

THE PAST, PRESENT AND FUTURE OF PRIMARY PAEDIATRIC CARE IN THE CZECH REPUBLIC

VERGANGENHEIT, GEGENWART UND ZUKUNFT DER PRIMÄREN PÄDIATRISCHEN PFLEGE IN DER TSCHECHISCHEN REPUBLIK

Karel Blažek

*University of South Bohemia, College of Health and Social Studies, Department of
Clinical Branches, Czech Republic*

Submitted: 2009-11-10

Accepted: 2010-03-23

Published online: 2010-06-11

Abstract

This paper recapitulates, in brief, the history of primary paediatric care and its development in Czechoslovakia and later in the Czech Republic.

Its objective is to provide information about both the history of primary care in the Czech lands and its current problems and future prospects.

The work is based on the author's forty-five years of experience in different fields and posts of paediatric care; for the last 15 years he has worked as a general practitioner for children and youth (PLDD) in his private surgery, and on the study of both domestic and foreign literature related to these problems (Editorial 2001, Janda 2003, Cabrnchová and Janda 2008).

The development is divided into three stages. The first includes the main critical moments from the period before the 1950s. The second stage describes the development up to 1989. The third stage, beginning in the 1990s, is in fact the present. The future of primary care is dealt with in the conclusion. The unquestionable successes and the problems of the present are mentioned, when further orientation and future development change in connection with the general improvement of the health of the population.

The text shows that paediatrics as a branch developed on the basis of social pathology and that modern paediatrics again deal with, above all, the social problems of children.

Key words: *primary care of children and youth – preventive paediatrics – social paediatrics – accidents*

EINLEITUNG

Die Geschichte der primären pädiatrischen Pflege ist lang und wurde von zahlreichen Erfolgen begleitet, die in den vergangenen Jahrzehnten einen bedeutenden Einfluss auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung nahmen (Houštěk et al. 1964). Die letzten zwei Jahrzehnte brachten eine Reihe grundsätzlicher Änderungen auch im Bereich der primären pädiatrischen Pflege (tsch. Abk. PPP). Die früher einheitliche,

staatlich gesteuerte Struktur wurde innerhalb einer kurzen Zeit in ein vorwiegend privates System umgewandelt. Die Veränderung betraf jedoch nicht nur die Eigentumsstruktur des Fachgebietes im Rahmen des staatlichen Gesundheitswesens. Verändert wurde auch die Organisationsstruktur der Gesellschaft für Pädiatrie, in deren Rahmen (neben weiteren Fachgesellschaften) die neue Berufsorganisation PLDD entstand. Die Veränderungen betreffen auch die Inhalte und die Ausrichtung der Tätigkeit der praktischen Kinder- und Jugendärzte – tsch. Abk. PLDD (Ministerstvo zdravotnictví České republiky

2003). Im Gegensatz zu der früher vorwiegend medizinischen Tätigkeit konzentrieren sich die PLDD heute immer mehr auf den Präventiv- und Sozialbereich. Nicht alle der realisierten Veränderungen waren aber zum Vorteil der PPP und ihrer Patienten. Deshalb muss die PPP als Fachgebiet wiederholten Bemühungen um die Einführung des Hausarztssystems (GP) nach dem Vorbild mancher westlicher Länder trotzten, was unter unseren Bedingungen zweifellos einen Schritt zurück bedeuten würde (Janda 2003).

Ziel der Arbeit

Das Ziel dieser Arbeit ist es, über die Geschichte, aber auch über die aktuellen Probleme und die Aussichten der primären Pflege in Tschechien zu informieren und auf die Notwendigkeit der Verknüpfung vor allem der primären pädiatrischen Pflege mit den Institutionen und Dienstleistungen der Sozialbereiche aufmerksam zu machen.

Die Zielgruppe bilden vor allem Mitarbeiter, die sich während ihrer Ausbildung sowie beruflich mit der Problematik der Beziehung zwischen dem sozialen und dem medizinischen Bereich beschäftigen.

METHODIK

Bei der Erstellung der Arbeit wurden genutzt:

- die eigene, mehr als 45-jährige Erfahrung des Autors in verschiedenen Bereichen und Positionen der pädiatrischen Pflege, davon in den letzten fünfzehn Jahren als PLDD in einer privaten Praxis;
- inländische und ausländische Literatur zu diesem Thema, einschließlich ausgewählter Statistikdaten der letzten Jahre (Editorial 2001, Janda 2003, Cabrnová und Janda 2008).

Die Kindermedizin hat in der Tschechischen Republik eine lange Tradition; die erste Kinderabteilung entstand in Prag bereits 1842 in einer sozialen Zwecken dienenden Einrichtung – einem ehemaligen **Findelhaus**. Ende des neunzehnten Jahrhunderts gab es in Prag bereits zwei Kinderkliniken, für die primäre Pflege bei den Kinderpatienten sorgten jedoch – genauso wie damals in ganz Europa – Hausärzte

(Houštěk et al. 1964). Zu der Zeit wurde die TBC-Impfung eingeführt.

