



2. Jour Fixe politische Kindermedizin „Pädiatrie quo vadis?“ am Donnerstag, den 19.4.18 ab 18:30 im Dachatelier Vinzirast, Lackierergasse 10, 1090 Wien

Die Wahl zum Thema fiel, weil Im Rahmen des 1. Jour Fixe implizit sehr unterschiedliche Bilder, was Pädiatrie eigentlich ist und was sie soll, aufgetaucht sind. Das zweite Jour fixe soll daher die Gelegenheit geben diese unterschiedlichen Bilder auf den Tisch zu legen und sich darüber auszutauschen. Um die Diskussion in Gang zu bringen haben wir Kolleginnen und Kollegen eingeladen ein Kurzstatement zu ihrem Bild der Zukunft der Pädiatrie zu geben.

M. Radon, Wahlarzt, Mödling

„Ich möchte ein bisschen aufzeigen wie sehr Ich als Wahlarzt zur Versorgung beitrage. Es gibt vom Wahlarzt immer noch dieses Bild, das ist der Herr Primarius oder die Frau Primaria x die am Nachmittag für zwei Stunden ein paar betuchte Kinderleins anschaut.“

Dr. Radon ist seit 2010 als Wahlarzt für Kinder- und Jugendheilkunde in Mödling (Niederösterreich) tätig. Davor war er von 1992 bis 2010 als Kassenarzt tätig. Der Grund für den Wechsel liegt vor allem in der hohen zeitliche und finanziellen Belastung der er als Kassenarzt ausgesetzt war. 2008 stand er kurz vor dem Burnout. Kredite waren nicht mehr zu decken durch den Verdienst als Kassenarzt und er ist jeden Tag von 8 in der Früh bis 9 am Abend in der Ordination gesessen.

Im Gegensatz dazu lässt sich durch die Tätigkeit als Wahlarzt wieder der Kredit bedienen und Dr. Radon ist mit der Qualität seiner Arbeit zufriedener, da er mehr Zeit für das Patientengespräch hat. Auch konnte Dr. Radon durch die Anstellung einer Kinderkrankenschwester viele Tätigkeiten delegieren, eine längere Erreichbarkeit sicherstellen und zusätzlich Telefonberatung (in erster Linie) durch die Kollegin anbieten.

Die Präsentation im Anhang zeigt auch in Zahlen Unterschiede zwischen der Tätigkeit als Wahl- und als Kassenarzt. Zusammenfassend betreut Dr. Radon halb so viele Patienten als Wahlarzt wie als Kassenarzt bei etwa gleicher Arbeitszeit. Dadurch steht pro Patient die doppelte Zeit zur Verfügung und die Qualität der Arbeit ist höher. Auch die Zahl der akuten Fälle ist deutlich geringer.

Aus der Sicht von Dr. Radon kann die Tätigkeit als Wahlarzt die Niederlassung für Kinderärzte wieder attraktiv machen. Die Zusammenarbeit mit anderen Kollegen ist wesentlich leichter möglich als als Kassenarzt. Wahlärzte sind aus seiner Sicht auch Teil der normalen Versorgung, da nicht nur „reiche“ Patienten einen Wahlarzt aufsuchen. Viele junge Paare schließen beispielsweise Zusatzversicherungen ab und können dadurch einen Wahlarzt in Anspruch nehmen. Die Tätigkeit als Wahlarzt ist dadurch natürlich auch nicht frei von abrechnungstechnischen Problemen, da der Wahlarzt ja genauso mit Kassen abrechnet.

Im Bezirk Mödling gibt es mittlerweile nur mehr 2 Kassenärzte und 4 Wahlärzte. Die Versorgung im Bezirk würde ohne Wahlärzte zusammenbrechen.

