



**Deutsche Akademie
für Kinder- und
Jugendmedizin e.V.**

Dachverband der kinder- und
jugendmedizinischen Gesellschaften

**Thesen zur
Analyse und Zukunftsszenario der flächendeckenden medizinischen
Versorgung der Kinder und Jugendlichen in Deutschland**

Konsequenzen der demographischen Entwicklung



Der Gesundheitszustand von Kinder- und Jugendlichen in Deutschland wird allgemein als gut eingeschätzt („Kinder werden gut versorgt“ [Gesundheitspolitischer Informationsdienst 13.2.2012/Barmer GEK Arztreport 2012]). An dieser Situation hat das Fachgebiet der Kinder- und Jugendmedizin einen großen Anteil.

Die demografische Entwicklung, mit Verminderung der Einwohnerzahl der 0- bis 17-Jährigen, erfordert zukünftig besonders intensive Bemühungen zur Verbesserung des Gesundheitszustands der Kinder und Jugendlichen.

Die Politik hat dafür mit dem fraktionsübergreifenden Beschluss des Deutschen Bundestages „Medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen sichern und verbessern“ vom 26.6.2002 und der Stellungnahme der Kinderkommission des Deutschen Bundestages zum Thema „Kinder und Gesundheit“ vom 7.6.2011 dem Fachgebiet der Kinder- und Jugendmedizin eine zentrale Bedeutung zugeordnet.

Um diese Aufgabe in hoher Qualität zu erfüllen, ist neben einer Analyse der aktuellen Situation der Versorgung, die Erkennung und Berücksichtigung zukünftiger Entwicklungen und die Erarbeitung von strukturierten Maßnahmen notwendig.

Aus diesem Grund hat die Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (Generalsekretär Prof. H.-J. Nentwich) mit wissenschaftlicher Begleitung der Berlin School of Public Health an der Charité – Universitätsmedizin Berlin (Frau Prof. Birgit Babitsch, MPH; Fachgebiet Versorgungsforschung)

Thesen zur
Analyse und Zukunftsszenario der flächendeckenden medizinischen Versorgung
der Kinder und Jugendlichen in Deutschland
.
Konsequenzen der demographischen Entwicklung

erstellt.

An der Erarbeitung waren neben der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin und der Berlin School of Public Health die folgenden Mitgliedsgesellschaften und –verbände der Akademie beteiligt:

- Aktionskomitee Kind im Krankenhaus Bundesverband e. V. (AKIK)
- Berufsverband der Kinderkrankenpflege Deutschlands e. V. (BeKD)
- Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. (BVKJ)
- Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie e. V. (DGKCh)
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DGKJ)
- Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e. V. (DGSPJ)
- Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e. V. (GKinD)
- Vereinigung leitender Kinder- und Jugendärzte und Kinderchirurgen Deutschlands e. V. (VLKKD)

Durch intensive Diskussionen mit Vertretern dieser Verbände konnten die Thesen einvernehmlich verabschiedet werden. Ausführliche aktuelle Analysen und Einschätzungen zukünftiger fachlicher und gesundheitspolitischer Entwicklungen sind Grundlagen dieser Aussagen.

Demographie

- Die Anzahl der Kinder und Jugendlichen in Deutschland und damit ihr prozentualer Anteil an der Gesamtbevölkerung nehmen im zeitlichen Trend ab.

Im Jahr 2009 lebten in Deutschland 13.473.000 Kinder und Jugendliche (0-17 Jahre).

Bereits im Jahr 2020 reduziert sich der Anteil der 0- bis 17-Jährigen je nach zugrunde gelegtem Berechnungsmodell um 6,5 bis 9,4 %

- Die Bevölkerungsentwicklung ist in Deutschland regional sehr verschieden und führt in manchen Regionen, wie bspw. in den neuen Bundesländern, zu einem deutlich stärkeren Rückgang bei den 0- bis 17-Jährigen im zeitlichen Trend.
- Über die quantitative Veränderung in der Bevölkerungszusammensetzung hinaus sollten insbesondere die Entwicklungen der sozialen Lebenslage zur umfassenden Bewertung der hieraus resultierenden Anforderungen an die Versorgung hinzugezogen werden. Beispiele hierfür sind die familiäre Lebenssituation und der sozioökonomische Status.
Das Ziel ist die geringere Anzahl von Kindern zukünftig noch besser medizinisch zu versorgen.