Zu einer wesentlichen Veränderung des ganzen Gesundheitssystems kam es jedoch 1948, als nach den „Februar-Ereignissen“ innerhalb kurzer Zeit alle privaten Arztpraxen (wie auch alle anderen privaten Einrichtungen) verstaatlicht und in Bezirksinstituten der nationalen Gesundheit zusammengeschlossen wurden. Es wurde ein sog. Bezirkssystem entwickelt, nach dem in jedem Bezirk, d.h. einem räumlich abgegrenzten Gebiet, ein praktischer Arzt für Erwachsene (damals Bezirksarzt genannt), ein Pädiater, ein Zahnarzt und ein Gynäkologe tätig waren, wobei jeder von ihnen seine eigene Arzthelferin zur Seite hatte. Im pädiatrischen System wurden neben Arztpraxen (vor allem auf dem Land) sog. Säuglingsberatungsstellen eingerichtet, wo der Pädiater mit seiner Arzthelferin hinfuhr, um seine Patienten zu versorgen. Alle medizinischen Kräfte waren Staatsangestellte mit einem zugewiesenen Arbeitsplatz, einer festen Arbeitszeit und einem nach gesamtstaatlich gültigen Tabellen festgelegten Gehalt, ohne Rücksicht auf die Qualität oder Menge der geleisteten Arbeit. Dieses System existierte ohne größere Veränderungen bis Ende der achtziger Jahre. Auch wenn es sich um einen direktiven Führungsstil handelte, fand das System Zuspruch auch im Ausland, vor allem was das durchdachte Präventionssystem, das Impfsystem und die Anbindung an die höheren Stufen der erforderlichen Pflege betraf.

Die eigentliche Entwicklung der primären pädiatrischen Pflege begann erst nach dem Zweiten Weltkrieg. Die hohe Säuglingssterblichkeit (137 ‰), verbunden vor allem mit Ernährungsstörungen bei Säuglingen, erforderte eine allgemeine Verbesserung der präventiven und medizinischen Säuglingspflege und später auch der Pflege von Kindern aller Altersklassen. Das erforderte jedoch eine ausreichende Anzahl an Kinderärzten. Deshalb wurde in den fünfziger Jahren in Prag die Fakultät für Kindermedizin gegründet, die Kinderärzte ausbilden sollte, die nach einem kurzen Krankenhauspraktikum Praxen für primäre Kinder- und Jugendpflege gründen und nach und nach die Kinderpflege von den Hausärzten übernehmen könnten. Dieser Plan

konnte tatsächlich realisiert werden und die Absolventen dieser Fakultät beeinflussten maßgeblich das Niveau der primären pädiatrischen Pflege und entwickelten diese weiter, in erster Linie im Hinblick auf den Kontakt mit dem Patienten (Janda 2003).

Mit der Zeit wurden die sog. Kinderberatungsstellen ausgebaut, deren Aufgabe es war, die Säuglingsernährung sicherzustellen und zu beeinflussen, das Impfsystem einzuführen, das sukzessiv erweitert wurde, und die psychomotorische Entwicklung nachhaltig zu überwachen. Im Bezug auf den Impfkalendar ist die Vorrangstellung Tschechiens hinsichtlich der Einführung der Pflichtimpfung gegen Kinderlähmung hervorzuheben. Der Impfkalendar wurde – und wird auch heute noch – ständig erweitert. Im Rahmen der Beratungsstellen konzentrierten sich die Kinderärzte in Zusammenarbeit mit den Orthopäden außerdem auf die frühzeitige Diagnose angeborener Hüftgelenksluxation. In den siebziger Jahren wurde dann das Stillprogramm eingeführt.

In dieser Zeit wurde außerdem ein System für die systematische Pflege chronisch kranker Kinder erarbeitet. Gleichzeitig entstanden sog. pädiatrische Fachpraxen. Dabei ist anzumerken, dass diese ersten Praxen auf Herzerkrankungen spezialisiert waren, vor allem aufgrund der hohen Anzahl an erworbenen Herzfehlern, die auf die unzureichende Vorbeugung gegen Kinderrheumatismus zurückzuführen waren. Später wurden auch Praxen gegründet, die auf Nierenerkrankungen und andere Leiden spezialisiert waren. Hier sollte an die Arbeiten von Dunovský erinnert werden, die in die primäre Pflege den sozialen Aspekt einbrachten (Dunovský 1986, Dunovský und Eggers 1989, Dunovský et al. 1995, Dunovský et al. 1999, Dunovský et al. 2005).