N. Grois, Kassenärztin, Wien

„2003 war ein starker Tag wenn wir 30 PatientInnen am Tag hatten, die ich in so 7,8 Stunden angeschaut habe, hatte damals eine Assistentin am Schalter und eine Studentin 1-2 mal in der Woche. Ca. 30 % dieser Patienten hatten damals Migrationshintergrund. Jetzt ist es 15 Jahre später und [...] ich seh an einem Ordinationstag in 7,8 Stunden jetzt ca. 50 Patienten, ich hab mittlerweile ein Team von 4 Assistentinnen, 1 davon ist eine diplomierte Krankenschwester, 2 haben den Kurs und eine Studentin, wir sind jetzt mitten in der Zweiklassenmedizin angelangt, sicher 70-80 % haben jetzt Migrationshintergrund und es gibt sicher bei 10 %



gravierende Sprach- und Verständnisprobleme, was das Arbeiten natürlich insgesamt wesentlich aufwendiger macht.“

Dr. Grois ist seit 2002 in einer Kassenordination im neunten Bezirk in Wien tätig, zuerst im Rahmen einer Vertragsteilung und ab 2008 mit einem vollen Kassenvertrag. Wie das obige Zitat zeigt hat die Zahl der Patienten und das Arbeitspensum in dieser Zeit deutlich zugenommen. Die Ordination spiegelt dabei als Mikrokosmos den Makrokosmos gesellschaftlicher Veränderungen, insbesondere der Globalisierung, Migration und Digitalisierung. So kam es zu deutlichen Veränderungen. Es besteht eine zunehmende Verunsicherung, auch durch das Internet. Das soziale Netz der Patienten ist brüchiger geworden und oft nicht mehr vorhanden.

„Ein klassischer Symptomenkomplex den wir alle jeden Tag kennen, ist das mediensüchtige, fehlernährte, schon beginnend adipöse Kind mit kariösen Zähnen, das kein Bilderbuch lesen kann und sprachverzögert ist. Es besteht ein immer höherer Bedarf an unterstützenden Maßnahmen. Beginnend bei der Elternschulung über Ernährungsberatung bis hin zu wie lese ich meinem Kind vor. Das übersteigt was in einer Ordination zu schaffen ist. Es ist auch kein pädiatrisches Erfordernis, das man dafür das Medizinstudium braucht, trotzdem ist es mein Alltag und Ich würde sagen 50 % meiner Tätigkeit ist Lebens- und Sozialberatung.“

In den letzten Jahren versucht Frau Grois eine Zuwendungsmedizin wie ein Wahlarzt zum Kassentarif zu leisten. Dadurch besteht bei ihr und ihren Kollegen eine starke Erschöpfung. Es besteht der Wunsch nach:

- einer adäquaten Honorierung des Faktors Zeit
- Möglichkeiten der Übersetzung z.B. Videodolmetsch
- Zusammenarbeit mit anderen Professionen (Sozialarbeit, etc.)
- Kassenplätze für funktionelle Therapie (z.B. Ergotherapie)

Denn:

„Das Kassensystem ist wirklich vorm Kollaps, Ich auch“

P. Voitl, Kindergesundheitszentrum Donaustadt, Wien

„Ich mach keine Lebens- und Sozialberatung. Ich hab 3 Psychologen angestellt und biete das gratis für die Patienten an auf meine Kosten. Ich krieg nix von der Kasse dafür, aber die Zeit die ich mir erspare verwende ich dafür Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen und Impfungen zu machen. Ich lagere das in kompetente Hände aus, die das viel besser machen als Ich, weil ich hab das nie gelernt.“

P. Voitl leitet das Kindergesundheitszentrum Donaustadt, das auf zwei Beinen steht: einer Gruppenpraxis mit drei Verträgen und einem Ambulatorium (nicht bettenführende Krankenanstalt). Beides waren aufwendige Bewilligungswege. Sie ermöglichen aber eine Organisationsform in der auch andere Professionen tätig sein können. Durch die Auslagerung von fachfremden Tätigkeiten, wie Lebens- und Sozialberatung (siehe Zitat), kann Dr. Voitl auch einmal krank werden, was ihm ein gutes Gefühl gibt. Daher ist Kooperation aus seiner Sicht die Zukunft der Pädiatrie. Auch wird durch Kooperation und die Tätigkeit im Team die fachliche Aufwertung der eigenen Tätigkeit durch ein breiteres Angebot möglich. So kann Dr. Voitl im Kindergesundheitszentrum Donaustadt beispielsweise Ergometrie, Echokardiographie oder EEG anbieten.

