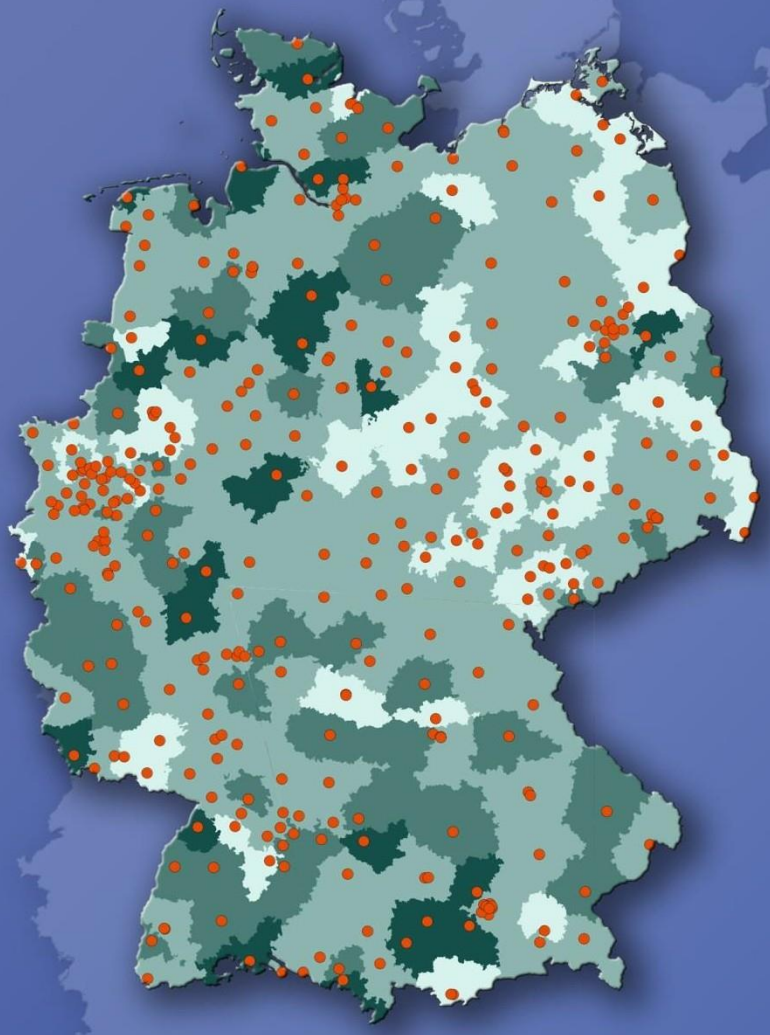
Universitätsmedizin Greifswald

Community Medicine

Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e.V.

Dachverband der Kinder- und jugendmedizinischen Gesellschaften



Versorgungsepidemiologische Analyse der Kinder- und Jugendmedizin in Deutschland

Universitätsmedizin Greifswald, Institut für Community Medicine
Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e.V.

2016

Sachbericht

1 Titel und Verantwortliche

Titel des Projektes:

Versorgungsepidemiologische Analyse der medizinischen Kinder- und Jugendversorgung in Deutschland

Förderkennzeichen: ZMVI1-2515KIG021

Projektleitung Gesamtprojekt:

Prof. Dr. med Manfred Gahr

Kontaktdaten:
Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DAKJ)
Chausseestraße 128/129, 10115 Berlin
Tel.: 030.4000 588 0
Fax: 030.4000 588 88
E-Mail: kontakt@dakj.de

Projektmitarbeitende im Institut für Community Medicine:

PD Dr. Neeltje van den Berg

Angelika Beyer, MSc. HCM

Dipl. Geogr. Ulrike Stentzel

Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann, MPH

Kontaktdaten:
Universitätsmedizin Greifswald
Institut für Community Medicine,
Abteilung Versorgungsepidemiologie und Community Health
Ellernholzstr. 1-2, 17489 Greifswald
Tel.: 03834-86 7750, E-Mail: neeltje.vandenberg@uni-greifswald.de

Laufzeit: 01.10.2015 bis 31.05.2016

Fördersumme: 48.540,00 €

Gefördert durch:
Bundesministerium für Gesundheit
aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages

2 Inhaltsverzeichnis

1 Titel und Verantwortliche 1

2 Inhaltsverzeichnis 2

Abbildungsverzeichnis 3

Tabellenverzeichnis 6

Abkürzungsverzeichnis 7

3 Zusammenfassung 8

4 Einleitung 9

5 Geplante Erhebungs- und Auswertungsmethodik 10

6 Durchführung, Arbeits- und Zeitplan 13

7 Ergebnisse 14

7.1 Durchgeführte Methodik und Datenmaterial „Geografische Analyse“ 17

7.2 Durchführung der Befragungen 37

7.3 Aspekte einer innovativen Bedarfsplanung in der Pädiatrie 43

7.4 Innovative Konzepte zur Sicherstellung der pädiatrischen Versorgung 45

7.5 Kommunikation und Dokumentation 51

7.6 Prävention 52

7.7 Fazit 53

8 Diskussion der Ergebnisse, Gesamtbeurteilung 102

9 Gender Mainstreaming Aspekte 102

10 Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse 102

11 Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit / Transferpotential) 102

12 Publikationsverzeichnis 103

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Sektoren und ihre Einordnung im SGB V, eigene Darstellung 14
Abbildung 2: An Prävention oder Behandlung beteiligte Berufsgruppen, eigene Darstellung15
Abbildung 3: Über und unter 50-jährige KJÄ nach ihrem Teilnahmestatus an der vertragsärztlicher Versorgung (Zählung nach Personen), bundesweit, in % (Stichtag 31.12.2014, eigene Darstellung, Datenquelle: KBV, Bundesarztregister [11]) 20
Abbildung 4: Durchschnittliche Anzahl behandelter Kinder und Jugendliche pro Quartal in pädiatrischen Praxen (n = 2097, Stand 2007, Datenquelle: ICM-Survey) (Bl = Bundesländer) 24
Abbildung 5: Durchschnittliche Anzahl behandelter Kinder und Jugendlicher pro Quartal in Hausarztpraxen (n = 1889, Stand 2007, Datenquelle: ICM-Survey) (Bl = Bundesländer) 24
Abbildung 6: Entfernungen zum nächstgelegenen Krankenhaus mit Abteilung Kinderheilkunde. Karte Links: alle Abteilungen; Karte rechts: nur Abteilungen mit ≥ 36 Betten. 26
Abbildung 7: Anzahl der Einwohner < 18 Jahren je Krankenhausbett eines Krankenhauses mit Fachabteilung Kinderheilkunde. 27
Abbildung 8: Ambulante Versorgung: Kinderchirurgische Praxen und MVZ's in Deutschland (inklusive Belegbetten) 29
Abbildung 9: Vertragsärztliche und stationäre kinder- und jugendmedizinische Versorgung in Schleswig-Holstein 30
Abbildung 10: Durchschnittliche rechnerische Anzahl Einwohner <18 Jahren pro Kinder- und Jugendarzt in der ambulanten Versorgung in Schleswig-Holstein 32
Abbildung 11: Anteil der ≥ 60-jährigen KJÄ an allen KJÄ in der ambulanten Versorgung in Schleswig-Holstein 33
Abbildung 12: Sozialpädiatrische Versorgung in Deutschland 35
Abbildung 13: Darstellung des GIMD (Karte links) und der Einwohner < 18 Jahren je Kinder- und Jugendarzt (bedarfsplanungsgewichtet nach Teilnahmeumfang der Ärzte an der vertragsärztlichen Versorgung, Karte rechts) 37
Abbildung 14: Standorte und Tätigkeitsfelder der Befragungsteilnehmer 39
Abbildung 15: An der medizinischen Versorgung im weiteren Sinn beteiligte SGB, eigene Darstellung 57
Abbildung 16: Stationäre Versorgung: Kinderchirurgische Einrichtungen (Kinderchirurgische Kliniken, Kinderchirurgen in chirurgischen oder pädiatrischen Abteilungen, Kliniken mit kinderchirurgischen Belegbetten) und Entfernungsbereiche 62
Abbildung 17: Stationäre Versorgung: Krankenhäuser mit Fachabteilung Kinderkardiologie und Entfernungsbereiche 63

Abbildung 18: Stationäre Versorgung: Krankenhäuser mit Fachabteilung Neonatologie und Entfernungsbereiche 64
Abbildung 19: Stationäre und teilstationäre Versorgung: Krankenhäuser mit Fachabteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie und Tages- und Nachtkliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie und Entfernungsbereiche...65
Abbildung 20: Stationäre Versorgung: Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen mit Fachabteilung Kinderheilkunde und Entfernungsbereiche 66
Abbildung 21: Vertragsärztliche und stationäre kinder- und jugendmedizinische Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern 67
Abbildung 22: Einwohner <18 Jahre pro Kinder- und Jugendarzt in der ambulanten Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern 68
Abbildung 23: Anteil der ≥60-jährigen Kinder- und Jugendärzte in der ambulanten Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern 69
Abbildung 24: Vertragsärztliche und stationäre kinder- und jugendmedizinische Versorgung in Hamburg 70
Abbildung 25: Vertragsärztliche und stationäre kinder- und jugendmedizinische Versorgung im Bundesland Bremen 71
Abbildung 26: Vertragsärztliche und stationäre kinder- und jugendmedizinische Versorgung in Thüringen 72
Abbildung 27: Kinder und Jugendliche pro Kinder- und Jugendarzt in der ambulanten Versorgung in Thüringen 73
Abbildung 28: Anteil der ≥60-jährigen Kinder- und Jugendärzte in der ambulanten Versorgung in Thüringen 74
Abbildung 29: Vertragsärztliche und stationäre kinder- und jugendmedizinische Versorgung in Rheinland-Pfalz 75
Abbildung 30: Kinder und Jugendliche < 18 Jahre pro Kinder- und Jugendarzt in der ambulanten Versorgung in Rheinland-Pfalz 76
Abbildung 31: Anteil der ≥60-jährigen Kinder- und Jugendärzte in der ambulanten Versorgung in Rheinland-Pfalz 77
Abbildung 32: Vertragsärztliche und stationäre kinder- und jugendmedizinische Versorgung im Saarland 78
Abbildung 33: Kinder und Jugendliche < 18 Jahre pro Kinder- und Jugendarzt in der ambulanten Versorgung im Saarland 79
Abbildung 34: Anteil der ≥60-jährigen Kinder- und Jugendärzte in der ambulanten Versorgung im Saarland 80
Abbildung 35: Pro-Kopf-Verhältniszahlen" in der Bedarfsplanung 97

Abbildung 36: Kriterien für eine "versorgungsadäquate Arztzahl" in einer Bedarfsplanungs-Region (* = Einbezug verschiedener Sektoren) 97
Abbildung 37: Verteilung der Antworten zum Einbezug verschiedener Sektoren 98
Abbildung 38: Ergebnisse "Bedingungen für gute Kooperation mit Hausärzten" 98
Abbildung 39: Substitution/Delegation: Behandlung von Krankheiten 99
Abbildung 40: Substitution/Delegation: Tätigkeiten in der Prävention 99
Abbildung 41: Substitution/Delegation: Beratung und Koordination 100

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht der verwendeten Daten 18
Tabelle 2: Berufstätige KJÄ nach Altersgruppen und Geschlecht (inklusive bei Behörden Tätige) (Stichtag: 31.12.2015, Quelle: Bundesärztestatistik) 19
Tabelle 3: Berufstätige KJÄ nach Tätigkeitsbereichen (nur stationär und ambulant) (Stichtag: 31.12.2015, Quelle: Bundesärztestatistik) 19
Tabelle 4: Niedergelassene Kinder- und Jugendärzte mit Spezialisierung nach Lupenregionen (Quelle: Ärzteregister der KV'en Mecklenburg-Vorpommern, Thüringen, Schleswig-Holstein, Rheinland-Pfalz, Bremen, Stand: 21.01.2016) 21
Tabelle 5: Berufstätige spezialisierte KJÄ (SP=Schwerpunkt, TG=Teilgebiet) nach Tätigkeitsbereich (Stichtag: 31.12.2014, Datenquelle: Statsitik der BÄK & KBV [12]) 22
Tabelle 6: Auswertung der Mitgliederliste der BVKJ (n = 3467 Ärzte) nach den dort angegebenen Schwerpunkten (S), Zusatzweiterbildungen (ZWB), Behandlungsprogrammen (BehP) und Praxisbesonderheiten (PB) (Stichtag: 15.12.2015) 23
Tabelle 7: Kinder und Jugendliche außerhalb eines 20 km-Einzugsbereichs von Kinder- und Jugendärzten auf Gemeindeebene (Stand: 31
Tabelle 8: Kinder und Jugendliche < 18 Jahre, Kinder < 7 Jahre, und Anteil der < 7-Jährigen an den 31
Tabelle 9: Anzahl der niedergelassenen und angestellten KJÄ und Anteil der >60-jährigen Kinder- und Jugendärzte in den Lupenregionen (Quelle: von KV'en zur Verfügung gestellte Arztregister, Stand MV: 30.11.15) 32
Tabelle 10: Vergleich Anzahl der Ärzte nach Köpfen und Teilnahmeumfang 34
Tabelle 11: KJÄ in der vertragsärztlichen Versorgung (2014), Verteilungen nach 16 KV-Regionen (Stichtag 31.12.2014, Quelle: KBV-Tabelle I.1.1.8), dort ebenfalls Listung der 402 Stadt- und Landkreise 58
Tabelle 12: Strukturdaten pädiatrischer Praxen nach Stadt-/Landregionen (bundesweit, Quelle: Impfsurvey des ICM, Stand 2007) 59
Tabelle 13: Strukturdaten allgemeiner Hausarzt-Praxen nach Stadt-/Landregionen (bundesweit, Quelle: Impfsurvey des ICM,Stand 2007) 59
Tabelle 14: Vergleich Kinder- und Jugendärztlicher Arztpraxen nach neuen und alten Bundesländern (Bl) und Stadt-Land (bundesweit, Quelle: Impfsurvey des ICM, Stand 2007) 60
Tabelle 15: Vergleich Allgemeiner Hausarzt-Praxen nach neuen und alten Bundesländern (Bl) und Stadt-Land (bundesweit, Quelle: Impfsurvey des ICM, Stand 2007) 60
Tabelle 16: Vergleich Kinder- und Jugendärztlicher Arztpraxen nach KV-Lupenregionen (LR) (Quelle: Impfsurvey des ICM, Stand 2007) 61

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	*Erläuterung*
AVZ	Allgemeine Verhältniszahl
BAG	Berufsausübungsgemeinschaften
BÄK	Bundesärztekammer
Bl	Bundesländer
BPL-RL	Bedarfsplanungs-Richtlinie
BVKJ	Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V.
DAKJ	Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e.V.
FA	Fachabteilung
GIMD	German Index of Multiple Deprivation
GIS	Geografisches Informationssystem
GKinD	Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e.V.
HÄ	allgemeine Hausärztinnen und -ärzte (für Erwachsene)
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KJÄ	Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte
KHG	Krankenhausgesetz
KV	Kassenärztliche Vereinigung
MFA	Medizinische Fachangestellte
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
SGB	Sozialgesetzbuch
SPZ	Sozialpädiatrisches Zentrum
VÄndG	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz
Zi	Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung

3 Zusammenfassung

Es wurde eine umfassende versorgungsepidemiologische Expertise zur pädiatrischen Versorgung in Deutschland erstellt, in der untersucht wurde, welche Probleme bei der Sicherstellung der pädiatrischen Versorgungen zu erwarten sind. Auf der Basis der Ergebnisse der versorgungsepidemiologischen Analyse wurden Vorschläge für innovative Versorgungskonzepte zur Unterstützung der Sicherungsstellung der pädiatrischen Versorgung erarbeitet.

Das Vorhaben konnte plangemäß durchgeführt und abgeschlossen werden. Ein Teil der geografischen Analysen wurden für Lupenregionen durchgeführt, für die Daten in einer ausreichenden Qualität vorlagen. Die Ergebnisse der geografischen Analysen wurden in Karten und Tabellen dargestellt.

Anhand eines standardisierten Fragebogens, der an 101 Experten in den Mitgliedsgesellschaften der DAKJ verschickt wurde, wurden gezielt Versorgungsprobleme und Lösungsoptionen erfasst. Auf Basis der Ergebnisse wurden 11 vertiefende leitfadengestützte Experteninterviews durchgeführt.

Ergebnisse der geografischen Analysen: Die räumliche Verteilung der verschiedenen Leistungserbringer im pädiatrischen Bereich ist regional sehr unterschiedlich. In ländlichen Regionen sind die Entfernungen zu den Praxen und Krankenhäusern für einen Teil der Bevölkerung deswegen groß. 60% der Teilnehmer an der Befragung waren der Meinung, dass eine Entfernung von 20 km zur nächstgelegenen Praxis zumutbar ist, das kann jedoch nicht für jede Region eingehalten werden. Die Anzahl der Kinder und Jugendlichen pro Krankenhausbett in den stationären pädiatrischen Abteilungen ist insbesondere in ländlichen Regionen durch die geringere Bevölkerungsdichte kleiner, dies kann zu wirtschaftlichen Problemen der Krankenhäuser führen.

