

Die Rolle des Hausarztes in der Gesundheitsförderung Jugendlicher

«Life course approach»

Anne Meynard^a, Dagmar Haller^b

^a Unité Santé Jeunes, Programme adolescents et Jeunes Adultes, Département de l'enfant et de l'adolescent, HUG

^b Unité de Médecine de Premier recours, Faculté de Médecine, Université de Genève et Unité Santé Jeunes, HUG

Die Adoleszenz wird oft als stürmischer Lebensabschnitt beschrieben, der sich der Kontrolle und Vernunft und somit jeglicher Präventionsmassnahme entzieht. Dieses medial transportierte Bild der Adoleszenz lässt mitunter vergessen, dass es sich vor allem um eine aussergewöhnliche Lebensphase handelt, die viele Chancen birgt: Jetzt kann auf Verhaltensweisen hingewirkt werden, die das Leben einer Person für ihr gesamtes späteres Leben prägen sollen.

Einleitung

Die Bestimmung von Risiken mit dem Ziel, auf ein bestimmtes Verhalten (sexuelle Risikobereitschaft, Suchtmittelkonsum, Ernährung usw.) einzuwirken, ist nicht ausreichend. Ein moderner Ansatz zur Förderung der Gesundheit Jugendlicher sollte sich vielmehr auf eine ausgewogene Betrachtung stützen, die Risikobereitschaft und auch Ressourcen sowohl in Bezug auf die Gesundheit als auch die Entwicklung im Blick hat [1]. Im Laufe des letzten Jahrhunderts hat der Fortschritt in der Medizin zu einer weltweiten Verbesserung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen geführt (materno-fetale Gesundheit, Impfungen, Ernährungsprogramme, Fortschritte in der Behandlung chronischer Erkrankungen). Allerdings sind Jugendliche und junge Erwachsene (10- bis 24-Jährige gemäss WHO-Definition) als Erste die Leidtragenden ungünstiger sozioökonomischer Bedingungen und Opfer von Gewalt [2]. In der Adoleszenz werden diejenigen Verhaltensweisen angenommen, die den grössten Einfluss auf Mortalität und künftige Morbidität haben (Alkohol- und Tabakkonsum, körperliche Aktivität, gesunde Ernährung usw.) Andererseits kann den Ursachen der meisten Probleme, die direkten Einfluss auf die Gesundheit Jugendlicher und junger Erwachsener haben (Unfälle, psychische Störungen, sexuell übertragbare Krankheiten usw.), vorgebeugt werden. Die Mehrheit der Jugendlichen konsultiert mindestens einmal jährlich einen Generalisten, im Allgemeinen wegen gängiger somatischer Beschwerden. Diese Arztkontakte stellen auch jedes Mal eine Gelegenheit für präventive Massnahmen dar [3]. Der «Life-Course»-Ansatz, der die Adoleszenz in einem Gesamtkontext sieht und positioniert und diese Phase als einen für die künftige Gesundheit entscheidenden Lebensabschnitt be-

trachtet, kann den Hausärzten (Pädiaterinnen, Pädiatern und Generalisten) in diesem Zusammenhang wieder eine zentrale Rolle zuweisen. Zu nennen sind hier beispielsweise präventive Massnahmen rund um das Rauchverhalten Jugendlicher: Die konkrete Ermittlung Adoleszenter, die rauchen, ist eine nicht nur mit Blick auf die langfristige Prävention empfohlene Strategie, sondern auch, weil Tabakkonsum als allgemein anerkannter Indikator für schlechte psychische Gesundheit in der Jugend gilt. Das direkte Ansprechen von Tabakkonsum in der Adoleszenz bietet sowohl die Gelegenheit zu einem präventionsorientierten, personalisierten Appell in Ergänzung zu den Massnahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit, als auch zur Vermittlung geeigneter Unterstützung [4, 5].

Impfprogramme für Jugendliche (der Impfschutz für Kinder verbessert sich stetig, ist bei Jugendlichen hingegen nicht immer optimal) haben Einfluss auf deren eigene Gesundheit, aber auch auf die ihrer zukünftigen Kinder (Beispiel: Keuchhusten) [6].

