



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

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.

Begründungsdokument zu personellen Ressourcen

Für die Einschätzung der Versorgungskapazität im Fachgebiet der Kinder- und Jugendmedizin ist eine Analyse der Anzahl und der Qualifikation der verfügbaren Kinder- und Jugendärzte sowie die perspektivische Entwicklung dieser Parameter von besonderer Bedeutung.

Datengrundlage dieses Berichtsteils bilden

- 1.) Die ärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland
Entwicklung der Arztzahlen zum 31.12.2010
Bundesärztekammer – letzte Änderung 22.08.2011
- 2.) Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung Berlin
Studie zur Altersstruktur- und Arztzahlenentwicklung
5. aktualisierte und komplett überarbeitete Auflage August 2010
Dr. Thomas Kopetsch
Entwicklung der Arztzahlen zum 31.12.2010
Bundesärztekammer – letzte Änderung 22.08.2011
- 3.) Hochrechnung des Versorgungsbedarfs und der notwendigen
Versorgungsstrukturen von Kindern und Jugendlichen in Deutschland
für die Jahre 2030 und 2050
Janina Frank; Berlin School of Public Health 2010

In Deutschland sind zurzeit 18 515 Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin registriert. Davon gehen 12 503 einer ärztlichen Tätigkeit nach. 6 612 sind ambulant und 4 832 im stationären Sektor tätig. Die weitere Aufschlüsselung zeigt Abb. 1#.

Abb. 1#: Ärztinnen und Ärzte für Kinder- und Jugendmedizin nach Tätigkeitsbereichen

	Insgesamt	Berufstät.	Ambul tätig	Station. tätig	Behörd. Körpers.	Sonst.	Ohne ärztl. Tätigk.
Summe	18.515	12.503	5.966	4.832	470	589	6.012
davon weiblich	10.416 56%	6.692	3.424	2.469	419	419	3.724
Endo. u. Diabet.	33	29	7	20	2		4
Infektologie	49	36	17	17	2		13
Hämat. Onkol.	184	171	5	158		8	13
Kardiologie	424	331	125	191		9	93
Pneumologie	54	48	12	35		6	
Neonatologie	1.289	1.030	231	758	15	26	259
Nephrologie	29	24	6	18			5
Neuropädiatr	434	402	108	275		19	32

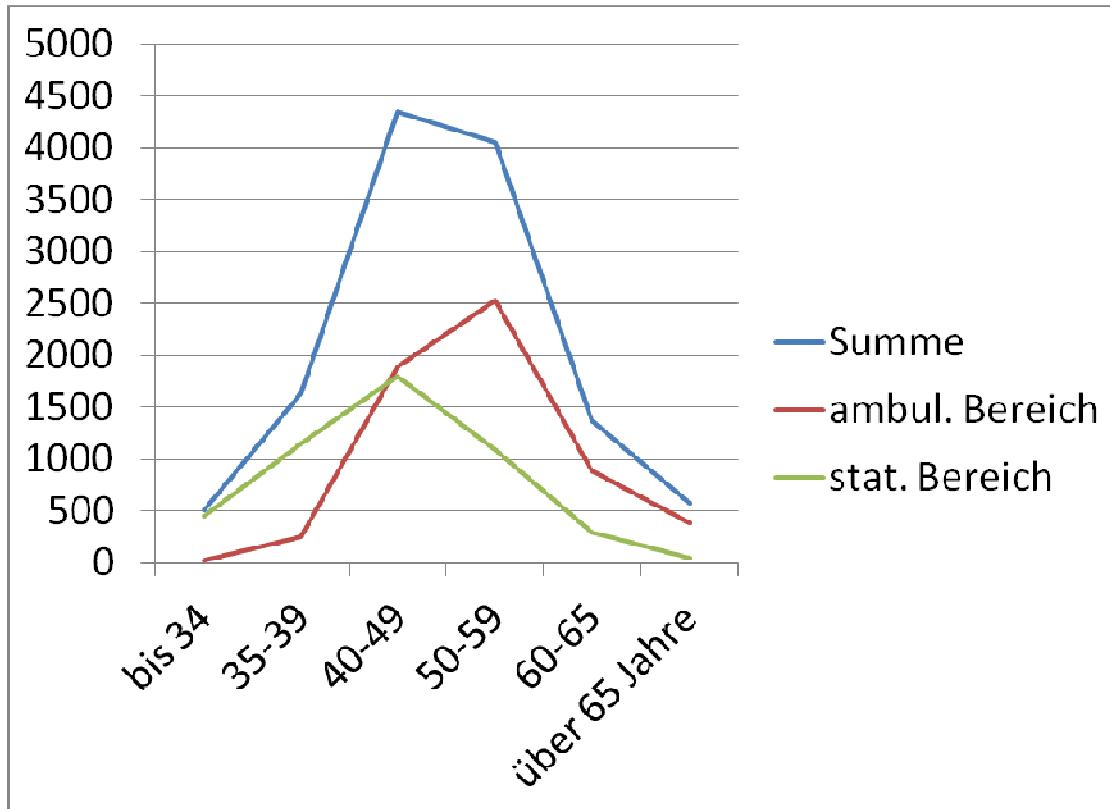
Datenquelle: Bundesärztekammer (letzte Änderung 22.08.2011)

Neben den Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin sind noch ca. 2 500 Weiterbildungsassistenten im Fachgebiet tätig.

Mit der sich zunehmend normalisierenden Altersstruktur der Kinder- und Jugendärzte (Abb. 2#) und einer fast konstant bleibenden Anzahl von jährlichen Facharztqualifikationen von über 500 (Abb. 3#), kann für die nächsten Jahre allenfalls mit einer gleich bleibenden Zahl von zur Verfügung stehenden Kinder- und Jugendärzten gerechnet werden (Tab.1#).

