

Entwicklungslinien der Pädiatrie in Zeiten wirtschaftlicher Zwänge

Die Organisatoren der Jahrestagung hatten mich gebeten, Gedanken zur Entwicklung der Pädiatrie in Zeiten wirtschaftlicher Zwänge vorzutragen. Ich glaube nicht, dass eine allgemein gültige Betrachtung oder Vorhersage möglich ist. Das einzige, was ich dazu beitragen kann, ist - ausgehend vom Ist-Stand - meine eigenen, persönlichen Gedanken vorzutragen.

Wenn man über Entwicklungslinien der Pädiatrie nachdenkt, kommt man an einem historischen Rückblick nicht vorbei. Die Kinderheilkunde hat sich seit ihrem Bestehen erheblich gewandelt. Als eigenes Fach ist sie an der Jahrhundertwende zum 20. Jahrhundert entstanden. Kinderheilkunde galt damals als so genanntes „kleines Fach“ mit wesentlich weniger Bedeutung als die damals bereits „großen Fächer“ Innere Medizin und Chirurgie. Aber dieses so genannte kleine Fach hatte damals eine große Zahl an Patienten zu versorgen. Hauptaufgabe war zunächst einmal die Bekämpfung der hohen Säuglings- und Kindersterblichkeit auf Grund von Ernährungsstörungen und Infektionskrankheiten. Die Kinderheilkunde hat seither eine Entwicklungslinie durchgemacht, die vor allem in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts zu einer exponentiellen Wissensvermehrung und Spezialisierung geführt hat. Kinderheilkunde bzw. Kinder- und Jugendmedizin ist heute ein großes, wenn nicht sogar das größte klinische Fach mit der breitesten Verzweigung zu Nachbarfächern. Die für die Ausübung unseres Berufes erforderliche Menge an Wissen ist enorm. Unsere Behandlungen werden immer komplexer, aber sie konzentrieren sich auf eine schrumpfende, immer kleiner werdende Zahl von Patienten. Und damit ist bereits eine Problemlinie in der Entwicklung unseres Faches genannt: großes Fach – kleine Patientenzahl.

Unsere Gründer der Pädiatrie konnten das Wissen noch einigermaßen überschauen und verwalten. Dies ist einer Einzelperson heute nicht mehr möglich. Zwar haben wir heute ganz andere Hilfen zur Verwaltung unseres Wissens als früher, wie z.B.

Datenbanken, die uns sehr rasch umfangreiche Informationen geben können. Klinische Erfahrung ersetzen diese Möglichkeiten aber nicht, vor allem nicht in den Spezialgebieten. Die notwendige Konsequenz war die auch formale Spezialisierung, die durch die Musterweiterbildungsordnung im Jahr 2003 auch von der deutschen Ärzteschaft anerkannt wurde, auch wenn die ganze Breite der Kinder- und Jugendmedizin nach wie vor nicht vollständig abgebildet ist. So begrüßenswert diese Entwicklung auf der einen Seite ist, beinhaltet sie doch eine Reihe von Gefahren und ist in der Praxis nicht immer einfach umzusetzen. Künftige Entwicklungslinien der Pädiatrie müssen sich mit diesen Schwierigkeiten auseinandersetzen, damit unser gemeinsames Gebiet in Zukunft keinen strukturellen Schaden nimmt und dadurch die Versorgung unserer Kinder beeinträchtigt wird.

Spezialisierung darf das Mutterfach, das Gebiet nicht gefährden. Es muss auf Dauer klar sein, dass die Spezialisierung nur aus dem Gebiet Kinder- und Jugendmedizin heraus erreicht werden kann. Beispielsweise hat ein Kinderonkologe mit einem Erwachsenenonkologen sehr viele Schnittmengen, genauso ein Kinderkardiologe mit der Erwachsenenkardiologie. Trotzdem muss gewährleistet bleiben, dass solche Spezialgebiete ein Teil eines Kinderzentrums bleiben und nicht organspezifische Zentren sich einen z.B. Kinderonkologen oder Kinderkardiologen halten, der dann mit seinen Patienten nicht mehr in unserem Fach eingebettet wäre. Derartige Begehrlichkeiten von organspezifischen Zentren und Kliniken nehmen deutlich zu. Man muss sich darüber im Klaren sein, dass die Ausgliederung spezialisierter Pädiater zu einem Verlust an Wissen und fehlendem Wissenstransfer für die Grundausbildung unserer Kinderärzte führt. Der Weg muss vom Kind aus in die Spezialisierung führen und nicht von der Spezialisierung zum Kind.