Aus seiner Sicht nimmt die Zweiklassenmedizin zu, beginnend bei unterschiedlichen Arbeitsbedingungen der Mediziner über die Leistbarkeit der Impfstoffe bis hin zur Privatisierung der Ausbildung durch Privatuniversitäten.

Dazu kommt der Ärztemangel, der jetzt erst richtig beginnt. 2004 war der Beginn der Zugangsbeschränkungen auf der Medizinuniversität in Wien. Die ersten Fachärzte sind 2016 fertig geworden. Die Auswirkungen der Zugangsbeschränkungen werden also jetzt



erst sichtbar. So sind derzeit in Wien von rund 90 Kassenverträgen 10 nicht besetzt, weil sich niemand findet.

Die Lösung dieser Probleme liegt in der Kooperation mit anderen Berufsgruppen:

„Ich glaube, dass der Weg in weiterer Zukunft zu Kooperationen führen wird. Die kriegen wir nicht geschenkt. [...] Ich denke, dass es darum gehen wird Kooperationsformen anzubieten im Sinne eines Kindergesundheitszentrums, wo man niederschwellig für die Patienten eine breite Palette an Leistungen anbieten kann, unterschiedliche Kompetenzen und wo der Betreiber der Arzt auch einmal entbehrlich ist. Man kann krank werden, man kann auf Urlaub gehen, es läuft einfach weiter.“

Derzeit gibt es in Wien zwei Kollegen die einen ähnlichen Weg wie Dr. Voitl bestritten haben: Dr. Howanietz auf Basis des Ambulatoriums (<http://www.kizaugarten.at/>) und Dr. Kasperek (<http://www.gesund-wachsen.wien/>) auf der Ebene der Gruppenpraxis. Die Kombination beider Bewilligungs-Formen gibt es in Wien nur im Kindergesundheitszentrum Donaustadt. Aber es muss hier vertragliche Formen, im Sinne von Primary Health Care, geben ohne aufwendigen Bewilligungsweg: der Pädiaater ist der Primärversorger der Kinder.

Die nächste Generation: Fr. Hofer-Popow, Assistenzärztin im St. Anna Kinderspital

„Akut ist in Wien oft ein sehr breiter Begriff [...] ein Schnupfen der seit 5 Tagen besteht ohne Fieber ist oft auch akut, weil am Abend oder Wochenende ist es halt praktischer. Der Kinderarzt hat nicht offen oder der nächste Kinderarzttermin ist erst in einem Monat.“

Frau Hofer-Popow befindet sich im letzten Jahr der Ausbildung. Sie sagt „Ich schau die vielzitierten 100 Kinder am Tag in der Notfallambulanz an und weiß am Ende des Tages oft nicht mehr hab ich jetzt ins Ohr geschaut oder nicht“. Viele Fälle sind keine Akutfälle, wie das obige Zitat zeigt. Während der Begutachtung fallen auch andere Dinge auf wie Verstopfung, Übergewicht, Karies, etc. „Oft ist man dann frustriert weil man denkt mit ein bisschen Beratung könnte man so viel erreichen. Nur dafür ist keine Zeit da.“ Gefühlt haben 90 % der Kinder einen Migrationshintergrund und sind es aus ihrer Heimat gewohnt in die Ambulanz zu gehen (siehe Mahmoud & Hou, 2012). Aufgrund fehlender Zeit können nur die akuten Probleme versorgt werden. Die Kommunikation funktioniert mit Händen und Füßen. Es sind auch Krankheiten dabei die in unseren Breitengraden kaum bekannt sind, wie die Thalassämie, Sichelzellenanämie und die Eltern haben ein anderes Krankheitsverständnis.

