiligung von Kindern und Jugendlichen an sexuellen Handlungen.

Gemeinsamer Wirkfaktor dieser verschiedenen negativen Einflüsse ist, dass die seelischen und körperlichen Grundbedürfnisse von Kindern nicht oder nur unzureichend befriedigt werden. Das ist im eigentlichen Sinne als soziale Benachteiligung von Kindern zu verstehen, während im allgemeinen Sprachgebrauch soziale Benachteiligung fälschlicher Weise meist mit schlechten

sozio-ökonomischen Bedingungen gleichgesetzt wird. Soziale Benachteiligung ist aber kein primär materielles und auch kein schichtspezifisches Problem, sondern vielmehr die Folge von Mängeln der primären Sozialisation und der Interaktion des Kindes mit seinen Bezugspersonen. Zweifellos nimmt das Risiko sozialer Benachteiligung von Kindern mit dem Grad sozio-ökonomischer Stressbelastung (Armut und Bildungsmangel) signifikant zu, aber eine statistische Korrelation ist nicht gleichbedeutend mit einem kausalen Zusammenhang. Eine Fokussierung der ärztlichen Aufmerksamkeit auf die physischen und psychischen Grundbedürfnisse von Kindern eröffnet ohne Zweifel Möglichkeiten hilfreicher individualmedizinischer Intervention auch unter schwierigen sozio-ökonomischen Gegebenheiten.

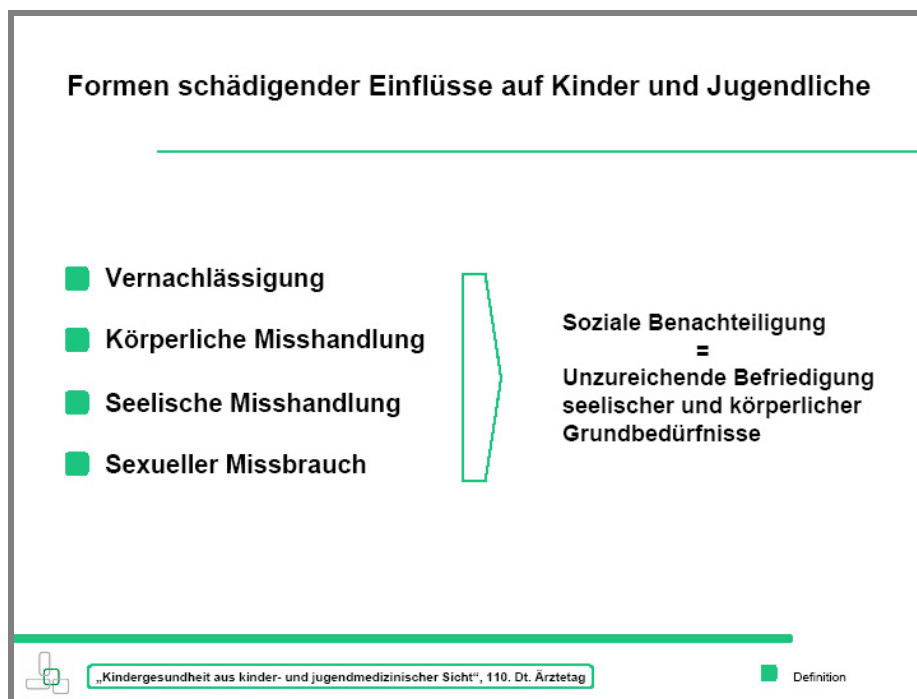


Abbildung 2: Definition

Zu den Risikofaktoren (Abb. 3)

Die Ergebnisse der Mannheimer Risikokinder-Studie belegen eindrucksvoll, dass Entwicklungsrisiken, soweit sie aus den äußeren Lebensumständen der Kinder hervorgehen, hauptsächlich über das Erziehungsverhalten der Bezugspersonen vermittelt werden. Widrige Lebensereignisse und chronische Belastungen beeinflussen die Erziehungshaltung maßgeblich und wirken sich dadurch direkt auf

die Entwicklungschancen der Kinder aus. Ein besonderes Problem liegt darin, dass psychosoziale Risikofaktoren selten isoliert, vielmehr in der Regel kumuliert auftreten, etwa in der Kombination von geringem Einkommen, schlechten Wohnverhältnissen, allein erziehenden Eltern, unerwünschter Schwangerschaft, niedrigem Bildungsniveau und anderen Beeinträchtigungen.