Ökonomie:

Spezialisierung macht in der Regel Medizin nicht billiger. Wir müssen uns aber dem daraus entstehenden ökonomischen Druck widersetzen, dass die Spezialgebiete der Kinder- und Jugendmedizin wie z.B. die Kinderonkologie oder die Kinderkardiologie schon alleine aus Kostengründen in ihrer Selbständigkeit in Frage gestellt werden. Aus meiner Sicht ist es dringend geboten, in allen Bereichen mit Überschneidung zur

Erwachsenenmedizin bzw. mit Organspezifität konstruktive Wege der Zusammenarbeit zu finden, die nicht zu einer Vereinnahmung durch andere Fächer führen, sondern genau umgekehrt das Wissen anderer Fächer in die Kinder- und Jugendmedizin bringt.

Wenn wir uns mehr unseren klinischen Nachbarfächern aus der Erwachsenenmedizin öffnen, mit denen wir gemeinsame Interessen haben, dann lässt sich auch ein weiteres, dringliches Problem unseres Faches besser lösen. Ich meine den Übergang unserer chronisch kranken Patienten in eine ärztliche Betreuung im Erwachsenenalter. Es kann nicht sein, dass wir in zunehmendem Umfang unsere Patienten auch im Erwachsenenalter weiter betreuen, nur weil wir der Meinung sind, dass das Wissen um die Erkrankungen und deren Behandlungen in den klinischen Nachbarfächern fehlt. Es liegt auch an uns, für einen Transfer unseres Wissens zu sorgen. Natürlich möchten wir nicht, dass die Therapieerfolge der Kinder- und Jugendmedizin durch Nichtwissen von Erwachsenenmedizinern wieder verspielt werden. Aber dies lässt sich nur durch Zusammenarbeit überwinden, zu der auch wir bereit sein müssen. Wir werden unseren Patienten nicht gerecht, wenn wir immer nur glauben, alles besser zu wissen und zu können.

Was bringen uns unsere Spezialisierungen?

Wir sind sehr stolz auf die vielen Möglichkeiten der Spezialisierung in Schwerpunkte und Zusatzweiterbildungen. Eine wichtige Frage ist, **ob** und **wo** man überhaupt sinnvollerweise unsere pädiatrischen Spezialisierungen ausüben kann. Zum Teil ist die Zahl der Patienten sehr klein, zum anderen Teil gibt es fachliche Hemmnisse. Ich kann mir z.B. nicht vorstellen, dass alle Spezialisierungen auch im ambulanten Bereich sinnvoll umgesetzt werden können. Was soll z.B. ein Kinderonkologen oder ein Neonatologen in einer kinderärztlichen Praxis tun? Alles was er für die Umsetzung seines speziellen Arbeitsgebietes braucht, wird in einer Klinik vorgehalten. Schon dort sind die wirtschaftlichen Zwänge groß genug. Eine Praxis mit derartigen Spezialgebieten zu belasten wäre wirtschaftlicher Unfug. Auf der anderen Seite gibt es pädiatrische Spezialgebiete, die durchaus praxistauglich sind, wie z.B. Allergologie, Asthma bronchiale, Endokrinologie und Diabetologie und

andere mehr. Nur wird sich jeder Kinderarzt in der Praxis überlegen müssen, ob sich die mit der Spezialtätigkeit verbundenen Aufwendungen rechnen oder nicht, seien es Zeit oder Ressourcen.