Epidemiologie

- Das Krankheitsspektrum im Kindes- und Jugendalter unterliegt einem erheblichen Wandel (neue Morbidität). Repräsentative Daten zeigen eine Zunahme bei chronischen sowie bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen.
- Krankheitsbegünstigende Einflussfaktoren und ein höheres Erkrankungsrisiko sind auch bei Kindern und Jugendlichen eng mit ihrer sozialen Lebenslage verknüpft. Wissenschaftlich evident ist, dass mit zunehmender sozialer Benachteiligung (Sozialer Status, Armut, finanzielle Rahmenbedingungen, Bildungsferne, Migrationshintergrund) das Risiko für eine Erkrankung – mit wenigen Ausnahmen – steigt.
- Aufgrund der Verschiebung innerhalb des Krankheitsspektrums und sich verstärkender sozialer Probleme ist von einem erhöhten quantitativen Betreuungsaufwand auszugehen. Gleichzeitig stellen sich neue inhaltliche Herausforderungen für die ambulante und stationäre kinder- und jugendmedizinische Versorgung. Dies gilt auch für den Öffentlichen Gesundheitsdienst hinsichtlich bevölkerungsmedizinischer Aufgaben. Prävention auf verschiedenen Stufen, gemeinwesenbezogene Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen und ortsnahe Koordinierung der Akteure werden zunehmend bedeutsam.

Personelle Ressourcen

- Bis ins Jahr 2020 kann allenfalls mit einer gleichbleibenden Anzahl von berufstätigen Kinder- und Jugendärzten gerechnet werden.
- Auf Grund des demographischen Wandels entwickelt sich das Verhältnis von Kindern und Jugendlichen zu Kinder- und Jugendärzten positiv. Das numerische Verhältnis von Arzt zu Kindern ist jedoch kein belastbares Kriterium für die Qualität der medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen
- Die durch verschiedene Faktoren eintretende deutliche Verkürzung der Brutto-Lebensarbeitszeit der Ärzte resultiert im Wesentlichen aus folgenden drei Entwicklungen:
 - 1) Eine zu erwartende Zunahme von Frauen in der kinder- und jugendmedizinischen Versorgung (bis zu 90 %) und einer Verkürzung der zur Verfügung stehenden Arbeitsleistung um ca. 25 % aufgrund von Kinderbetreuungszeiten
 - 2) Arbeitszeitverkürzungen bedingt durch die neuen Arbeitszeitgesetze und
 - 3) ein erhöhter Anteil von Teilzeitarbeit als Folge der zunehmenden Bedeutung von Familie und Freizeit bei jungen Kinder- und Jugendärzten
- Die zu erwartende Zunahme des Betreuungsbedarfs, z. B. durch Ausbau der Prävention und Erhöhung des Aufwandes bei der Betreuung chronisch Erkrankter sowie eine Zunahme der Neuen Morbidität (seltene und psychosomatische Erkrankungen sowie übermäßige Mediennutzung mit den daraus entstehenden Abhängigkeiten), stellen zukünftig eine erhebliche Erhöhung der Anforderung dar. Die medizinischen Leistungen dafür sollen primär vom Kinder- und Jugendarzt erbracht werden.
- Trotz einer gleich bleibenden Anzahl an Kinder- und Jugendärzten wird die zur Verfügung stehende Versorgungskapazität stärker abnehmen als die Zahl der zur zu versorgenden Kinder und Jugendlichen.