Je höher der Problemdruck ist und je geringer die Ressourcen sind, desto wahrscheinlicher wird eine Dekompensation. Sie äußert sich bei Frauen (Müttern) tendenziell eher in einer depressiven Reaktion mit der Folge von Vernachlässigung, bei Männern (Vätern) häufiger in einer aggressiven Reaktion, d.h. einer Misshandlung. Abusus von Alkohol und Psychopharmaka (letztere vorzugsweise bei Frauen) spielen dabei eine zusätzlich verschlimmernde Rolle. Die Verstärkung einer psychischen Indifferenz bei Müttern, die aus Überforderung depressiv sind, müsste bei der ärztlichen Verordnung von Psychopharmaka daher sicher noch stärker bedacht werden.

Durch viele weltweit durchgeführte Studien ist erwiesen, dass mütterliche Depressivität einer der gefährlichsten Risikofaktoren sowohl für die kognitive als auch die psychosoziale Entwicklung der Kinder ist. Depressivität blockiert auf Seiten der Mutter die Fähigkeit und die Bereitschaft, die Signale und Bedürfnisse des Kindes wahrzunehmen, richtig zu interpretieren und angemessen zu beantworten, die Voraussetzungen für die Entwicklung einer sicheren Bindung. Deren Qualität ist aber ihrerseits auch ausschlaggebend für die kognitive Entwicklung des Kindes.

Armut als besondere Konstellation psychosozialer Risikobelastung ist seit den 1990er Jahren vermehrt ins öffentliche Bewusstsein gerückt, nachdem sie zu einem Massenphänomen wurde, von dem Kinder in besonderem Umfang und mit besonderer Auswirkung betroffen sind. Armut führt, statistisch gesehen, zu einer Veränderung des innerfamiliären Klimas mit Zunahme von depressiver Resignation einerseits und von restriktiven und strafenden Erziehungsweisen andererseits. Ein höheres Bildungsniveau der Eltern ist im Zeitalter der Massenarbeitslosigkeit zwar keine Garantie mehr gegen Armut, vermag aber doch die Auswirkungen von Armut auf das Familienklima und die Entwicklung der Kinder abzumildern.

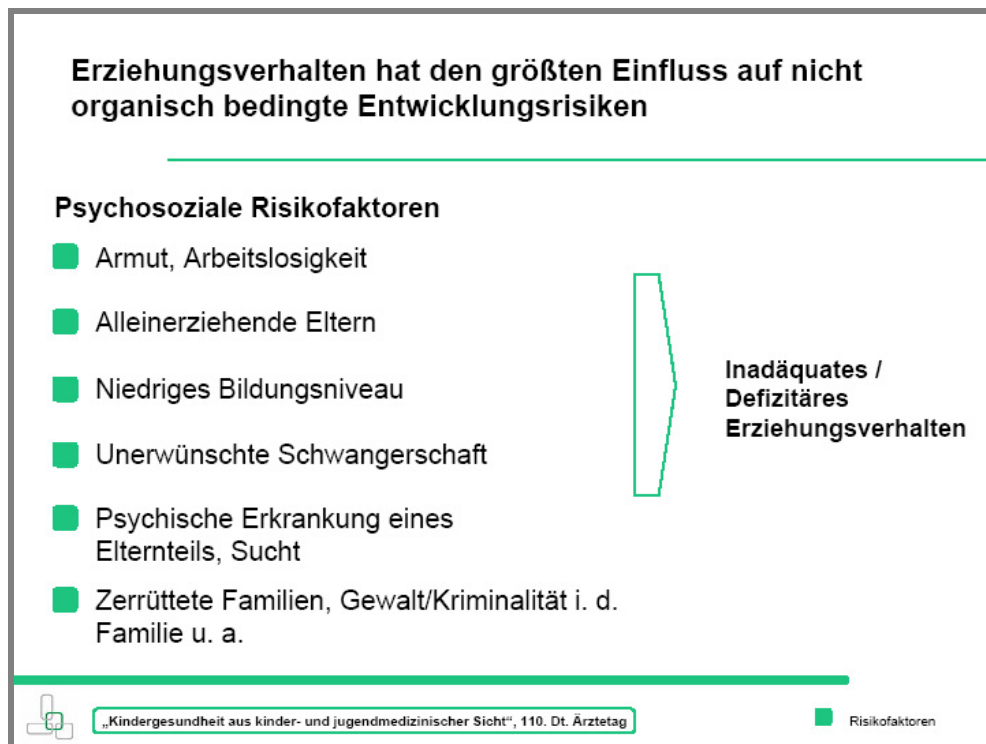


Abbildung 3: Risikofaktoren

Zu den Folgen von Vernachlässigung und Misshandlung (Abb. 4)