Ergebnisse der standardisierten Befragung: 30 Personen aus den Mitgliedsgesellschaften der DAKJ füllten den Fragebogen aus. Für die Entwicklung einer gerechten Bedarfsplanung wurden verschiedene Kriterien genannt, insbesondere die Entfernung zur nächstgelegenen Praxis und soziale Aspekte (z.B. eine hohe regionale Deprivation) sind wichtige Aspekte für die zukünftige Bedarfsplanung in der Pädiatrie.

Fazit: Die versorgungsepidemiologische Analyse hat gezeigt, dass trotz einer nominellen Überversorgung in der Pädiatrie in vielen Regionen Deutschlands manifeste oder potentielle Lücken und strukturelle Probleme in der Versorgungslandschaft existieren.

Das erfordert Anpassungen an der Bedarfsplanung, einen optimierten Ressourceneinsatz, die Erarbeitung arbeitsteiliger Konzepte zwischen Gesundheitsberufen und/oder Sektoren

(Kooperation, Delegation, Substitution) und den Einsatz neuer Versorgungsformen wie Telemedizin / eHealth.

4 Einleitung

Ausgangslage des Projektes und Problemhintergrund

Die aktuellen demografischen Entwicklungen führen insbesondere in ländlichen Regionen sowohl zu einer Zunahme der älteren Bevölkerung als auch zu einer Abnahme der Bevölkerung in den jüngeren Altersgruppen. Zusammen mit der oft schwierigen Wiederbesetzung von vakanten Praxissitzen können Probleme bei der Sicherstellung der pädiatrischen Versorgung in ländlichen und peripheren Regionen entstehen. Damit hier zeitig gegengesteuert werden kann, ist eine genaue Bestandsaufnahme der Versorgung notwendig. Auf der Basis der Ergebnisse der Bestandsaufnahme können innovative Versorgungskonzepte entwickelt werden (z.B. berufsgruppen- und sektorübergreifende Delegationsleistungen, telemedizinische Konzepte, regionale Behandlungspfade), damit mit Hilfe von innovativen Versorgungskonzepten die Versorgung sichergestellt werden kann.

Innerhalb der DAKJ hat sich die Kommission „Zukunft der flächendeckenden Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ gebildet, die aus vier Arbeitsgruppen besteht. Diese setzen sich zusammen aus jeweils einem Vertreter/einer Vertreterin aus den Mitgliedsgesellschaften und -verbänden der DAKJ. Diese Kommission hat die Antragsthemen vorbereitet und wird die Ergebnisse der Expertise für weitere Schritte zur Sicherstellung der pädiatrischen Versorgung nutzen.

Das Projektziel besteht in der Erstellung einer versorgungsepidemiologischen Expertise der pädiatrischen Versorgung in Deutschland. Dafür sollen Regionen, in denen Probleme zu erwarten sind und die Art dieser Probleme identifiziert werden. Nach der Problemidentifikation sollen Lösungsvorschläge und ein Konzept für eine bedarfsgerechte Planung erarbeitet werden.

Projektstruktur

Die Projektleitung lag bei Herrn Prof. Dr. Gahr. Ein Teil des Projektes wurde von der Geschäftsstelle der DAKJ durchgeführt. Innerhalb der DAKJ wurde die Kommission „Zukunft der flächendeckenden Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ gebildet, bestehend aus vier Arbeitsgruppen, die sich zusammensetzen aus jeweils einem Vertreter/einer Vertreterin aus den Mitgliedsgesellschaften und -verbänden der DAKJ.

Arbeitsgruppe 1: Uneingeschränkter Zugang für alle Kinder und Jugendlichen zu Strukturen der medizinischen, geistigen und psycho-sozialen Versorgung in zumutbarer Entfernung nach Qualitätsstandards auf internationalem Niveau

Arbeitsgruppe 2: Überwindung von fachlichen und strukturellen Sektorengrenzen, enge und gemanagte Vernetzung der Leistungserbringer und Helfer zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen

Arbeitsgruppe 3: Bedarfsgerechte Planung der medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (inklusive präventiver Aspekte) unter Berücksichtigung der Demografie, der Epidemiologie und der gesundheitspolitischen und ökonomischen Entwicklungen

Arbeitsgruppe 4: Sicherung der akademischen Forschung (Forschungszentrum) und der bedarfsgerechten Weiterentwicklung von Lehre und klinischer Aus- und Weiterbildung als wesentliche Voraussetzung einer effektiven Qualitätssicherung in der Kinder- und Jugendmedizin

Die Arbeitsgruppen haben in dem Projektzeitraum ein- bis zweimal getagt. Vertreter des Instituts für Community Medicine haben an den Treffen teilgenommen und die dort besprochenen Fragestellungen in ihre Arbeit aufgenommen.

Die Erstellung der Expertise erfolgte im Institut für Community Medicine, Abteilung Versorgungsepidemiologie und Community Health in Greifswald. Die Leitung der Expertise-Erstellung erfolgte aus Eigenmitteln des Institutes durch Frau PD Dr. N. van den Berg. Über Projektmittel waren 2 Mitarbeiterinnen für 6 Monate finanziert: Frau A. Beyer, M.Sc. (0,75 VK, Health Care Management und Versorgungsepidemiologie) und Frau U. Stentzel, Diplom-Geografin (0,25 VK, Geografie und Versorgungsepidemiologie).

5 Geplante Erhebungs- und Auswertungsmethodik

Gefordert: Operationalisierung der Ziele: Auflistung der im Projekt definierten messbaren Ziele und Teilziele, Benennung der Indikatoren zur Messung der Zielerreichung, Datenerhebung, Datenauswertung

	Indikatoren zur Messung der Zielerreichung
Ziel(e):	
Erstellung einer versorgungsepidemiologischen Expertise der pädiatrischen Versorgung in Deutschland	Bericht mit den Ergebnissen der Expertise einschließlich Kartenmaterial
Teilziele:	
1 Identifizierung von Regionen in Deutschland, in denen zukünftig Probleme bei der Sicherstellung insbesondere der	Berichtskapitel mit den Ergebnissen der Analyse einschließlich Kartenmaterial

ambulanten kinder- und jugendärztlichen Versorgung zu erwarten sind	
2 Identifizierung der Art dieser Probleme (z.B. ungünstige geografische Verteilung der Leistungserbringer, andere Barrieren für einen uneingeschränkten Zugang zu Leistungen)	Berichtskapitel mit den Ergebnissen der Analyse
3 Analyse welche Rolle andere Arztgruppen, insbesondere Hausärztinnen und -ärzte, bei der Sicherstellung der kinder- und jugendärztlichen Versorgung spielen können	Berichtskapitel mit den Ergebnissen der Analyse
4 Analyse welche Rolle andere Gesundheitsberufe (z.B. Pflege, Hebammen, Logopädie) bei der Sicherstellung der kinder- und jugendärztlichen Versorgung spielen können	Berichtskapitel mit den Ergebnissen der Analyse
5 Analyse welche Rolle Krankenhäuser bei der Sicherstellung der ambulanten kinder- und jugendärztlichen Versorgung spielen können	Berichtskapitel mit den Ergebnissen der Analyse
6 Konzept für eine bedarfsgerechte Planung der pädiatrischen Versorgung	Berichtskapitel mit den Ergebnissen der Analyse
7 Vorschläge für innovative, regionale Versorgungskonzepte, die einen besonders effektiven Einsatz bestehender Strukturen und Ressourcen kombinieren mit innovativen Ansätzen.	Berichtskapitel mit den Ergebnissen der Analyse

Die Datenerhebung erfolgt auf Basis einer breit angelegten Literaturrecherche zu den Themen Versorgung und Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen. Im Weiteren wird eine geografische Analyse sowie Expertenbefragung durchgeführt.

Die geografische Analyse beinhaltet

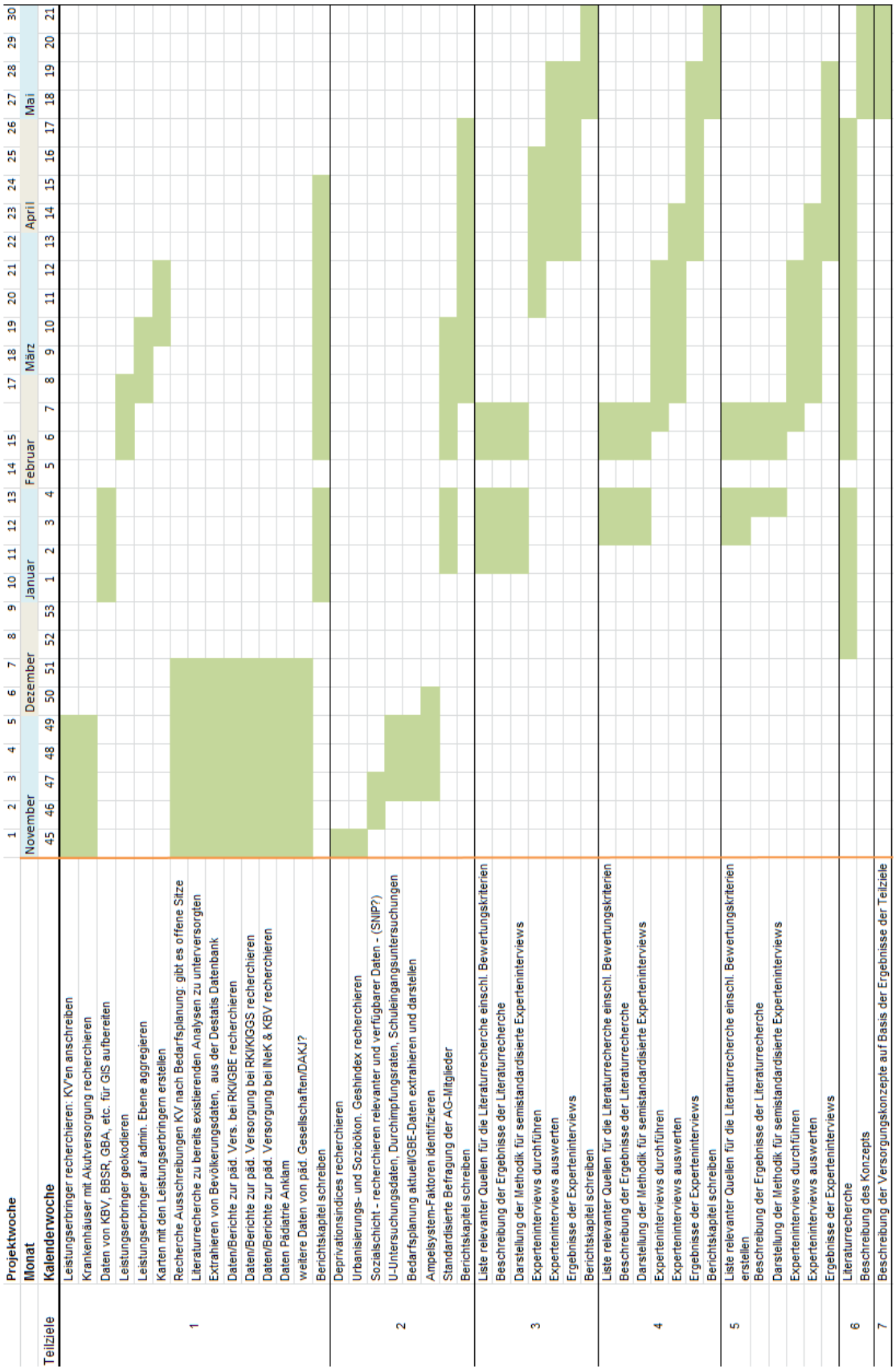
- Berechnungen der Anzahl der Einwohner unter 18 Jahre pro niedergelassener Kinder- und Jugendärztin oder -arzt,
- die regionale Analyse der Altersverteilung der ambulanten Leistungserbringer,

- Entfernungsanalysen (Entfernungen (Luftlinie) zu den nächstgelegenen Praxen und Krankenhäusern mit pädiatrischer Abteilung),
- Berechnungen von Einzugsbereichen,
- die kartografische Darstellung des German Index of Multiple Deprivation (GIMD) 2010 auf Kreisebene [7] im Vergleich zur Anzahl der Einwohner unter 18 Jahren je Kinder- und Jugendarzt auf Ebene der Bedarfsplanungsregionen der KBV [8].

In der Expertise zu verwendende Daten sind u. a. öffentlich zugängliche Daten wie die Bundesärztestatistik, Ärzteverzeichnisse und -listen, Listen von Leistungsanbietern, Bevölkerungsstatistiken. Ebenfalls genutzt werden sollen Daten der Krankenkassen und Daten aus im Vorfeld durchgeführten Studien, soweit sie erhältlich sind.

Für die Expertenbefragung wird ein standardisierter Fragebogen entwickelt, auf dessen Basis mit einzelnen Akteuren ein leitfadengestütztes Interview durchgeführt wird. Die Daten werden mit quantitativen (deskriptiv) und qualitativen (kategorienbildend) ausgewertet.

6 Durchführung, Arbeits- und Zeitplan



7 Ergebnisse

(Dieses Kapitel entspricht weitgehend der Veröffentlichung auf der Homepage des Institutes, geändert sind lediglich einige Überschriften, da die Gliederung für den vorliegenden Sachbericht zu verändern war)

Die medizinische Versorgung der Kinder und Jugendlichen[1] ist in Deutschland über ein hoch komplexes System organisiert und realisiert, an dem unterschiedliche Berufsgruppen innerhalb der verschiedenen Sektoren des Gesundheitssystems beteiligt sind. Zu diesen Berufsgruppen gehören niedergelassene und angestellte Ärztinnen und Ärzte, Therapeutinnen und Therapeuten und Pflegende, die ambulant, stationär und in vielen Fällen auch in Misch- bzw. Sonderformen der Versorgung tätig sind. Abbildung 1 zeigt die Sektoren und ihre Einordnung in das Sozialgesetzbuch V (Gesetzliche Krankenversicherung).

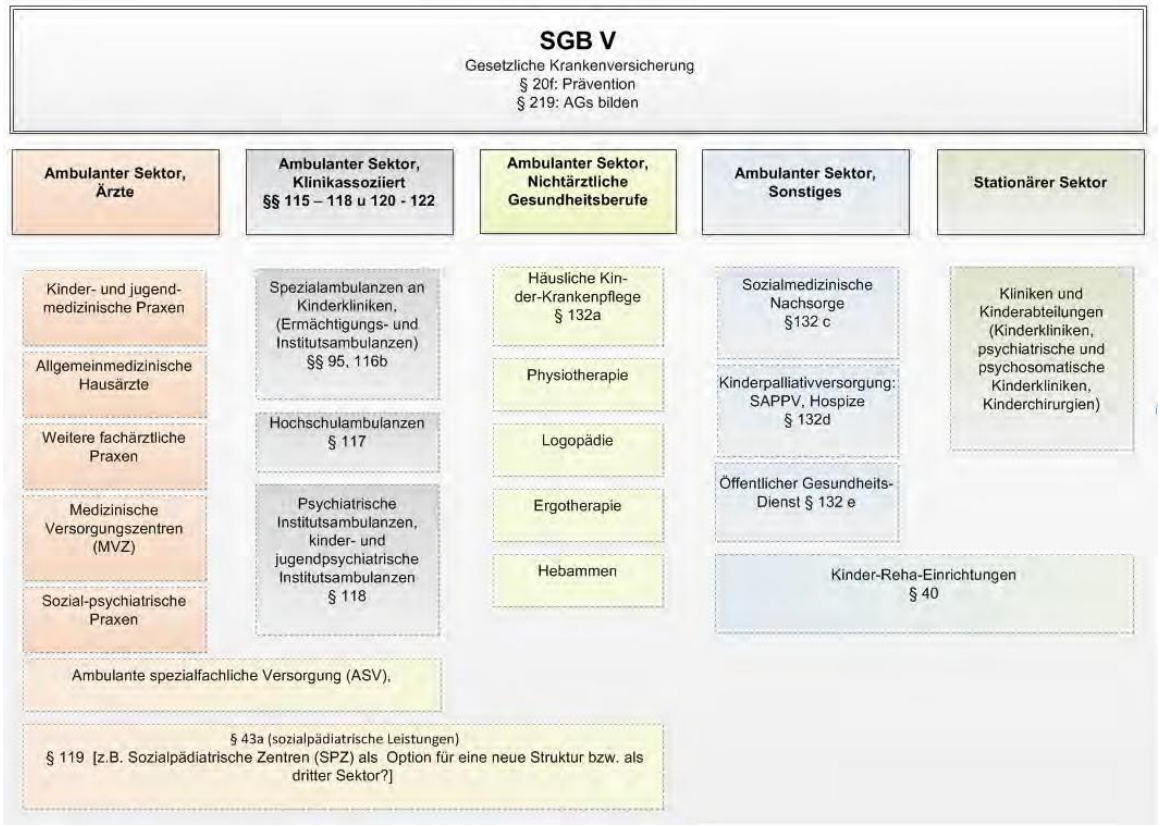


Abbildung 1: Sektoren und ihre Einordnung im SGB V, eigene Darstellung

Eine Abbildung zu den weiteren Sozialgesetzbüchern, die für die Versorgung von Kindern Relevanz haben (SGB VII, VIII, IX, XI, XII) findet sich im Anhang unter Abb.23. Abbildung 2 zeigt eine (nicht abschließende) Liste der Berufe, die an der medizinischen Versorgung von

[1] In diesem Bericht betrifft der Terminus „Kinder und Jugendliche“ immer Einwohner unter 18 Jahre, es sei denn, es wird ausdrücklich anders erwähnt.

