

VISION KINDERMEDIZIN 2030: SICHT DES COLLÈGE A

Thomas J. Neuhaus, Henrik Köhler

*Kinderspitäler Aarau, Basel, Bern, Genf, Lausanne,
Luzern, St. Gallen, Zürich*

Allgemeine Entwicklungen

Die Bevölkerung der Schweiz wird vor allem in den Städten und Agglomerationen weiter wachsen. Dazu wird auch die kontinuierliche Immigration von Familien beitragen. Das bedeutet, dass sowohl der pädiatrisch-ärztliche Aufwand, als auch der kulturelle Aufwand (inklusive Dolmetscherdienste) zunehmen wird. Präventive Massnahmen wie Impfungen, altersgerechte Ernährung und Bewegung werden kontinuierlich wichtiger.

In der pädiatrischen Ärzteschaft werden die aktuellen Trends weitergeführt: Dazu gehören die Feminisierung sowie die Teilzeitarbeit, primär von Frauen, respektive Müttern, aber vermehrt auch von Männern, in allen Bereichen und auf allen Stufen: Dies betrifft die Kinderarztpraxen und die Kinderspitäler, wobei in letzteren Teilzeitarbeit auf allen Hierarchiestufen (Assistenzarzt, Oberarzt, Leitender Arzt) zunehmen wird.

Dies führt zu einer zunehmenden Fragmentierung der ärztlichen Patientenbetreuung. In der Kinderarztpraxis wird Teilzeitarbeit zum Standard bei gleichzeitig limitierten Betriebszeiten an Wochentagen. Entsprechend nehmen die «Walk-in» Patienten im Kinderspital auf der Notfallstation zu. Zusätzlich gibt es eine abnehmende Schwelle für die Zuweisung durch Haus- und Kinderärzte an die Spezialisten im Spital, insbesondere aus der Anspruchshaltung der Patienten, respektive Eltern. Viele Patienten werden mehrere Ärzte haben (Kinderarzt in der Praxis, mehrere pädiatrische Spezialisten im Spital). Dazu kommt der Schichtbetrieb mit mindestens 3 Schichten in den Spitälern inklusive Notfallstation.

Trotz dem leichten Ausbau der Studentenzahlen an den Medizinischen Fakultäten inklusive Fribourg, Luzern, St. Gallen und Tessin, wird der Mangel an Kinderärzten mit primärem Schweizer Diplom zunehmen. Dieser Mangel wird in vielen pädiatrischen Schwerpunkten ausgeprägter sein. Ebenso werden einfachere ärztliche Leistungen zunehmend an Nichtärzte delegiert, dazu gehören sowohl Nurse Practitioners und Advanced Nurses wie auch Apotheker.

Die Digitalisierung wird weiterhin fortschreiten. Dies betrifft nicht nur spitalinterne Klinikinforma-

tions-Systeme und praxisinterne Programme, sondern auch die Zusammenarbeit zwischen den Spitälern und den Ärzten und insbesondere die Integration der Patienten in diese Netzwerke. Die Patienten werden über Smartphones jederzeit digitalen Zugang zu ihren eigenen Patientendaten haben und diese auch selbständig nutzen, um in verschiedensten Situationen medizinischen Rat einzuholen. Zudem wird auch ein Teil der Diagnostik wie Vitalparameter, EKG, selektive Labordiagnostik zuhause per App erhoben werden, um anschliessend diese Parameter in der expandierenden Telemedizin zu nutzen. Es wird eine Art «home triage» geben. Gleichzeitig werden aber auch die Versicherer Zugang zu sehr vielen Daten der Spitäler und Praxen sowie der Patienten haben. Es ist somit zu bedenken, dass sowohl die Ärzte, als auch die Patienten einen Verlust der Datenhoheit (Kontrollverlust) erleiden werden.

