



Expertengruppe Kinder- und Jugendmedizin
Groupe d'experts Médecine pédiatrique
Gruppo di esperti in Pediatria

«Für eine qualitativ hochstehende Kinder- und Jugendmedizin in der Schweiz»

Positionspapier der Expertengruppe Kinder- und Jugendmedizin



Fassung vom 14. August 2019

Inhaltsverzeichnis

1. Ausgangslage	3
2. Die Kernforderungen	4
2.1 Die Behandlung von Kindern und Jugendlichen benötigt mehr Zeit.....	4
2.2 Unterversorgung ist zu vermeiden, Folgekosten sind zu verhindern.....	5
2.3 Die Vernetzung mit dem Lebensumfeld des Kindes ist zu gewährleisten	7
2.4 Passende kinderspezifische Infrastrukturen sind bereitzustellen	8
2.5 Notwendige Diagnostik und Therapien sind über die verschiedenen Kostenträger hinweg sicherzustellen	9
2.6 Arzneimittel und Impfungen für Kinder und Jugendliche müssen in kindsgerechten Formen verfügbar sein.....	10
2.7 Rahmenbedingungen des Berufsfeldes sind zu fördern.....	11
3. Mitglieder der Expertengruppe	12

1. Ausgangslage

Am 24. September 2018 wurde die parlamentarische Gruppe Kinder- und Jugendmedizin gegründet. Ziel der Gruppe ist es, politische Lösungen für strukturelle Herausforderungen zu erarbeiten und die Gesundheitsversorgung der Kinder und ihrer Familien auch in Zukunft sicherzustellen.

Das Co-Präsidium der parlamentarischen Gruppe haben übernommen:

- Nationalrätin Marina Carobbio Guscetti (SP/TI)
- Nationalrätin Verena Herzog (SVP/TG)
- Nationalrätin Ruth Humbel (CVP/AG)
- Nationalrätin Tiana Moser (glp/ZH)
- Ständerat Damian Müller (FDP/LU)

Anlässlich ihrer Gründung vom 24. September 2018 hat die Parlamentarische Gruppe Kinder- und Jugendmedizin eine Resolution verabschiedet. Das Co-Präsidium erteilte in der Folge einer Expertengruppe für Kinder- und Jugendmedizin den Auftrag, die Kernforderungen der Resolution zu konkretisieren, Handlungsfelder zu beschreiben und politische Forderungen abzuleiten. Das folgende Papier ist das Resultat der Arbeiten dieser Expertengruppe, die interprofessionell mit Fachpersonen aus allen Bereichen der Kinder- und Jugendmedizin zusammengesetzt ist.

Hinweis

Unter «Kinder- und Jugendmedizin» werden nachfolgend die Fachärztinnen und Fachärzte für Pädiatrie, für Kinderchirurgie, für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychologen, die pädiatrischen Pflegefachpersonen, die pädiatrischen Therapeuten sowie die Kinderzahnärztinnen und Kinderzahnärzte verstanden.

2. Die Kernforderungen

2.1 Die Behandlung von Kindern und Jugendlichen benötigt mehr Zeit

Der Zeitaufwand für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen ist grösser als bei Erwachsenen. Minderjährige sind besonders schutzbedürftig und haben das Recht, altersgerecht in die Behandlung einbezogen zu werden. Die Fachpersonen sind zur altersgerechten Information und Aufklärung der Kinder und Jugendlichen verpflichtet. Bei Kindern zentral sind Gespräche zu gesundheitsförderndem und präventivem Verhalten.