Die Frage nach den Folgen von Vernachlässigung und Misshandlung lässt sich nicht pauschal beantworten, denn die Folgen sind zum einen abhängig vom Schweregrad der schädigenden Einflüsse, zum andern auch von biologischen oder psychologischen Eigenschaften des einzelnen Kindes, die seine Störanfälligkeit (Vulnerabilität) oder auch Widerstandsfähigkeit (Resilienz) beeinflussen. Es gibt aber gesicherte Daten über die Abhängigkeit von Gesundheit und Entwicklung vom Grad der sozialen Benachteiligung des Kindes, ausgedrückt im sozio-ökonomischen Status der Familie und des Kindes:

1. Die Körperliche Gesundheit

Auch unter den Gegebenheiten einer allgemeinen sozialstaatlichen Absicherung ist die Säuglings- und Kindersterblichkeit in den westeuropäischen Ländern noch heute bei den Kindern der untersten Sozialschicht um mehr als doppelt so hoch wie in der obersten Sozialschicht. Ein ähnlich hoher sozialer Gradient wurde z.B. in Großbritannien auch für die Häufigkeit von Pneumonien und für verschiedene chronische Erkrankungen im Kindesalter nachgewiesen. Adipositas (BMI > P97) ist bei Kindern und Jugendlichen aus der unteren Sozialschicht – nach den aktuellen

Erhebungen des KiGGS – dreimal häufiger als bei ihren Altersgenossen aus der oberen Sozialschicht. Soziale Benachteiligung disponiert also nicht zu Unter-, sondern zu Fehlernährung. Adipositas ist bekanntlich eine Bedingung, die vielen körperlichen wie auch psychosozialen Störungen Vorschub leistet. Die Häufung somatischer Risiken bei sozial benachteiligten Kindern, wie Säuglingssterblichkeit, Untergewicht bei der Geburt, häufiger angeborene Fehlbildungen, erhöhte Rate an akuten und chronischen Erkrankungen, lässt zunächst daran denken, die gesundheitliche Benachteiligung zu erklären als Folge von ungenügender Gesundheitsvorsorge der Mutter während der Schwangerschaft sowie von Fehlernährung und unzureichender Inanspruchnahme präventiver Maßnahmen nach der Geburt. Diese Faktoren spielen sicherlich eine Rolle, ohne dass damit allein die soziogenen Unterschiede in der Gesundheit und Entwicklung der Kinder erklärt werden können.

2. Die psychische Gesundheit und Entwicklung

Kognitive Störungen sind insgesamt deutlich mehr vom Erziehungsverhalten beeinflusst als von organischen Risikofaktoren, und noch stärker sind sozial-emotionale Störungen bei Kindern vom Erziehungsverhalten abhängig. Umgekehrt wird das Erziehungsverhalten der erwachsenen Bezugsperson von eventuellen emotionalen Störungen des Kindes negativ beeinflusst, worunter auch die psychische Gesundheit vor allem der Mutter leidet. Emotionale Störungen junger Säuglinge äußern sich bevorzugt in sog. Regulationsstörungen (Fütterungs- und Schlafstörungen, exzessives Schreien), die ihrerseits ihre Wurzeln in frühen Interaktionsstörungen haben und eventuell bei den Eltern für das Kind nachteilige Reaktionen auslösen. Auf diese Weise besteht die Gefahr von Teufelskreisen mit steigendem Risiko von Vernachlässigung und Misshandlung, wenn nicht rechtzeitig therapeutische und/oder soziale Hilfen einsetzen.

