

Die Pädiatrie und ihre Grenzen

Stephan Rupp, Copräsident, Einsiedeln

Die Pädiatrie ist ein Fachgebiet, welches sich von anderen Fach- und Interessengruppen abgrenzen muss, respektive von aussen und von innen abgegrenzt wird. Machen wir uns einige Gedanken zu diesen Grenzen.

Die erste Grenze der Pädiatrie ist die des Alters ihrer Patienten und Kunden. Wie lange ist ein Kind oder ein Jugendlicher pädiatrisch? In der Praxis kann dies jeder Pädiater für sich definieren. Ich habe den Eindruck, dass jeder Arzt die Patienten hat, die er verdient. Wenn ich einen guten Draht zu Jugendlichen habe, bleiben die länger in meiner Praxis. Wenn ich mehr Freude an kleineren Kindern habe, werden sie die Patienten meiner Praxis sein. Dies ist auch das Schöne an unserem Beruf, er ist so vielseitig, dass man das tun kann, woran man Freude hat.

Etwas schwieriger ist es bei den Spitälern. In die Praxen kommen die Leute, die dorthin wollen. In den Spitälern, stationär und ambulant, haben Jugendliche zwischen 12 und 20 Jahren diese Entscheidungsmöglichkeit nicht. Dort versuchen andere Instanzen zu definieren, wer wohin gehört. Es wird rein nach Alter entschieden, die individuelle Entwicklung spielt keine Rolle. Manch 14-Jähriger ist erwachsener als ein anderer 18-Jähriger. Sollen Altersgrenzen arbiträr festgelegt werden oder kann den Patienten eine Wahlfreiheit überlassen werden? Wann «müssen» Jugendliche, die sich an eine Kinderspitalstruktur gewöhnt haben, den Erwachsenenmediziner übergeben werden? Wohin gehört ein 17-jähriger aggressiver, betrunkenen junger Mann und wohin die 14-jährige Schwangere? Wenn man eine fliessende Grenze festlegt, muss eine Aufnahmepflicht für alle Patienten in einem gewissen Altersbereich gelten, unabhängig von Diagnosen und sonstigen Problemen, denn sonst werden «schwierige Patienten» hin und her geschoben. Hier ist die SGP gefordert, wir müssen der Politik Leitplanken anbieten, die einen Entscheid im Sinne der jugendlichen Patienten ermöglichen, ihnen eine Wahlfreiheit erlauben. Sicher darf nicht passieren, dass die Pädiater als «Rosinchenpicker» wahrgenommen werden,

die «schwierige» Patienten lieber weitergeben, spannende Fälle aber an sich ziehen möchten.

Eine zweite Grenze ist die zwischen Allgemeinpädiatern und Spezialisten, respektive zwischen pädiatrischen und Erwachsenen-Spezialisten. Hausarztmodelle und Netzwerke bergen eine gewisse Gefahr in sich, dass aus wirtschaftlichen Gründen alles selbst geregelt werden muss, unter Umgehung der Spezialisten. Pädiatrische Spezialisten stehen nicht überall zur Verfügung, so dass Erwachsenenspezialisten in die Bresche springen müssen. Für die pädiatrischen Spezialisten ist wichtig, dass ihre Angebote niederschwellig und für alle pädiatrischen Patienten gut erreichbar sind. Sie müssen sich nicht nur gegenüber den Grundversorgern positionieren, sondern auch gegenüber den Erwachsenenspezialisten. Die SGP erachtet es als wichtig, dass in Netzwerkmodellen auch pädiatrische Spezialisten einen Platz erhalten. Es muss jedem Kind und Jugendlichen möglich sein, von Kinder- und Jugendspezialisten betreut zu werden, auch bei minimaler Versicherung und in Netzwerkmodellen. Dies kann in einem pädiatrischen Netzwerk oder in einem allgemeinen Netzwerk mit pädiatrischem Angebot der Fall sein.