Politische Forderungen

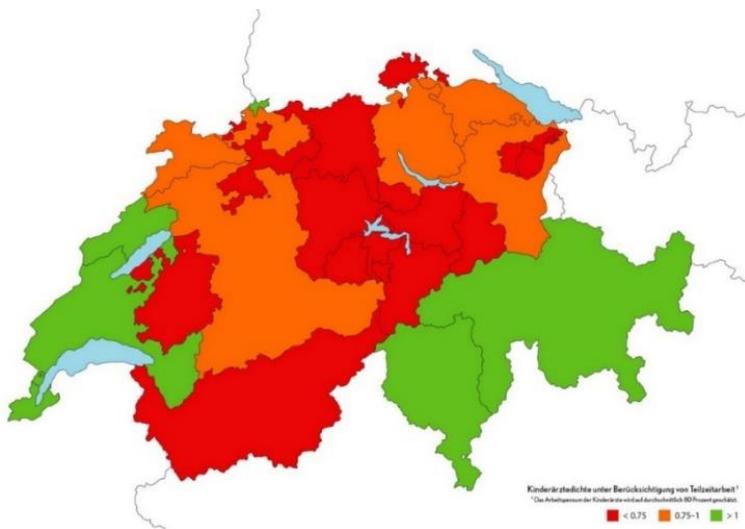
1. Im Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG, SR 832.10) und in den anderen Sozialversicherungen ist der Grundsatz zu verankern, dass alle Tarifstrukturen die Besonderheiten der Kinder- und Jugendmedizin sachgerecht berücksichtigen.
2. Limitationen dürfen nicht dazu führen, dass Gespräche zu Gesundheitsförderung und Prävention nicht mehr im notwendigen Mass geführt werden können.
3. Ambulante und stationäre Tarife müssen kostendeckend sein.

Konkretes Beispiel

Der 18-Monate alte Theo kommt mit einer schweren asthmoiden Bronchitis zum Kinderarzt. Die Sauerstoffsättigung ist leicht unter der Grenze zur Hospitalisierung. Inhalationen während einer Stunde verbessern die Sauerstoffsättigung, so dass das Kind nicht ins Spital muss. Dies führt zu einer verlängerten Konsultationszeit und einer Besetzung des Sprechzimmers während über einer Stunde. Es verhindert eine stationäre Aufnahme. Der effektive Aufwand kann nicht verrechnet werden.

2.2 Unterversorgung ist zu vermeiden, Folgekosten sind zu verhindern

In einigen peripheren Regionen herrscht heute eine akute Unterversorgung bei der medizinischen Behandlung von Kindern- und Jugendlichen. Der altersbedingte Rücktritt von Kinder- und Jugendmedizinern gepaart mit dem drohenden Pflegenotstand wird die Situation in den kommenden Jahren weiter verschärfen. Gemäss Aussagen der FMH braucht es zur Versorgung von 1'000 Kindern mindestens eine Pädiaterin/einen Pädiater (Vollzeitäquivalent). Diese Vorgabe ist in der Schweiz nicht überall erfüllt. Hinzu kommen fachspezifisch unterversorgte Bereiche, z.B. die Unterversorgung mit Kinder- und Jugendpsychiatern.



Bildlegende: Unterversorgung Pädiatrie in der Schweiz¹

Politische Forderungen

1. Der Bund gibt eine spezifische Versorgungsforschung im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin in Auftrag. Der volkswirtschaftliche Nutzen der Kinder- und Jugendmedizin ist zu evaluieren.
2. Das BAG erstellt periodisch Bericht über die Entwicklung des Versorgungsstandes in der Kinder- und Jugendmedizin pro Kanton im ambulanten und stationären Bereich bezüglich Grundversorgern und Spezialärzten.
3. Die Unterversorgung in der Kinder- und Jugendmedizin ist abzubauen. Die Kantone stellen sicher, dass genügend Fachpersonen aller in der Kinder- und Jugendmedizin tätigen Berufe zur Verfügung stehen.

¹ Quellen:

- Kinder und Jugendliche: STATPOP, BFS 2017
- Anzahl Leistungserbringer: eigene Umfrage bei allen Kantonen (Anfrage per Brief vom 18. März 2019). Anzahl Leistungserbringer der Kantone (Glarus, Jura, Luzern, Neuenburg, Tessin, Thurgau, Waadt), welche die Umfrage nicht beantwortet haben: <https://www.medregom.admin.ch/>
- Die Autoren des vorliegenden Dokuments haben die konservative Annahme getroffen, dass der durchschnittliche Beschäftigungsgrad von Kinder- und Jugendärzten bei 80 Prozent liegt (0.8 FTE). In der Realität dürfte der Beschäftigungsgrad deutlich tiefer liegen.