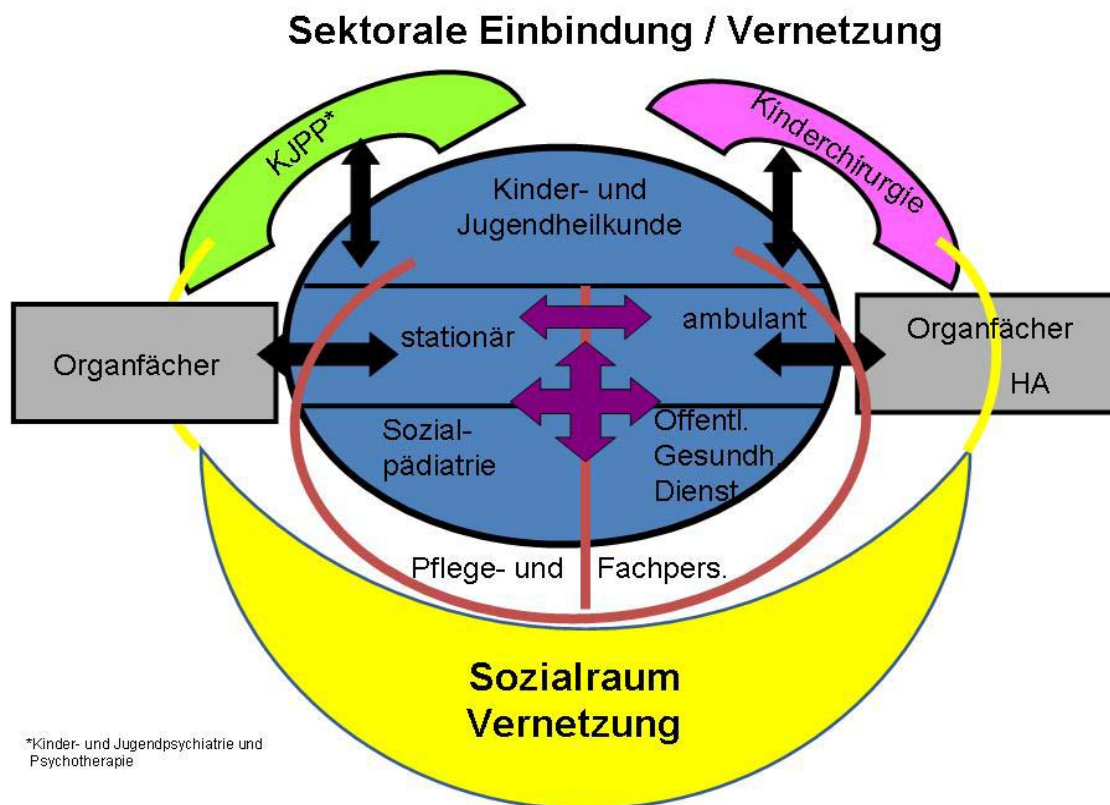
Institutionelle Ressourcen (stationärer Bereich)

- Im stationären Bereich bestehen regional nicht nachvollziehbare Unterschiede bei der vorgehaltenen Kapazität und der Flächendeckung.
- Im Vordergrund muss bei allen Abteilungen und Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin die Vorhaltung einer ausreichenden Strukturqualität stehen. Diese bezieht sich im Wesentlichen auf personelle und apparative Ausstattung sowie auf eine Vernetzung mit Kooperationspartnern, um ein ausgeglichenes Kosten-Nutzen-Verhältnis zu erreichen.
- Für die große Anzahl (neue Bundesländer 50%; alte Bundesländer 20%) kleinerer Abteilungen (weniger als 30 Betten oder unter 2000 Fälle/a) wird es zunehmend schwieriger werden, eine ausreichende Kompetenz und ein ausgeglichenes Kosten-Erlös-Verhältnis vorzuhalten.
- Ein Kriterium zur Bewertung von kinder- und jugendmedizinischen Abteilungen muss die Ergebnisqualität sein. Zurzeit bestehen dafür noch keine verlässlichen Kriterien. Es ist dringend geboten, sich der schwierigen Aufgabe der Erarbeitung von Kriterien zur Ergebnisqualität zu widmen.
- Eine Umstrukturierung der stationären kinder- und jugendmedizinischen Versorgung wird in Zukunft vorwiegend in Flächenstaaten notwendig sein. Dabei sind alternative Betriebsmodelle unabdingbar.
- Eine maximale Entfernung von 30 km zur nächsten stationären Einrichtung für Kinder- und Jugendmedizin oder deren Erreichbarkeit in maximal 40 Minuten wird als ausreichend angesehen.
- Die Mitaufnahme von Bezugspersonen muss finanziell abgesichert und baulich gefördert werden.