Klinische Fallvignette – erster Schritt

Als Hausarzt betreuen Sie mehrere Mitglieder der Familie Bäker (fiktives Beispiel). Zur Familie gehören Herr Bäker und seine frühere Frau (seit sechs Jahren geschieden) sowie ihre drei Kinder und die Eltern von Herrn Bäker.

1. Frage: Welches sind, basierend auf den vorhandenen Informationen, die Risiken und Ressourcen für die Gesundheit und Entwicklung der drei Jugendlichen der Familie Bäker?

Schutzfaktoren: Starke generationenübergreifende Bindungen. Eltern haben abgeschlossene höhere Schulbildung.

Grosseltern: engagieren sich sehr für ihre Enkel

Herrn Bäckers Vater: 75 Jahre, früher Bäcker, Hobbygärtner, AHT, Übergewicht, kürzl. Unwohlsein evtl. nach TIA, seit Jugend Raucher, regelm. Alkoholkonsum.

Herrn Bäckers Mutter: 69 Jahre, pensionierte Uhrmacherin, aktiv in Hilfsorganisation für Asylbewerber, Übergewicht, Hypercholesterinämie, Brustkrebs vor 10 Jahren mit kompletter Remission.

Eltern seit 6 Jahren geschieden, Spannungen wegen der Kinderbetreuung

Herr Bäker: 45 Jahre, Spengler EFZ, instabile AP nach Unfall, Raucher seit 14. Lj., regelm. Alkoholkonsum. Neue Lebenspartnerin mit heranwachs. Sohn. Eine Schwester lebt im Ausland mit Sohn, der als «problematischer Jugendlicher» gilt.

Geschiedene Frau Bäker: 46 Jahre, HR Uhrenindustrie, Migräne seit Jugendzeit, Wochenbettdepression (3. Kind) mit Psychiatrieaufenthalt, Alkoholabusus, unregelmässige Arztbesuche (nur als Notfall). Keine feste Beziehung. Wenig Kontakt zu ihrer Familie, eine Schwester leidet seit Jugendzeit unter einer Essstörung.

Risikofaktoren: Bei verschiedenen Familienmitgliedern mehrere kardiovaskuläre Risikofaktoren sowie übermässiger Alkoholkonsum. Seitens der Mutter affektive Störungen und übermässiger Alkoholkonsum, seitens der Schwester der Mutter Essstörung.

Es ist wichtig, die familiären Beziehungen zu beobachten. Eltern, die es verstehen, für ihre Kinder da zu sein und sich gleichzeitig auch klar und mit Autorität zu positionieren, Möglichkeiten zum Dialog und zum Ausdrücken von Gefühlen sowie klare Grenzen zwischen den Generationen sind Schutzfaktoren für jegliche Art von Risikoverhalten (Substanzkonsum, Sexualität, Ernährung, bessere psychische Gesundheit usw.) in der Adoleszenz.

Klinische Fallvignette – zweiter Schritt

Die Kinder Bäker

Marc, 18 Jahre: Kaufmann. Lehrling, keine besonderen Probleme. Praxisbesuch wegen Bescheinigung zum Ausbildungsbeginn, kommt sonst nie in Sprechstunde.

Julien, 14 Jahre: sehr sportlich, häufige Verletzungen, sehr häufige Praxisbesuche wegen kleiner Notfälle. Eltern sind besorgt wegen seines Risikoverhaltens.

Emma, 11 Jahre: leichtes Übergewicht, noch nicht in der Pubertät, Verdacht auf Hyperaktivität, Schulprobleme. Ihr Pädiater wurde pensioniert und die Eltern baten Sie, nun Emmas Betreuung zu übernehmen.

2. Frage: Was sollten Sie vor dem Hintergrund dieser Merkmale im Kopf haben, wenn Sie die drei Jugendlichen in Ihrer Sprechstunde empfangen, und welchen Kindern gilt Ihre besondere Aufmerksamkeit? Warum ist es wichtig, sich bewusst diesem Lebensabschnitt zuzuwenden?