Konkretes Beispiel

Ein Kinder- und Jugendarzt im Oberwallis möchte längst den Ruhestand antreten. Doch er findet seit 10 Jahren keinen Nachfolger. Der pensionierte Arzt arbeitet regelmässig mehr als 60 Stunden pro Woche. Er muss durch mindestens zwei junge Kinder- und Jugendärzte ersetzt werden. Tritt er zurück, bevor die Nachfolge geregelt ist, so gibt es in der Region Visp eine noch stärkere Unterversorgung.

2.3 Die Vernetzung mit dem Lebensumfeld des Kindes ist zu gewährleisten

Kinder und Jugendliche sind nie allein, sondern immer Teil eines sozialen Systems. Dazu gehören Eltern, Bezugspersonen, Familie, Schule, Freunde u.a. Die Vernetzung mit dem Lebensumfeld des Kindes ist bei gesundheitlichen Problemen zentral.

Politische Forderungen

1. Der zeitliche Aufwand für den Einbezug des Umfelds der Kinder und Jugendlichen ist zu vergüten.
2. Unabdingbare Kosten für Dolmetscher werden als Voraussetzung der medizinischen Leistung von der öffentlichen Hand vergütet.

Konkretes Beispiel

Der fünfjährige Leo nässt seit zwei Monaten tagsüber wieder ein. Die Mutter sucht mit ihm den Kinderpsychiater auf und wünscht rasche Abhilfe, weil es im Kindergarten Probleme gebe. Es sei nicht nötig, den Vater einzubeziehen. Er sei beruflich stark ausgelastet. Ein paar Tage später ruft der Vater an und sagt, er und seine Frau stünden vor einer Trennung, ihr Sohn Leo wisse aber noch nichts davon. Das Einnässen ist möglicherweise Ausdruck des unausgesprochenen Paarkonfliktes und erfordert die entsprechende systemische Herangehensweise.

2.4 Passende kinderspezifische Infrastrukturen sind bereitzustellen

Die sichere Behandlung vom Neugeborenen (25cm und 500g) bis zum Jugendlichen (200cm und über 100kg) erfordert ein breites Spektrum an kinderspezifischer medizinischer Infrastruktur inklusive passendem medizinischen Material. Dieses wird teilweise nicht mehr angeboten, Material von Erwachsenen ist für Kinder nur teilweise verwendbar.

Politische Forderungen

1. Kinderspezifische Infrastrukturen, Versorgungsmaterial und Geräte sind bereitzustellen und zu vergüten.
2. Die definierten Vorhalteleistungen sind tarifarisch abzubilden und entsprechend abzugelten.

Konkretes Beispiel

Der vierjährige Samuel muss wegen einem Harnverhalt auf der Notfallstation katheterisiert werden. Aus Kostengründen sind nur noch zwei Grössen Blasen katheter vorhanden. Die Katheter für Säuglinge sind viel zu dünn, diejenigen für Erwachsene sind viel zu dick und können nicht eingelegt werden. Anstelle eines Katheters wird eine Magensonde verwendet. Diese kann aber nur in der vorgeschriebenen Anwendung als Magensonde und nicht als Katheter abgerechnet werden.

2.5 Notwendige Diagnostik und Therapien sind über die verschiedenen Kostenträger hinweg sicherzustellen

Heute fehlt die Koordination für die Organisation und Vergütung von Diagnostik und Therapien für Kinder und Jugendliche über die verschiedenen Institutionen (Krankenversicherungen, IV, UVG, Schulgemeinden, Heime und weitere kantonale Stellen) hinweg. Dieser bürokratische Mehraufwand wird auf die Eltern, Spitäler und Kinderärzte übertragen. Zudem werden notwendige Behandlungen unzureichend vergütet.

Politische Forderungen

1. Bund, Kantone, Leistungserbringer, Sozialversicherungen errichten eine Koordinationskommission, um bestrittene Zuständigkeitsfragen zu klären und den Kostenträgern generelle und einzelfallspezifische Empfehlungen abzugeben.
2. Dem Vertrauensprinzip gemäss KVG ist Folge zu leisten: In Fällen, in denen die ärztliche Indikation definiert wurde, darf die Massnahme umgesetzt werden, bevor die finale Einigung über die Zuordnung zu einem Kostenträger erfolgt ist.