Besonderheiten in den Städten und Agglomeration

Die Tätigkeit der Pädiater in der Praxis wird sich zunehmend auf geplante Sprechstunden mit Fokus auf Beratung und Vorsorge während der üblichen Bürozeiten konzentrieren. Die kinderchirurgische und akutenmedizinische Kompetenz wird abnehmen. Ebenso wird die telefonische bzw. telemedizinische Beratung für Notfälle zum grossen Teil an professionelle Beratungsorganisationen bzw. Krankenkassen ausgelagert, falls es den Spitälern und Praxispädiatern nicht gelingt, die Bedürfnisse der Patienten selber zu decken. Die pädiatrische und kinderchirurgische Notfallmedizin – dazu gehören insbesondere die häufigen harmlosen Notfälle der Triage Kategorien 4 und 5 – erfolgen, sofern die Patienten keinen Zugang zur Telemedizin haben oder von dort zugewiesen wurden, fast ausschliesslich in den Notfallstationen der Kinderspitäler. Letztere übernehmen nahezu vollständig die Aufgaben der Grundversorgung für ungeplante Sprechstunden.

Ländliche und abgelegene Regionen

Viele Säuglinge, Kinder und Jugendlichen haben keinen Pädiater mehr als Hausarzt, sondern sind bei «noch verbliebenen» Internisten oder Allgemeinärzten oder «Notfallpraxen» in Betreuung. Letztere haben oft keine ausreichende pädiatrische Erfahrung, da pädiatrische Weiterbildungsstellen für Hausärzte weiterhin sehr limitiert sind. Chronisch kranke ältere Kinder und Jugendliche werden nicht nur von pädiatrischen Schwerpunkttägern, sondern auch von



Thomas J. Neuhaus



Henrik Köhler

Korrespondenz:
thomas.neuhaus@luks.ch

Adultfacharzt-Titelträgern ohne ausreichende Weiterbildung und Fortbildung mit Kindern und Jugendlichen betreut.

Kinderspitäler

Die Spezialisierung (Schwerpunkte) im Spital wird in einigen Schwerpunkten noch «hyperspezialisiert»; dazu gehören die Bereiche Onkologie, Kardiologie und Neuropädiatrie. Um diesem Trend entgegenzuwirken, werden in allen Kinderspitälern wieder «Allgemeinpädiater» auch als Kaderärzte rekrutiert, damit insbesondere die chronisch kranken Kinder in ihrer Gesamtheit erfasst werden können. Dies führt dazu, dass auch Allgemeinpädiater habilitieren können.

Die Arbeitszeiten werden gemäss Arbeitsgesetz in den Spitälern von aktuell meist 50 Stunden pro Woche weiter reduziert. Dies führt zur zusätzlichen Fragmentierung der Betreuung der Patienten und Familien. Die Kinderspitäler werden neben der Sekundär- oder Tertiärversorgung zunehmend in der Grundversorgung aktiv.

Die Bereiche der hochspezialisierten Medizin und der seltenen Krankheiten sind weiterhin politisiert. Ebenfalls besteht weiterhin einerseits eine Kooperation, andererseits eine Konkurrenz (Wettbewerb) zwischen den Kinderspitälern.

Konkrete Planungen der Collège A – Kinderspitäler bis 2030

1. Infrastruktur

2030 werden 6 der 8 Collège A-Kliniken ein neues Kinderspital betreiben (Basel hat vor wenigen Jahren ein neues Spital bezogen; in Bern wurden vor kurzem jahrelange Umbauarbeiten abgeschlossen). Damit werden einerseits die Kosten für die Abschreibungen massiv ansteigen, andererseits wegen optimierter Betriebsabläufe möglicherweise auch sinken. Die bisherigen 8 Collège A-Kliniken werden weiterhin bestehen.

2. Betriebsorganisation

Die Patientenzahlen werden weiter steigen, insbesondere im ambulanten, aber auch (weniger ausgeprägt) im stationären Bereich. Das Prinzip «ambulant vor stationär» ist in der Kindermedizin schon seit langem in Kraft, wird aber noch ausgeprägter umgesetzt.