Erwachsene, die als Kinder nicht die Erfüllung ihrer grundlegenden Bedürfnisse (v.a. Bindung und Sicherheit, Verlässlichkeit, Anregung) erlebt und während ihrer Entwicklung Gewalt als gewissermaßen „normale“ Form von Konfliktlösung kennen gelernt haben, werden mit großer Wahrscheinlichkeit als Eltern ihren Kindern vergleichbar ungünstige, deprivierende Lebensweltbedingungen bieten und dazu beitragen, die Probleme generationsübergreifend weiter zu geben. In der Zeit

zwischen früher Kindheit und Adoleszenz sind solche Kinder sehr häufig sowohl Opfer als auch Ausübende von Gewalt, eine besonders problembeladene Gruppe. Die Opferrolle ist die Folge jahrelanger Demütigung und fehlender Entwicklung von Selbstwert und Selbstvertrauen, und in die Täterrolle wechseln sie, sobald sie sich jemandem Schwächeren überlegen fühlen und ihre Frustration abreagieren können.

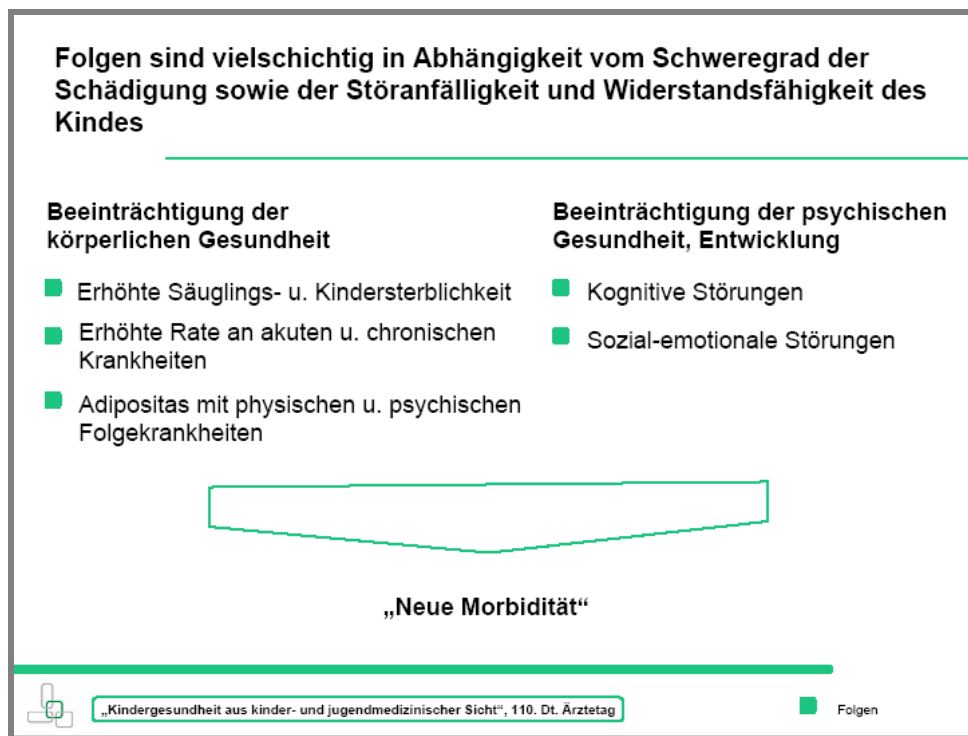


Abbildung 4: Folgen

Einige Defizite und Problemfelder (Abb. 5)

Der Blick auf die Bedingungen, welche der Vernachlässigung und Misshandlung von Kindern Vorschub leisten, lässt zwei Handlungsebenen erkennen: zum einen die bevölkerungsbezogene, politische Ebene, zum anderen der Auftrag zur Hilfeleistung im Einzelfall, ein essentieller Teil des ärztlichen Selbstverständnisses. Die Forderung nach politischen Lösungen zur Eindämmung der Kinderarmut, zur Verbesserung der Bildungschancen in den ersten Lebensjahren, generell zu einer besseren Koordination von Gesundheits-, Sozial- und Familienpolitik, ist berechtigt. Noch ist die Politik allerdings sehr zögerlich und uneinig in der Umsetzung der dringend notwendigen Maßnahmen. Gleichzeitig geht es aber auch darum, im Bereich der ärztlichen Verantwortung hier und jetzt das Mögliche zu tun.