Institutionelle Ressourcen (ambulanter Bereich)

- Die Kassenärztliche Bundesvereinigung geht aufgrund historischer Annahmen zur Bedarfsplanung von einer deutlichen Überversorgung in einzelnen Regionen aus.
- Trotzdem zeigt eine kleinzellige Bewertung regionale Unterversorgungen.
So gibt es bereits heute schon Regionen in Brandenburg und in Teilen des nordöstlich angrenzenden Landes Mecklenburg-Vorpommern, wo kaum noch oder kein Kinder- und Jugendarzt mehr in der Praxis tätig ist.
- Die Bedarfsplanung ist dringend nach geographischen, demographischen und morbiditätsbezogenen Kriterien zu präzisieren.
- Pädiatrische interdisziplinäre Versorgungsformen werden zunehmend an Bedeutung gewinnen. Insbesondere für die multiprofessionelle Behandlung bei Entwicklungsstörungen und Behinderungen trifft dies auch für die Sozialpädiatrischen Zentren zu.
Welchen Stellwert Einzelpraxen in Zukunft haben werden, lässt sich zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht mit Sicherheit sagen.

Vernetzung stationär/ambulant



stationär ↔ **ambulant**

- Qualitätszirkleinbindung für die stationären Kollegen, verpflichtende(?) Teilnahme 4x/Jahr in lokalen Qualitätszirkeln
- Fortbildungsangebote für zuweisende, kooperierende Kollegen im stationären Bereich z.B. Fallvorstellungen, aktuelle Behandlungsveränderungen, Pharmakomanagement usw. mit verpflichtender (?) Teilnahme 4x/Jahr
- Angebot kollegialer telefonischer Beratung in spezialisierten stationären Bereichen wie z.B. Allergologie, Gastroenterologie usw. 1 Stunde/Woche bzw. Rückruf nach Anmeldung durch den gebietsleitenden Arzt
- Einführung gelebter Kommunikation durch standardisierte Mitteilungen von Klinik an niedergelassenen Arzt wie z.B. Fax über Aufnahme von Patienten, Entlassung von Patienten

mit Weiterleitung wichtiger Daten usw., Absprache von Akuteinweisungen mit der Klinik, standardisierte Mitteilung von ambulanten Kollegen an Klinik