Im Jahr 1989 erfolgten ein schneller Zerfall dieses Bezirkssystems und eine (manchmal auch überstürzte) Privatisierung der medizinischen Einrichtungen. In staatlicher Hand blieben vor allem große stationäre Einrichtungen, in der primären Pflege kam es jedoch praktisch zu einer kompletten Privatisierung aller Praxen, einschließlich der pädiatrischen. Aus Ärzten aller Alterskategorien, die bisher Staatsangestellte waren, wurden plötzlich

Unternehmer mit allen Rechten, Freiheiten, aber auch Sorgen und Problemen, die sie bisher nicht kannten und auf die sie nicht vorbereitet waren. Trotzdem überstand der Großteil aller Praxen diese Umwandlung mehr oder weniger erfolgreich und kaum jemand würde sich die Zeit vor 1989 zurückwünschen (Ministerstvo zdravotnictví České republiky 2003, Cabrnová und Janda 2008, VIII. pediatrický kongres s mezinárodní účastí 2008).

Nach 1989 kam es nicht nur zu Eigentumsänderungen, sondern auch zu organisatorischen und systemischen Veränderungen. Das Bezirkssystem ist abgeschafft worden und den Patienten wurde eine freie Arztwahl ermöglicht. Der Arztwechsel ist 4× im Jahr (!) erlaubt und wird auch von manchen Pädiatriepatienten in Anspruch genommen. Die ursprünglichen Bezirkspraxen sind in der bisherigen Region lokalisiert (die Gründung neuer Praxen in unmittelbarer Umgebung ist jedoch nicht eingeschränkt). Es gibt aber Regionen, wo ein (Kinder)Ärztmangel herrscht und ihre Anzahl wird in Zukunft vermutlich weiter ansteigen (Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR 2007, Zdravotnická ročenka České republiky 2008, VIII. pediatrický kongres s mezinárodní účastí 2008).

Änderungen gab es auch in der Gesellschaft für Pädiatrie. Im Zuge der Teilung der Tschechoslowakei wurde die bis 1989 einheitliche Tschechoslowakische Gesellschaft für Pädiatrie in eine tschechische und slowakische Sektion aufgeteilt. Mit der Zeit hatten die PLDD eine separate Berufsorganisation, die Vereinigung der praktischen Kinderärzte (tsch. Abk. SPLDD), mit einer eigenen Fachgesellschaft der praktischen Kinderärzte gegründet. Jede der Organisationen hat ihre eigene Zeitschrift: Die Tschechoslowakische Gesellschaft für Pädiatrie vereinigt vor allem Krankenhaus-Kinderärzte und gibt die Zeitschrift „Tschechoslowakische Pädiatrie“ heraus, die eher theoretisch ausgerichtet ist, die SPLDD vereinigt praktische Kinder- und Jugendärzte und gibt ihre eigene Zeitschrift „VOX Pädiatrie“ mit einer rein praktischen Ausrichtung heraus. Mit der Zeit gründeten auch weitere Fachbereiche (Neonatologie, Pneumologie, Allergologie und weitere) ihre

eigenen Fachgesellschaften. Es ist jedoch fraglich, ob eine solche „Atomisierung“ zweckmäßig und dem Fachbereich dienlich ist.

Anfang der neunziger Jahre wurde die Fakultät für Kindermedizin in die 2. Medizinische Fakultät umgewandelt. Seit dem geht die Zahl der Anfänger im Bereich Kindermedizin und vor allem die PLDD kontinuierlich zurück. Die Lage ist deshalb in vielen Regionen alarmierend. In ganz Tschechien arbeiten zurzeit in der primären pädiatrischen Pflege 2 293 Pädiater. Das bedeutet 9–11 Pädiater auf 10 000 Kinder und Jugendliche unter 19 Jahren. Alarmierend ist aber auch das Alter der Pädiater im Bereich der primären Pflege: 25 % sind zwischen 35 und 49 Jahren, 45 % sind 50–64 Jahre alt und fast 4 % sind über 65, davon sind 79 % Frauen und nur 21 % Männer (Cabrnochová und Janda 2008, Zdravotnická ročenka České republiky 2008). Nicht selten arbeiten noch Kolleginnen und Kollegen Vollzeit, die älter als 70 sind. Viele der praktischen Kinder- und Jugendärzte haben deshalb mit dem Problem zu kämpfen, an wen sie ihre Praxis, die sie 20 Jahre lang aufgebaut haben, übergeben sollen. Manche von ihnen lösen dieses Problem mit dem Verkauf ihrer Praxis an sog. „Gesundheitsketten“, das sind wirtschaftlich starke Organisationen, die Arztpraxen aufkaufen, unter einer Firma zusammenführen und die ursprünglichen Inhaber als ihre Angestellten beschäftigen. Auch das scheint aber nur eine vorübergehende Lösung zu sein, denn auch hier fehlen junge Ärzte, die die älteren Pädiater nach ihrem Ausscheiden aus dem Berufsleben ersetzen würden...