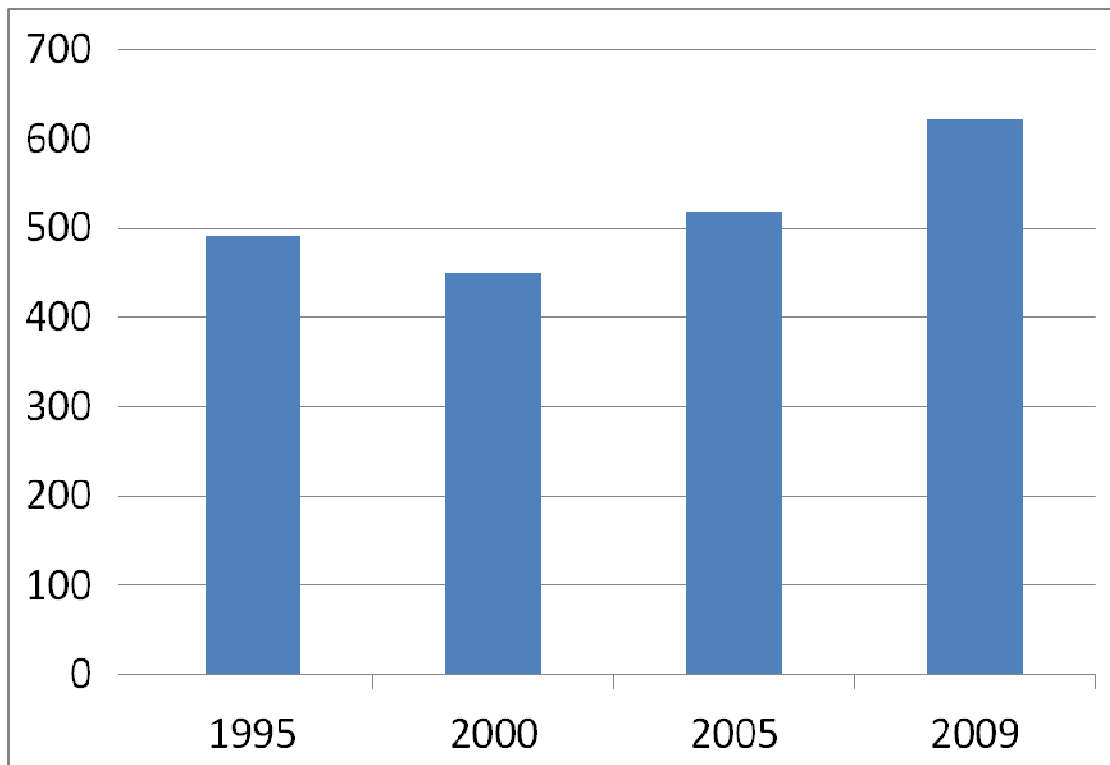
Allerdings können diese Zahlen zukünftig nur weiter erreicht werden, wenn trotz notwendiger Umstrukturierung im stationären Bereich (siehe Kapitel Kapazitäten und Flächendeckung) und unter Einbeziehung des ambulanten Sektors ausreichend Weiterbildungsstellen angeboten werden.

Abb. 2#: Altersstrukturen der Kinder- und Jugendärzte



Datenquelle: Dr. Thomas Kopetsch KBV

Abb. 3#: Entwicklung der Gebietsanerkennungen von Kinder- und Jugendärzten



Datenquelle: Dr. Thomas Kopetsch KBV

Tab. 1#: Voraussichtliche Entwicklung des Bestandes an Vertrags- Kinder- und Jugendärzten bis 2020

Jahr	Bestand am Jahresende
2010	5 866
2011	5 878
2012	5 890
2013	5 899
2014	5 905
2015	5 906
2016	5 902
2017	5 895
2018	5 887
2019	5 883
2020	5 875

Datenquelle: Dr. Thomas Kopetsch KBV

Die in Abb. 1# gezeigte Aufstellung der Anzahl von Subspezialisierungs- Qualifikationen kann nicht stimmig nachvollzogen werden. Die zurzeit ermittelbaren Zahlen aus verschiedenen Statistikquellen zeigt Abb. 4#.

Abb. 4#: Erfassung der Anzahl von Subspezialisierungs-Qualifikationen aus verschiedenen Statistiken

	1	2	3	4	5	6	7	8
Häm.-Onk.	156	222	128	66	194	+ 38	47	
Kardiol.	413	400	183	308	491	+ 78	87	
Neonat.	1244		744	586	1330	+ 86	261	
Neuropäd.	409	462	267	340	607	+198	152	
Endokr.-Diab	221	188	154	135	289	+ 68	76	

Gastroent.	142	96	195	73	268	+126	49
Infekt.	49		15	22	37	- 12	12
Pneum.	439		199	363	562	+123	106
Nephr.	122	96	82	37	119	- 3	25
Rheum.	127	110	87	58	145	+ 18	38

Datenquelle: Janina Frank; Berlin School of Public Health 2010

Spalte 1: Subspezialisierungs-Qualifikation

Spalte 2: Gesamtzahl (Bundesärztekammer/Gesundheitsberichterstattung)

Spalte 3: Gesamtzahl (DAKJ-Umfrage)

Spalte 4: Stationär tätig (Bundesärztekammer/Gesundheitsberichterstattung)

Spalte 5: Ambulant tätig (Kassenärztliche Bundesvereinigung)

Spalte 6: Spalte 4 + 5

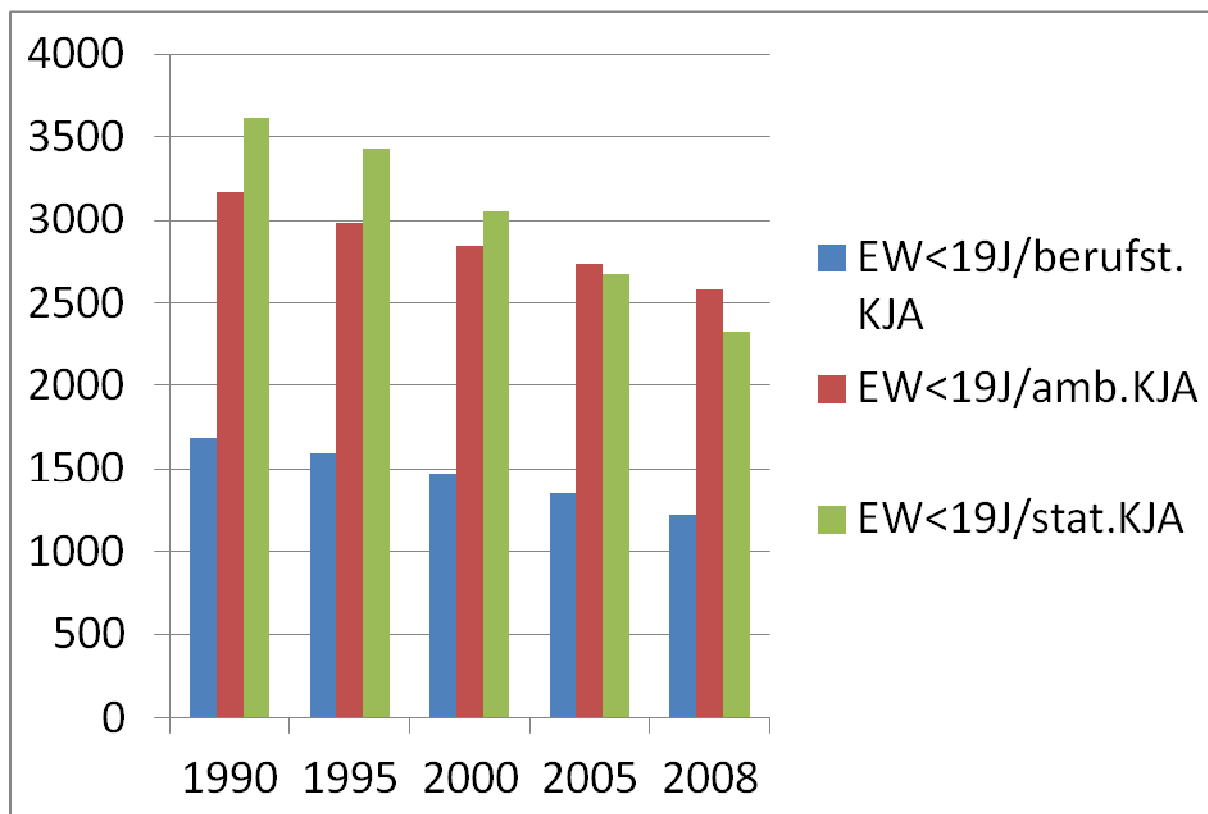
Spalte 7: Differenz von Spalte 2 und Spalte 6