Verbesserungsbedarf besteht u.a. auf folgenden Gebieten:

- Die Repräsentanz sozialmedizinischer Aspekte in der ärztlichen Aus- und Weiterbildung ist nicht ausreichend; Gesundheitswissenschaft und Sozialepidemiologie werden im Spektrum der Medizinischen Fakultäten nicht angemessen gewürdigt.
- Kinder, die auf Grund psychosozialer Risiken einer hohen Gefahr von Vernachlässigung und Misshandlung ausgesetzt sind, können nur durch aufsuchende und nachsorgende Dienste einigermaßen zuverlässig erreicht werden. Solche Dienste von Gesundheits-, Jugend- und Sozialämtern sind aber vor allem in den letzten beiden Jahrzehnten bei kurzsichtigen Sparmaßnahmen massiv abgebaut worden, so dass fast nirgendwo noch die Personalkapazität vorgehalten wird, die für eine bedarfsgerechte Prävention von Vernachlässigung und Misshandlung notwendig wäre.
- Die Mitwirkung niedergelassener Kinder- und Jugendärzte in regionalen Netzwerken zur Prävention von Vernachlässigung und Misshandlung in konkreten Gefahrensituationen wäre in großem Umfang erforderlich. Eine solche Mitwirkung ist jedoch sehr zeitaufwändig und deshalb nicht ohne eine angemessene Vergütungsregelung dauerhaft zu leisten.
- Kinder- und Jugendärzte sind als Fachleute für Fragen der kindlichen Entwicklung in besonderer Weise disponiert, sich auf diesem Gebiet zu engagieren. In absehbarer naher Zukunft ist jedoch die flächendeckende Versorgung durch Kinder- und Jugendärzte in ländlichen Gebieten gefährdet durch den Verlust von Weiterbildungsstellen in Krankenhäusern und durch fehlende Förderung der Weiterbildung in kinder- und jugendärztlichen Praxen analog zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin.

Psychosoziale Risikofaktoren können noch nicht ausreichend verhindert oder ausgeglichen werden

Handlungsbedarf im politischen Verantwortungsbereich:

- Kinderarmut
- Bildungschancen in den ersten Lebensjahren
- Koordination von Gesundheits-, Sozial- und Familienpolitik
- Ausbau aufsuchender und nachsorgender Dienste

Handlungsbedarf im ärztlichen Verantwortungsbereich:

- Repräsentanz sozialmedizinischer, gesundheitswissenschaftlicher und sozialepidemiologischer Aspekte in Forschung und Lehre
- Zusammenarbeit mit aufsuchenden und nachsorgenden Diensten
- Mitwirkung in regionalen Netzwerken
- Flächendeckende Versorgung durch Kinder- und Jugendärzte



„Kindergesundheit aus kinder- und jugendmedizinischer Sicht“, 110. Dt. Ärztetag

■ Defizite / Problemfelder

Abbildung 5: Defizite / Problemfelder

Beiträge der Kinder- und Jugendmedizin zur Problemlösung (Abb. 6)

Die „neue Morbidität“, d.h. die enorme Zunahme von Störungsbildern, die mittelbar oder direkt mit soziogenen Faktoren zusammenhängen, hat das Aufgabenspektrum der Kinder- und Jugendärzte in Deutschland in wesentlichem Umfang verändert. An einigen Beispielen soll erläutert werden, dass sich die Kinder- und Jugendmedizin dieser Herausforderung gestellt hat:

- Flächendeckend wird seit mehreren Jahren ein umfangreiches Fortbildungsangebot auf dem hier besprochenen Gebiet vorgehalten und in eindrucksvollem Umfang in Anspruch genommen. Auch die wissenschaftlichen Fachkongresse haben die neue Morbidität und ihre Prävention zum Thema gemacht. Dadurch wird dafür gesorgt, dass der Qualitätsstandard der fachärztlichen Versorgung dem Wandel des Morbiditätsspektrums gerecht wird.
- In mehreren Städten werden Kooperationsmodelle zwischen Kinder- und Jugendmedizin, Geburtshilfe, Jugend- und Gesundheitsämtern nach dem Düsseldorfer Konzept praktiziert. Dieses Konzept gründet sich auf die Initiative des Düsseldorfer Kinder- und Jugendmediziners Dr. Kratzsch. Bereits in der Entbindungsklinik erhalten Mütter mit hoher psychosozialer Risiko-Belastung oder bei erkennbaren Problemen der Interaktion mit dem neugeborenen Kind

sozialpädiatrische und sozialpädagogische Angebote. Dabei wird auch für die Informationsvermittlung an den weiterbetreuenden niedergelassenen Kinder- und Jugendarzt gesorgt, damit die gefährdeten Kinder nicht aus der Beobachtung fallen und dann erst viele Jahre später wieder mit massiven Entwicklungs- und Verhaltensdefiziten in den Sprechstunden auftauchen. Die Erfahrung hat gezeigt, dass Mütter aus Hochrisikofamilien gerade in der Postnatalphase bereit sind, solche Hilfsangebote anzunehmen, auch über längere Zeit. Wenn diese sensible Periode nicht genutzt wird, ist es in der Folgezeit wesentlich schwerer, die Kooperation der Mütter zu erreichen.