Der Aufgabenbereich der PLDD umfasst zwei Tätigkeitsgebiete: die medizinische Pflege und die Prävention. Für jedes Gebiet gibt es separate Sprechstundenzeiten. Im Rahmen der medizinischen Pflege werden meist unkomplizierte Erkrankungen (Schnupfen, Husten, Durchfall, ...) behandelt. Mit diesen „Problemen“ können die Patienten zu jeder Zeit in die Praxis kommen, die Behandlung ist kostenlos und ohne Einschränkungen. Die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen wird von den Krankenkassen nicht überwacht und es gibt auch kein „Bonus-Malus-System“.

Für einen im Bereich der primären Pflege tätigen Kinderarzt ist jedoch die Prävention von großer Bedeutung, d.h. vor allem regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen (10× im ersten Lebensjahr und dann alle zwei Jahre, Pflichtimpfungen und freiwillige Impfungen, Beratungs- und Bildungstätigkeit im Bereich der Ernährung, Erziehung, Unfallprävention, Übergewichtsprävention usw.). Es wird wahrscheinlich notwendig sein, sich der gesellschaftlichen Aufgaben anzunehmen, die z. B. im Umweltschutz bestehen.

Die in den Verträgen mit den Krankenkassen (KK) festgelegte Gesamtdauer der Sprechstundenzeiten beträgt mindestens 25 Stunden pro Woche, aufgeteilt auf 5 Wochentage. Die Krankenkassen verlangen, dass die Praxen mindestens an einem Tag in der Woche bis 18 Uhr offen bleiben, was nicht alle Arztpraxen akzeptieren. In den meisten größeren Städten gibt es auch Kindernotaufnahmen, die Notfälle behandeln ohne Rücksicht auf die Registrierung der Patienten.

Die wirtschaftliche Situation hängt von der Anzahl der in der Praxis registrierten Patienten ab. In Tschechien sind 90 % aller Praxen in privater Hand. Die Praxiseinnahmen setzen sich aus zwei Komponenten zusammen: einem pauschalierten Betrag (sog. Kapitation), der jeweils für ein Jahr festgelegt an die Praxis monatlich ohne Rücksicht auf die Anzahl und Häufigkeit der Besuche der einzelnen Patienten ausbezahlt wird. Dieser beträgt aktuell 51 CZK (rund 2 €) pro registrierten Patient. Der pauschalierte Betrag umfasst praktisch alle medizinischen Leistungen des Arztes. Die zweite Komponente der Praxiseinnahmen bildet die Vergütung der „Leistungen“, die mit einer bestimmten Punktzahl bewertet werden. Der Wert eines Punktes (aktuell 1 CZK) sowie die Höhe der Kapitation sind Gegenstand der alljährigen Verhandlungen zwischen den Krankenkassen und der ärztlichen Berufsorganisationen – das Ergebnis ist ein entsprechender Kompromiss (nach Meinung der Ärzte eher ein Diktat der Krankenkassen).

Die empfohlene Anzahl der registrierten Patienten pro PLDD-Arztpraxis beträgt ca. 1100. Nicht alle Praxen erreichen diese Zahlen: das Problem liegt darin, dass ein praktischer Kinder- und Jugendarzt nur Kinder und Jugendliche bis 19 Jahre registrieren darf

und ältere Patienten an praktische Ärzte für Erwachsene übergeben muss. Diese dürfen jedoch Patienten schon ab dem 14. Lebensjahr registrieren. Das Ergebnis dieser Asymmetrie ist ein Patientenrückgang in den Kinderpraxen (die starken Jahrgänge gehen und es werden zu wenige Kinder geboren); die praktischen Ärzte für Erwachsene haben diese Probleme nicht. Die Zustimmung zu dieser Regelung war ein Fehler der damaligen Pädiatrie-Vertreter, den heute alle anerkennen, es fehlt aber an Bereitschaft (oder Kraft?) diesen zu beheben. Die praktischen Ärzte für Erwachsene (von denen es auch nicht genügend gibt) sind mit der Pflege der alternden Bevölkerung überlastet und viele von ihnen wollen keine neuen Patienten aufnehmen. Andererseits bringt diese ungleichmäßige Patientenverteilung auch grundsätzliche Unterschiede in den Praxiseinnahmen. Das Nettogehalt der PLDD liegt zwischen 20–30 Tsd. CZK (800–1 200 €!) und die PLDD gelten somit als die schlechtesten Verdienner. Eine negative Auswirkung auf die wirtschaftliche Lage der Praxen haben auch verschiedene, rückwirkend verhängte Geldsanktionen für die Überschreitung bestimmter, im Voraus nicht bekannter Limits, vor allem im Bereich der Medikamentenverschreibung (eigene Erfahrung).