Spalte 8 Ermächtigte (Bundesärztekammer/Gesundheitsberichterstattung)

Es ist notwendig, diese Zahlen zu präzisieren, um diese dann einer zu erarbeitenden Bedarfsplanung gegenüber zu stellen.

Auf Grund des demographischen Wandels entwickelt sich das Verhältnis von Kindern und Jugendlichen zu Kinder- und Jugendärzten positiv. So betrug das Verhältnis der Anzahl von berufstätigen Kinder- und Jugendärzten zur Anzahl der Kinder und Jugendlichen unter 19 Jahren im Jahre 1990 wie 1 zu 1 688, während im Jahre 2008 ein Kinder- und Jugendarzt zur Betreuung von 1 224 Kindern und Jugendlichen unter 19 Jahren zur Verfügung stand. Eine differenzierte Entwicklung dazu zeigt Abb. 5#.

Abb. 5#: Anteil der unter 19-Jährigen in Relation zur Anzahl der Kinder- und Jugendärzten



Datenquelle: Statistisches Bundesamt, BÄK, Bundesarztregister der KBV, eigene Berechnung

Trotz dieser zunächst positiv erscheinenden Situation für die personellen Ressourcen wird es großen Anstrengungen bedürfen das Niveau der medizinischen Versorgung der Kinder und Jugendlichen in Deutschland in den nächsten Jahren zu sichern und möglichst weiter zielgerichtet zu verbessern, denn

das numerische Verhältnis von Kinder- und Jugendärzten zur Anzahl von Kindern und Jugendlichen ist kein belastbares Kriterium für die Qualität der medizinischen Betreuung dieser Altersgruppe.

Folgende Faktoren werden zukünftig die zur Verfügung stehenden personellen Ressourcen besonders negativ beeinflussen:

- Reduzierung der Bruttolebensarbeitszeit
- Überbordete Bürokratie

Die zu erwartende Verkürzung der Brutto-Lebensarbeitszeit resultiert im Wesentlichen aus folgenden drei Entwicklungen:

- 1) Ursächlich ist dafür eine deutliche Zunahme von weiblichen ärztlichen Mitarbeiterinnen, bei denen aus familiären Gründen höhere Ausfallzeiten entstehen.

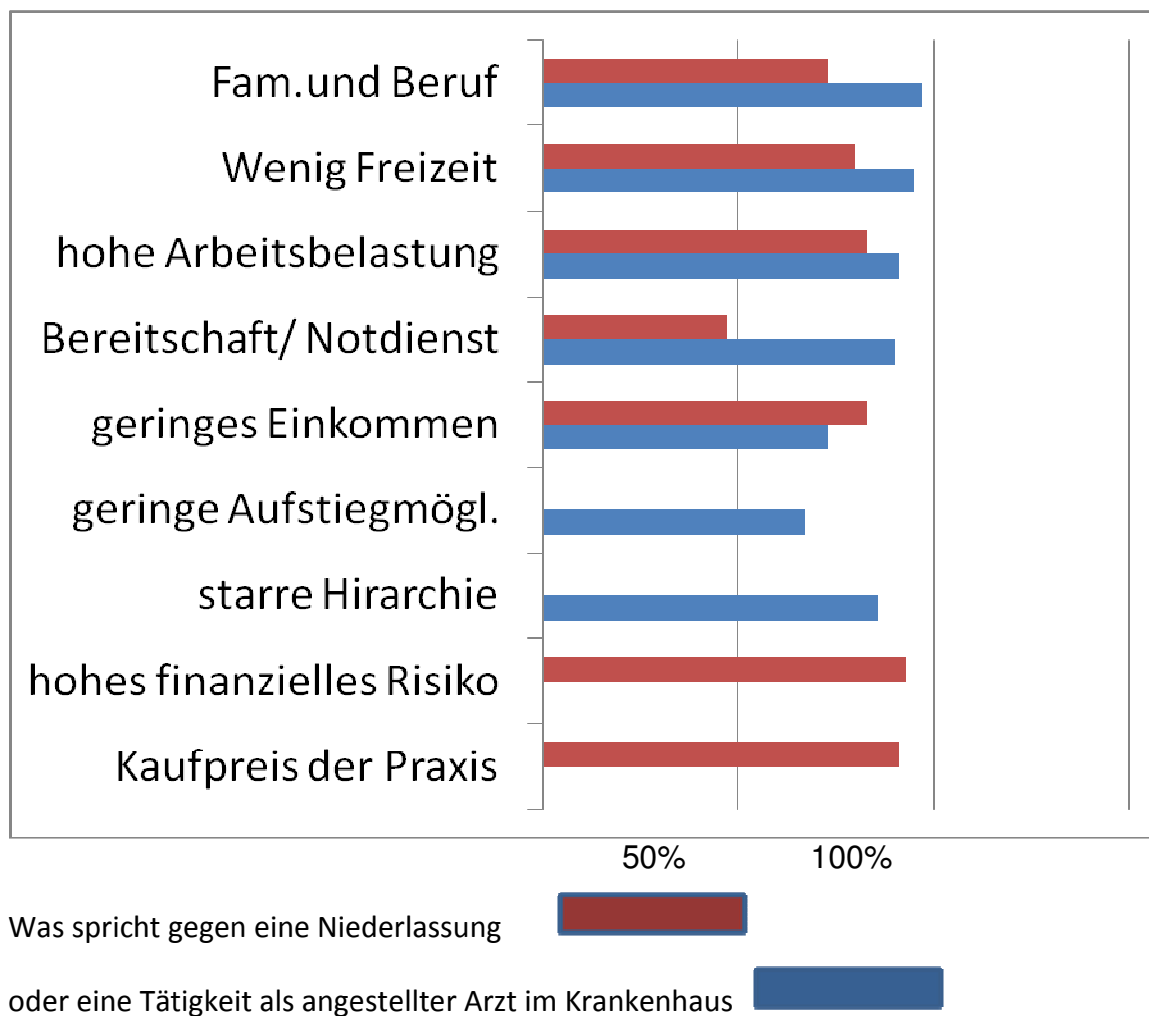
Die Bundesagentur für Arbeit hat errechnet, dass Frauen nur 72% der Arbeitszeit von Männern erreichen. Bei einem zu erwartenden Anteil von 90 % weiblicher Kolleginnen reduziert sich die zur Verfügung stehende Arbeitsleistung damit um ca. 25 %).