Kindern und Jugendlichen beteiligt sind. Sie sind nach den jeweils einschlägigen SGBs geordnet.

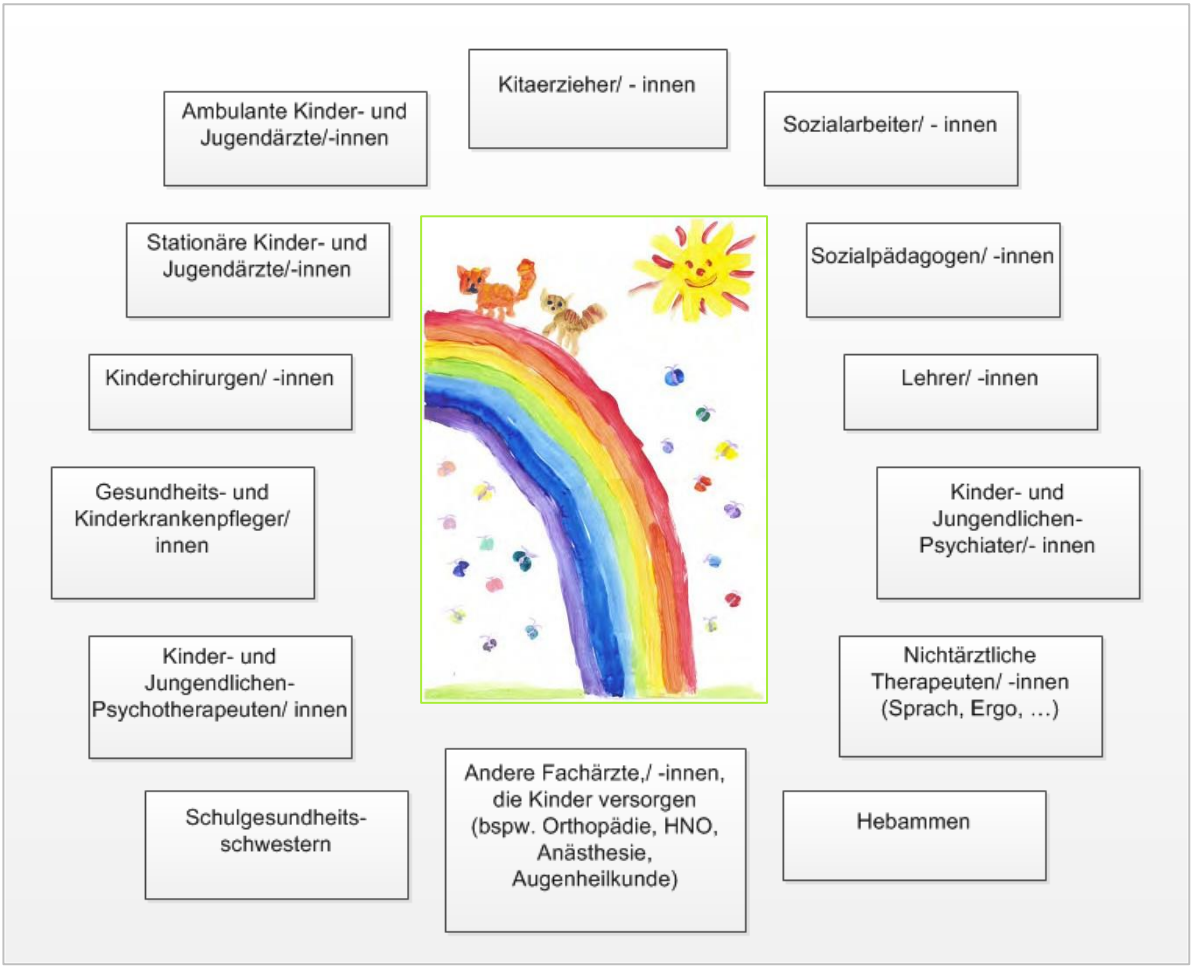


Abbildung 2: An der Behandlung oder Prävention beteiligte Berufsgruppen, eigene Darstellung

Die Planungen der medizinischen Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung unterliegen unterschiedlichen Steuerungen. Im ambulanten Bereich werden die Niederlassungsmöglichkeiten für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte über die Bedarfsplanung reguliert [1]. Damit sollen zum einen eine patientennahe Versorgung organisiert und zum anderen Fehlverteilungen verhindert werden. Die bundesweit geltende Bedarfsplanungs-Richtlinie (Bpl-R) plant Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte (KJÄ) als allgemeine Fachärzte nach Kreisregionen. Es gelten jeweils allgemeine Verhältniszahlen (AVZ), die das Soll-Verhältnis zwischen Ärzten und Einwohnern definieren. Neben den Arztgruppen werden fünf Kreistypen unterschieden, die verschiedene Kategorien der Ländlichkeit bilden. Für diese gelten unterschiedliche AVZ. Damit soll der Verflechtung zwischen Stadt und Land Rechnung getragen werden. Für Pädiaterinnen und Pädiater wird nur die Bevölkerung unter 18 Jahren berücksichtigt. Nach der geltenden Richtlinie und Berechnungen durch das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) gab es 2015 bundesweit 590 Pädiaterinnen und Pädiater

oberhalb der Sperrgrenze eines Versorgungsgrades von 140 % [2, 3].

Im stationären Bereich schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Landeskrankenhausgesellschaften Versorgungsverträge, in deren Rahmen auch die Bettenzahl und Leistungsstruktur der Krankenhäuser auf Landesebene festgelegt werden. Der Betten-Bedarf wird in der Regel auf Basis der Hill-Burton-Formel ermittelt. In diese fließen die Einwohnerzahl, die Krankenhaushäufigkeit, die Verweildauer und der Bettennutzungsgrad ein. Nach einer Berechnung der Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e.V. (GKinD) gab es im Jahr 2013 bundesweit 18.979 Betten und damit einen nominellen Überschuss von ca. 2.600 Betten, im Jahr 2025 wird dieser rechnerische Überhang um weitere rd. 800 Betten auf ca. 3.400 ansteigen [4].

Sozialpädiatrische Zentren (SPZ) stellen eine institutionelle Sonderform interdisziplinärer ambulanter Krankenbehandlung dar. SPZs müssen nach § 119 SGB V eine leistungsfähige und wirtschaftliche Behandlung bieten, um die Ermächtigung zur ambulanten sozialpädiatrischen Behandlung von Kindern zu erhalten [5].

Obwohl nach den Richtlinien der vertragsärztlichen Bedarfsplanung im ambulanten Bereich und den Berechnungen der Bettenzahlen im stationären Sektor rechnerisch keine Unterversorgung besteht, sehen Fachverbände und Akteure in der Pädiatrie die Sicherstellung der medizinischen Versorgung an verschiedenen Stellen gefährdet. Die DAKJ sieht dringenden Handlungsbedarf, um eine zukunftssichere Planung zu gewährleisten und warnt vor einer Verschlechterung der Versorgungsqualität [6].

Um den Widerspruch zwischen den Aussagen der aktuellen Bedarfsplanung und der von den kinderärztlichen und kinderchirurgischen Interessenvertretern beschriebenen Problematik besser zu verstehen und Lösungsvorschläge zu erarbeiten, wurde die Erstellung einer versorgungsepidemiologischen Expertise initiiert. Das Ergebnis dieser Initiative ist der vorliegende Bericht, der in Abstimmung zwischen dem Institut für Community Medicine der Universitätsmedizin Greifswald und der Zukunftskommission der DAKJ erarbeitet wurde.

Im zweiten Kapitel des Berichts werden die verwendeten Methoden und das verfügbare Datenmaterial beschrieben. Im dritten Kapitel werden die Ergebnisse der versorgungsepidemiologischen Analysen berichtet. Das vierte Kapitel stellt Ergebnisse von Befragungen verschiedener Akteure vor, die im Rahmen der Expertise-Erstellung durchgeführt wurden. Kapitel 5 stellt mögliche Konzeptentwürfe zur Bedarfsplanung in der Pädiatrie vor und Kapitel 6 diskutiert die Sicherstellung der medizinischen Versorgung für ausgewählte Patientengruppen anhand der in Kapitel 3 und 4 gewonnenen Erkenntnisse und diskutiert innovative Versorgungskonzepte. Die technischen Voraussetzungen dafür werden in Kapitel 7 aufgezeigt. Kapitel 8 beschäftigt sich mit der in der Pädiatrie besonders wichtigen

Thematik Prävention, die alle Patientengruppen betrifft. Auf Basis der Kapitel 5-8 könnten die nächsten Schritte zu einer nachhaltigen und qualitativ hochwertigen pädiatrischen Versorgung erfolgen, die im abschließenden Kapitel 9 kurz beschrieben werden.

7.1 Durchgeführte Methodik und Datenmaterial „Geografische Analyse“

Tabelle 1 zeigt die Daten, die in der Expertise gesammelt und verwendet werden konnten. Da nicht aus allen KV-Regionen entsprechend gute Daten zur Verfügung gestellt wurden, wurden Lupenregionen ausgewählt. Dies sollten sowohl Flächenbundesländer, Stadtstaaten als auch Bundesländer mit urbanen und peripheren Räumen ausgewählt werden. Entsprechend wurden die Bundesländer Schleswig-Holstein, Mecklenburg-Vorpommern, Hamburg, Bremen, Thüringen, Rheinland-Pfalz und das Saarland als Lupenregionen einbezogen.

Tabelle 1: Übersicht der verwendeten Daten

Datenbezeichnung	Datenquelle/ Herausgeber	Geografische Ebene	Stand
Bundesärztestatistik	Bundesärztekammer	Deutschland	31.12.2015
Ärzteverzeichnis	Kassenärztliche Vereinigungen der Länder Schleswig-Holstein, Mecklenburg-Vorpommern, Hamburg, Bremen, Thüringen, Rheinland-Pfalz, Saarland	Postadresse	11.2015 – 03.2016
Ärzteliste	Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. (BVKJ)	Postadresse	15.12.2015
Liste der SPZs	Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V. (DGSPJ)	Postadresse	27.04.2016
Liste kinderchirurgischer Einrichtungen	Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie e.V. (DGKCH)	Postadresse	April 2016
Verzeichnis der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrich-tungen in Deutschland	Statistische Ämter des Bundes und der Länder	Postadresse	31.12.2014
Bevölkerungsstand: Bevölkerung nach Geschlecht und Altersgruppen 2013	Statistische Ämter des Bundes und der Länder	Gemeinden, Samt- und Verbandsgemeinden	31.12.2013
Deprivationsindex	Institut für Gesundheitsökonomie und Management im Gesundheitswesen, Helmholtz Zentrum München (Dr. Werner Maier, MPH)	Kreise und kreisfreie Städte	2010
Bevölkerungsstand: Bevölkerung nach Geschlecht und Altersgruppen 2010	Statistische Ämter des Bundes und der Länder	Kreise und kreisfreie Städte	31.12.2010
Survey zum Impfverhalten von KJÄ und HÄ (verwendet wurden Angaben zu Patientenzahlen der Praxen)	Institut für Community Medicine, Universitätsmedizin Greifswald	Landkreise (KFZ-Kennzeichen)	2006

Die geografischen Analysen und die kartografische Darstellung der Ergebnisse wurden in einem Geografischen Informationssystem (GIS) (ESRI®ArcGIS™ 10.2.2 Esri Inc., Redlands/California (USA)) realisiert. Die medizinischen Leistungserbringer wurden anhand ihrer Adressen mit geografischen Koordinaten versehen. Die in Tabelle 1 beschriebenen Daten wurden den jeweiligen geografischen Daten der administrativen Regionen (z.B. Landkreisen) zugeordnet. Damit bilden sie die Basis für geografische Analysen und kartografische Darstellungen für

- Berechnungen der Anzahl der Einwohner unter 18 Jahre pro niedergelassener Kinder- und Jugendärztin oder -arzt,
- die regionale Analyse der Altersverteilung der ambulanten Leistungserbringer,
- Entfernungsanalysen (Entfernungen (Luftlinie) zu den nächstgelegenen Praxen und Krankenhäusern mit pädiatrischer Abteilung),
- Berechnungen von Einzugsbereichen, mit und ohne Berücksichtigung kleinerer Abteilungen (< 36 Betten),
- die kartografische Darstellung des German Index of Multiple Deprivation (GIMD) 2010 auf Kreisebene [7] im Vergleich zur Anzahl der Einwohner unter 18 Jahren je Kinder- und Jugendarzt/-ärztin auf Ebene der Bedarfsplanungsregionen der KBV [8].

7.1.1 Ergebnisse der versorgungsepidemiologischen Analyse

7.1.1.1 Tätigkeitsbereiche, Alter, Anstellungshäufigkeit und Frauenanteile

Nach der Statistik der Bundesärztekammer (BÄK) gibt es aktuell 14.162 berufstätige Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte (Stichtag 31.12.15, siehe Tabelle 2). 8.115 (57,3 %) der Pädiater sind weiblich [10]. In Tabelle 3 sind ausschließlich Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte gelistet, die ambulant oder stationär arbeiten.

Tabelle 2: Berufstätige KJÄ nach Altersgruppen und Geschlecht (inklusive bei Behörden Tätige) (Stichtag: 31.12.2015, Quelle: Bundesärztestatistik)

	gesamt	≤ 34 Jahre	35-39 Jahre	40-49 Jahre	50-59 Jahre	60-65 Jahre	> 65 Jahre
KJÄ (n)	14.162	652	1.915	4.287	4.693	1.848	767
davon Frauen (n)	8.115	504	1.269	2.654	2.521	903	264
(%)	57,3	77,3	66,3	61,9	53,7	48,9	34,4

Tabelle 3: Berufstätige KJÄ nach Tätigkeitsbereichen (nur stationär und ambulant) (Stichtag: 31.12.2015, Quelle: Bundesärztestatistik)

		ambulant			stationär	
		gesamt	davon niedergel.	davon angestellt	gesamt	davon leitend
2005	**alle KJÄ (n)**	6.373	6.116	257	4.132	639
	davon Frauen (n)	3.156	2.931	225	1.805	126
	Frauenanteil (%)	49,5	47,9	87,5	43,7	19,7
2015	**alle KJÄ (n)**	7.104	5.838	1.266	5.853	599
	davon Frauen (n)	3.964	2.926	1.038	3.286	102
	Frauenanteil (%)	55,8	50,1	82,0	56,0	17,0

Bei einer differenzierten Betrachtung bezüglich des Alters fällt auf, dass in den jüngeren Altersgruppen der Anteil der Kinder- und Jugendärztinnen stark zunimmt. Von allen an der

vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und -ärzten sind die Vertragsärztinnen und -ärzte und die ermächtigten Ärztinnen und Ärzte häufiger über 50 Jahre alt, während der Anteil bei den Partner-Ärztinnen und -ärzten und angestellten Ärztinnen und Ärzten bei den unter 50-Jährigen größer ist (Abbildung 3). Sowohl die Altersverteilungen als auch die Frauenanteile schwanken in den einzelnen Planungsregionen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) erheblich. Tabelle 16 im Anhang zeigt die Werte für alle KV-Regionen. In der öffentlich zugänglichen Datenquelle sind auch die Verteilungen für die 402 Stadt- und Landkreise einsehbar, nach denen die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) plant.

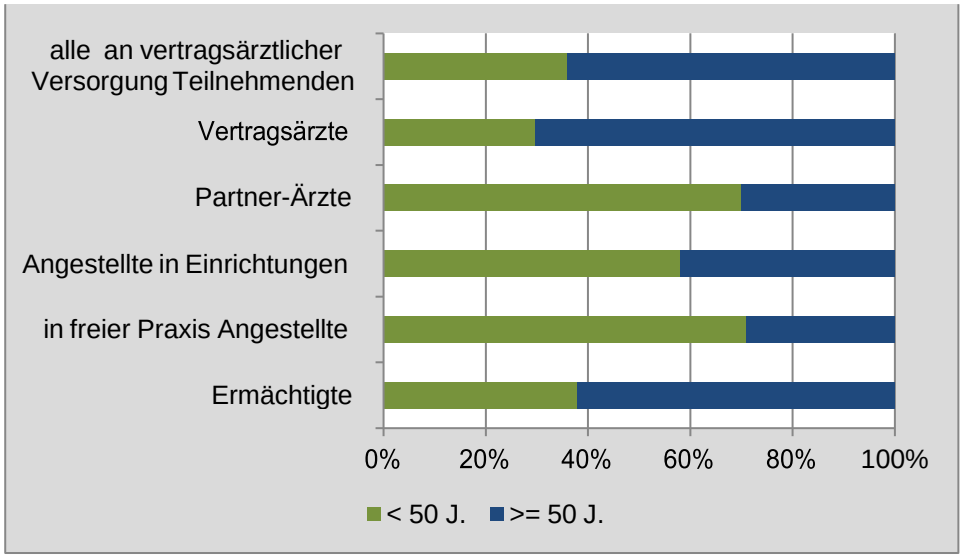


Abbildung 3: Über und unter 50-jährige KJÄ nach ihrem Teilnahmestatus an der vertragsärztlicher Versorgung (Zählung nach Personen), bundesweit, in % (Stichtag 31.12.2014, eigene Darstellung, Datenquelle: KBV, Bundesarztregister [11])

Eine weitere Arztgruppe, die in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen eine wichtige Rolle spielt, sind die Kinderchirurginnen und -chirurgen. Von ihnen gab es zum Stichtag 31.12.2015 bundesweit 579 Berufstätige. 438 Kinderchirurginnen und -chirurgen arbeiteten stationär und 116 in der Niederlassung. Von den niedergelassenen Kinderchirurginnen und -chirurgen waren 18 angestellt tätig. Es gab 207 weibliche Kinderchirurgen, von denen 156 stationär und 35 in einer niedergelassenen Praxis arbeiteten.