Konkretes Beispiel

Die dreijährige Annika leidet an Autismus. Eine intensive Frühintervention verbessert die Langzeitprognose. Annika lebt mit ihrer Familie im Kanton Aargau. Dort gibt es kein solches Angebot. Die Behandlung könnte aber in Basel stattfinden. Gemäss den Richtlinien des eidgenössischen Finanzausgleichs sind die IV für die Bezahlung medizinischer Leistungen und der Wohnkanton für die Bezahlung pädagogischer Leistungen zuständig. Die IV gibt eine Kostengutsprache für den medizinischen Teil von Annikas Behandlung. Der Kanton Aargau weigert sich aber, die Bezahlung der pädagogischen Leistungen für diese ausserkantonale Behandlung zu übernehmen.

2.6 Arzneimittel und Impfungen für Kinder und Jugendliche müssen in kindsgerechten Formen verfügbar sein

Die Problematik der fehlenden Arzneimittel und Impfungen für Kinder und Jugendliche nimmt zu. Einerseits verschwinden immer mehr kindgerechte Applikationsformen der Arzneimittel vom Markt oder sind temporär nicht verfügbar, andererseits werden kinderspezifische Arzneimittel aufgrund des fehlenden Marktpotentials und hoher Zulassungshürden in der Schweiz gar nicht zugelassen oder wieder vom Markt genommen.

Politische Forderungen

1. Bundesrat und Gesundheitsbehörden setzen sich dafür ein, dass auch im Bereich der Kinderarzneimittel Zulassungen getätigt werden, damit Kinder eine korrekte medikamentöse Versorgung erhalten und der Off-Label-Use vermindert werden kann.
2. Die Industrie wird aufgefordert, Zulassungsanträge für Kinderarzneimittel aus Ländern mit vergleichbarer Arzneimittelkontrolle auch in der Schweiz einzureichen (die Möglichkeit eines vereinfachten Zulassungsverfahrens besteht im HMG Art. 13 und 14).
3. Zur Erhöhung der Patientensicherheit und der Vermeidung von Haftungsfragen sind bei einer nicht zugelassenen Anwendung vor der Verschreibung anerkannte Datenbanken zu konsultieren.
4. Der Bund ergreift Massnahmen im Bereich der Arzneimittel für Kinder und Jugendliche
 - (a) zum Abbau von Versorgungsengpässen und
 - (b) zur einheitlichen, unbürokratischen Vergütung von Arzneimitteln aus dem In- und Ausland über die Grundversicherung, die in einer in der Schweiz nicht zugelassenen Indikation verwendet werden.

Konkretes Beispiel

Beide Kinder der Familie Vögeli haben mehrere auffällige Hautausschläge und Juckreiz, zuerst diffus, bald immer ausgeprägter. Die hochschwängere Mutter befürchtet Auswirkungen auf das dritte Kind und wird beim Kinderarzt vorstellig. Die Diagnose ist rasch gestellt: die ganze Familie ist von Krätze (Skabies) betroffen. Die Behandlung für die ganze Familie erfolgt mit einem topischen Insektizid, das durch die Familie selber angewendet werden muss. Zusätzliche Verhaltensmassnahmen werden erklärt.

Zwei Tage nach der Behandlung erfolgt die Geburt des dritten Kindes. Trotz Behandlung bleibt die Infektion bei den grossen Kindern bestehen, ebenso zeigt das Neugeborene bereits im Alter von 14 Tagen erste lokale Symptome. Nach zweimalig frustraner Therapie wird durch einen pädiatrischen Dermatologen eine Medikation mit einem Makrolid (Ivermecthin) verschrieben. Dieses Arzneimittel ist im umliegenden Ausland für die Anwendung bei Skabiesbefall zugelassen, in der Schweiz nicht.

Die Anfrage zur Kostengutsprache wird durch die Krankenkasse abgelehnt. Die Familie entschliesst sich, die Behandlung auf eigene Kosten durchzuführen. Mit Erfolg! Ein erneuter Antrag auf Kostengutsprache wird ebenfalls abgelehnt.