- 2) Arbeitszeitverkürzungen bedingt durch die aktuellen Arbeitszeitgesetze.
- 3) ein erhöhter Anteil von Teilzeitarbeit als Folge der zunehmenden Bedeutung von Familie und Freizeit bei jüngeren Kinder- und Jugendärzten

Entsprechende Aussagen von Weiterbildungsassistenten zu diesen Themen zeigt Abb. 6#.

Abb. 6#: Vorstellungen Ärztinnen und Ärzten in der Weiterbildung zum Kinder- und Jugendarzt über die Zukunft ihrer beruflichen Tätigkeit

Umfrage des BVKJ unter den Teilnehmerinnen und Teilnehmern des Assistentenkongresses am 26.04.2011 in Dresden
(187 ausgefüllte Fragebögen, ♀ 86 %, ♂ 14 %)



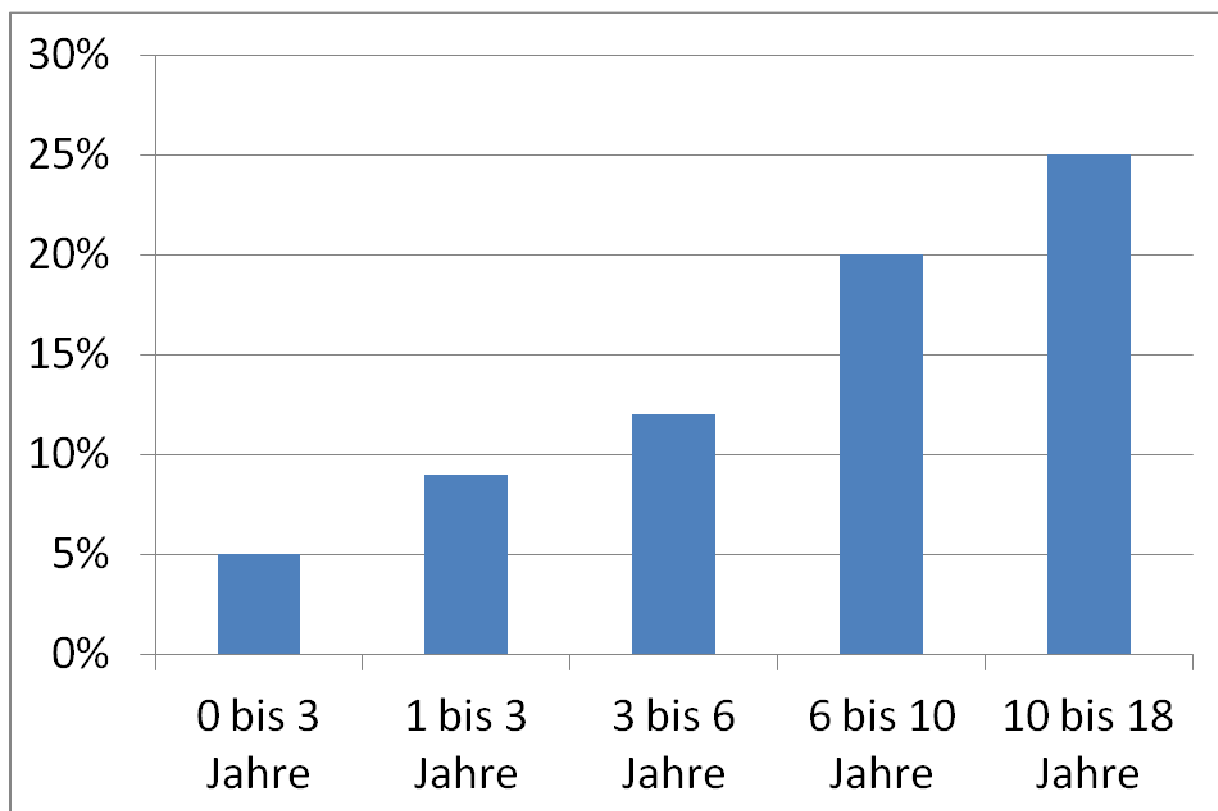
Als Resümee aus den geschilderten Entwicklungen kann festgestellt werden, dass

trotz einer gleichbleibenden Anzahl an Kinder- und Jugendärzten die zur Verfügung stehende personelle Versorgungskapazität stärker abnehmen wird, als die Zahl der zu versorgenden Kinder und Jugendlichen.

Eine höhere Belastung im ärztlichen Dienst infolge zunehmender Leistungsanforderungen an das Fachgebiet Kinder- und Jugendmedizin steht dieser reduzierten Arbeitsleistung gegenüber. Die zu erwartende Zunahme des Betreuungsbedarfs resultiert aus notwendigem Ausbau der Prävention und Erhöhung des Aufwandes bei der Betreuung chronisch Erkrankter sowie einer Zunahme der Neuen Morbidität.

Aus der Versorgungsstudie der DAKJ 2011 ergibt sich ein altersabhängiger Anteil von ambulant zu versorgender chronisch Erkrankter von durchschnittlich 14% (Abb.7#)

Abb. 7#: Anteil chronisch Erkrankter in der ambulanten Versorgung nach Altersgruppen



In der KIGGS-Studie des Robert-Koch-Instituts mussten 7,2 % aller Kinder zwischen 3 und 17 Jahren als psychisch „auffällig“ und 7,5 % als psychisch „grenzwertig“ eingestuft werden. Besonders betroffen sind Kinder und Jugendliche aus sozial benachteiligten und unvollständigen Familien. Eine Aufgliederung ergibt 10% Angststörungen, 7,6% Störungen des Sozialverhaltens, 5,4% Depressionen und 2,2% ADHS (Bella-Studie – Modul der KIGGS-Studie).

Aber auch übermäßige Mediennutzung mit den daraus entstehenden Abhängigkeiten stellen weitere Anforderungen dar. Der im Herbst 2011 veröffentlichte Bericht des BMG zur Prävalenz der Internetabhängigkeit macht unter 14 – 16 Jährigen 4 % aus.

Die genannten medizinischen Versorgungsleistungen sollen primär vom Kinder- und Jugendarzt erbracht werden.