Aktuelle Berührungspunkte bestehen auch zur Pädagogik. Mit dem neuen Finanzausgleich und der Verlagerung der sonderpädagogischen Massnahmen zu den Kantonen, hat sich einiges geändert. Entwicklungsprobleme wurden «entmedizinisiert», dafür aber «pädagogisiert». In einzelnen Kantonen werden medizinische Ursachen von Schulproblemen gar nicht mehr als Möglichkeit in Betracht gezogen. Hier muss die Pädiatrie aufzeigen, dass die bisherige Zusammenarbeit zwischen pädagogischen und medizinischen Instanzen weiter geführt werden muss, dies zum Wohle des Kindes. Erste Anzeichen deuten darauf hin, dass die Schulträger mit den pädagogischen Massnahmen personell und finanziell überfordert sind und versucht wird, Pädiatern medizinische Therapien, insbesondere Ergotherapien, aufzuzwingen. Hier dürfen wir uns nicht instrumentalisieren lassen, medizinische Therapien dürfen nur

bei klarer medizinischer Indikation verordnet werden. Der Schulträger darf nicht einfach Kosten auf die Krankenkassen überwälzen, weil er selbst sparen will. Ich persönlich bin in einem Gebiet tätig, wo es Schulträger mit und ohne Psychomotorikangebot gibt. Es darf nicht sein, dass ohne klare medizinische Indikation dort mehr Ergotherapie verordnet wird, wo kein Psychomotorikangebot aufgebaut ist. Die Krankenkassen werden uns sonst die Rechnung präsentieren, einerseits direkt bei unseren verursachten Kosten, andererseits auch durch eine Absenkung des Taxpunktwertes, wenn die Kostengrenze im Leikov (Leistungskostenvereinbarung) erreicht ist.

Die Grenze zur Pädagogik ist ausserdem heikel, weil wir uns immer die Frage stellen müssen, ob wir wirklich medizinisch tätig sind oder eine pädagogische Funktion im Rahmen der Leistungspflicht des Kantons ausüben. Es kann durchaus sein, dass wir in Zukunft Leistungen erbringen werden, deren Kosten der Kanton zu tragen hat, sofern wesentliche pädagogische Aufgaben erfüllt werden. Bei der HPV-Impfung und der Schularztstätigkeit ist dies ja auch, zumindest teilweise, der Fall.

Eine weitere Grenze ist die zwischen Therapie und Prävention. Als Pädiater ist es unser Ziel, nicht nur Krankheiten zu behandeln, sondern diese auch zu verhindern. Leider ist die Prävention in vielen Fällen keine Pflichtleistung der Krankenkassen, Präventionsprojekte müssen anders finanziert werden, wie zum Beispiel das Gesundheitscoaching des KHM. Ziele der SGP sind die Anerkennung von Vorsorgeuntersuchungen jenseits des Alters von 4–6 Jahren, von denen wir uns positive Effekte bei der Verhinderung von Adipositas, Suchtverhalten und Jugendgewalt erhoffen würden. Eine Dreijahreskontrolle würde die frühere Erfassung und damit Behandlung von Sprachentwicklungsstörungen erlauben. Eine Ausweitung der Präventivuntersuchungen ist im Moment nicht durchsetzbar, vielleicht können wir später Krankenkassen und Politik von deren Sinn überzeugen. Interessant war eine Diskussion im BAG über Alkohol- und Nikotinprävention. Für uns Pädiater ist klar, dass die Zielgruppe die Jugendlichen sein müssten, nicht die 70-jährigen Alkoholiker mit 80 Nikotin-pack years.

Es gibt noch weitere Grenzen, die genauer definiert werden müssten. Wie weit soll ein

Pädiater schon vor der Geburt eines Kindes involviert sein, im Sinne einer pränatalen Konsultation? Wie grenzen wir uns zu Hebammen ab, wie zu Mütterberatungsschwestern? Wollen wir die Ernährungsberatung bei Säuglingen selbst durchführen oder sie delegieren? Neben der Frage, was wir wollen, ist ebenso wichtig, was wir überhaupt anbieten können. Haben wir beispielsweise genügend Praxisnachfolger, um all die Aufgaben zu bewältigen?

Obwohl die Pädiatrie sicher keine neue medizinische Disziplin ist, ist ihr Berufsbild im Fluss. Sie muss sich immer neu definieren, teilweise auch von aussen definieren lassen. Wir stehen in einem Spannungsfeld von Politik, Wirtschaft, Pädagogik, anderen medizinischen und paramedizinischen Angeboten und vielem mehr. Es liegt an uns, die Pädiatrie der Zukunft zu gestalten, wenn wir nur wollen. Dazu braucht es das Engagement aller, oder zumindest möglichst vieler Pädiater.