2.7 Rahmenbedingungen des Berufsfeldes sind zu fördern

Um die bevorstehende Lücke in der Gesundheitsversorgung der Kinder abzuwenden, müssen genügend Medizinstudentinnen und -studenten bewegt werden, die Fachrichtungen Kinderpsychiatrie, Kinderchirurgie, Pädiatrie oder Kinderzahnärzte zu wählen und auszuüben. Bei der pädiatrischen Pflege gibt es einen grossen Mangel an Fachpersonen und keine spezifische Ausbildung mehr.

Politische Forderungen

1. Eine Spezialisierung in Pflege für den Fachbereich Kinder- und Jugendmedizin ist ab Ausbildungsbeginn aufzubauen und für die Weiterbildung sicherzustellen.
2. Um mehr MedizinstudentInnen für die Kinder- und Jugendpsychiatrie gewinnen zu können, muss das Fach ein wichtiger Bestandteil der Ausbildung sein.
3. Alle Kantone treten dem Weiterbildungskonkordat bei, so dass Assistenzarztstellen überall finanziert werden.
4. Es ist zusätzlich die Möglichkeit zu schaffen, Weiterbildungsstellen über das Konkordat nicht nur im Spital, sondern auch in der Praxis zu finanzieren.
5. Es sind zeitgemässe Arbeitsbedingungen für Kinder- und Jugendmediziner zu schaffen (Teilzeit, Job-Sharing etc.).
6. Die Kantone sollen prüfen, ob die Weiterbildungsgelder u.a. an die Verpflichtung geknüpft werden sollen, Teilzeitstellen zu ermöglichen.

Konkretes Beispiel

Anna-Lena möchte das Berufsprofil der Fachangestellten Gesundheit (FaGE) mit Fokus Pädiatrie erlernen, findet aber keinen Ausbildungsplatz auf einer Kinderstation. Während des gesamten Ausbildungspfades (Lehre zur FaGe EFZ, anschliessend Höhere Fachschule Pflege HF) findet sie keinen Praktikumsplatz in einem Kinderspital und sie erhält in den theoretischen Modulen kein kinderspezifisches Wissen. Mit 24 Jahren schliesst sie ihre Ausbildung erfolgreich ab. Sie bewirbt sich nun in einem Kinderspital für eine offene Stelle und wird unter der Auflage angestellt, ein einjährig dauerndes Moduljahr zum Erwerben der pädiatrischen Kompetenzen zu absolvieren. Sie arbeitet auf einer allgemein-pädiatrischen Akutstation und pflegt Kinder aller Altersstufen. Rasch realisiert sie, dass sie in beiden Ausbildungen kein Wissen zur Physiologie und Pathologie eines Kindes erworben hat und benötigt insbesondere in den ersten neun Monaten ihrer Anstellung eine intensive und vertiefte Begleitung durch eine erfahrene Pflegefachfrau. Ein Jahr nach Anstellungsbeginn im Alter von 26 Jahren verlässt sie den Pflegeberuf, da sie keine Teilzeitstelle findet

3. Mitglieder der Expertengruppe

Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie SGP

- Prof. Dr. med. Gian Paolo Ramelli
- Claudia Baeriswyl

Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie SGKJPP / SSPPEA

- Prof. Dr. med Alain Di Gallo
- Dr. med. Oliver Bilke-Hentsch
- Dr. med. Jörg Leeners

Schweizerische Gesellschaft für Kinderchirurgie SGKC

- Prof. Dr. med. Stefan Holland-Cunz

Schweizerische Vereinigung für Kinder- und Jugendpsychologie SKJP

- Philipp Ramming

Allianz pädiatrische Pflege Schweiz

- Anna-Barbara Schlüer

Allkids (eigenständige Kinderspitäler)

- Dr. med. Agnes Genewein

Expertin/Experte ambulant und stationär

- Katja Berlinger, ambulanter Bereich
- Dr. med. Conrad E. Müller, stationärer Bereich

Experten Gesundheitspolitik

- Urs Martin
- Walter Stüdeli, Geschäftsführer der parl. Gruppe

Gast

Schweizerische Vereinigung für Kinderzahnmedizin

- Dr. med. dent. Nathalie Scheidegger Stojan