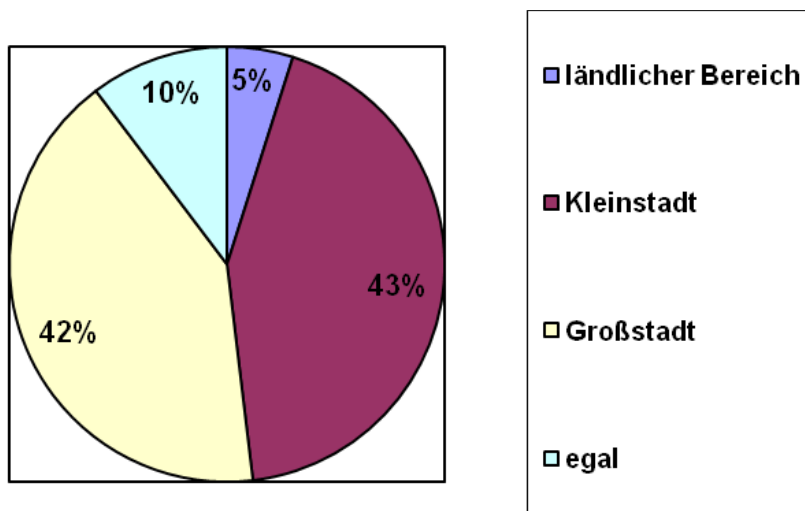
Die aufgezeigten Entwicklungen werden in Zukunft sowohl von äußeren Faktoren, wie z. B. gesundheitspolitische Entscheidungen, als auch inneren Gegebenheiten, wie Attraktivität des Fachgebietes bis hin zu einer positiven Arbeitsplatzgestaltung, beeinflusst werden. Dabei sind alle Möglichkeiten zur Abfederung des sich immer kritischer entwickelnden Arztzahlen-Leistungsanforderungs-Verhältnis zu beachten.

Hinweise über zukünftige Strategien können Umfragen zu Wünschen der Arbeitsplatzgestaltung von Weiterbildungsassistenten im Fach Kinder- und Jugendmedizin ergeben. Eine Auswahl der Ergebnisse aus einer Befragung zum Assistentenkongress 2011 des Berufsverbands der Kinder- und Jugendmedizin e.V. (BVKJ) zeigt Abb. 8#.

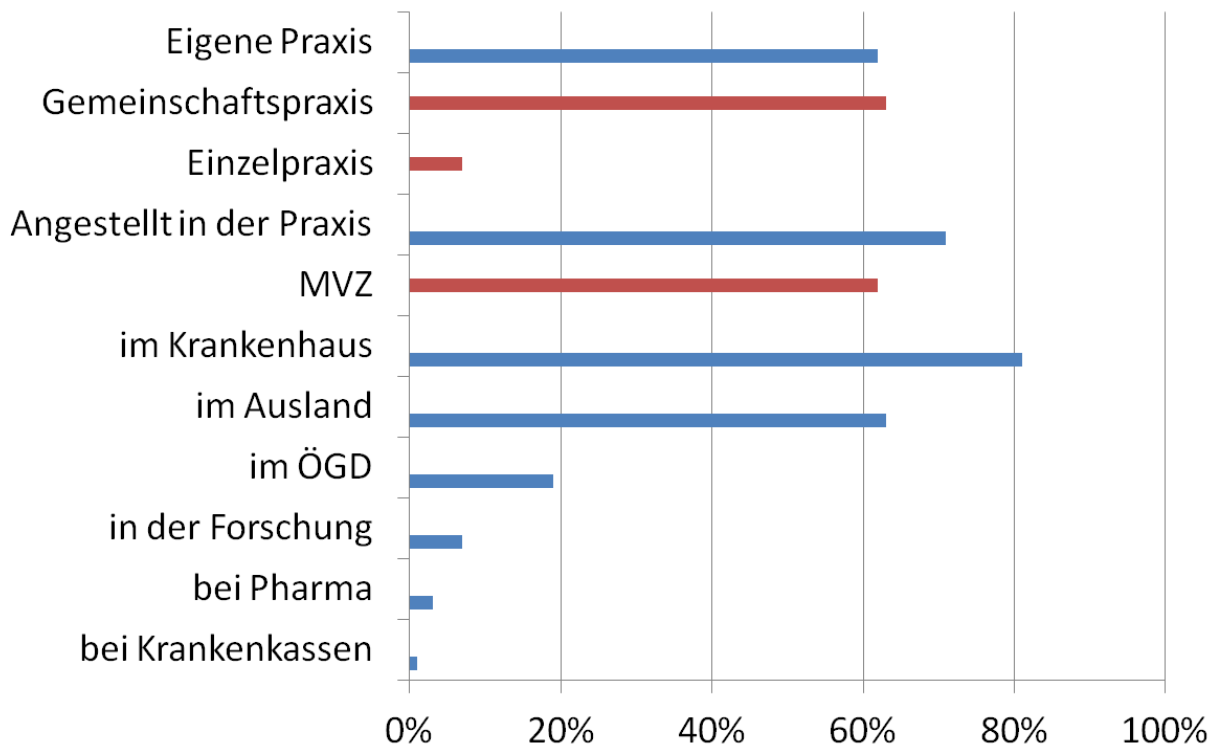
Abb. 8#: Vorstellungen Ärztinnen und Ärzten in der Weiterbildung zum Kinder- und Jugendarzt über die Zukunft ihrer beruflichen Tätigkeit

Umfrage des BVKJ unter den Teilnehmerinnen und Teilnehmern des Assistentenkongresses am 26.04.2011 in Dresden
(187 ausgefüllte Fragebögen, ♀ 86 %, ♂ 14 %. Doppelnennungen waren zugelassen)

Wo würden Sie nach Abschluss Ihrer Weiterbildung am liebsten arbeiten?