Da der Anteil an Familien mit Migrationshintergrund wächst müssen die Strukturen im stationären und niedergelassenen Bereich entsprechend angepasst werden.

R. Kerbl, LKH Hochsteiermark

„Tertiär- und Primärversorgung lässt sich nicht voneinander trennen. Es handelt sich meiner Ansicht nach um ein Pyramidensystem. Die Tertiärversorgung kann nur funktionieren, wenn auch die Primärversorgung funktioniert. Der stationäre Bereich arbeitet sehr eng mit dem Bereich der Primärversorgung zusammen.“

Das LKH Hochsteiermark in Leoben ist eine der größten Abteilungen für Kinder- und Jugendheilkunde des Landes mit 64 Betten. Es werden sämtliche Bereiche der Pädiatrie versorgt: z.B.auch Hämatookologie und Neonatologie.

„Diese Abteilungen die stationäre Versorgung anbieten, wird es natürlich immer geben und die sind auch nicht in Bedrohung. Es stellt sich eher die Frage wie viele Zentren der Tertiärmedizin wird es geben. [...] Wir sollen mit möglichst wenig Geld möglichst viel an Leistung erbringen und zukünftig wenn die Primärversorgung



eingeht, auch deren Aufgabe noch übernehmen. Deshalb ist es mir auch so wichtig, dass die Primärversorgung auch noch erhalten bleiben.“

Wie das Eingangszitat zeigt, besteht eine enge Zusammenarbeit zwischen der stationären pädiatrischen Versorgung und dem niedergelassenen Bereich. Am Wichtigsten sind dabei einerseits die Allgemeinmediziner und andererseits die Pädiater. In der Obersteiermark sind es vor allem Allgemeinmediziner, weil auch dort Kinderärzte immer weniger werden. Diese Zusammenarbeit *„funktioniert so gut wie man sich das richtet und wir haben seit vielen Jahren versucht diese Kommunikation, diese Interaktion zu leben indem wir zum Beispiel regelmäßig Fortbildungen machen für die ganze Region. Da kommen die Kinderärzte sehr zahlreich und die Allgemeinmediziner kaum.“*

Im stationären Bereich ist derzeit das seit drei Jahren gültige Arbeitszeitgesetz ein großes Thema. Die eingeführten Ruhezeiten bedeuten, dass seit drei Jahren auf der Abteilung 7000 Arbeitsstunden verloren gegangen sind. Viele arbeiten in der Freizeit weiter und schreiben die Stunden nicht auf. Die zweite Möglichkeit ist Patienten bleiben unversorgt, weil es sich zeitlich nicht ausgeht. Es wird begonnen Dinge auszulagern, was auch häufig passiert. Viele stationäre Abteilungen sperren gewisse Leistungen. So gibt es ab nächsten Monat keine nephrologische Ambulanz mehr am LKH Leoben. Oder es kommt zu Arbeitsverdichtung: mehr Patienten werden in kürzerer Zeit untersucht. Am LKH Leoben gab es keinerlei Personalkompensation. In Zukunft werden wohl kleine pädiatrische Abteilungen verschwinden, was wahrscheinlich nicht einmal so falsch ist. Dieser Weg wurde bzw. wird beispielsweise in Oberösterreich bereits bestritten.

Für die Primärversorgung, sind PädiaterInnen enorm wichtig, vor allem weil die neue Ausbildungsordnung der AllgemeinmedizinerInnen nur drei Monate pädiatrische Ausbildung vorsieht. Mit Ruhezeiten und Arbeitszeitbestimmungen beträgt die effektive Arbeitszeit zwei Monate (siehe Artikel Kerbl). 1978 betrug diese noch sechs Monate und wurde dann immer weiter gekürzt. Daher braucht es die Kinderfachärzte und die sterben aus:

"In Leoben wird die 76-jährige Kinderärztin jedes halbe Jahr um ein halbes Jahr verlängert weil es keinen Ersatz gibt. In Bruck ist die Stelle seit 3,5 Jahren unbesetzt, in Mürzzuschlag möchte der Arzt in die Wahlartzordination gehen, in Judenburg wurde der 64jährige durch einen 66-jährigen ersetzt und in Liezen wird nächstes Jahr der Kassenfacharzt in Pension gehen. Dann gibt es in der Obersteiermark großteils keinen Pädiater mehr. Und dann werden sie natürlich an die stationären Einrichtungen kommen die aber nicht die Kapazität haben die Patienten zu versorgen und dort sehe Ich das Problem."