Das wichtigste wirtschaftliche Problem aller Praxen besteht darin, dass alle Kosten (Miete, Lohn für die Arzthelferin, Strom, Verbrauchsmaterial usw.) marktüblich sind, d. h. dass sie kontinuierlich ansteigen, wogegen alle Einnahmen reguliert sind und von der Krankenkasse festgelegt werden. Dies führt zur dauerhaften Unterfinanzierung, die jegliche Weiterentwicklung der Praxis unmöglich macht. Einige kleine Kinderarztpraxen mit niedrigen Patientenzahlen arbeiten sogar ohne Arzthelferin und bewegen sich an der Rentabilitätsgrenze.

Die finanzielle Beteiligung der Patienten an medizinischen Leistungen ist minimal: nach 40 Jahren einer vollständig kostenlosen sozialistischen Gesundheitsversorgung ist der Großteil der Bevölkerung auch 20 Jahre nach der Wende überzeugt, dass die medizinische Versorgung nichts kosten darf. Auch die vor kurzem eingeführte minimale „Regulierungsgebühr“, die zur Einschränkung der überflüssigen medizinischen Leistungen führen sollte (30 CZK = 1,15 €), hat einen

heftigen Widerstand hervorgerufen und trug dazu bei, dass zuerst der Gesundheitsminister zurückgetreten und nachher die gesamte Regierung darüber gefallen ist. Mit der Zeit wurde die Gebühr eingeschränkt (als Erstes gerade bei Kindern) und zurzeit wird über ihre vollständige Abschaffung verhandelt. Vor allem Linkspolitiker versprechen der Öffentlichkeit eine dauerhaft verfügbare und völlig kostenlose medizinische Versorgung auf dem höchsten Niveau für alle, was wirtschaftlich unsinnig ist (aber von einem Teil der Gesellschaft angenommen und gefordert wird).

Die Ausbildung an der medizinischen Fakultät zum Allgemeinarzt dauert 6 Jahre. Die postgraduale Ausbildung für praktische Kinder- und Jugendärzte beträgt zurzeit ca. 5 Jahre mit Pflichtpraktika und Schulungen in festgelegten Fachbereichen und wird mit einer Attestation abgeschlossen. Erst dann kann der Arzt selbstständig als PLDD arbeiten. Das Problem bleibt, wo der Arzt während der Pflichtausbildung beschäftigt wird und wer ihn bezahlt. Zu seinen Pflichten gehört selbstverständlich auch die lebenslange, jedoch völlig freiwillige Fortbildung, die teils von den pädiatrischen Fachgesellschaften organisiert wird. Die Teilnahme an diesen Fortbildungsmaßnahmen wird jedoch weder von den Berufsorganisationen noch von den Krankenkassen langfristig überwacht. Im Vergleich zu dem früheren System halten die praktizierenden Ärzte das vorgeschlagene Verfahren für viel zu lang (und zu teuer), was die jungen Ärzte bestimmt nicht dazu animiert, sich für diesen Fachbereich zu entscheiden (Janda 2003, Uher 2003, Cabrnachová und Janda 2008).

Die Kinderkrankenschwesterausbildung für die primäre Pflege ist in Tschechien nicht genau definiert. Die Kinderkrankenschwestern nutzen den Pflegeprozess nicht, da sie ihn entweder nicht kennen oder ihn bisher nicht gebraucht haben; nur vereinzelt sind in der primären Pflege Schwestern mit Hochschulausbildung anzutreffen.

Ähnlich wie in den anderen europäischen Ländern gelang es auch Tschechien in den vergangenen Jahrzehnten viele medizinische Probleme zu lösen, die in der Vergangenheit die Hauptproblembereiche in der pädiatrischen Pflege darstellten. Die meisten der früher

gängigen und schweren Infektionskrankheiten konnten dank systematischer Impfung ausgerottet werden und die jüngeren Kollegen werden mit diesen wohl nicht mehr in Berührung kommen. Durchfallerkrankungen, Ernährungsstörungen und weitere, früher weit verbreitete ernsthafte Erkrankungen treten heute nur noch vereinzelt auf – schwere Lungenentzündungen mit Exsudat, Herzmuskelentzündungen, schwere Nierenleiden und andere. Bedeutende Erfolge erzielte die tschechische Pädiatrie im Bereich der Neugeborenenpflege, wo die Neugeborenensterblichkeit auf den aktuellen Wert von 2,36 Promille gesenkt werden konnte. Tschechien gehört dadurch zu den führenden Ländern in Europa und weltweit. Der Impfkalender wird ständig um Pflichtimpfungen und freiwillige Impfungen erweitert.