7.1.1.2 Spezialisierungen

Die ärztliche Weiterbildung wird in Deutschland nach Fachgebieten strukturiert. Nach der Muster-Richtlinie über den Inhalt der Weiterbildung (MWBO 2003) gibt es im Fachgebiet Kinder- und Jugendmedizin folgende Schwerpunkte: Kinder-Hämatologie und-Onkologie, Kinder-Kardiologie, Neonatologie und Neuropädiatrie. In der MWBO 2003 sind als Zusatz-Weiterbildungen Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie, Kinder-Gastroenterologie, Kinder-Nephrologie, Kinder-Orthopädie, Kinder-Pneumologie und Kinder-Rheumatologie angegeben.

Allerdings unterscheiden sich die Weiterbildungen zwischen den KV'en, von denen einige auch Teilgebiete, Zusatzweiterbildungen bzw. Zusatzbezeichnungen listen. Diese sind bundesweit nicht einheitlich systematisiert.

In Tabelle 4 sind beispielhaft für die Lupenregionen die ausgewiesenen Weiterbildungen aufgeführt. Die Anzahlen der Ärztinnen und Ärzte mit Schwerpunkten/Fachgebieten und Zusatz- Weiterbildungen/Zusatzbezeichnungen wurden mit einer ausführlichen Arztregisterrecherche der KV'en ermittelt.

Tabelle 4: Niedergelassene Kinder- und Jugendärztinnen und ärzte mit Spezialisierung nach Lupenregionen (Quelle: Ärzteregister der KV'en Mecklenburg-Vorpommern, Thüringen, Schleswig-Holstein, Rheinland-Pfalz, Bremen, Stand: 21.01.2016)

KV-Region	Schwerpunkte/ Fachgebiet (S)	Anzahl S in der KV-Region		Zusatz-Weiterbildung/ Zusatzbezeichnung (ZWB)	Anzahl ZWB in der KV-Region	
Thüringen	Neuropädiatrie	2	Σ n=6			
	Kinder-Kardiologie	3				
	Neonatologie	1				
Mecklen-burg-Vor-pommern	Kinderkardiologie	2	Σ n=6	Allergologie	7	Σ n=21
				Naturheilverfahren	2	
	Endokrinologie u. Diabetologie	1		Balneologie und Medizinische Klimatologie	2	
	Neonatologie	1		Akupunktur	2	
	Pulmologie	1		Chirotherapie	2	
	Kinder-Nephrologie	1		Homöopathie	2	
				Schlafmedizin	1	
				Psychotherapie	1	
				Notfallmedizin	1	
				Diabetologie	1	
Schleswig-Holstein	Kinderkardiologie	2	Σ n=7	Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie,	6	Σ n=87
	Kinder-Hämatologie und-Onkologie	2		Balneologie und Medizinische Klimatologie	1	
	Neonatologie	1		Kinder-Nephrologie	1	
	Neuropädiatrie	2		Kinder-Pneumologie	23	
				Allergologie	18	
				Naturheilverfahren	9	
				Kinder-Gastroenterologie	1	
				Kinder-Rheumatologie	1	
				Sportmedizin	1	
				Umweltmedizin	1	
				Diabetologie	3	
				Notfallmedizin	1	
				Psychotherapie	4	
				Homöopathie	13	
				Chirotherapie	3	
				Akupunktur	1	
Rheinland-Pfalz	Kinder-Hämatologie und-Onkologie	7	Σ n=123	Kinder-Pneumologie	19	Σ n=24
	Kinder-Kardiologie	24		Kinder-Gastroenterologie	5	
	Kinder-Radiologie	4				
	Kinder-Neonatologie	64				
	Neuropädiatrie	22				

	Kinder-Pneumologie	2				
Bremen	Kinderkardiologie	5	Σ n=6	Kinder-Gastroenterologie	3	Σ n=12
	Neonatologie	1		Kinder-Nephrologie	2	
				Kinder-Pneumologie	3	
				Allergologie	4	

Tabelle 5 zeigt einen Auszug aus der Ärztestatistik des Jahres 2014 für ambulant und stationär tätige Spezialisten [12]. Insgesamt ist die Zahl der Schwerpunkte und Zusatz-Weiterbildungen unter den ambulant tätigen, an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte im Vergleich zu den stationär tätigen Pädiaterinnen und Pädiatern eher gering. Die Anzahl der Schwerpunkte und Zusatz-Weiterbildungen ist nicht mit der Anzahl von Ärztinnen und Ärzten gleichzusetzen, da sie die Weiterbildung für mehrere Schwerpunkte oder Zusatz- Weiterbildungen durchlaufen haben können.

Tabelle 5: Berufstätige spezialisierte KJÄ (SP=Schwerpunkt, TG=Teilgebiet) nach Tätigkeitsbereich (Stichtag: 31.12.2014, Datenquelle: Statsitik der BÄK & KBV [12])

	berufs-tätig*	**ambulant gesamt**	**von ambulant niedergel.**	**von ambulant angestellt**	**stationär**
Kinder- und Jugendmedizin alle	13.718	6.925	5.850	1.075	5.596
SP Endokrinologie und Diabetologie	31	10	7	3	20
SP Gastroenterologie	1	0	0	0	1
SP Infektiologie	1	0	0	0	0
SP Kinder-Hämatologie und -Onkologie	211	23	15	8	179
SP Kinder-Kardiologie	439	171	153	18	250
SP Kinderpneumologie	64	21	18	3	42
SP Neonatologie	1.229	317	277	40	854
SP Nephrologie	46	14	7	7	31
SP Neuropädiatrie	505	129	113	16	347
SP Pädiatr. Rheumatologie	0	0	0	0	0
SP Pulmologie	5	1	1	0	4
TG Kinderdiabetologie	0	0	0	0	0
TG Kindergastroenterologie	2	0	0	0	2
TG Kinderhämatologie	3	0	0	0	2
TG Kinderkardiologie	20	5	4	1	14
TG Kinderlungen- und -bronchialheilkunde	6	3	3	0	3
TG Kinderneonatologie	3	1	0	1	2
TG Kindernephrologie	5	1	1	0	4
TG Kinderneuropsychiatrie	1	1	1	0	0
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	2.039	1.054	917	137	877
TG Kinderneuropsychiatrie (Nervenheilkunde)	0	0	0	0	0
SP Kinderradiologie (Radiologie)	109	23	14	9	83
TG Kinderradiologie (Radiologie)	16	3	2	1	12

*alle berufstätigen Ärzte, inklusive bei Behörden, Körperschaften u.a. oder in sonstigen Bereichen Tätige

Im Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. (BVKJ) sind ca. 95 % (etwa 6.000) der ambulant tätigen Kinder- und Jugendärztinnen und ärzte in Deutschland organisiert. Analysiert werden konnten nur Daten der Mitglieder, die einer Veröffentlichung ihrer Daten zugestimmt haben. Diese Liste enthält 3.476 Kinder- und Jugendärztinnen und ärzte, also etwa 60% (Stand 15.12.2015).
Darauf basierend zeigt Tabelle 6 die Anzahl und den Anteil der Schwerpunkte, Zusatzweiterbildungen, Behandlungsprogramme und Praxisbesonderheiten.

Tabelle 6: Auswertung der Mitgliederliste der BVKJ (n = 3467 Ärztinnen und ärzte) nach den dort angegebenen Schwerpunkten (S), Zusatzweiterbildungen (ZWB), Behandlungsprogrammen (BehP) und Praxisbesonderheiten (PB) (Stichtag: 15.12.2015)

Spezialisierung / Angebot	Art	Anzahl	Anteil an n = 3476
Kardiologie	S	104	3,0 %
Kinderchirurgie	S	11	0,3 %
Kinder-Hämatologie/Onkologie	S	27	0,8 %
Kinderpsychatrie/-psychotherapie	S	23	0,7 %
Neonatologie	S	266	7,7 %
Neuropädiatrie	S	126	3,6 %
Radiologie	S	2	0,1 %
Akupunktur	ZWB	82	2,4 %
Allergologie	ZWB	564	16,2 %
Endokrinologie/Diabetologie	ZWB	65	1,9 %
Gastroenterologie	ZWB	37	1,1 %
Hämostaseologie	ZWB	3	0,1 %
Homöopathie	ZWB	184	5,3 %
Infektiologie	ZWB	8	0,2 %
Intensivmedizin	ZWB	33	0,9 %
Naturheilverfahren	ZWB	187	5,4 %
Nephrologie	ZWB	13	0,4 %
Notfallmedizin	ZWB	75	2,2 %
Orthopädie	ZWB	1	0,0 %
Pneumologie	ZWB	210	6,0 %
Psychoanalyse	ZWB	2	0,1 %
Psychotherapie	ZWB	110	3,2 %
Rheumatologie	ZWB	19	0,5 %
Schlafmedizin	ZWB	3	0,1 %
Sportmedizin	ZWB	43	1,2 %
Schmerztherapie	BehP	1	0,0 %
Sonographie	BehP	2.150	61,9 %
Mukoviszidose	PB	122	3,5 %
ADS	PB	955	27,5 %
Beschäftigungstherapie	PB	33	0,9 %
Krankengymnastik	PB	44	1,3 %
Logopädie	PB	28	0,8 %

7.1.1.3 Anzahl der behandelten Kinder und Jugendlichen

Eine wichtige Frage ist die durchschnittliche Anzahl von Kindern und Jugendlichen, die idealerweise von einem Pädiater oder einer Pädiaterin betreut/versorgt werden sollen. Laut einer Umfrage der Genossenschaft der fachärztlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (PädNetzS eG) in Baden-Württemberg im Jahr 2014 entspricht ein durchschnittlicher Versorgungsauftrag dort 1250 Patientinnen und Patienten (inklusive Privatpatientinnen und -patienten) [13]. Es gibt Regionen in Flächenländern, in denen rechnerisch mehr als 3500 Einwohner unter 18 Jahre auf eine Kinder- und Jugendärztin oder einen Kinder- und Jugendarzt kommen (siehe Kapitel 3.4, Abb.10).

Nach einem Survey, der im Jahr 2006/07 im Institut für Community Medicine durchgeführt wurde [14], unterscheidet sich die durchschnittliche Anzahl der pro Quartal pro Praxis behandelten Kinder und Jugendlichen bundesweit zwischen Stadt- und Land-Regionen kaum. In den pädiatrischen Praxen in den Städten wurden durchschnittlich 1.327 Patientinnen und Patienten/Quartal behandelt (SD 674, min 30, max 7.000), in den Land-Praxen durchschnittlich 1.356 Patientinnen und Patienten/Quartal (SD 662, min 12, max 5.000) (Tabelle 18, siehe Anhang). Differenziert nach alten und neuen Bundesländern zeigen sich deutliche Unterschiede (Abbildung 4 und im Anhang in den Tabellen 19 - 22).

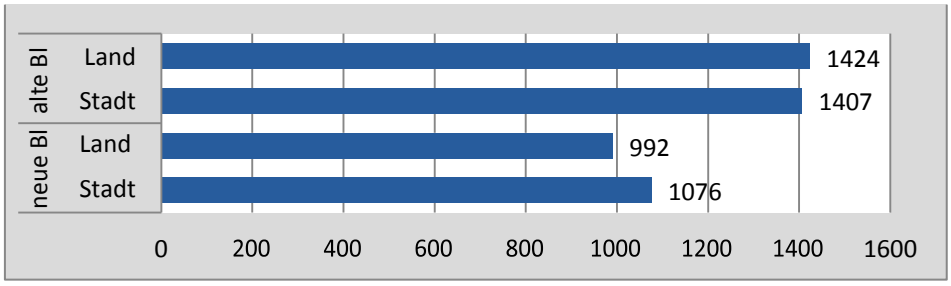


Abbildung 4: Durchschnittliche Anzahl behandelter Kinder und Jugendliche pro Quartal in pädiatrischen Praxen (n = 2097, Stand 2007, Datenquelle: ICM-Survey)
(Bl = Bundesländer)

Auf der Basis des ICM-Surveys konnte auch die Anzahl der in den allgemeinen (Erwachsenen-) Hausarzt-Praxen behandelten Kinder und Jugendlichen ermittelt werden. Die Durchschnittswerte sind in Abbildung 5 dargestellt.

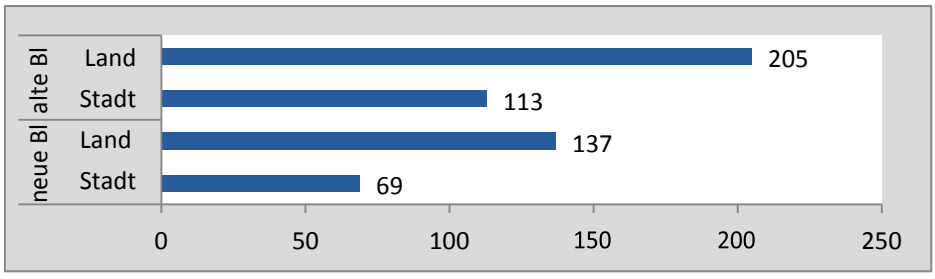


Abbildung 5: Durchschnittliche Anzahl behandelter Kinder und Jugendlicher pro Quartal in Hausarztpraxen (n = 1889, Stand 2007, Datenquelle: ICM-Survey)
(Bl = Bundesländer)

Bezüglich der Anteile an Privatpatientinnen und -patienten unterscheiden sich die alten und neuen Bundesländer und Stadt-Land-Regionen signifikant. Dies gilt sowohl für pädiatrische als auch für Erwachsenen-Hausarzt-Praxen. Auffällig ist für die untersuchten Regionen, dass in den neuen Bundesländern die Praxen in städtischen Räumen die durchschnittlich höheren Anteile an Privatpatientinnen und -patienten vorweisen, während es in den alten Bundesländern die Praxen in den ländlichen Räumen sind (siehe Tabelle 16 im Anhang).

7.1.1.4 Geografische Darstellungen zur Versorgung

Stationäre Einrichtungen

Aktuell ist die Abdeckung Deutschlands mit Krankenhäusern, die eine Fachabteilung für Kinderheilkunde führen, als flächendeckend anzusehen (Abbildung 6). Fachabteilungen, deren jährliche Fallzahl unter 2.000 sinkt (2.000 Fälle entsprechen in etwa einer Bettenzahl von 36), werden laut Aussage der Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland (GKinD) als unwirtschaftlich betrachtet. In dünnbesiedelten Regionen kann eine Fachabteilung mit weniger als 2.000 Fällen jedoch für die Sicherstellung der stationären Versorgung wichtig sein.

Abbildung 6 zeigt zwei Karten mit Entfernungen zu Krankenhäusern mit pädiatrischer Abteilung, einmal unter Einbeziehung aller Krankenhäuser und einmal bezogen nur auf die Krankenhäuser, die größere pädiatrische Abteilungen ab 36 Betten haben. Bei einer Betrachtung aller Abteilungen gibt es nur sehr wenige Regionen mit Entfernungen über 30 km zum nächstgelegenen Krankenhaus. Bei Herausrechnung der Abteilungen mit < 36 Betten würden bis zu 1.431.216 Kinder und Jugendliche (11 % aller Kinder und Jugendlichen in Deutschland) mehr als 30 km entfernt vom nächstgelegenen Krankenhaus mit Fachabteilung Kinderheilkunde leben.