Notfallstationen: In vielen Kantonen gibt es keinen pädiatrischen Notfalldienst mehr in den Arztpraxen. Die Praxisärzte leisten meist einige Dienste pro Jahr in den Grundversorgungspraxen der regionalen Kinderspitäler, sofern es ihnen nicht gelingt, die «Dienstverpflichtung» abzutreten. Alle Kinderspitäler haben die Notfallstation aufgeteilt in eine interdisziplinäre Notfallstation für ernsthaft erkrankte/verunfallte Patienten und eine Walk-in Praxis für harmlose Notfälle und ungeplante Sprechstunden. Letztere wird mit unterschiedlicher Besetzung an 24 Stunden pro Tag betrieben.

Ambulante Spezialsprechstunden: Mit Ausnahme der Entwicklungspädiatrie werden fast alle Schwerpunkte ausschliesslich an den Kinderspitälern stattfinden. Für die seltenen Krankheiten, welche in der Regel ambulant behandelt werden, sind einige regionale Netzwerke wie z.B. Romandie, Nordwest-Zentralschweiz, Zürich, Ostschweiz im Aufbau. Die Regulation für die Betreuung von Patienten mit seltenen Erkrankungen hat zugenommen und ähnelt dem System der Hochspezialisierten Medizin (HSM).

Stationär: Die Verweildauer der Patienten wird nochmals sinken. Alle Kinderspitäler werden in enger Nähe zur Notfallstation eine Short-Stay-Unit für Kurzlieger anbieten. Länger hospitalisierte Patienten werden zunehmend intermediate Care (IMC) Kriterien erfüllen. Für den stationären Bereich wird das Einbettzimmer zum Standard. Ebenso erfolgt die Perinatalmedizin unter einem Dach mit integrierter Versorgung von der Geburtshilfe über die Neonatologie zur Kindermedizin (Pädiatrie und Kinderchirurgie).

Hochspezialisierte Medizin: Das 2019 gültige System mit der Zuteilung auf die 8 Collège A-Kliniken (inklusive Neonatologie für Chur) ist mehr oder weniger weiterhin gültig und erlaubt insbesondere weiterhin eine wohnortsnahe Versorgung. Funktionierende Netzwerke sind alternativ zur Zentralisierung auf wenige Zentren akzeptiert und konzentrieren sich weitgehend auf Erkrankungs- bzw. Organspezifische Strukturen. Es existieren sowohl regionale als auch nationale Netzwerke.

3. Personal

Ärztenschaft: Die Mehrzahl der Kaderärzte (ob Mann oder Frau) arbeitet nicht mehr 100%. Alle Kinderspitäler sind weiterhin auf Kollegen mit ausländischem Diplom angewiesen, insbesondere in den Schwerpunkten.

Pflege: Auch im nicht-ärztlichen Bereich wird der Fachkräftemangel zunehmen. Die Pflegefachpersonen übernehmen zunehmend ärztliche Aufgaben im Case Management oder als Spezialistin. Berufsgruppen wie Fachangestellte Gesundheit (FaGe), medizinische Praxisassistentin (MPA) und andere übernehmen zunehmend Aufgaben direkt am Patienten.

4. Digitalisierung

Alle Kinderspitäler und die grosse Mehrzahl der Praxen sind voll digitalisiert. Viele Patienten, respektive Eltern nutzen den Online-Zugang zu ihren Daten, um mit den Ärzten und Spitälern zu kommunizieren, zum grossen Teil via Internet und Smartphone. Die digitale Medizin inklusive elektronischer Hilfsmittel (Apps) wird in zahlreiche Bereiche integriert. Rechtliche Aspekte (insbesondere der Datenschutz) erhalten einen sehr grossen Stellenwert.

5. Finanzen

Über die Tarife (Tarmed/Tardoc und DRG) kann heute nur spekuliert werden. Eines ist sicher, der Spardruck wird weiter zunehmen; vorerst in den Spitälern, zunehmend aber auch in den Arztpraxen. Daher wurden

für die meisten Kinderspitalneubauten signifikante Spenden in Millionenhöhe gesammelt. Die Notwendigkeit einer gerechten Abbildung der Kindermedizin bleibt bestehen: Insbesondere die spezialisierte ambulante Kindermedizin ist heute stark defizitär und es braucht weiterhin grosse Anstrengungen, um diese Finanzierungslücke zu schliessen.