In den Vordergrund rücken somit die immer stärker zunehmenden allergischen Erkrankungen und vor allem die schlimme Problematik der Gewalt und Kinderunfälle. Diese stand in der Vergangenheit eher abseits des medizinischen Interesses, die weiterhin hohe Anzahl von Kinderunfällen und vor allem ihre schweren Folgen für die Weiterentwicklung des Kindes sind jedoch die Hauptursache dafür, warum nicht nur in Europa, sondern weltweit Kinderunfällen erhöhte Aufmerksamkeit geschenkt wird (Houštěk et al. 1964, Editorial 2001, Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR 2007, Zdravotnická ročenka České republiky 2008).

Im internationalen Vergleich der Kinderunfallzahlen schneidet Tschechien nicht besonders gut ab: 2006 wurden 445 424 Kinder zwischen 0 und 14 Jahren wegen Unfällen chirurgisch behandelt, was zwar im Vergleich zum Vorjahr einen leichten Rückgang bedeutet, dafür ist aber die Anzahl der schweren Unfälle (27,5 % aller Unfälle hängen mit Brüchen zusammen) und der sonstigen Unfälle, unter die auch die zu Hause passierten Unfälle fallen, angestiegen. Da zur Überwachung der Unfallhäufigkeit keine einheitliche Methodik angewendet wird, liefert die international standardisierte Sterberate der WHO (auf 100 000 Personen) bei Kindern zwischen 0 und 14 Jahren durch äußere Todesursachen einen genaueren Vergleich: Hier belegt

Tschechien mit 7 Kindertodesfällen unter den 27 überwachten europäischen Ländern den 17. Platz. Z. B. Österreich, das mit Tschechien vergleichbar ist, liegt auf Platz 13. mit 4,9 Todesfällen, ganz vorne sind Zypern mit ca. 2,4 und Norwegen mit 3,4 Todesfällen zu finden. Aus den angeführten Zahlen ist ersichtlich, dass auf die Kinderärzte, aber auch die gesamte Gesellschaft auf diesem Gebiet der pädiatrischen Pflege, vor allem im Präventivbereich, ein hartes Stück Arbeit wartet, wenn wir uns an Länder angleichen wollen, die die Kinderunfallrate bereits gesenkt haben. Ein besonderes Kapitel stellen die wirtschaftlichen Aspekte der Kinderunfälle dar, die sich heute schon in Millionenzahlen bewegen und für die Familie des Kindes sowie für die Gesellschaft eine nicht unerhebliche Belastung darstellen (Čapková und Velemínský 2005, Čapková et al. 2008).

Mit der alarmierenden Anzahl der Kinderunfälle in der Tschechischen Republik beschäftigte sich in den vergangenen Jahren auch die tschechische Regierung. Es wurde ein nationaler Aktionsplan zur Vorbeugung von Kinderunfällen für den Zeitraum 2007–2017 erarbeitet. In diesem Aktionsplan wird vor allem die Rolle einer wirksamen Kinderunfallprävention hervorgehoben, in der die praktischen Kinder- und Jugendärzte einen entscheidenden und unverzichtbaren Platz einnehmen. Als nächster Schritt der Kinderunfallprävention wird ein landesweites Nationalregister für Kinderunfälle erstellt, das bisher fehlte. Dieses ermöglicht es, die Häufigkeit und die allgemeine Epidemiologie von Kinderunfällen besser zu überwachen und gezielte Präventivmaßnahmen einzusetzen (Úmluva o právech dítěte 1989, Toráčová et al. 2006, Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR 2007, Národní akční plán prevence dětských úrazů 2007, Truellová 2009a,b). Eine ganz besondere Aufmerksamkeit muss man der Gewaltproblematik zukommen lassen, einschließlich des CAN-Syndroms und Übergriffen, die oft im Verborgenen geschehen. Die Kenntnisse des Arztes und der Kinderarthelferin über die Familie, die familiären Verhältnisse, die Krankheitsanfälligkeit usw. können oft schon in der frühen Phase auf die Gefahr dieses Syndroms aufmerksam machen

und manchmal auch tragische Folgen verhindern. Das Gesundheitsministerium hatte deshalb methodische Unterlagen erarbeitet, die die Gewalt- und Unfallprävention zum Pflichtbestandteil der Vorsorgeuntersuchungen machen.

In den Fokus der PPP geraten aber nicht nur die Kinderunfälle. Einerseits haben viele „klassische“ Kinderkrankheiten abgenommen, andererseits kommen weitere, neue und früher unbekannte oder nur seltene Leiden dazu, die oft eine dauerhafte Behandlung erfordern. Dank der Entwicklung moderner medizinischer Technologien, neuer Behandlungsverfahren und wissenschaftlicher Entdeckungen haben heute Patienten, die noch vor nicht allzu langer Zeit kurz nach der Geburt oder im frühen Kindesalter gestorben wären, eine hohe Überlebenschance und oft auch eine hohe Lebenserwartung. Es handelt sich zum Beispiel um Neugeborene mit einem sehr niedrigen Geburtsgewicht, Kinder nach schweren Schädel-Hirn-Traumen oder mit verschiedenen metabolischen Erkrankungen (z. B. Mukoviszidose) usw. Diese Kinder haben oft eine kleinere oder größere Behinderung, die eine langfristige interdisziplinäre Pflege erfordert.