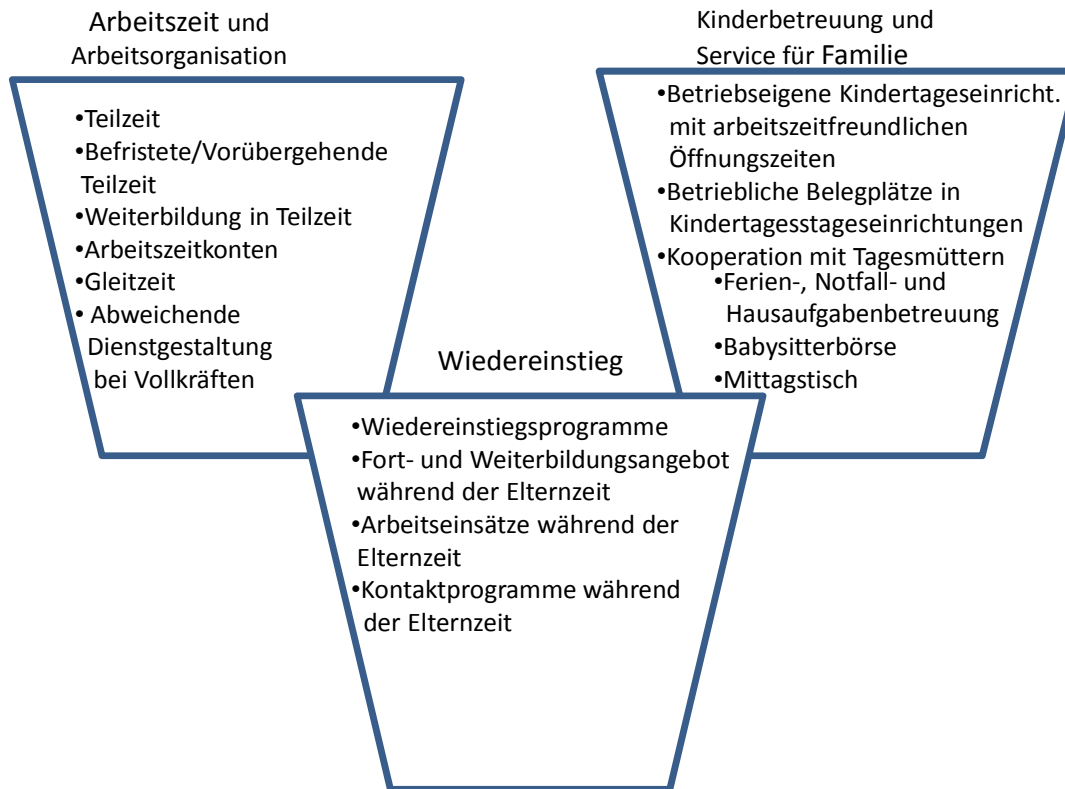
Bereitschaft für Tätigkeit in



Weitere Hinweise über flankierende Arbeitsplatzgestaltung ergibt eine Umfrage der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ) bei Teilnehmern des DGKJ Repetitoriums in Münster 10/2011. Dabei wünschen sich 82% eine Kinderbetreuung und 26% streben eine Teilarbeitszeit an, wobei bereits 22% einer Teilarbeitszeit nachgehen. Ganz im Vordergrund müssen Bemühungen zur Gestaltung einer mitarbeiterorientierten Führungskultur und eines familienfreundlichen Arbeitsplatzes, unter Berücksichtigung des hohen Frauenanteils, stehen.

Sinkende Arbeitszufriedenheit sowie abnehmende Patientenzufriedenheit weisen auf eine Vernachlässigung des Faktors Mensch hin. Die Bundesärztekammer hat in der Broschüre „Familienfreundlicher Arbeitsplatz für Ärztinnen und Ärzte“ (A. Bühnen und A.E. Schoeller Herausgeberinnen / Bundesärztekammer 2010) die wichtigsten Erkenntnisse zu diesem Thema zusammengefasst:

Abb. 9#: Darstellung der wichtigsten Kriterien zur Gestaltung eines mitarbeiterorientierten Arbeitsplatzes



Zur Entlastung der ärztlichen Arbeitszeit soll auf umfangreiche Möglichkeiten des Abbaus der Bürokratie und auf die Diskussion um die Delegation beziehungsweise Substitution ärztlicher Leistungen hingewiesen werden.

Ein Beispiel für eine überbordete Bürokratie zeigt eine Analyse der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen und der Ärztekammer Niedersachsen zu Anfragen und Ausfüllen von Vordrucken. Die Auswertung von 23 unterschiedlichen Arten von Anfragen oder Vordrucken ergab neben der Inanspruchnahme eines erheblichen Zeitfonds auch große Zweifel an der Sinnhaftigkeit, der Berechtigung oder der Verpflichtung zur Beantwortung, sowie ungeklärte Honorierung und unklare juristische Situation über Zustimmungsvorbehalt durch den Patienten.

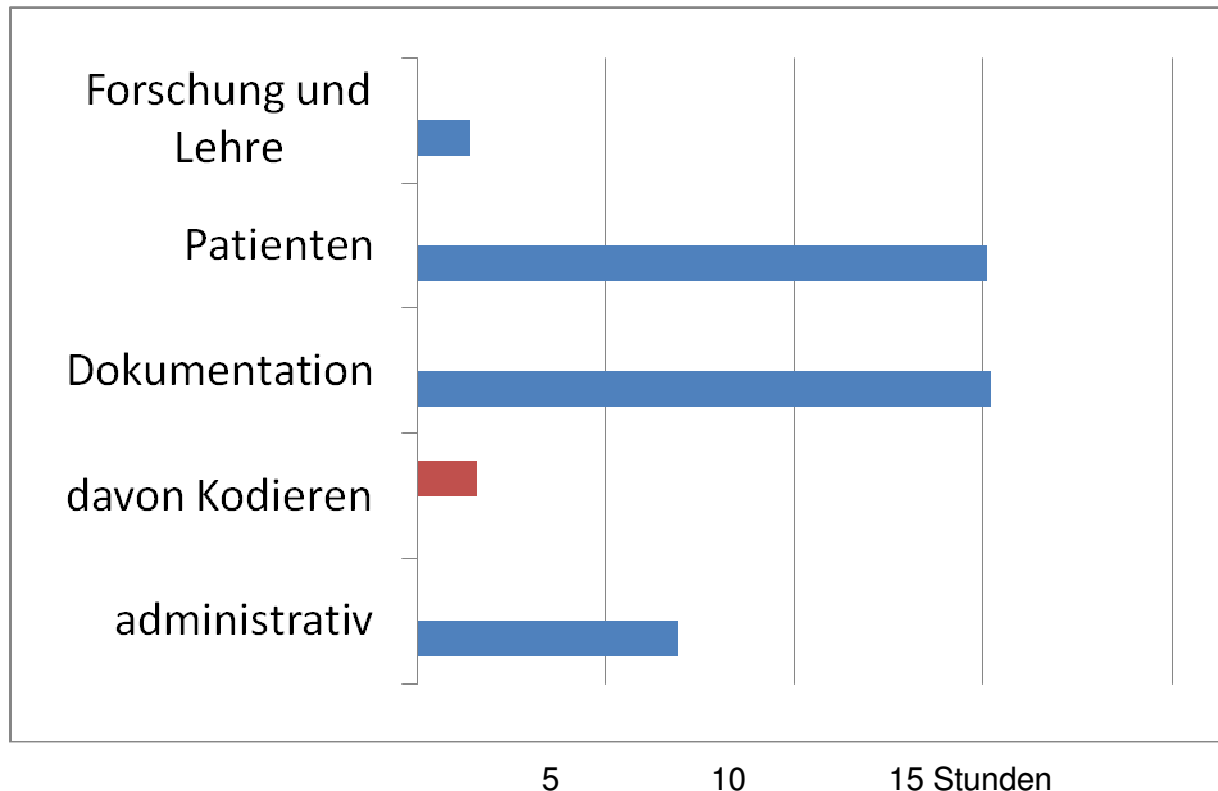
Ein niedergelassener Arzt verbringt somit durchschnittlich 26 % seiner Arbeitszeit mit Bürokratie (DÄ 109/13 S.546-549).