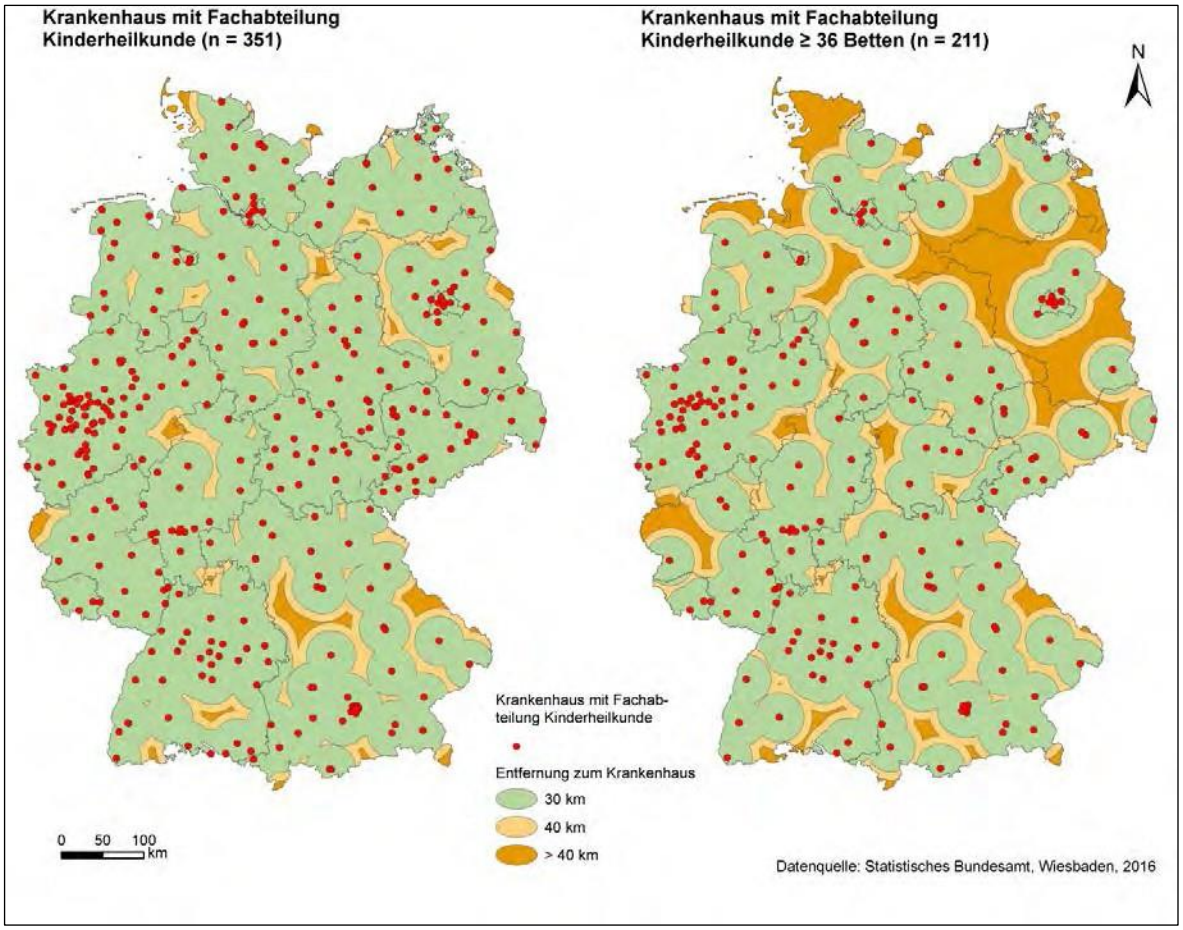


Abbildung 6: Entfernungen zum nächstgelegenen Krankenhaus mit Abteilung Kinderheilkunde. Karte Links: alle Abteilungen; Karte rechts: nur Abteilungen mit ≥ 36 Betten.

Im Anhang finden sich Abbildungen zur geografischen Verteilung der Krankenhäuser mit den Fachabteilungen Kinderchirurgie, Kinderkardiologie, Neonatologie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und von Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen mit Fachabteilung Kinderheilkunde inklusive ihrer 30 und 40 km Einzugsbereiche. Abgebildet sind Krankenhäuser mit einer entsprechenden Fachabteilung, die im Krankenhausverzeichnis 2014 des Statistischen Bundesamts [7] aufgeführt sind. Spezialistinnen und Spezialisten der genannten Fachrichtungen, die in anderen Einrichtungen tätig sind, werden mit Ausnahme der Kinderchirurgie nicht dargestellt. Auch nicht-pädiatrische Fachabteilungen, wie z.B. die Orthopädie oder die HNO, die an der stationären Versorgung von Einwohnern unter 18 Jahren beteiligt sind, werden hier nicht dargestellt.

Für die Krankenhäuser mit Fachabteilung Kinderheilkunde wurde die durchschnittliche Anzahl der unter 18-jährigen Einwohner pro Krankenhausbett berechnet (Abbildung 7). Der Berechnung liegen die Gemeinden inklusive der Bevölkerungszahlen der < 18-jährigen Einwohner zugrunde, die anhand ihrer Nähe zu einem Krankenhaus mit Fachabteilung Kinderheilkunde zu Gebietseinheiten zusammengefasst wurden.

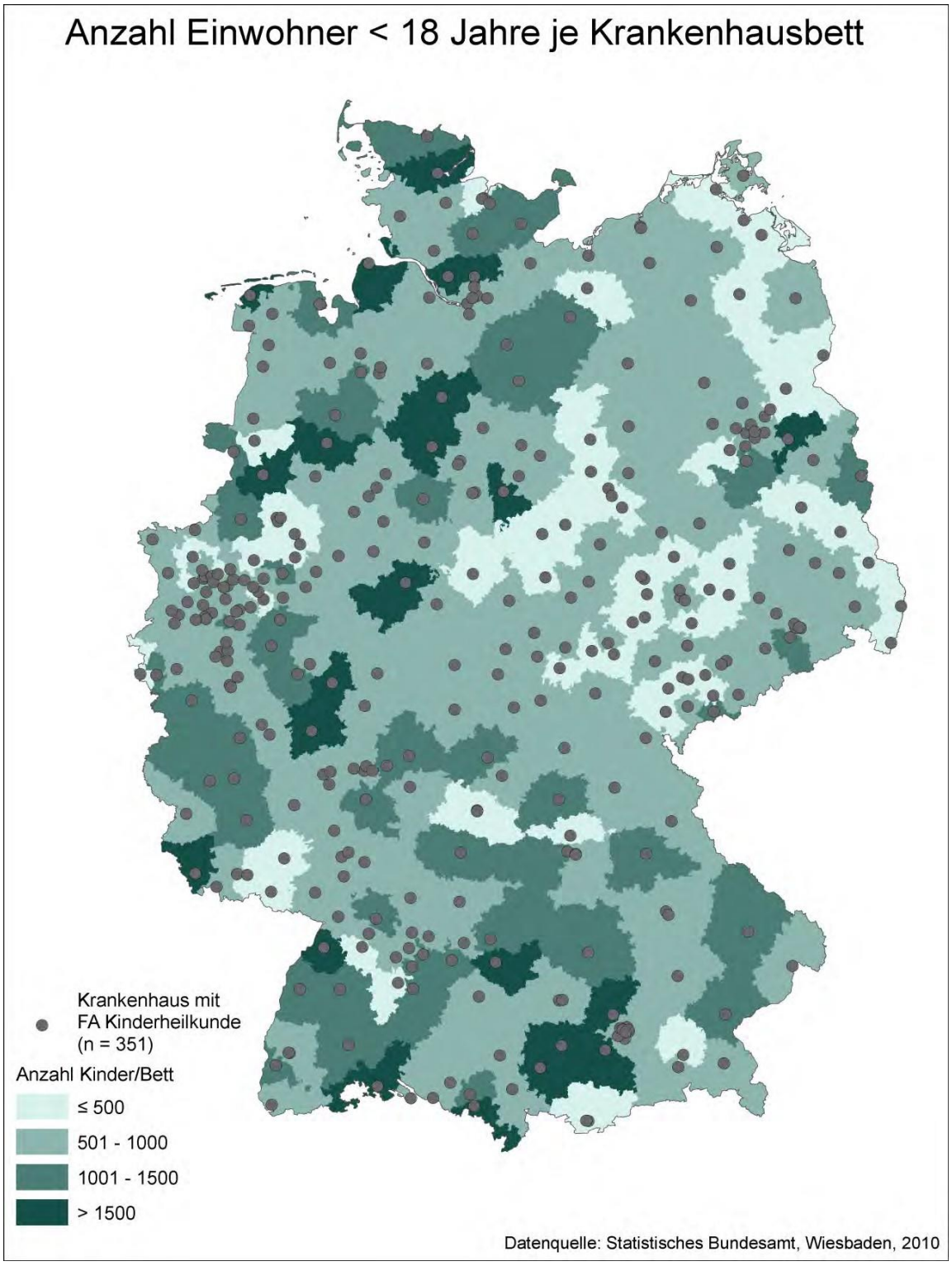


Abbildung 7: Anzahl der Einwohner < 18 Jahren je Krankenhausbett eines Krankenhauses mit Fachabteilung Kinderheilkunde.

Ambulant tätige Kinderchirurginnen und -chirurgen und Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte

Abbildung 8 stellt die Anzahl und Verteilung von kinderchirurgischen Praxen und MVZ's in Deutschland kartografisch dar. Die räumliche Verteilung ist in den Bundesländern sehr unterschiedlich. Die Bundesländer Rheinland-Pfalz, Hessen, Saarland und Bremen sind die Bundesländer mit der geringsten Anzahl ambulanter kinderchirurgischer Einrichtungen mit jeweils nur einer im jeweiligen Gebiet. Vier Bundesländer weisen relativ hohe Anzahlen auf: Baden-Württemberg (n = 13), Nordrhein-Westfalen (n = 13), Bayern (n = 11) und Mecklenburg-Vorpommern (n = 11).

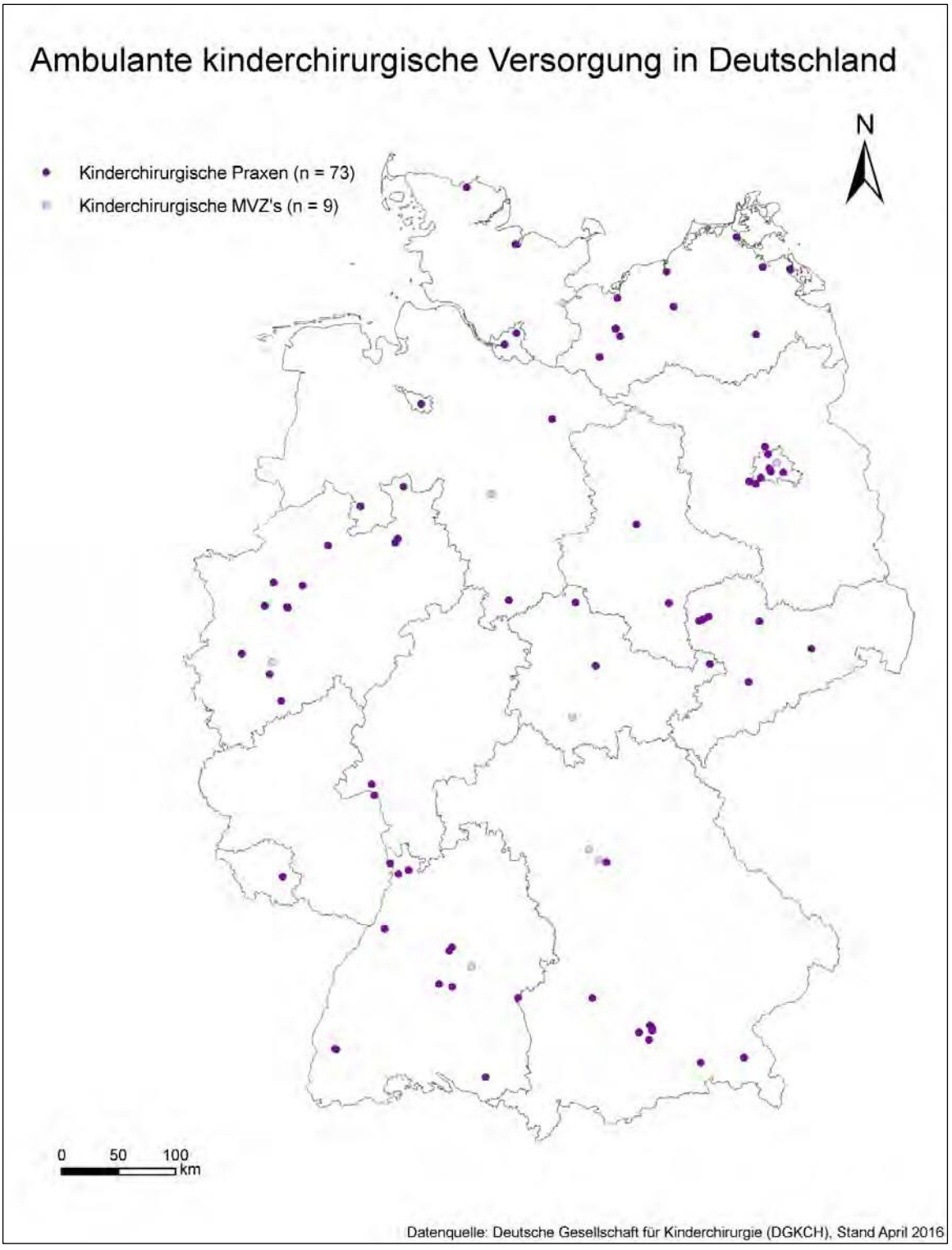


Abbildung 8: Ambulante Versorgung: Kinderchirurgische Praxen und MVZ's in Deutschland (inklusive Belegbetten)

Die Verteilung der ambulanten Kinder- und Jugendarztpraxen wird für die Lupenregionen dargestellt. Im Folgenden werden die Ergebnisse der geografischen Analysen anhand des Beispiels Schleswig-Holstein dargestellt, die Ergebnisse zu den anderen Lupenregionen befinden sich im Anhang. Für die Entfernungszonen rund um Kinder- und Jugendarztpraxen wurden Luftlinienentfernungen von 10 und 20 km kalkuliert. In Abbildung 9 ist die Verbreitung

der Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte mit Entfernungszonen von 10 und 20 km, die Altersverteilung der ambulant tätigen Pädiaterinnen und Pädiater und die Verbreitung der Krankenhäuser mit Fachabteilung Kinderheilkunde in Schleswig-Holstein dargestellt.

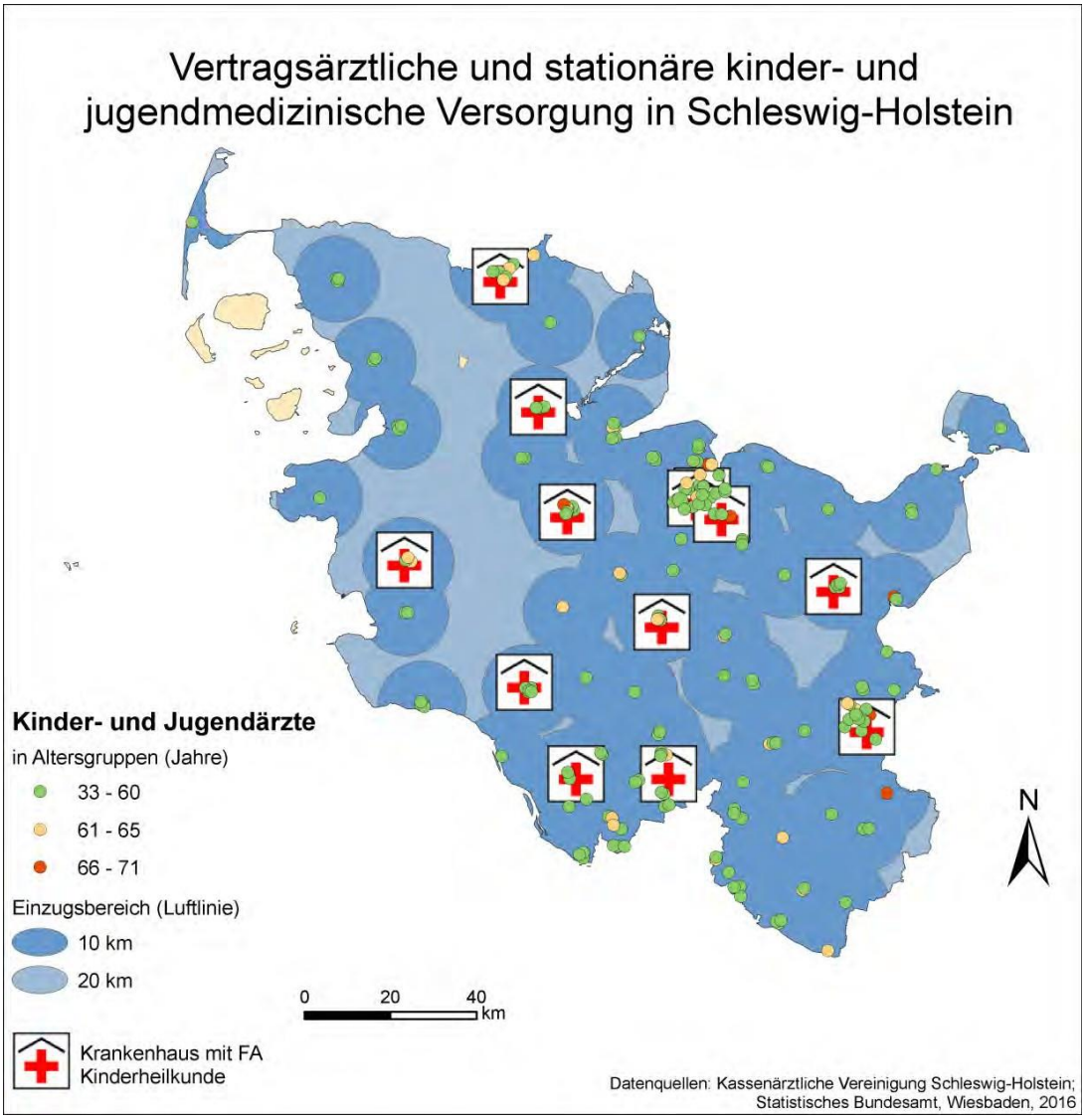


Abbildung 9: Vertragsärztliche und stationäre kinder- und jugendmedizinische Versorgung in Schleswig-Holstein

In den meisten Lupenregionen gibt es nur wenige Gebiete, die außerhalb der 20-km-Zonen liegen.