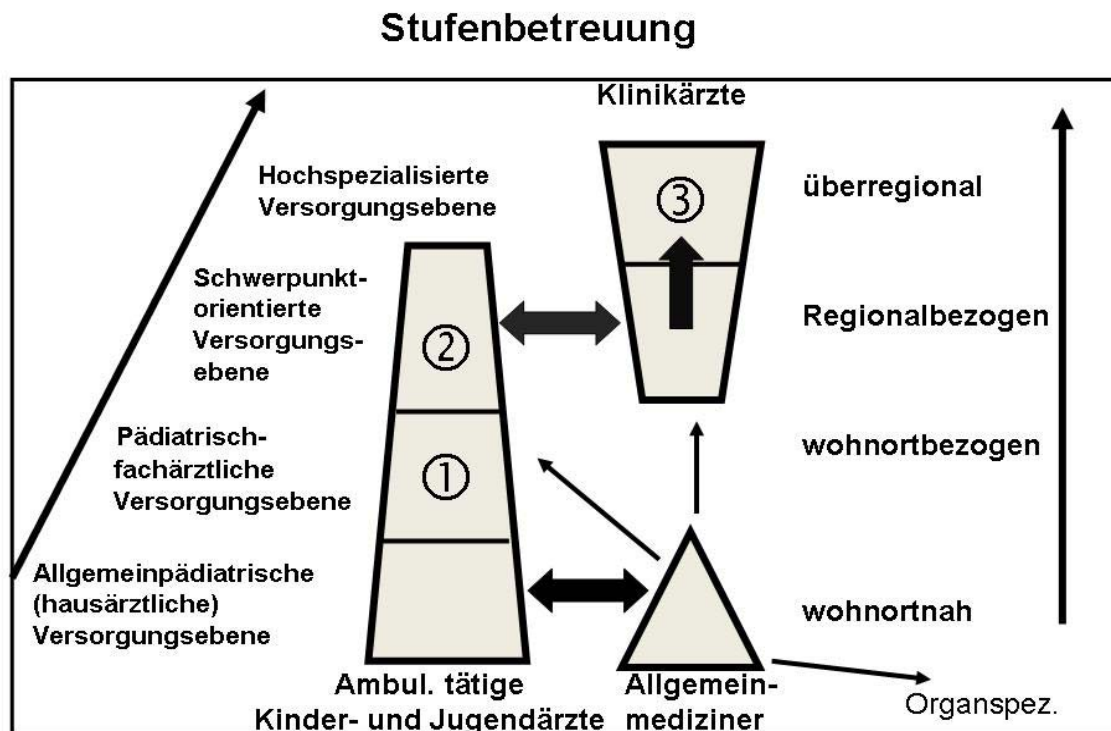
- Aufbau einer gemeinsamen elektronischen Fallakte bei chronisch kranken Kindern und Jugendlichen zur verbesserten Kommunikation
- Aufbau fester Kooperationen vom stationären zum ambulanten Bereich mit geregelter systematisierter Weiterbildung von AssistentInnen in großen allgemeinpädiatrischen Praxen
- Erarbeitung gemeinsamer Qualitätsindikatoren in der ambulanten und stationären Pädiatrie und Vernetzung der Ergebnisse, Outcome Messung, Patientenmonitoring
- Bildung regionaler Versorgungsnetze (Kinderkliniken, pädiatrische Praxen, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kinderchirurgie)
- Klinik bzw. Kinderabteilung vereinbaren in einem schriftlichen Vertrag mit den niedergelassenen Pädiatern eine Aufgabenverteilung im ambulanten Versorgungssektor
- Innerhalb dieses Versorgungssektors bilden auch einzelne Praxen Versorgungsschwerpunkte

Sozialpädiatrie ↔ Öff. Gesundheitsdienst

Die DGSPJ vertritt den öffentlichen Gesundheitsdienst für Kinder und Jugendliche (ÖGDKJ) in den großen Standesorganisationen der Kinder- und Jugendmedizin.

Der ÖGDKJ wird zum großen Bedauern der DGSPJ allgemein, besonders in einzelnen Bundesländern, kontinuierlich dezimiert bzw. in seiner Bedeutung herabgestuft. Dies hält die DGSPJ bei der Entwicklung von Konzeptionen für die Pädiatrie der kommenden Jahre für den absolut falschen Weg.

Stufenbetreuung



Schwerpunkte

Spezielle Leistungen der ambulanten Kinder- und Jugendmedizin ①

- Durchführung der gesamten Entwicklungsdiagnostik bei Säuglingen und Kindern nach standardisierten Testverfahren,
- Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen, die zu einer Pflegestufe führen
- Behandlung von Frühgeborenen, von Neugeborenen mit Adaptationsstörungen,
- Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit seltenen und/oder chronischen Erkrankungen, die eine Dauerbehandlung erforderlich

machen

- Behandlung von Kindern mit behandlungsbedürftigen Entwicklungsstörungen im Bereich von Sprache, Motorik, Sozialverhalten, Kognition, Sexualentwicklung, Wachstum usw.
- Durchführung weiter entwickelter Vorsorgeuntersuchungen für Kinder und Jugendliche (Ausnahme: s. oben)
- Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit schwerwiegenden akuten Erkrankungen, die potenziell lebensbedrohlich sind
- Zugang zu hoch spezialisierten Ambulanzen der Kinder- und Jugendmedizin in Schwerpunkt- und Universitätskliniken ist nur über einen Kinder- und Jugendarzt möglich