Ein weiteres Problem stellen verschiedene psychosomatische Erkrankungen, Verhaltensstörungen, das ADHS-Syndrom oder Drogenkonsum dar. In diesen Bereichen müssen die PLDD nicht nur medizinische, sondern vor allem auch Präventions- und Bildungsmaßnahmen anwenden (Katz et al. 2002, Janda 2003).

Die Probleme, die hier die praktischen Kinder- und Jugendärzte oft in Zusammenarbeit mit den Sozial- oder den Jugendschutzbehörden lösen müssen, sind nicht nur medizinischer, sondern auch ethischer, rechtlicher und gesellschaftlicher Natur (Úmluva o právech dítěte 1989, Uher 2003). Dies erfordert von den Kinder- und Jugendärzten Kenntnisse und Weiterbildung auf diesem Gebiet.

Aus der beschriebenen Entwicklung geht hervor, dass die pädiatrische Pflege seit ihrer Entstehung einen starken medizinisch-sozialen Charakter besitzt.

Trotz der jahrelangen Tradition und der hervorragenden Ergebnisse im Bereich der

medizinischen Versorgung und Vorsorge sind die weiteren Aussichten der praktischen Kindermedizin in Tschechien ungewiss. Die praktischen Kinder- und Jugendärzte sowie die Gesellschaft für Pädiatrie bemühen sich natürlich um die Erhaltung und Weiterentwicklung dieses Fachgebiets als eines eigenständigen Bereichs – andererseits gibt es aber auch Bemühungen, diesen Bereich nach und nach einzudämmen und durch die Institution des Hausarztes (GP) zu ersetzen, der sich um seine Patienten von der Geburt bis zum Tode kümmern würde. Der Pädiater nähme dann nur noch die Rolle eines Facharztes ein, ähnlich wie heute z. B. der Neurologe oder der HNO-Arzt (Marsh und Russell 1989, Hoza 2003, Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR 2007, VIII. pediatrický kongres s mezinárodní účastí 2008). Dies würde zweifellos einen Schritt zurück bedeuten, obwohl solche Systeme auch in anderen Ländern der Welt angewandt werden (Katz et al. 2002, Cabrnachová und Janda 2008). Es würde bei Ärzten für Erwachsene eine zusätzliche pädiatrische Qualifikation vor allem im Bereich der Prävention notwendig machen, die Pädiater müssten wiederum eine zusätzliche Ausbildung im Bereich der Erwachsenenpflege absolvieren. In Tschechien arbeiten einige Dutzend Ärzte, die über beide Qualifikationen verfügen (vor allem in den abgelegenen Grenzgebieten mit einer niedrigen Bevölkerungsdichte, wo diese Dualität durchaus ihre Berechtigung hat). Der Großteil der Ärzte für Erwachsene hat jedoch zurzeit zu viele erwachsene Patienten und ist an Kinderpatienten nicht interessiert. Manchenorts gibt es sogar Probleme, die über 19-Jährigen in den Arztpraxen für Erwachsene unterzubekommen. Das Hauptproblem stellt dann die alternde Generation der praktischen Kinder- und Jugendärzte und das geringe Interesse an dem Fachbereich seitens der jungen Ärzte dar, die lieber wirtschaftlich und beruflich attraktivere Bereiche wählen oder wegen einer besseren Bezahlung gleich ins Ausland abwandern. Und wenn sie sich schon für die Kindermedizin entscheiden, bevorzugen sie die Arbeit im Krankenhaus, die sie in vielerlei Hinsicht für besser halten, als die Arbeit in einer pädiatrischen Praxis.