Tabelle 7 zeigt, wie viele Gemeinden außerhalb der 10 und 20 km Entfernungszonen liegen und wie viele Einwohner unter 18 Jahren davon betroffen sind. Außerdem ist dargestellt, wie sich diese Zahl verändert, wenn nur die unter 60-jährigen Ärztinnen und Ärzte in der Analyse betrachtet werden.

Tabelle 7: Kinder und Jugendliche außerhalb eines 20 km-Einzugsbereichs von Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten auf Gemeindeebene (Quelle: KV Schleswig-Holstein, KV Mecklenburg-Vorpommern, KV Rheinland-Pfalz, KV Thüringen und Statistische Ämter des Bundes und der Länder)

Bundesland	Ärzte	Anzahl Kinder und Jugendliche außerhalb 20km	Anteil (in %) Kinder und Jugendliche außerhalb 20km
Schleswig-Holstein	alle Altersgruppen	1.288	0,3
	nur < 60-Jährige	2.206	0,5
Mecklenburg-Vorpommern	alle Altersgruppen	10.471	4,6
	nur < 60-Jährige	11.983	5,3
Rheinland-Pfalz	alle Altersgruppen	610	0,1
	nur < 60-Jährige	721	0,1
Thüringen	alle Altersgruppen	33	0,0
	nur < 60-Jährige	194	0,1

In den Stadtstaaten Hamburg und Bremen reichen bereits die 10 km-Einzugszonen deutlich über das jeweilige Gebiet der beiden Bundesländer hinaus. Bei der Betrachtung der unter 60-jährigen Ärztinnen und Ärzte verändern sich die 10 km-Einzugszonen hier nicht. Ebenfalls kein Unterschied der Einzugsbereiche zeigt sich im Saarland. Hier gibt es keine Praxisstandorte, an denen nur eine ab 60-jährige Kinder- und Jugendärztin oder ein ab 60-jähriger Kinder- und Jugendarzt praktiziert.

Dier Anzahl der Kinder und Jugendlichen pro ambulant tätiger Kinder- und Jugendärztin oder -arzt wurde auf Basis der Gemeinden berechnet und in Abbildung 10 dargestellt.

Tabelle 8: Kinder und Jugendliche < 18 Jahre, Kinder < 7 Jahre, und Anteil der < 7-Jährigen an den < 18-Jährigen in den Lupenregionen (Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder)

Lupenregion	Anzahl Kinder und Jugendliche < 18 Jahre	Anzahl Kinder < 7 Jahre	Anteil (in %) < 7-Jähriger an < 18-Jährigen
Schleswig-Holstein	465.036	136.055	29
Mecklenburg-Vorpommern	225.586	77.995	35
Hansestadt Hamburg	276.826	97.246	35
Hansestadt Bremen	99.340	31.992	32
Thüringen	300.565	104.195	35
Rheinland-Pfalz	644.863	193.787	30
Saarland	142.197	41.678	29

Tabelle 8 stellt für die Lupenregionen die Einwohner unter 18 Jahren und die für die Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte wichtige Gruppe der unter 7-Jährigen gegenüber.

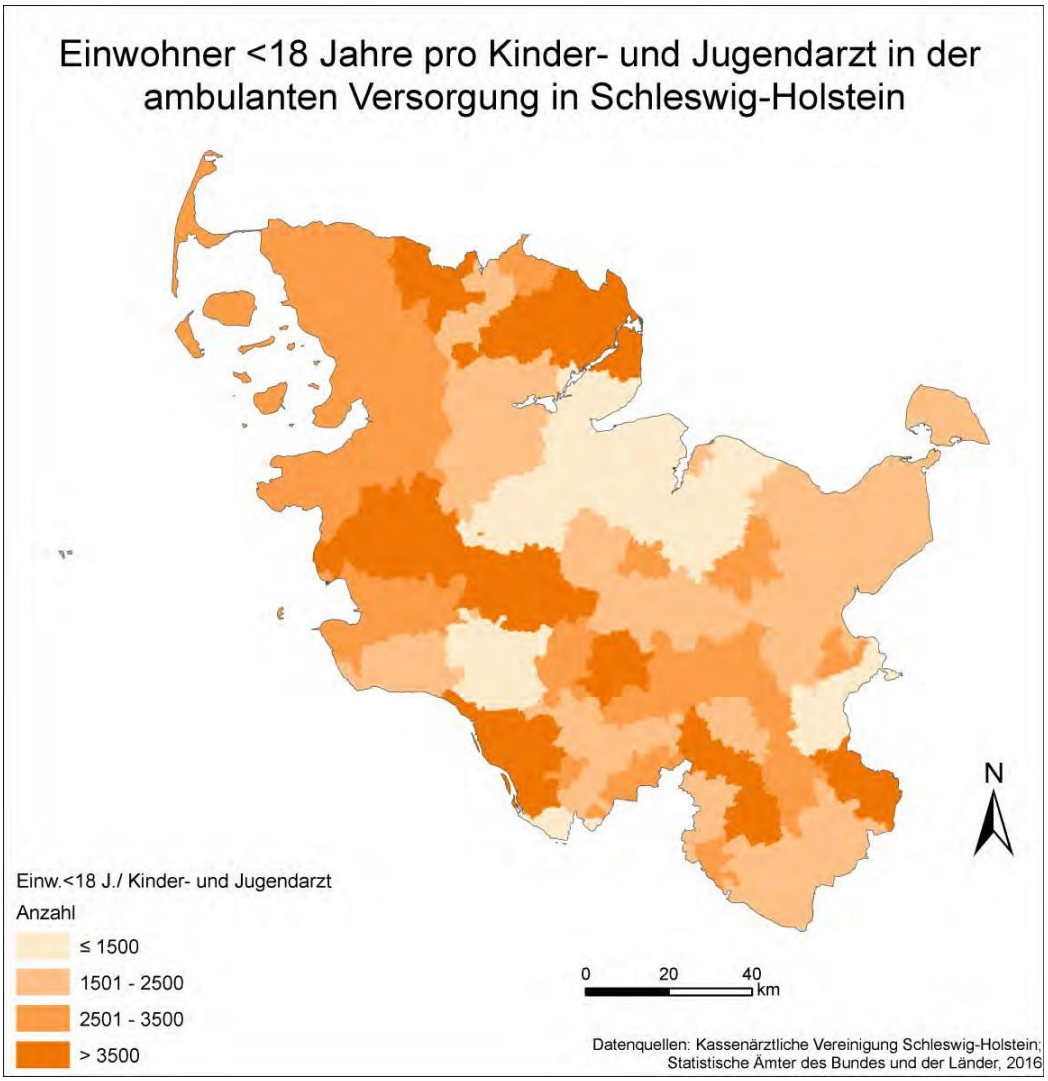


Abbildung 10: Durchschnittliche rechnerische Anzahl Einwohner <18 Jahren pro Kinder- und Jugendärztin oder -arzt in der ambulanten Versorgung in Schleswig-Holstein

In Tabelle 9 ist die Anzahl der Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte und der Anteil der ab 60-jährigen Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte in den Lupenregionen aufgeführt.

Tabelle 9: Anzahl der niedergelassenen und angestellten KJÄ und Anteil der >60-jährigen Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte in den Lupenregionen (Quelle: KV Schleswig-Holstein, KV Mecklenburg-Vorpommern, KV Rheinland-Pfalz, KV Thüringen)

Lupenregion	Anzahl KJÄ (niedergelassene und angestellte)	Anteil (in %) der ≥ 60-jährigen KJÄ
Schleswig-Holstein	240	19
Mecklenburg-Vorpommern	121	22
Hansestadt Hamburg	221	28
Hansestadt Bremen	78	22
Thüringen	182	24
Rheinland-Pfalz	339	19
Saarland	82	22

Um den Bedarf an künftigen Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten innerhalb der Lupenregionen aufzuzeigen, wurde der Anteil der ≥ 60-jährigen Kinder- und Jugendärztinnen

und -ärzte an allen Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten in der ambulanten Versorgung berechnet und in Abbildung 11 beispielhaft für Schleswig-Holstein dargestellt. Die Karten für die weiteren Lupenregionen befinden sich im Anhang.

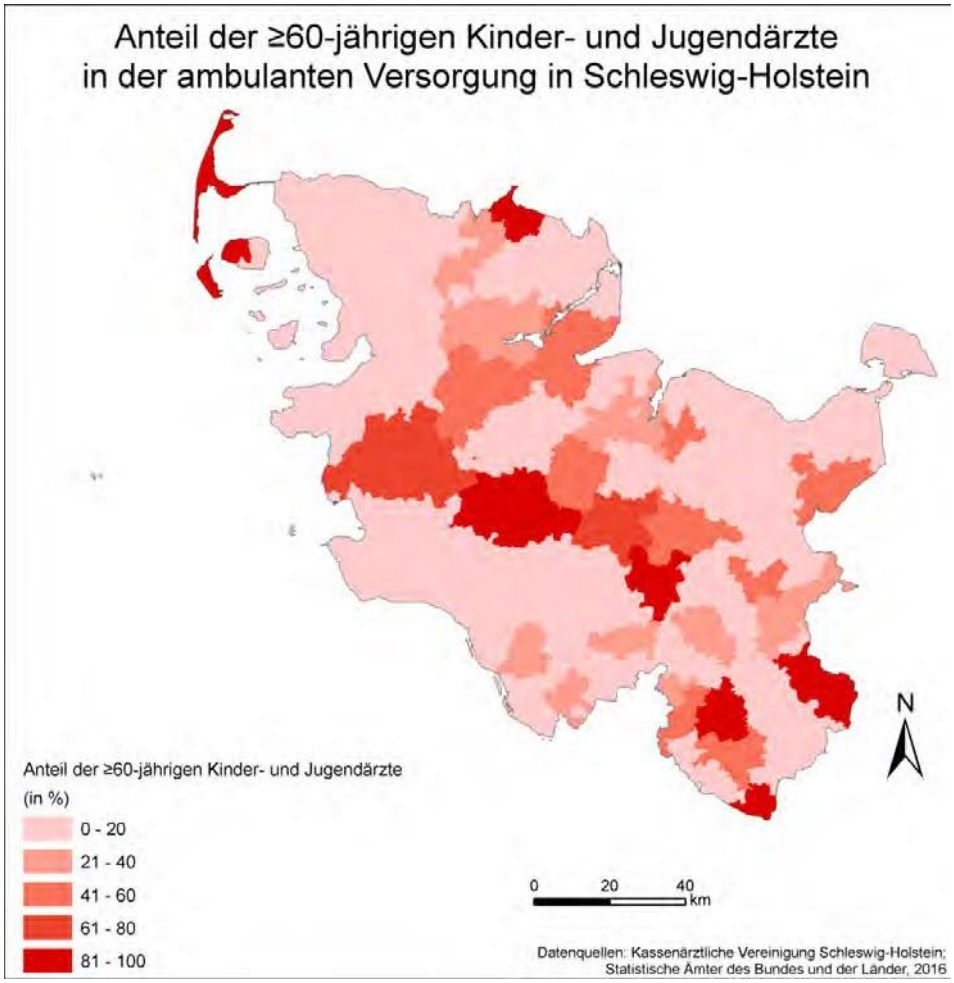


Abbildung 11: Anteil der ≥ 60-jährigen KJÄ an allen KJÄ in der ambulanten Versorgung in Schleswig-Holstein

Die Ermittlung der tatsächlichen Anzahl an Einwohnern < 18 Jahre, die pro Kinder- und Jugendärztin oder -arzt betreut wird, hat Einschränkungen. Ein Aspekt ist, dass nicht jede Ärztin oder jeder Arzt zu 100 % an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt, darum kann die Zahl der Ärztinnen und Ärzte die Zahl der Sitze übersteigen. Für die Lupenregionen Bremen, Thüringen und Rheinland-Pfalz ist der Teilnahmeumfang der Ärztinnen und Ärzte bekannt und in Tabelle 10 beispielhaft dargestellt.

Tabelle 10: Vergleich Anzahl der Ärztinnen und Ärzte nach Köpfen und Teilnahmeumfang

	Anzahl Ärzte	Anzahl Ärzte nach Teilnahmeumfang	Durchschnittlicher Teilnahmeumfang / Kopf (in %)
Hansestadt Bremen	78	67,0	86
Thüringen	182	164,5	90
Rheinland-Pfalz	339	274,5	81

In Deutschland gibt es aktuell 151 Sozialpädiatrische Zentren, deren Verteilung der Abbildung 12 zu entnehmen ist. Die Entwicklung der letzten Jahre kann für städtische Regionen positiv bewertet werden. In den ländlichen Gebieten, insbesondere in der nördlichen Hälfte Deutschlands, sind jedoch teilweise große Lücken vorhanden.

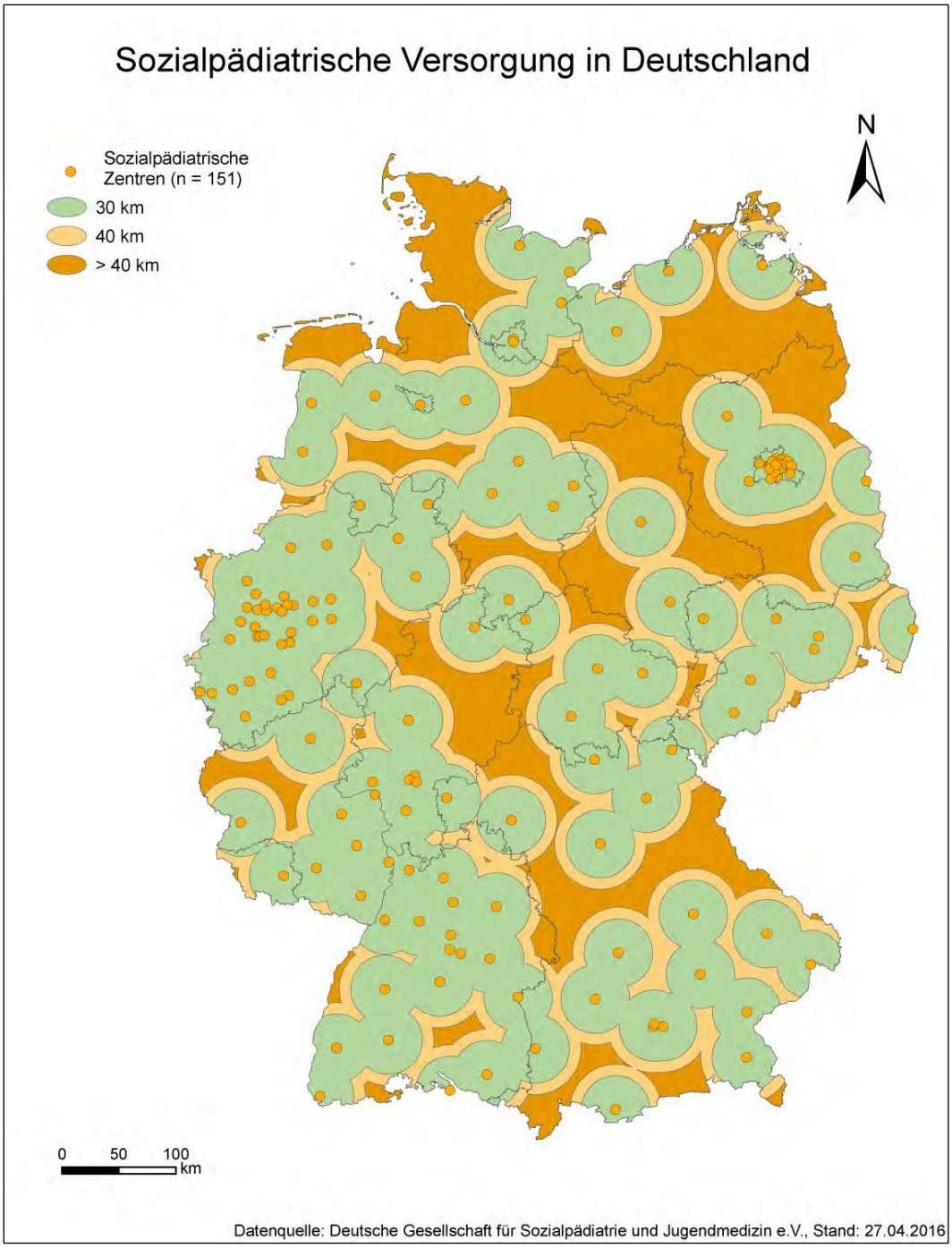


Abbildung 12: Sozialpädiatrische Versorgung in Deutschland

Regionalvergleich German Index of Multiple Deprivation und Einwohner < 18 Jahre

Für die kinder- und jugendmedizinische Versorgung spielen soziale Aspekte eine wichtige Rolle [7]. Kopetsch und Maier fanden für Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte einen signifikanten Zusammenhang zwischen einer erhöhten regionalen Deprivation und einer erhöhten Inanspruchnahme medizinischer Leistungen in Form von Arztbesuchen oder Krankenhausaufenthalten [15]. Der German Index of Multiple Deprivation (GIMD), der das Ausmaß von Deprivation[2] der Bevölkerung auf regionaler Ebene widergibt [7, 16], wurde den Einwohnern < 18 Jahren je Kinder- und Jugendärztin und -arzt gegenübergestellt (Abb. 13). Das gemeinsame Auftreten eines hohen Deprivationsgrades in einer Region mit einer hohen Anzahl Einwohner < 18 Jahre pro Ärztin oder Arzt könnte ein Hinweis auf eine problematische Situation hinsichtlich der Sicherstellung der kinder- und jugendmedizinischen Versorgung sein.