6. Forschung

Das SwissPedNet (www.swisspednet.ch) ist ein integraler und national anerkannter Pfeiler der klinisch-orientierten pädiatrischen Forschung in der Schweiz.

7. Medikamentenharmonisierung

Mit Hilfe von SwissPedDose (www.swisspeddose.ch) sind fast alle Medikamente für Kinder schweizweit harmonisiert. Die Anwendung erfolgt in allen Kinderspitälern lückenlos und in der Mehrheit der Kinderarztpraxen.

8. Aus-, Weiter- und Fortbildung

Universitäre Ausbildung: Trotz Medical Master in Fribourg, Luzern, St. Gallen und Tessin besteht weiterhin ein massiver (Kinder-)Ärztmangel in der Schweiz.

Weiterbildung zum Facharzt inklusive Schwerpunkt: Einige Kinderkliniken können sich die Weiterbildung nicht mehr leisten und stellen nur noch (oft ausländische) Fachärzte ein.

Lösungsansätze und Szenarien 2030

Um eine qualitativ hochstehende und kindgerechte Versorgung in der Schweiz zu gewährleisten, müssen folgende Voraussetzungen gegeben sein:

1. Es muss eine ausreichende Zahl von Pädiatern vorhanden sein. Hausärzte, die junge Patienten betreuen, müssen eine entsprechende pädiatrische Weiterbildung nachweisen.
2. Aufgrund unserer Erfahrung sollte ein Hausarzt, der Kinder vor dem 6. Geburtstag betreut, mindestens sechs Monate in einer Weiterbildungsstätte für Pädiatrie verbracht haben. Und Hausärzte, die Neugeborene und Säuglinge betreuen, sollten mindestens zwei Jahre in einer Weiterbildungsstätte für Kinder und Jugendliche nachweisen können. Dieser Wunsch wird aber beim aktuellen (und zukünftigen) Mangel an Weiterbildungsstellen nicht umsetzbar sein.

3. Alle chronisch kranken Kinder und Jugendlichen sollen zumindest bis zum 16. Geburtstag mit «shared care» von den Kinderärzten in der Praxis und in Kinderspitälern behandelt werden. Chronisch kranke Jugendliche profitieren von einer kontinuierlichen Betreuung durch den Kinderarzt bis zum Abschluss des Wachstums/ Entwicklung. Eine formalisierte Transition in die Adultmedizin ist zwingend.

4. Aufgrund des oben erwähnten Mangels und auch wegen des hohen Anteils an Teilzeitbeschäftigten muss das Weiter- und Fortbildungsmodell neu gestaltet werden inkl. Fokussierung und Verkürzung der Weiterbildung. Wie in anderen Ländern sollte die Weiterbildung zum Facharzt «Kinder- und Jugendmedizin» innerhalb 3 Jahre und zu den pädiatrischen Schwerpunkten innerhalb 5 Jahren möglich sein.

5. Für seltene Erkrankungen / Orphan Diseases müssen Netzwerke mit möglichst wohnortnaher Versorgung für die vorwiegend ambulante und stationäre Notfall-Versorgung gebildet werden.

6. Von jedem Standort der Schweiz soll eine wohnortsnahe Behandlungsmöglichkeit innerhalb von 45 Minuten erreichbar sein.

Über die Autoren

Prof. Dr. med. Thomas J. Neuhaus, Chefarzt Kinderklinik Luzern, Vorsitzender Collège A.

Prof. Dr. med. Henrik Köhler, MHBA, Chefarzt und Klinikleiter Klinik für Kinder und Jugendliche Aarau, Sekretär Collège A.

Der Inhalt dieses Artikels widerspiegelt die Auffassung der Autoren und deckt sich nicht zwingend mit der Meinung der Redaktion oder der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie.

Autoren

Prof. Dr. med. Thomas J. Neuhaus, Luzerner Kantonsspital/Kinderspital, Luzern

Prof. Dr. med. Henrik Köhler, Kantonsspital Aarau, Klinik für Kinder und Jugendliche, Aarau