Eine Umfrage bei stationär tätigen Ärztinnen und Ärzten hat nur einen patientenbezogenen Anteil von durchschnittlich ca. 15 Stunden /Woche ergeben.

Die Aufgliederung auf andere Tätigkeiten zeigt Abb. 10#.

Abb. 10#: Angaben zu den Tätigkeiten/Woche (von 228 in Vollzeit tätigen Ärztinnen und Ärzten)

Umfrage unter den Teilnehmern des DGKJ-Repetitoriums in Münster 10/2011
(Auswertung 295 ausgefüllte Fragebögen von 409 Teilnehmern)



Eine Möglichkeit die Ärzte von Administrations- und Dokumentationsarbeit zu entlasten, ist der Einsatz von Stationsassistenten oder Präventionsassistenten.

Aufgrund von Vorgaben im Versorgungsstrukturgesetz müssen BÄK und KBV einen Katalog über bisherige ärztliche Leistungen, welche zur Delegation an medizinisches Fachpersonal geeignet sind, erstellen. Der G-BA hat eine Richtlinie verabschiedet, mit der in Modellprojekten künftig heilkundliche Tätigkeiten von speziell ausgebildeten Pflegekräften durchgeführt werden können. Im Rahmen eines Therapieplanes kann ein Arzt genau definierte Aufgaben an eine Pflegekraft übertragen, die diese dann selbstverantwortlich ausübt. Die Aufgaben beziehen sich auf die fünf Krankheitsbilder Diabetes mellitus Typ 1 und 2, chronische Wunden, Demenz sowie Hypertonie. Geplant ist, für jede der Krankheitsbilder ein eigenes Curriculum zu entwerfen, sodass sich eine Pflegekraft auf die einzelnen Krankheiten spezialisieren kann.

Durch flankierende Maßnahmen am Arbeitsplatz muss der Personalbestand erhalten werden und eine Entlastung von „nichtärztlicher Tätigkeit“ erfolgen.

Nur damit kann die zu erwartende höhere Versorgungsleistung, trotz abnehmender Patientenzahlen, zukünftig mit guter Qualität geleistet werden.

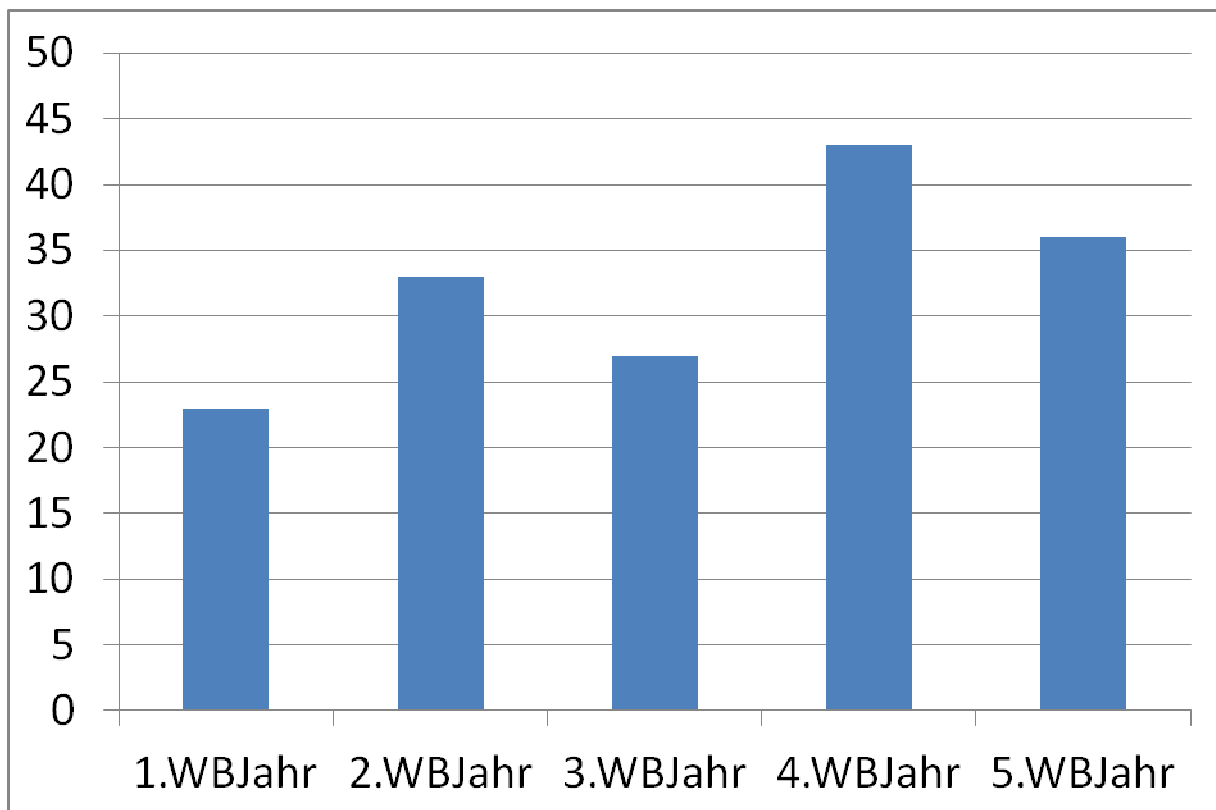
Diese Bemühungen müssen von weiteren Anstrengungen um eine komplexe, niveauvolle Weiterbildung im Fach Kinder- und Jugendmedizin unterstützt werden.

Die Notwendigkeit einer intensiven Arbeit auf diesem Gebiet geht aus einer Befragung der DGKJ anlässlich des Repetitoriums in Münster 10/2011 über die Zufriedenheit von Weiterbildungsassistenten hervor.

Die Ergebnisse mit einer Bewertung von „sehr gut“ bzw. „gut“ zwischen 23 und 43% können nicht zufrieden stellen.

Abb. 11#: Die Qualität der in ihrer WB-Stätte vermittelten Ausbildung halten für „sehr gut“ bzw. „gut“ – gestaffelt nach WB-Jahr (in%)

Umfrage unter den Teilnehmern des DGKJ-Repetitoriums in Münster 10/2011



Der DAKJ wurde von der Mitgliederversammlung als Aufgabe die kontinuierliche Verbesserung der Situation der Weiterbildung im Fachgebiet der Kinder- und Jugendmedizin übertragen. Diese Arbeit wird von der „Kommission für Weiterbildungs- und Strukturfragen der DAKJ“ mit großem Engagement geleistet.