Betrachtet man das Quintil der Kreisregionen mit der höchsten Deprivation (n = 86), liegen 80 % dieser Kreisregionen in den neuen Bundesländern. In fünf von den hoch benachteiligten Kreisregionen werden rechnerisch mehr als 3.000 Einwohner <18 Jahren von einer Kinder- und Jugendärztin oder einem Kinder- und Jugendarzt versorgt (Altmarkkreis Salzwedel, Delmenhorst, Freyung- Grafenau, Gelsenkirchen und Uecker-Randow). In weiteren 14 Kreisregionen dieses Quintils ist rechnerisch ein Pädiater für zwischen 2.500 und 3.000 Einwohner < 18 Jahren zuständig (Demmin, Duisburg, Eichsfeld, Elbe-Elster, Ludwigslust, Mansfeld-Südharz, Parchim, Pirmasens, Rügen, Saale-Orla-Kreis, Saalekreis, Schweinfurt, Stendal, Wittenberg).

[2] Benachteiligung durch einen Mangel an Ressourcen. Der GIMD stellt auf die Deprivationsdomänen Einkommen, Beschäftigung, Bildung, kommunale Einnahmen (finanzielle Situation der Gemeinde und deren Investitionskraft), Sozialkapital (Möglichkeit zur sozialen Partizipation in der Gemeinde), Umwelt (Qualität der physischen Umwelt) und Sicherheit (Sicherheit im Straßenverkehr und Kriminalität) ab.

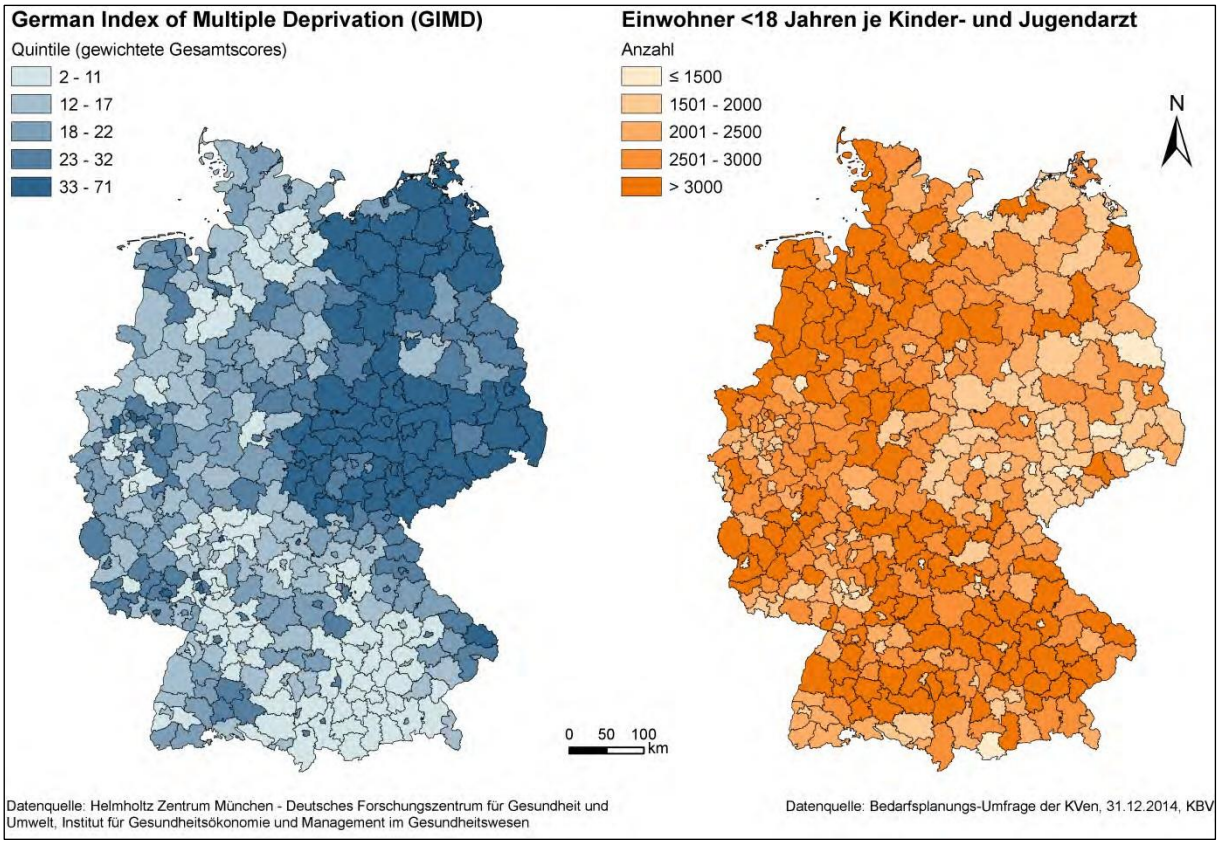


Abbildung 13: Darstellung des GIMD (Karte links) und der Einwohner < 18 Jahren je Kinder- und Jugendärztin und -arzt (bedarfsplanungsgewichtet nach Teilnahmeumfang der Ärztinnen und Ärzte an der vertragsärztlichen Versorgung, Karte rechts)

7.2 Durchführung der Befragungen

7.2.1 Methodik

Es wurde ein standardisierter Fragebogen zur Erfassung von Versorgungsproblemen und Lösungsoptionen erstellt (siehe Anhang). Dieser Fragebogen wurde an die Mitglieder der Arbeitsgemeinschaften der Zukunftskommission der DAKJ (n = 56), an die Mitglieder der AG Struktur-Daten der DGSPJ (n = 21), der AG Bedarfsplanung der BVJK (via Intranet, n etwa 22) und an zwei Greifswalder ärztliche Experten mit der Bitte, ihn ausgefüllt zurückzusenden, geschickt (gesamt n = 101).

Die quantitative Auswertung der Fragen erfolgte unter Verwendung der Software Stata (StataCorp. 2015. Stata Statistical Software: Release 14. College Station, TX: StataCorp LP). Für viele Fragen waren Freitext-Antworten möglich, die wurden nach Themen geclustert und mit Hilfe des Softwarepaketes MAXQDA 12 (MAXQDA, VERBI Software – Consult – Sozialforschung GmbH, Berlin) ausgewertet.

Auf der Grundlage der Ergebnisse des standardisierten Fragebogens wurden Themen ausgewählt, zu denen Sachverständige aus verschiedenen Versorgungssektoren befragt wurden. Dies geschah in Form eines leitfadengestützten Experteninterviews [9]. Einbezogen wurden Vertreterinnen und Vertreter der hausärztlichen und stationären Pädiatrie, der Kinderchirurgie und der Pädiaterinnen und Pädiater aus den SPZs, dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) sowie eine Vertreterin der Pflegefachkräfte. Neun Gespräche fanden telefonisch und zwei Gespräche im persönlichen Interview statt. Um zu einem abgestimmten Kategoriensystem für die Bedarfsplanung zu kommen, wurde die Kategorisierung der Antworten durch drei

Projektmitarbeiter zunächst unabhängig vorgenommen und im zweiten Schritt zur Vereinheitlichung diskutiert.

Für den vorliegenden Bericht wurden Freitexte und Zitate sprachlich geglättet und in den meisten Fällen gekürzt dargestellt.

7.2.2 Stichprobe der Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmer

Insgesamt wurden von den 101 versendeten *standardisierten Fragebögen (SFB)* 30 ausgefüllt zurückgesandt (Response: 30 %). 24 der 30 Teilnehmenden waren Männer, 6 Frauen. 29 Teilnehmende waren Medizinerinnen oder Mediziner, davon 24 Pädiaterinnen oder Pädiater.

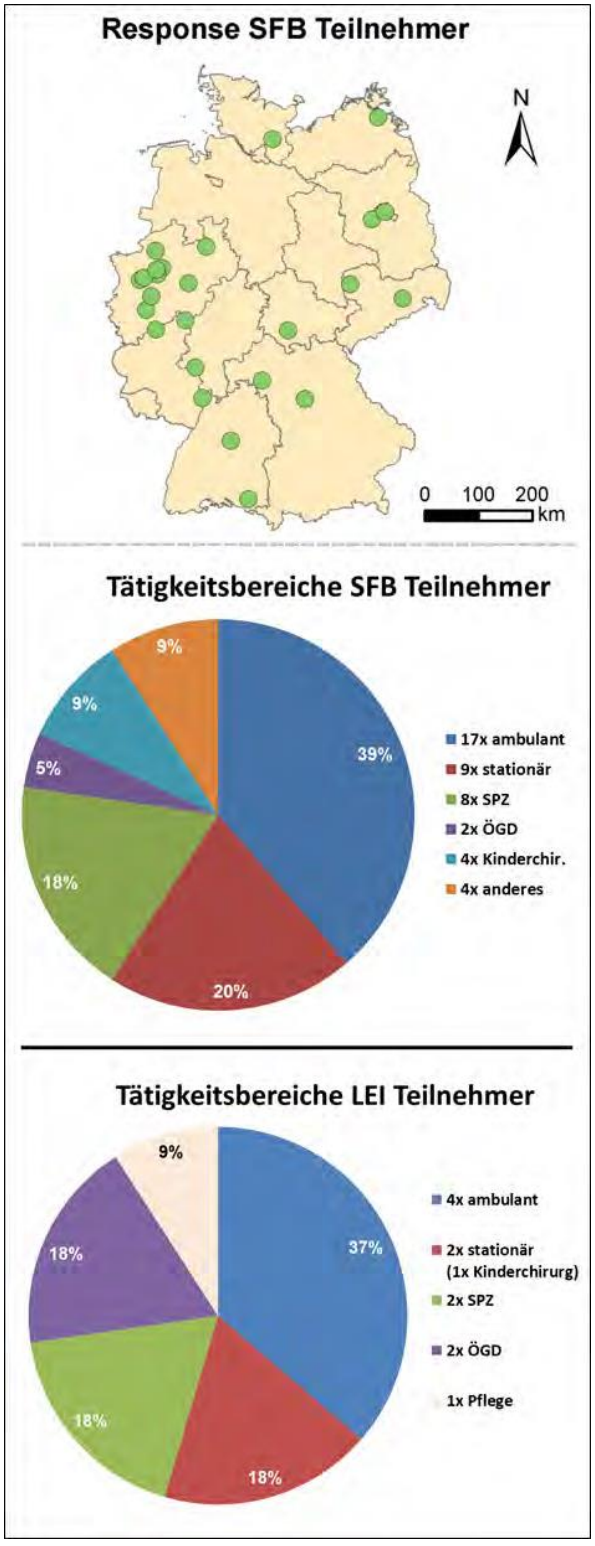


Abbildung 14: Standorte und Tätigkeitsfelder der Befragungsteilnehmenden

Abbildung 14 zeigt eine Karte mit den beruflichen Standorten und der Verteilung der Tätigkeitsbereiche (ambulant, stationär, SPZ, Kinderchirurgie, ÖGD, anderes, Mehrfachnennungen waren möglich) der antwortenden Akteure.

Zusätzlich wurden 11 *leitfadengestützte Experteninterviews (LEI)* über durchschnittlich 58 Minuten (Range: 39 - 79 Minuten) geführt. Drei der Experten waren niedergelassene Kinder- und Jugendärzte (aus Mecklenburg-Vorpommern, Baden-Württemberg und Berlin). Außerdem wurden aus Baden-Württemberg ein Kinderchirurg und eine Pflegepädagogin interviewt. Zwei Experten waren in SPZ‘s tätig (Thüringen und Bayern), zwei im ÖGD (Mecklenburg-Vorpommern und Nordrhein-Westfalen). Außerdem wurden der Generalsekretär der DAKJ und der Vorsitzende des BVKJ in Deutschland befragt. Damit waren Sachverständige aus ambulant-hausärztlichen, stationären, sozialpädiatrischen und öffentlichen Tätigkeitsbereichen sowie aus der Pflege in die Expertiseerstellung eingebunden. Die Tätigkeitsfelder der Expertinnen und Experten sind ebenfalls in Abbildung 14 dargestellt.

7.2.3 Ergebnisse

Für die Frage nach einer optimalen Größe der *Planungsregionen für die Bedarfsplanung* der Pädiater in der ambulanten Versorgung zeigte sich kein einheitliches Bild. Zehn Teilnehmende favorisierten die Kreisregionen und damit die derzeit aktuelle Regelung, 13 Personen gaben Mittelbereiche an (diese sind kleiner als die derzeitigen Planungsregionen) und acht Personen gaben „anderes" an, z.B. ein flexibles System mit Praxistätigkeit an unterschiedlichen Orten, mögliche Anbindung an Kliniken oder auch Sprechstunden in Kooperation mit Fachärztinnen und –ärzten in den Kliniken.

Zum Thema *Gewichtung der Anzahl der Praxissitze* wurde am häufigsten eine Gewichtung nach Ländlichkeit für die Anzahl der Praxissitze in einer Region befürwortet (n = 12). Mehr als ein Drittel der Antwortenden ist für eine einheitliche, ungewichtete „Pro-Kopf-Verhältniszahl" von 2.000 - 3.000 Kindern und Jugendlichen pro Pädiater (n = 11). Zehn Teilnehmende sehen die aktuelle Bedarfsplanung als keine gute Lösung. Zehn Antwortende lehnen Verhältniszahlen von über 4.000 Einwohnern ab. Die Ergebnisse sind in Abbildung 35, siehe Anhang, zusammengefasst. Einer der Interview-Experten hat an seinem eigenen Beispiel errechnet, dass in einer 40-Stunden-Woche ein Patientenstamm von etwa 1.350 Kindern und Jugendlichen versorgt werden könnte [17]. Dies entspricht in etwa den Durchschnittszahlen, die in Abschnitt 3.3 beschrieben wurden.

Zu der Frage nach Kriterien für die *Sicherstellung einer „versorgungsadäquaten Arztzahl"* wurde die Berücksichtigung von Entfernungen zur nächstgelegenen Praxis von allen Teilnehmenden befürwortet. 60 % der Antwortenden (n = 18) sind der Meinung, dass maximal 20 km bis zur nächsten pädiatrischen Arztpraxis zumutbar sind. 27 Teilnehmende sprachen sich für die Berücksichtigung sozialer Aspekte bei der Bedarfsplanung aus. Für viele Antwortende sind die Morbidität (n = 20) und die Anzahl der Arzt/Patientenkontakte (n = 18) in einer Region wichtige Aspekte, die bei der Bedarfsplanung berücksichtigt werden sollen. Eine mögliche regionale Kooperation mit Hausärztinne und -ärzten (n = 17) und die Einbeziehung verschiedener Sektoren (n = 17) sind weitere Kriterien (Abb. 36, s. Anhang).

18 Teilnehmende (60 %) sind der Meinung, dass für die Sicherstellung der pädiatrischen Versorgung die *Sektorengrenzen* weitgehend aufgehoben werden sollen, mit der Konsequenz, dass Arztpraxen, Krankenhäuser und/oder Rehabilitations-Einrichtungen in einer Region gleichwertig oder auf Basis bestimmter Kriterien an der Grundversorgung teilnehmen können. Angemerkt wurde dazu u.a., das in ländlichen Regionen eine flexiblere Einbeziehung der Sektoren in die Bedarfsplanung notwendig sei, in Städten eher nicht. Dabei plädieren 57 % der Akteure (n = 17) für einen grundsätzlichen Einbezug des stationären Sektors. Die Ergebnisse sind in Abbildung 37, siehe Anhang, dargestellt.