Verhältnis/Zusammenarbeit ambulante und klinische Pädiatrie:

Gerade im Bereich der Versorgung spezieller Erkrankungen ist die Zusammenarbeit zwischen Kinderärzten in der Praxis und Klinikambulanzen sicherlich verbesserungsfähig. Ein Anspruch des einen oder anderen auf die Versorgung dieser Patientengruppe hilft den Patienten selber am allerwenigsten. Ich habe leider die Erfahrung gemacht, dass auf beiden Seiten nicht immer der Wille zur Kooperation vorhanden ist. Dabei gibt es inzwischen eine gesetzliche Grundlage, auf der man auch im Bereich seltener und spezieller Erkrankungen eine Zusammenarbeit sehr gut organisieren könnte. Ich meine, das seit 1 ½ Jahren geltende Vertragsarztrechtsänderungsgesetz, das sowohl die Tätigkeit eines niedergelassenen Kinderarztes in der Klinik als auch eines Klinikarztes in der Praxis möglich gemacht hat. Hier gilt es, in Zukunft neue Wege zu gehen. Wir wollen alle nicht, dass unsere Patienten zum Erwachsenen-Rheumatologen, zum Erwachsenen-Pulmologen oder Erwachsenen-Gastroenterologen gehen. Wenn wir das nicht wollen, dann müssen wir Wege finden, dass unsere Patienten mit entsprechenden Erkrankungen auch den Spezialisten finden, sei es in der Praxis oder in der Klinik, der über die notwendige Erfahrung verfügt. Und das ist allemal durch die Zusammenarbeit zwischen Kinderklinik und kinderärztlicher Praxis am besten gewährleistet.

Die kinder- und jugendmedizinische Versorgung in Deutschland basiert auf dem Zusammenspiel zwischen primärer hausärztlicher Versorgung, die gleichzeitig eine fachärztliche Versorgung ist, und der Versorgung in der Klinik. Dieses System war über längere Zeit auch ausbalanciert. Derzeit droht aber diese Balance verloren zu gehen. Die Praxisinhaber von Kinderarztpraxen werden immer älter und es wird für sie immer schwieriger, einen geeigneten Nachfolger zu finden. Die Suche nach einem Nachfolger kann derzeit Jahre dauern und ist teilweise sogar vergeblich. Das kinderärztliche Primärarztsystem in Deutschland ist bedroht, wenn die

Gesundheitspolitik nicht korrigierend eingreift, wonach es allerdings derzeit nicht aussieht. Eine nichtverkäufliche Praxis ist ein herber Verlust für den Praxisinhaber, der womöglich einen Teil seiner Alterssicherung darauf aufgebaut hat. Und es ist ein Verlust einer ortsnahen, kinderärztlichen Grundversorgung. Die Pädiatrie trägt selbst zu dieser Misere einiges bei. Die zunehmende Zahl an Spezialisierungen erlaubt Ärzten heute, wesentlich länger an den Kliniken zu verbleiben, um die eigene Ausbildung zu ergänzen. Da die Anzahl von Weiterbildungsstellen aber nicht parallel mit der Einrichtung von Schwerpunkten und Zusatzbezeichnungen steigt, geht dies eindeutig zu Lasten der Grundausbildung zu Gebietsärzten, die sich in eigener Praxis niederlassen könnten. Dazu kommt, dass durch die besseren Vergütungsstrukturen der Verbleib qualifizierter Ärzte an Kliniken wesentlich attraktiver geworden ist. Auch die Kliniken selbst sind in Zeiten der DRG daran stark interessiert, Alleinstellungsmerkmale zu entwickeln und zu erhalten, um ihre Überlebensposition zu verbessern. Demgegenüber ist eine Praxisgründung oder Praxisübernahme ein unternehmerisches Risiko mit schrumpfender Vergütung und ausufernden Verwaltungsstrukturen des Gesundheitssystems. Die Gründung einer eigenen Praxis hat heute bei Weitem nicht mehr die Attraktivität wie noch vor 20 oder 30 Jahren.

Angesichts dieser Probleme, die teilweise schon eingetreten sind oder auf uns zukommen, muss man sich sehr ernste Gedanken machen, wie die Versorgung kranker Kinder in der Zukunft strukturiert und gesichert werden soll. Ich sehe kaum eine Möglichkeit, dass die hausärztliche Versorgung in größerem Umfang als bisher durch niedergelassene Kinderärzte gesichert werden kann. Hierzu müsste zunächst eine grundsätzliche gesundheitspolitische Weichenstellung innerhalb der Ärzteschaft und mit der Politik stattfinden. Wenn dem aber so ist, dann bleibt uns nichts anderes übrig, als von uns aus eine sinnvolle Zusammenarbeit und Arbeitsteilung auch mit niedergelassenen Allgemeinmedizinern zu strukturieren. Es gibt Tätigkeiten und Arbeitsfelder, die ein spezielles pädiatrisches Fachwissen erfordern und deshalb auch künftig ausschließlich ausgebildeten Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin vorbehalten bleiben müssen. Dazu gehören nicht nur spezielle pädiatrische Krankheitsbildern, sondern vor allem auch z.B. die Durchführung von Vorsorgeuntersuchungen. Auf der anderen Seite muss nicht jede Erkältung oder