Tertiäre Pädiatrie: Häusler & Riedl

"wir sind sozusagen zuständig für alle Krankheiten die jetzt so komplex und selten sind, das sie eine spezifische Expertise bzw. Erfahrung aber auch die notwendigen Ressourcen brauchen."

Stefan Riedl ist seit 1993 Facharzt mit dem Schwerpunkt Endokrinologie. Er ist hauptberuflich in der St. Anna Kinderklinik und im AKH auf der Kinderklinik zugeordnet. Er ist dort in einer Ambulanz tätig, die den Namen Varianten der Geschlechtsentwicklung trägt. Dort sollte es hauptsächlich um Transgender und Intergeschlechtlichkeit gehen. Durch die Spezialisierung ist ein großer Teil der Tätigkeit die Erstellung von Richtlinien, Verhaltensstandards, die Mitarbeit in Gremien des Gesundheitsministeriums, Vernetzung, Fortbildung, etc. Sowohl Dr. Riedl, als auch Dr. Häusler begutachten rund 1000 Patienten pro Jahr. Der Aufwand ist sicher größer als in anderen Versorgungsbereichen, da gerade bei komplexen Stoffwechselerkrankungen multidisziplinär gearbeitet wird. Dazu kommen



viele Patienten die keine tertiäre Einrichtung bräuchten. Hier besteht der Wunsch einer besseren Ordnung der Patientenströme. Nicht alle PatientInnen, bei denen der Verdacht einer komplexeren Erkrankung besteht sollten Zentren aufsuchen sondern nur jene, bei denen sich der Verdacht bereits erhärtet hat.

Dr. Häusler ist seit 31 Jahren im AKH an der Kinderklinik als Endokrinologin tätig. Ein schwierig zu lösendes Problem ist die Frage welche Kinder an eine Tertiäreinrichtung durch die Primärversorgung und andere Zuweiser verwiesen werden sollten. So sind beispielsweise 3 % aller Kinder, die Grenze der dritten Perzentile, kleiner. Diese alle in einem spezialisierten Zentrum zu untersuchen wäre unnötig. Auf der anderen Seite gibt es extrem seltene Wachstumsstörungen, die sehr früh diagnostiziert werden sollten. Diese sind so selten, das Frau Dr. Häusler selbst drei Fälle mit dieser Störung betreut hat und es in ganz Österreich etwa fünf Fälle gibt. Daher ist es wichtig in der Anwendung von Richtlinien und in der Kommunikation einen möglichst energiesparenden Weg zu finden die wirklich kranken und bedürftigen Kinder zu finden und von jenen zu trennen die nur Beratung brauchen. Ein großer Anteil der Arbeit ergibt sich dadurch, dass die Schwelle zu früh angesetzt wird und viele Kinder an die Klinik verwiesen werden, weil beispielsweise Zeitmangel besteht oder Verunsicherung da ist.

Ein weiteres Thema das Sie und Ihre KollegInnen sehr beschäftigt ist der Aufbau von Strukturen für die Versorgung von seltenen Erkrankungen. Für diese wurden europaweite Netzwerke gegründet, sogenannte european reference networks. Österreich ist relativ spät in diesen Prozess eingestiegen. Ziel ist, dass Zentren definiert werden, die eine hohe Expertise haben und die Betreuung von komplexen Fällen in Kommunikation und Vernetzung verschiedener Versorgungsbereiche organisieren (Näheres unter: https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Krankheiten/Seltene_Erkrankungen/Expertisezentren_fuer_seltene_Erkrankungen). Dadurch müssen nicht alle Kinder zu einem Zentrum fahren. Die von Dr. Häusler geführte Station ist das dritte designierte Zentrum (für seltene Knochenerkrankungen und Wachstumsstörungen) in ganz Österreich. Es werden jedoch keine zusätzlichen Ressourcen zur Verfügung gestellt, wodurch das Problem der Ressourcenknappheit besteht.