Der Bericht der Kommission vom 01.03.2012 stellt den aktuellen Arbeitsstand dar:

Problemfelder:

Änderung der Rahmenbedingungen

Der Deutsche Ärztetag in Dresden hat eine Novellierung der (M)WBO angekündigt, welche allerdings nicht vor 2013 verhandelt werden soll. Eine wichtige und bis dato unklare Frage stellt die Einführung von Modulen dar. Die ständige Kommission hat bisher noch nicht darüber entschieden, welche Rahmen dafür gesteckt werden. Man erhofft sich eine deutliche flexiblere, bedarfsadaptierte Weiterbildungsordnung.

Unklar bleiben berufsrechtliche Fragen, auch in Hinblick auf die EU. Unter diesem Aspekt ist das im letzten Sommer verhandelte "Grünbuch der EU zur Erhaltung der European Workforce" nicht ohne Bedeutung, dessen Ziel die Erhaltung von qualifizierten Arbeitskräften und die freie Berufsausübung innerhalb der EU unter qualitätssichernden Aspekten ist.

Problemfelder innerhalb der Pädiatrie

Die "Zusatzweiterbildung" Sozialpädiatrie stand lange im Fokus und eine Einigung mit den Vertretern der Kinder und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie traf auf immer neue Hürden. Der Vorschlag einer "Speziellen Sozialpädiatrie" wurde von der Bundesärztekammer aus formalen Gründen abgelehnt. Es bleibt offen, wie eine Modullösung das Problem und die Frage der Abgrenzung zu Tätigkeitsinhalten der Allgemeinpädiatrie wird lösen können.

Bezüglich der aktuellen WBO für Kinder- und Jugendmedizin wurden von verschiedenen pädiatrischen Vertretern Defizite und Fehlentwicklungen identifiziert, für die eine Neuorientierung gefordert wird:

- die jetzige WBO berücksichtigt nicht ausreichend den Bedarf für eine spätere Tätigkeit im Ambulanten Sektor
- der aktuelle Katalog ist für die Grundweiterbildung nicht vollumfänglich umsetzbar
- die Schwerpunkte/Zusatzweiterbildungen führen sozialrechtlich zu Beschränkungen der Tätigkeiten der Allgemeinen Pädiatrie
- die Vorhaltung von Weiterbildungsmöglichkeiten für Schwerpunkte und Zusatzweiterbildungen stellt für viele Kliniken ein Strukturproblem dar

Aktuelle Ziele

Musterlogbuch

Die Motivation für das Logbuch war eine Umfrage der DAKJ zur Situation der Weiterbildung sowie eine Auswertung von über 100 zugesandten Logbüchern bzw. Curricula von pädiatrischen Weiterbildungsstätten. Es ist nicht das Ziel, mit dem Musterlogbuch den Landesärztekammern Material zur Wertung der durchlaufenen Weiterbildung an die Hand zu geben. Die bestehende Weiterbildungsordnung ist rechtlich klar vorgegeben.

Ziele des Logbuches:

Die Ziele des Logbuches sind es, die Weiterbildungsinhalte in strukturierter und besser verständlicher Form für die Assistenten in Weiterbildung darzustellen. Alle Vorgaben der Weiterbildungsordnung (WBO) der Landesärztekammern sind dabei berücksichtigt, allerdings wird teils vom Wortlaut der sogenannten Spiegelstriche in der WBO abgewichen.

Die allgemeinen Kompetenzen werden von organischen Erkrankungen abgegrenzt und Aspekte der Allgemeinpädiatrie für den ambulanten Bereich sowie die spezifischen Aspekte der Jugendmedizin deutlicher thematisiert.

Die Darstellung der Weiterbildungsinhalte ist primär Weiterbildungsassistenten orientiert. Die Konkretisierung soll den Assistenten eine Orientierung in der Weiterbildung geben und eine Selbstreflexion über Erlerntes und erworbene Kompetenzen geben, bzw. aufzeigen, welche wichtigen Krankheitsbilder, Methoden oder Befähigungen nicht abgedeckt sind. Dabei wird eine Erfüllung aller Punkte im Sinne einer Vollständigkeit nicht voraus zu setzen sein.

Eine Gruppierung in *fundierte Kenntnisse, Tätigkeiten unter Anleitung und eigenständige Fertigkeiten* als „Ampelsystem“ soll auch aufzeigen, was für die Allgemeinpädiatrie notwendig ist und was erst auf der Ebene der Schwerpunkte und Zusatzweiterbildungen gefordert ist.

Bei der Erarbeitung wurde das in Entwicklung befindliche Curriculum der GEPC (Global Pediatric Educational Consortium) und der Syllabus des European Board of Pediatrics berücksichtigt, aber bei Weitem nicht deren Ausführlichkeit übernommen. Diese erste Version der DAKJ wird sicher mit der Zeit und Erfahrung modifiziert werden müssen.

Peter F. Hoyer
Sprecher der Kommission

Neben diesen speziellen Gesichtspunkten sollte auch eine allgemeine Führungskultur bei der Betreuung von Weiterbildungsassistenten beachtet werden.

Dazu gehören:

- Verträge mit akzeptabler Laufzeit
- Frühzeitige Information über das Curriculum der Weiterbildung
- Einführung eines klinikweiten Kontakt-Halte-Programms
- Verbesserung der Akzeptanz von Teilzeittätigkeit
- Arbeitszeitmodelle für den Wiedereinstieg
- Häuserübergreifende Rotation

Als Resümee für die personellen Ressourcen in der Kinder- und Jugendmedizin in Deutschland und deren mögliche zukünftige Entwicklung kann festgestellt werden:

- **Die aktuelle Anzahl von Kinder- und Jugendärzten wird als ausreichend angesehen.**
- **Auf Grund der demografischen Entwicklung werden immer weniger Kinder und Jugendliche zu betreuen sein.**
- **Die von der gleichen Anzahl der Kinder- und Jugendärzte erbrachte Versorgungsleistung wird deutlich abnehmen (Reduzierung der Bruttolebensarbeitszeit) und die zu erbringende Versorgungsleistung wird eindeutig zunehmen (Morbiditätswandel, erhöhte Anforderungen z. B. bei der Prävention)**
- **Eine zukünftige gute medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen kann nur bei Erhaltung der aktuellen Zahl von Kinder- und Jugendärzten und Konzentration auf die ärztlichen Kernaufgaben gelingen.**
- **Dazu sind die Schaffung von optimalen Arbeitsbedingungen, effektiver Zusammenarbeit, Delegation von Aufgaben aus dem nichtärztlichen Kerngebiet und bestmögliche Weiterbildungsbedingungen notwendig.**

Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e.V.

Chausseestr. 128/129

10115 Berlin

Tel.: 030.4000588-0, Fax.: 030.4000588-88

e-Mail: kontakt@dakj.de, Internet: www.dakj.de