- Mit dem inzwischen flächendeckenden Aufbau Sozialpädiatrischer Zentren wurde ein Netz bewährter, interdisziplinär arbeitender Institutionen mit einem vorbildlichen Konzept der Qualitätssicherung geschaffen. Die Sozialpädiatrischen Zentren spielen eine wichtige Rolle bei der Diagnostik und Therapie von Kindern mit Entwicklungsstörungen aller Art und in zunehmendem Umfang mit Störungsbildern der neuen Morbidität. Wie z.B. im Düsseldorfer Modell sind Sozialpädiatrische Zentren auch an der frühen, präventiven Vernetzung der Maßnahmen für psychosozial gefährdete Kinder beteiligt.
- Unter der Regie des Öffentlichen Gesundheitsdienstes sind in mehrere Kommunen, z.B. in Bremen, Familienhebammen im Einsatz, die nach der Geburt eines Kindes mit psychosozialer Gefährdung aufsuchende Betreuung leisten. Das Bremer Familien-Hebammen-Projekt ist ein langjährig durchgeführtes und wissenschaftlich evaluiertes Projekt, das ursprünglich als flächendeckendes Frühwarnsystem angelegt war. Aus Kostengründen ist es inzwischen auf Stadtteile mit ungünstigem Sozialindex begrenzt. Dort wird auch durch den Gesundheitsdienst gewährleistet, dass die Hebammen sich bei der Beratung an anerkannte Standards halten und zum Beispiel nicht von einzelnen oder gar allen Impfungen abraten.

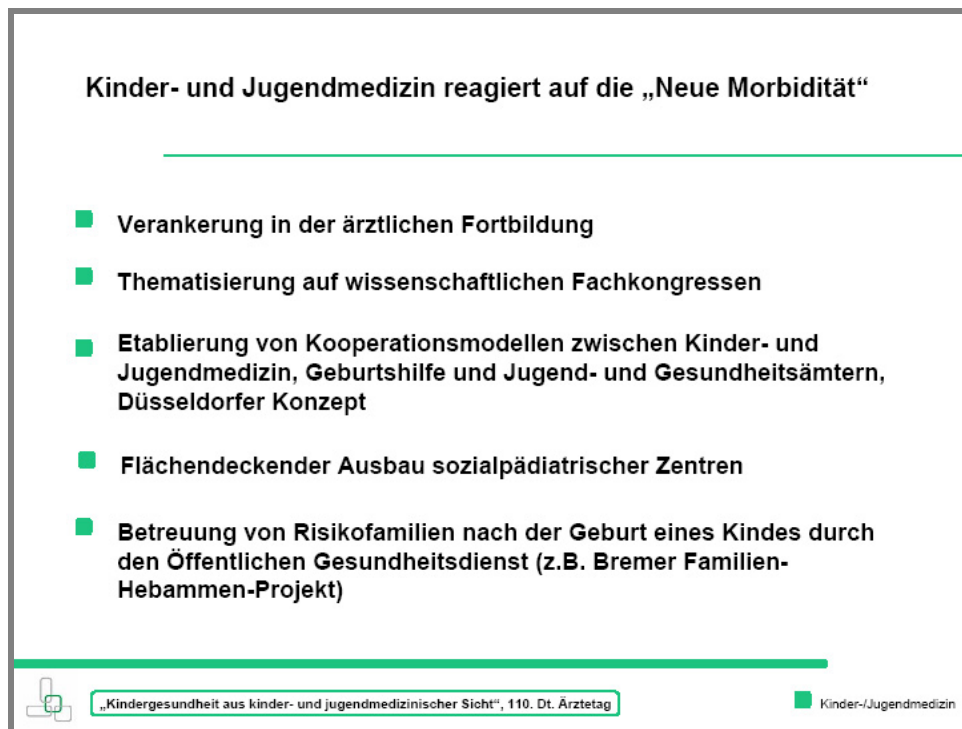


Abbildung 6: Beiträge der Kinder- und Jugendmedizin

Notwendige nächste Schritte durch die Politik (Abb. 7)