Einwurf zu den nunmehr geplanten Primärversorgungseinheiten PVE

Die politische Kindermedizin hat sich auf die Fahnen geschrieben auf Hindernisse hinzuweisen. Wie passen also die geplanten Primärversorgungseinheiten (PVE) zu dem was wir für Kinder brauchen? Die politische Kindermedizin wollte, dass diese PVEs auch Einheiten für Pädiater sind um eine adäquate Primärversorgung für Kinder zu ermöglichen, was nicht gelungen ist. Es ist jetzt möglich das der Pädiater Teil des Kernteams ist und das auch eine mögliche Kompetenz sein soll Kinder zu versorgen. Bei der Ausschreibung der PVEs wurden die Pädiater jedoch in allen Bundesländern vergessen.

Ergebnisse der Diskussion: der Pädiater und die Pädiaterin der Zukunft - Vom Einzelkämpfer zum Netzwerker

Im Rahmen der intensiv geführten Diskussion zeigte sich Einigkeit, dass der Kinderarzt der Zukunft nicht alles selbst macht. Der Pädiater der Zukunft ist nicht alleine, er arbeitet zusammen mit mehreren Kollegen sowohl aus dem eigenem Fachbereich als auch im multidisziplinären Rahmen (Pflege, Therapie, Psychologie, Sozialarbeit, Sozialpädagogik). Er überlässt nicht spezifisch pädiatrische Tätigkeiten anderen Gesundheitsanbietern. Als Organisationsformen bieten sich im urbanen Bereich entsprechende Zentren, im ruralen Bereich eher die Bildung von Netzwerken an. Insgesamt ergeben sich damit auch Wünsche nach strukturellen Veränderungen, die diese Kooperation erleichtern sowie auch eine Veränderung im Honorierungssystem, die den Zeitfaktor besser berücksichtigt.



Die PVEs sollten verpflichtet werden klar darzustellen wie sie eine kompetente Versorgung von Kindern und Jugendlichen sicherstellen wollen. Eine direkte Integration von PädiaterInnen ist vorstellbar, wenn zeitliche Vorgaben und die Honorierung der speziellen Situation des Umgangs mit Kindern und ihren Familien gegeben sind. Ebenso ist eine flache Hierarchie wünschenswert.

Artikel

Mahmoud, I. & Hou, X. (2012). Immigrants and the utilization of hospital emergency departments. *World Journal of Emergency Medicine*, 3 (4), 245-250.

Kerl, R. & Voitl, P. (2018) Ambulante pädiatrische Versorgung in Österreich: Status quo und mögliche Zukunftsmodelle. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 166 (2), 124-130.

Sonderheft Pädiatrie & Pädologie 1/2013: Das Kind zuerst: Probleme der kinder- und jugendmedizinischen Primärversorgung in Österreich. Abrufbar unter:

<https://www.springermedizin.at/paediatric-paedologie-1-2013/14915872>

Voitl, P. (2016). Kinder- und Jugendheilkunde im Vergleich. *Pädiatrie & Pädologie*, 51 (6), 260-263.

Voitl, P. (2013). Die pädiatrische Gruppenpraxis oder das Ambulatorium: Alternativen in der extramuralen Versorgung. *Pädiatrie & Pädologie*, 48 (Sonderheft 1), 71-77. Abrufbar unter:

http://mobile.kinderarzt.at/_ssl/loom_data/kinderarzt/uploadmedia/kinderarzt_pressespiegel/pdf/Paed-Paedol_Voitl.pdf