REFERENCES

1. Cabrnová H, Janda J (2008): Primary, secondary and tertiary pediatric care in the Czech Republic (on line) – /cit. / Available at URL: www.cpsjep.cz/cz/dokumenty/Primary_and_secondary_pediatric_care_in_CZ.ppt.cit.2008.
2. Čapková M, Velemínský M (2005): Utonutí a zranění související s vodou [Drowning and Injuries Related to Water]. Zdravotně sociální problematika. Prague: Triton (Czech).
3. Čapková M, Voráčková L, Velemínský M (2008): Prevence úrazů u vybraných skupin obyvatelstva [Accident Prevention in Selected Groups of Population], 1st ed., Prague: Triton, 98 p. (Czech).
4. Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR [Long-Term Program for Public Health Improvement]. Zdraví pro všechny v 21. století [Health for All in the 21st Century]. 1st ed., Prague: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2007, 124 p. ISBN 80-85047 (Czech).
5. Editorial: Monatsschrift für Kinderheilkunde. 2001, 155/3:7–8.
6. Dunovský J (1986): Dítě a poruchy rodiny [Children and Impaired Family]. Prague, Avicenum p. 139 (Czech).
7. Dunovský J, Eggers H (1989): Sociální pediatrie [Social Pediatrics]. Prague: Avicenum, 253 p. (Czech).
8. Dunovský J, Dytrich Z, Matějček Z a kol. (1995): Týrané zneužívané a zanedbávané dítě [Maltreated, Abused and Deprived Children]. 1st ed., Prague: Grada Publishing, 245 p. (Czech).
9. Dunovský J a kol. (1999): Sociální pediatrie [Social Pediatrics]. Selected chapters. Prague: Grada Publishing, 284 p. (Czech).
10. Dunovský J, Mitlöchner M, Hejč K, Hanušová J (2005): Problematika dětských práv a komerčního sexuálního zneužívání dětí u nás a ve světě [Children's Rights and Commercial Sexual Abuse of Children in our Country and Abroad]. Prague: Grada Publishing, 252 p. (Czech).
11. Houšťek J et al. (1964): Dětské lékařství [Child Medicine], (4th revised ed.), SZN Prague, University Textbook (Czech).
12. Hoza J (2003): Rodinný lékař není nová odbornost [Family Physician Is No New Profession]. VOX PEDIATRIE, No. 1, p. 7, ISSN 1213-2214 (Czech).
13. Janda J. (2003): Vývoj české a evropské pediatrie do roku 1989, současnosti a perspektivy do roku 2010 [Development of Czech and European Pediatrics until 1989, the present and the perspectives for 2010]. Česko-slovenská pediatrie, Vol. 9, p. 7 (Czech).
14. Katz M et al. (2002): Demography of pediatric primary care in Europe: delivery of care and training. Pediatrics. 109, May, p. 788–796.
15. Marsh G, Russell I (1989): Is pediatrics safe in general practitioner's hands? A study in the North England. J. R. Coll. Gen. Pract., 39, p. 138–141.
16. Ministerstvo zdravotnictví ČR [Ministry of Health CR] (2003): Návrh změn dosavadního systému poskytování zdravotní péče pro děti a dorost [Proposed Changes in the System of Health Care for Children and Adolescents]. In: VOX PEDIATRIE, No. 2, p. 12. ISSN 1213-2214 (Czech).
17. Národní akční plán prevence dětských úrazů [National Action Plan for Children Injury Prevention] (on line) – /cit.2009-07-23/. Available at URL: www.Mzcr.cz/Pages/523-narodni-akcni-plan-prevence-detskych-urazu.html / (Czech).
18. VIII. pediatrický kongres s mezinárodní účastí [8th Pediatric Congress with International Participation] 2008: Primární péče o děti a dorost [Primary Care for Children and Adolescents]. In: Česko-slovenská pediatrie, 2008, No. 7–8 (Czech).
19. Truellová I (2009a): Systémové řešení prevence dětských úrazů v České republice a činnost praktických lékařů pro děti a dorost [System Solutions for Prevention of Child Injury in the Czech Republic and Activities of Practical Physicians for Children and Adolescents]. Dissertation thesis, Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity, České Budějovice (Czech).
20. Truellová I (2009b): Prevence dětských úrazů v praxi praktických lékařů pro děti a dorost (PLDD) [Prevention of Child Injury in Practice – Practical Physicians for Children and Adolescents]. Prevence úrazů, otrav a násilí, V/2:103–116 (Czech).

21. Uher J (2003): Právní aspekty poskytování péče nezletilým aneb Co by měl vědět praktický lékař pro děti a dorost [Legal Aspects of Provision of Care for the Under Age or: What Practical Physicians for Children and Adolescents Should Know]. VOX PEDIATRIE, Vol. 3, p. 8 (Czech).
 22. Úmluva o právech dítěte. OSN 1989. [Convention on the Rights of the Child. UNO 1989]. Sbírka zákonů č. 104/1991, částka 22. MZV [Code of Law No. 104/1991, Article 22, p. 502. Ministry of Foreign Affairs] (Czech).
 23. Toráčová L, Čapková M, Velemínský M (2006): Prevence úrazů dětí od narození do předškolního věku [Injury Prevention in Children, from Birth to Preschool Age]. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. ISBN 80-7040-913-4 (Czech).
 24. Zdravotnická ročenka České republiky 2008 [Health Care Annual Bulletin], Prague, 270 p. ISSN 1210-9991 (Czech).
-

 **Contact:**

Karel Blažek, University of South Bohemia, College of Health and Social Studies,
Department of Clinical Branches, České Budějovice, Czech Republic
E-mail: mudr.blazek@tiscali.cz