Die Einsicht, dass ein beträchtlicher Anteil jedes Geburtsjahrgangs durch Vernachlässigung und Misshandlung seiner Entwicklungsmöglichkeiten beraubt und auf diese Weise zu einer „verlorenen Generation“ wird, ist bei den politisch Verantwortlichen offenbar angekommen; bleibt zu hoffen, dass daraus auch die praktischen Konsequenzen mit der erforderlichen Priorität gezogen werden. Folgende Forderungen sind aus der Sicht der Kinder- und Jugendmedizin zu erheben:

- Die begonnene Überarbeitung des Kinder-Früherkennungsprogramms (gem. § 26 SGB V) muss zügig zu Ende gebracht und inhaltlich den aktuellen Erfordernissen angepasst werden. Wichtig ist insbesondere die Integration primärpräventiver Inhalte.
- Die vorgesehene Neufassung eines Präventionsgesetzes muss den Bedürfnissen von Kindern und Jugendlichen besser gerecht werden; in der ursprünglichen Fassung waren junge Familien als Zielgruppe der Prävention schlicht vergessen worden, obwohl dort die entscheidenden Weichen für die Verhaltensprävention gestellt werden.

- Der öffentliche Jugendgesundheitsdienst muss soweit gestärkt und wieder ausgebaut werden, dass er die Aufgaben einer sozialkompensatorischen aufsuchenden Gesundheitsfürsorge auch wirksam erfüllen kann.
- Das Angebot an qualifizierten Kinder-Tageseinrichtungen, die dem Auftrag zur frühkindlichen Bildung und Erziehung entsprechen können, muss verbessert werden.
- Die wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung durch Kinder- und Jugendärzte muss dauerhaft gesichert werden bei klarer Aufgabenteilung mit den Fachärzten für Allgemeinmedizin auf der Ebene der hausärztlichen Versorgung, entsprechend den unterschiedlichen Weiterbildungsinhalten.
- Schließlich sollte die Bundesregierung als ihre Aufgabe sehen, in jedem Jahr und nicht nur in mehrjährigen Abständen einen Bericht zur Lage der Kinder und Jugendlichen in Deutschland abzugeben, so dass die Öffentlichkeit feststellen kann, was auch von den angekündigten Maßnahmen wirklich umgesetzt worden ist.

Gefahr einer „verlorenen Generation“ erfordert weitere gesellschafts- und gesundheitspolitische Anstrengungen

- **Abschluss der Überarbeitung des Kinder-Früherkennungsprogramms mit Verankerung primärpräventiver Inhalte**
- **Berücksichtigung der Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen in der geplanten Neufassung des Präventionsgesetzes**
- **Stärkung und Ausbau des öffentlichen Jugendgesundheitsdienstes**
- **Verbesserung des Angebots an qualifizierten Kinder-Tageseinrichtungen**
- **Wohnortnahe Versorgung durch Kinder- und Jugendärzte bei klarer Aufgabenteilung mit den Allgemeinmedizinern**
- **Erstattung eines jährlichen Berichts zur „Lage der Kinder und Jugendlichen“ durch die Bundesregierung**



„Kindergesundheit aus kinder- und jugendmedizinischer Sicht“, 110. Dt. Ärztetag


 Politik

Abbildung 7: Notwendige Schritte durch die Politik

Abschließend sei nochmals betont, dass die Kinder- und Jugendmedizin eine Schlüsselrolle in der Betreuung von Kindern spielt, da sie eine kompetente, niedrigschwellige und fast überall verfügbare Anlaufstelle ist, an der auf Grund der Weiterbildung, der stetigen Fortbildung wie auch der Erfahrung eine kompetente

Beurteilung der Entwicklung des Kindes und deren Störungen gegeben ist. Die Ausbildung einer derartigen Kompetenz muss aber nach meiner Ansicht auch von Hausärzten erwartet werden, wenn sie sich mit gleicher Qualität an der Versorgung von Kindern beteiligen wollen. Die während des Medizinstudiums gewonnen Einsichten in die Kinder- und Jugendmedizin langt als einzige Basis dafür in keiner Weise aus.

Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e.V.
Chausseestraße 128/129
10115 Berlin
Tel: 030/ 4000588-0
Fax: 030/ 4000588-88
e-Mail: kontakt@dakj.de
Internet: www.dakj.de