Gastroenteritis in jedem Lebensalter von einem Kinderarzt gesehen werden. Wenn wir das verlangen würden, würden wir uns unglaublich machen, da wir schon heute diesem Anspruch niemals gerecht werden können. Ich denke wir sind sehr gut beraten, wenn wir auch in der hausärztlichen Kinder- und Jugendmedizin unser Alleinstellungsmerkmale besser herausarbeiten. Die Zusammenarbeit zwischen Kinderärzten an Kliniken und in freier Praxis muss deutlich intensiviert werden. Wie bereits gesagt, bietet das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz die Möglichkeiten dazu. Die Zeiten, in denen man aus der Praxis heraus die Spezialambulanzen von Kliniken und insbesondere Hochschulkliniken zu einem Spottpreis nutzen konnte, sind längst vorbei. Auch die Hochschulkliniken sind inzwischen Anstalten des Öffentlichen Rechtes, die nicht mehr bereit sein können, mit der Weitergabe ihrer speziellen Fähigkeiten und ihres speziellen Wissens Defizite anzuhäufen.

Wenn man sich über Entwicklungslinien in der Pädiatrie Gedanken macht, dann muss man sich auch überlegen, welche fachliche Entwicklung wo und wie erfolgen kann. Zu einem großen Teil erfolgt die Entwicklung der strukturellen Versorgung im ambulanten Bereich. Die kinderhausärztliche Versorgung durch niedergelassene Kinder- und Jugendärzte dient ganz wesentlich der Gesunderhaltung der Kinder, der Salutogenese. Die Entwicklung und Strukturierung dieses Versorgungsbereiches ist eine Aufgabe, die primär seit langem von niedergelassenen Kinderärzten erfüllt wird. Soweit es sich allerdings um die Versorgung komplex und/oder chronisch erkrankter Kinder handelt, ist der Arzt in der Praxis nicht derjenige, von dem grundsätzliche wissenschaftliche und fachliche Entwicklungen erwartet werden können. Dies kann er schon deswegen nicht leisten, weil ihm in der Regel ausreichende Patientenzahlen niemals zur Verfügung stehen werden. Hier muss eine Zusammenarbeit zwischen Kinderärzten an Kliniken und Kinderärzten in der freien Praxis erfolgen, die von beiden Seiten gewollt, strukturiert und weiterentwickelt werden muss. Der niedergelassene Kinderarzt ist darauf angewiesen, von den Erfahrungen spezialisierter Klinikärzte zu profitieren, die in Leitlinien niedergelegt sind. Auf der anderen Seite kann der Klinikarzt Erfahrungen nur sammeln und weitergeben, wenn ihm entsprechende Patienten in ausreichender Zahl regelmäßig zugewiesen werden. Die wissenschaftliche, inhaltliche Entwicklung der Kinder- und Jugendmedizin, soweit sie sich auf die Diagnostik und Behandlung von

Erkrankungen bezieht, wird auch in Zukunft nur im Bereich der klinischen Kinder- und Jugendmedizin möglich sein, vor allem in Zentren mit etablierten Spezialbereichen. Aber gerade in Zeiten wirtschaftlicher Zwänge, die wir seit der Einführung des DRG-Systems erleben, wird es besonders vordringlich, dass sich auch die Kliniken untereinander strukturieren. Es ist völlig ausgeschlossen, dass alle Kinderkliniken alles behandeln. Würde man diesen Standpunkt vertreten, so wäre eine inhaltliche Weiterentwicklung der Pädiatrie gerade angesichts der kleinen Zahlen und der Vielzahl von seltenen Erkrankungen nicht mehr möglich. Man kann deshalb nur an alle Kinderkliniken appellieren, dass sie sich selbst strukturieren, untereinander zusammenarbeiten und in Absprache unterschiedliche Schwerpunkte und Alleinstellungsmerkmale entwickeln, damit die Kinder- und Jugendmedizin auch inhaltlich in Zukunft weiter vorankommt.