Viele gesundheitsschädigende Verhaltensweisen nehmen in diesem Alter ihren Anfang, und wie vorab beschrieben, hat die Mehrzahl der Todesfälle vermeidbare Ursachen. Schwere psychische Störungen beginnen in diesem Lebensabschnitt, bleiben jedoch häufig unbeachtet, da sie wenig spezifisch sind und rasch der «Adoleszenzkrise» zugeschrieben werden. Es ist wichtig, sich nicht ausschliesslich dem Verhalten zu widmen, sondern auch dem Kontext, in dem es auftritt. Die Adoleszenz (Pubertät, soziale Entwicklung) ist ein für die Entwicklung des Gehirns entscheidender Lebensabschnitt mit intensivem Umbau neuronaler Strukturen. Dank der Neuroplastizität ist eine Besserung von Entwicklungsstörungen, die infolge von Mangel oder Traumen in der Kindheit auftreten, möglich; demgegenüber können exzessiver Suchtmittelkonsum oder relationale Probleme die Entwicklung grundlegender neuronaler Schaltungen erschweren, mit bleibenden kognitiven oder emotionalen Störungen als Folge.

Präventionsmassnahmen in der Praxis: Beispiel der Familie Bäker

Versorgungszugang für Jugendliche fördern: Umfeld und Empfang (Prospekte für Jugendliche, Empfangspersonal geschult für jugendspezifische Themen wie Vertraulichkeit usw.) Finanzielle/vertraulichkeitsrelevante Themen mit Eltern und Kindern ansprechen.

Verhalten angemessener Versorgungsanspruchnahme fördern Risikoverhalten mit Einfluss auf Gesundheit und Entwicklung evaluieren. Personalisierter Botschaft (Motivationsgespräch), gestützt auf aktuelle Gesundheitskampagnen (Alkohol, STI, Sport, soziale Netze usw.) Mehrere Standpunkte anhören (Jugendlicher, familiäres oder schulisches Umfeld).

Phasen des Familienlebens evaluieren und familiäre Kommunikation fördern. Häufige Krise bei Eltern Jugendlicher: Altern und Autonomieverlust der eigenen Eltern, berufliche, paarbezogene und gesundheitliche Sorgen, Selbständigwerden der Kinder.

Kohärenz der Interventionen fördern: Übergang Pädiater – Generalist, Netzwerk mit Schulgesundheitspflege, Kinderschutzstrukturen usw.

Das individuelle Procedere und die Gespräche ...

Durch eine systemische Betrachtungsweise des Hausarztes können alle Familienmitglieder mit ihren individuellen Bedürfnissen berücksichtigt werden, aber ebenso auch die familiären Beziehungen und Ereignisse, die Auswirkungen auf die Gesundheit der einzelnen Familienmitglieder haben können [9].

... mit Marc, 18 Jahre

Marc, ein junger Erwachsener, ist gerade im Begriff, sich abzunabeln und einen Berufsweg einzuschlagen.

Tabelle 1: Ziele einer Gesundheitsbilanz bei Jugendlichen [7, 8].

Nur mit dem Jugendl.: Somatische Abklärung, Pubertäts- und Wachstumsentwicklung, logisches Denken

Impfauffrischung

Aktuelle Beschwerde, Lebensgewohnheiten und psychosoziale Anamnese: HEADSSS (Home, Education, Eating, Activities, Drugs, Sexuality, Safety, Self-harm)

Klin. Untersuchung (Gewicht, Grösse, Körperbild, Ritzungen, Körperpflege, Gebissstatus, Fragen rund um körperl. Normmasse)

Mit Eltern und Kind: Gespräch über Einfluss der Jugendzeit auf familiäre Beziehungen

Darstellung der Eltern über Jugend und Selbständigwerden ihrer Kinder

Medizin. Vorgeschichte

Im Laufe der Gespräche (auch in Akutsituationen) sollte der Hausarzt zuallererst Marcs Selbstwertgefühl und die Aspekte der psychischen Gesundheit beleuchten, wengleich auch die Exploration der weiteren HEADSSS-Faktoren wünschenswert ist. Das Alkoholproblem und die psychischen Probleme seiner Mutter sowie die Scheidung, als er 12 Jahre war, und die gesundheitlichen Beschwerden seines Vaters lasten möglicherweise schon lange auf ihm. Unter derartigen Umständen findet man häufig ein übermässig vernünftiges Verhalten («Parentifizierung»); hieraus resultieren die Schwierigkeit, von anderen Hilfe anzufordern, ein Risiko für psychische Störungen oder auch Schwierigkeiten in der Autonomieentwicklung (Beziehung zu Gleichaltrigen usw.)