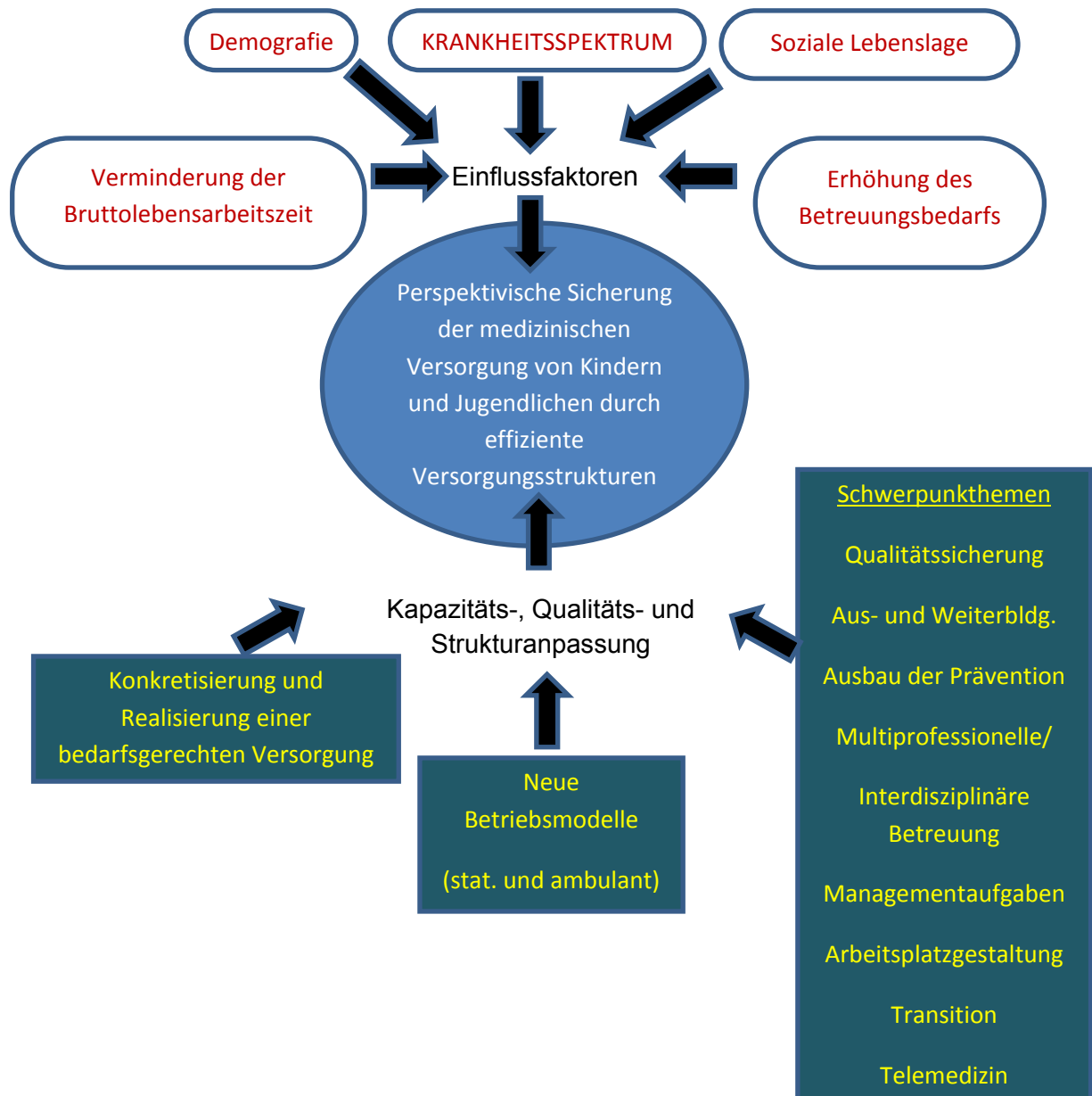
Erbringung hochspezialisierter Versorgung im ambulanten Bereich ②

Das Versorgungsstrukturgesetz sieht die Schaffung einer 3. Versorgungssäule vor. Der GBA hat diese Möglichkeit zunächst auf bestimmte Erkrankungen beschränkt und wird dafür entsprechende Qualitätskriterien erarbeiten.

Hochspezialisierte Versorgungsebene ③

Dies betrifft in erster Linie pädiatrische Universitätskliniken und Kinderkliniken. Nicht jede Universitätsklinik wird jede hochspezialisierte Versorgung in entsprechend finanzierten Ambulanzen vorhalten können (Zentrenbildung).

Einflussfaktoren



März 2012