... mit Julien, 14 Jahre

Pubertät und Entwicklungsstadium werden evaluiert. Juliens häufige Sportverletzungen können im Zusammenhang mit Suchtmittelkonsum stehen, aber auch mit der Schwierigkeit, seine körperlichen Fähigkeiten richtig einzuschätzen, oder aber einer Diskrepanz zwischen dem Wunsch, etwas auszuprobieren und dem Erkennen potenzieller Risiken; auch Unbeholfenheit bedingt durch körperliche Entwicklung und Wachstum kommen als Ursache in Frage. Sein Bedürfnis der Zugehörigkeit zu einer Gruppe Gleichaltriger kann ihm einerseits helfen, in der Aussenwelt Rückhalt zu finden, kann aber auch bedeuten, einer bedrückenden familiären Situation zu entfliehen.

... mit Emma, 11 Jahre

Emma ist noch nicht in der Pubertät, hat leichtes Übergewicht, und es besteht Verdacht auf Hyperaktivität, die zu Problemen in der Schule führt. Ausgeschlossen werden sollten eine Essstörung sowie affektive Störungen (Angststörungen, Depression): die Mutter hatte eine Wochenbettdepression, eine Tante

mütterlicherseits leidet an Essstörungen, Suchterkrankungen.

Mit Emma und ihren Eltern sollte erörtert werden: Die Förderung von körperlicher Aktivität und gesunder Ernährung. Die Exploration des Einflusses der Adoleszenz auf die familiären Beziehungen können sehr zu einer Stabilisierung der Situation beitragen. Bei weiterbestehenden Störungen ist eine kinderpsychiatrische Evaluation (die sich nicht nur auf die mögliche Hyperaktivität konzentriert) geboten.

Anschliessend kann der Hausarzt Kontakt mit der Schule aufnehmen, um eine Verbesserung der Lernbedingungen und die Teilnahme an Aktivitäten zur Gewichtsreduzierung anzuregen. Der Informationsaustausch mit der Schule kann eine erweiterte Sichtweise auf die beobachteten Symptome erlauben.

Es ist darauf zu achten, die Kinder zusammen mit beiden Eltern sprechen zu können, oder im Scheidungsfall mit beiden Eltern nacheinander. Zu oft wird nur ein Elternteil mit einbezogen, was die Gefahr birgt, dass der andere Elternteil abqualifiziert wird.

... mit den Eltern und Grosseltern

Die Kommunikation innerhalb der Familie ist zu fördern. Im Falle erheblicher Probleme oder psychisch labiler Eltern kann der Zugang zu einer Familientherapie die Eltern unterstützen und sich für Jugendliche als sehr nützlich erweisen (Suchtmittelkonsum, Ess- und Verhaltensstörungen usw.)

Schlussfolgerung

Der Hausarzt kann infolge seiner Stellung eine aktive Rolle in der Gesundheitsförderung Jugendlicher einnehmen. Die Berücksichtigung familiärer Faktoren sowie der Entwicklung des Jugendlichen und seiner Ressourcen sind bei der Evaluierung risikobereiten Verhaltens von entscheidender Bedeutung. Es sollte alles darangesetzt werden, rasch die entwicklungsspezifischen Red flags [Tab. 2] zu ermitteln, die unspezifische Warnzeichen für einen Entwicklungsstillstand sind und langfristige Auswirkungen haben können.

Literatur

Die Literaturliste finden Sie online unter www.primary-care.ch

Tabelle 2: Entwicklungsspezif. Red Flags in der Jugend

Körper: deutl. Gewichtszu- bzw. Abnahme, chronische Krankheit, exzessiver Sport, Essstörung

Kognitiv: Notenverschlechterung, Schulfernbleiben, Lernprobleme, Schulabbruch

Emotional: Isolation oder häufige Beziehungsprobleme

Sozial: Keinerlei Leidenschaft/Interesse (zu unterscheiden von Sichtweise der Eltern)

Korrespondenz:
Anne Meynard
Unité Santé Jeunes
HUG
Bvd de la Cluse 87
1211 Genève
[anne.meynard\[at\]hcuge.ch](mailto:anne.meynard[at]hcuge.ch)