Es wurde gefragt, ob die Akteure es grundsätzlich für sinnvoll halten, wenn *Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte und Hausärztinnen und -ärzte bei der medizinischen Versorgung der Kinder und Jugendlichen kooperieren*. Diese Frage haben 29 Personen mit ja (n = 16), eher ja (n = 8) oder eher nein (n = 5) beantwortet. Für die Beantwortung der Frage nach den Bedingungen für eine gute Kooperation wurden fünf Konzepte vorgeschlagen:

- eine zusätzliche Qualifikation im Bereich Pädiatrie für Hausärztinnen und -ärzte
- gemeinsame Qualitätszirkel von Hausärztinnen/ärzten und Pädiaterinnen/Pädiatern
- definierte pädiatrische Leistungen, die durch Hausärztinnen und -ärzte durchgeführt werden dürfen
- die Abstimmung der Aufgaben im Leistungsfall
- vertraglich festgelegte Kooperationen zwischen Hausärztinnen/ärzten und Pädiaterinnen/Pädiatern

Die Meinungen der Befragten zu diesen Vorschlägen sind in Abbildung 38, siehe Anhang, zusammengefasst.

Als weitere Möglichkeiten der Kooperation wurden die Einrichtung einer Konsultationsmöglichkeit für Hausärztinnen und -ärzte bei pädiatrischen Fällen, die separate Berücksichtigung verschiedener Altersgruppen bei den Kindern und Jugendlichen (kleinere Kinder eher zum Pädiater, größere Kinder und Jugendliche können auch zur Hausärztin oder zum Hausarzt) und die Aufstellung von Transitionsplänen für chronisch kranke Kinder und Jugendliche in enger Kooperation zwischen Pädiater und Hausärztin oder- arzt genannt.

Per Freitextfrage wurde exploriert, was mögliche *Anzeichen für eine medizinische Unterversorgung* sind. Zu den Problemen, die die Teilnehmenden benannten, gehören die Behandlung ambulanter Fälle im Krankenhaus (n = 12), die Ablehnung von Kindern beim Pädiater oder bei der Pädiaterin aus Kapazitätsgründen (n = 8), die Behandlung von Kindern beim Erwachsenen- Hausarzt/ärztin (n = 7), eine schlechte Impfquote (n = 4), mangelhafte Untersuchungen (n = 3) und die zu häufige Gabe von Antibiotika (n = 2). Zehnmal wurde eine zu große Entfernung zur Praxis als Problem benannt. Thematisiert wurden diesbezüglich unzumutbare Entfernungen und problematische ÖPNV-Strukturen. Dabei betrafen die Entfernungsprobleme sowohl Wege zu hausärztlichen und spezialisierten KJÄ als auch zum Krankenhaus in Notfällen bzw. zu Unzeiten. Als weitere Probleme wurden Probleme bei der Terminvergabe (n = 8) benannt, fünfmal wurde das Auftreten von Komplikationen thematisiert. Anzeichen für Unterversorgung waren nach Ansicht der Antwortenden auch Schwierigkeiten bei der Suche nach einem Nachfolger sowie ein Mangel an spezieller pädiatrischer Versorgung und spezifischen nichtärztlichen Therapieangeboten (z.B. Logopädie, Ergotherapie). In den Experteninterviews wurde mehrfach das Thema „Kinder im Erwachsenensystem“ als Problem benannt sowie Nachwuchsprobleme (auch in der Pflege) bzw. die Abwanderung von Ärztinnen und Ärzten in das Ausland thematisiert.

Nach Meinung der befragten Sachverständigen gibt es durchaus Tätigkeitsbereiche, die auch von anderen Berufsgruppen in *Delegation oder Substitution* übernommen werden können. Dies waren in vielen Fällen Hausärztinnen und -ärzte, besonders bei den älteren Kindern und Jugendlichen. Im stationären Bereich gab es den Vorschlag, bei Schädelhirntraumata, Platz-Schürfwunden und zum Ausschluss von Frakturen Pflegepersonal einzusetzen. Angemerkt wurde in einem der Freitexte zu diesen Vorschlägen „bei gut etablierten und evaluierten Leitlinien kann in Ambulatorien für bestimmte Krankheiten oder Verletzungen nach Substitutions- und Delegationsprinzip gearbeitet werden. In den letzten 10 - 15 Jahren werden Notfallambulanzen vielfach mit Bagatellen konfrontiert, die in Delegation von Pflegeberufen behandelbar wären – vorausgesetzt, diese Konzepte werden in gut durchdachten Projekten evaluiert." Ein anderer Vorschlag war, Patientinnen und Patienten mit grippalen Infekten, kleineren Wundversorgungen oder einfachen Funktionsstörungen (z.B. Einschlaf- und Durchschlafstörungen, einfache Essstörungen, vermehrtes Schreien, nächtliches Einnässen etc.) zur Betreuung an Kinderkrankenschwestern zu übertragen. Bejaht wurde auch die Möglichkeit, Präventionsberatungen nach dem Substitutionsprinzip durchzuführen, wenn eine entsprechende Qualifikation vorliegt. Die meisten Befragten können sich die Delegation und/oder Substitution von Leistungen eher für ältere Kinder und Jugendliche vorstellen. Die Ergebnisse finden sich in den Abbildung 39 - 41, siehe Anhang.

Mehrere Teilnehmende der standardisierten Befragung waren der Meinung, dass zur Thematik Substitution und Delegation nicht viele Möglichkeiten bestehen, da die gesetzlichen Vorgaben dies verhindern würden. Es zeigten sich auch Bedenken, dass mit der Aufgabenverteilung den Pädiatern Tätigkeiten „weggenommen" werden könnten. Auf der anderen Seite gab es mehrere Beispiele, wo bereits routinemäßig Aufgaben von nicht-ärztlichen Berufsgruppen übernommen werden. In diesem Zusammenhang wurde erwähnt, wie hilfreich es beispielsweise in einer klinischen Notfallambulanz für unerfahrene Ärztinnen und Ärzte sein kann, eine Pflegende oder einen Pflegenden mit einem Blick für wirklich kranke Kinder und Jugendliche an der Seite zu haben. Auch im ÖGD wird vielfach bereits in kooperativen Strukturen gearbeitet, in die bspw. auch Physiotherapeutinnen und –therapeuten einbezogen sind.

Mehrfach wurde die Möglichkeit erwähnt, dass nicht-ärztliche Berufsgruppen für präventive Aufgaben wie das Führen von Gesprächen zur Verhinderung von plötzlichem Kindstod und Ernährung und ähnlichem ausgebildet werden können. Der BVKJ organisiert dazu für nicht-ärztliche Praxismitarbeiterinnen den Weiterbildungslehrgang „Pädiatrice". Dieser könnte nach der Meinung mehrerer Interview-Expertinnen und Experten besser in das Versorgungssystem integriert werden.

Alle Expertinnen und Experten wurden nach ihrer *Einstellung zu Telemedizin* gefragt. In den meisten Fällen wurden keine konkreten Ideen angegeben, die Sachverständigen standen

dem Thema aber grundsätzlich offen gegenüber, z.B. bei ambulanten spezialfachärztlichen Behandlungen wie der pädiatrischen Rheumatologie oder Epilepsie. Konsens war, dass telemedizinische Versorgungsmodelle evaluiert werden müssen, insbesondere zu den Aspekten Kosten und Nutzen, bevor eine Anwendung in der Regelversorgung stattfindet. Eine Nennung war, dass durch Telemedizin mögliche Wartezeiten verkürzt werden könnten.

7.3 Aspekte einer innovativen Bedarfsplanung in der Pädiatrie

Die Bedarfspläne werden durch die Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder erstellt und durch die Landesausschüsse beraten. Nach § 35 der Bedarfsplanungsrichtlinie (Bpl-RL) können die Landesausschüsse[3] die Bedarfsplanung bereits an regionale Gegebenheiten anpassen und für nicht unterversorgte Planungsbereiche einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf feststellen. Soweit dies für die Gewährleistung der vertragsärztlichen Versorgung in einem Versorgungsbereich unerlässlich ist, kann der Zulassungsausschuss[4] einer KV nach § 36 Bpl-RL auf der Grundlage eines konkreten Einzelfalls über Sonderbedarfszulassungen entscheiden. Diese Instrumente reichen aber bisher nicht aus, um Lücken in der regionalen Versorgung vorzubeugen oder bereits vorhandene zu schließen, da von ihnen nur wenig Gebrauch gemacht wird. Für Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte wurden im Jahr 2014 bundesweit vier Anträge auf zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf an Landesausschüsse gestellt [18]. Da die Kommunen die regionale Versorgungssituation gut beurteilen können, sollten sie ermutigt werden, gegebenenfalls die Prüfung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs zu initiieren.

Für eine Bedarfsplanung, geeignet für die pädiatrische Versorgung, sind insbesondere Flexibilität und die Berücksichtigung regionaler Aspekte von Bedeutung. Bestehende Strukturen und Ressourcen sollen effektiv genutzt werden.

Pädiatrische Praxen befinden sich, wie in der Regel die meisten fachärztlichen Praxen, bevorzugt in den größeren Orten. In ländlichen Regionen kann dies zu einer geografischen Ungleichverteilung und großen Entfernungen zu den Praxen führen. Entfernungen bis 20 km zwischen Wohnort des Patienten und Praxis werden von den meisten befragten Expertinnen und Experten als zumutbar für eine qualitativ hochwertige pädiatrische Versorgung gesehen.

---

[3] § 90 Abs. 2 SGB V: Die Landesausschüsse bestehen aus einem unparteiischen Vorsitzenden, zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern, neun Vertretern der Ärzte, drei Vertretern der Ortskrankenkassen, drei Vertretern der Ersatzkassen, je einem Vertreter der Betriebskrankenkassen und der Innungskrankenkassen sowie einem gemeinsamen Vertreter der landwirtschaftlichen Krankenkasse und der Knappschaft-Bahn-See. Die Mitglieder der Landesausschüsse führen ihr Amt als Ehrenamt. Sie sind an Weisungen nicht gebunden.

[4] § 96 Abs. 2 SGB V: Die Zulassungsausschüsse bestehen aus Vertretern der Ärzte und der Krankenkassen in gleicher Zahl. Die Vertreter der Ärzte und ihre Stellvertreter werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen, die Vertreter der Krankenkassen und ihre Stellvertreter von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen bestellt. Die Mitglieder der Zulassungsausschüsse führen ihr Amt als Ehrenamt. Sie sind an Weisungen nicht gebunden. Den Vorsitz führt abwechselnd ein Vertreter der Ärzte und der Krankenkassen. Die Zulassungsausschüsse beschließen mit einfacher Stimmenmehrheit, bei Stimmengleichheit gilt ein Antrag als abgelehnt.

In ländlichen Regionen sollte die geografische Verteilung der Praxen in der Bedarfsplanung eine Rolle spielen und Praxen bevorzugt so (wieder)besetzt werden, dass größeren Lücken in der ambulanten Versorgung vorgebeugt wird.

Wenn trotzdem Lücken drohen, sollten Leistungserbringer aus anderen Sektoren, insbesondere Krankenhäusern mit einer Fachabteilung für Kinderheilkunde, in die Planung einbezogen werden. Es sollte geprüft werden, ob und wie die Abteilungen zur ambulanten Grundversorgung beitragen können, z.B. durch die Teilzeitbesetzung von ambulanten Arztsitzen durch Krankenhausärztinnen und -ärzte oder die Anbindung von Praxen oder Notdienstpraxen an Krankenhäuser mit pädiatrischer Abteilung.

Ein weiterer wichtiger Punkt für eine zukunftsfeste Bedarfsplanung ist die Berücksichtigung des Teilnahmeumfangs der Ärztinnen und Ärzte. Der Teilnahmeumfang ist, wie eine Untersuchung aus Baden-Württemberg zeigt, auch von der Lebensphase abhängig [13]. Erforderlich sind flexiblere Systeme, die z.B. für die Jahre der Familiengründung von jungen Ärztinnen und Ärzten eine reduzierte Teilnahme und in späteren Lebensphasen einen Anstieg des Teilnahmeumfangs zulassen.

Die aktuelle Bedarfsplanung setzt für die Niederlassung von Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten allgemeine Verhältniszahlen ein. Diese sind für die Regionen gestuft nach Ländlichkeit. Ausgangspunkt ist, dass Städte ländliche Regionen in vielen Fällen mitversorgen. In der Konsequenz gelten für Städte höhere Verhältniszahlen als für ländliche Gebiete. Es wird vorgeschlagen, diese Regelung so zu flexibilisieren, dass, wenn in ländlichen Regionen Praxen zu groß oder die Entfernungen zu Praxen zu groß werden, städtische Verhältniszahlen auch in diesen Regionen angewendet werden können. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Pädiaterinnen und Pädiater in hohem Maße präventiv arbeiten, also auch gesunde Kinder und Jugendliche angesehen und behandelt werden.

Kinder und Jugendliche aus schwierigen sozialen Verhältnissen haben häufig einen höheren Versorgungsbedarf [19]. Auch Kopetsch und Maier haben in einer aktuellen Untersuchung einen Zusammenhang zwischen regionaler Deprivation und einer höheren Inanspruchnahme von pädiatrischen Ärztinnen und Ärzten identifiziert [8]. Eine Niederlassung von Pädiaterinnen und Pädiatern in Regionen mit einer hohen Deprivation könnte z.B. durch finanzielle Anreize unterstützt werden.

In der stationären Versorgung wäre, wie unter Kapitel 3.4 gezeigt, eine Durchsetzung der Forderung, dass nur wirtschaftlich arbeitende pädiatrische Krankenhausabteilungen bestehen bleiben können, für viele Regionen ein Risiko für die Sicherstellung der Versorgung. Bei Schließung aller wirtschaftlich „unrentablen“ Abteilungen müsste bundesweit über ein Zehntel der Kinder und Jugendlichen über 30 km zur nächsten pädiatrischen Kinderabteilung gefahren werden. Hier braucht es finanzielle und organisatorische Lösungen, um für die Sicherstellung erforderliche kleinere Abteilungen zu

erhalten. Laut § 17 b Abs. 1a Nr. 6 Krankenhausgesetz (KHG) können Krankenhäuser einen Zuschlag beantragen, um die Vorhaltung der für die Versorgung der Bevölkerung notwendigen Einrichtungen bzw. Leistungen sicherzustellen und zu finanzieren. Zu prüfen sind auch sektorenübergreifende Lösungen wie beispielsweise der Betrieb von Belegbetten in Krankenhäusern durch ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte oder telemedizinische Lösungen (siehe Kapitel 6).

7.4 Innovative Konzepte zur Sicherstellung der pädiatrischen Versorgung

Nach dem SGB V gibt es folgende Aufgaben in der pädiatrischen Versorgung:

- die ambulante Grundversorgung (primary care)
    - Früherkennungsuntersuchungen
    - Infektionsprophylaxe
    - Versorgung akuter und chronischer Krankheiten
    - Notfallversorgung
- die stationäre Versorgung für Fälle der allgemeinen Pädiatrie (secondary care) und
- die spezielle Versorgung (tertiary care)
    - subspeziell ambulant und stationär,
    - ambulante spezialfachärztliche Versorgung (nach § 116 b SGB V)

Dazu kommen Versorgungskonzepte mit Bezug zu SGB V und VIII, z.B. Frühe Hilfen, Kinderschutz, ÖGD und Versorgung in Bildungseinrichtungen (siehe Abbildung 1 und 2).

Es gibt eine Reihe von Optionen, die zurzeit bei der Sicherstellung der Versorgung (noch) nicht oder nur vereinzelt angewendet werden: Optimierung und bessere Koordination der Ressourcen innerhalb einer Facharztgruppe, arbeitsteilige Konzepte zwischen Facharztgruppen, Gesundheitsberufen und/oder Sektoren (Delegation, Substitution), Telemedizin / eHealth.

7.4.1 Kinder und Jugendliche in der Grundversorgung

Durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) wurden eine Reihe von Möglichkeiten eingeführt, um die Sicherstellung der Versorgung in gefährdeten Regionen zu unterstützen [20]:

Es ermöglicht einer Vertragsärztin oder einem Vertragsarzt

- bis zu zwei Praxisfilialen (Zweigpraxen) zu betreiben, sofern damit die Versorgung verbessert und am Standort der Hauptpraxis nicht beeinträchtigt wird. Die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt muss jedoch wöchentlich mindestens 20 Stunden am Standort der Hauptpraxis der Versorgungspflicht nachkommen. Die Praxisfilialen können in ihren Öffnungszeiten an den Bedarf angepasst werden (nur bestimmte Wochentage und Uhrzeiten) und können auch mit angestellten Ärztinnnen oder Ärzten betrieben werden.

- Erlaubt ist auch die gleichzeitige Tätigkeit als Vertragsärztin/-arzt und als angestellte/r Krankenhausärztin/-arzt. Allerdings ist die Wochenarbeitszeit im Krankenhaus in diesem Konzept auf 13 Stunden beschränkt.
- Die Altersgrenze wurde aufgehoben, so dass Ärztinnen und Ärzte auch nach Vollendung des 55. Lebensjahres als Vertragsärztin/-arzt in unterversorgten Regionen eine Zulassung erhalten und über das 68. Lebensjahr hinaus als Vertragärztin/-arzt tätig sein können.
- Wenn niedergelassene Ärztinnen und Ärzte in einer Region die medizinische Versorgung oder bestimmte medizinische Leistungen nicht oder nicht ausreichend sicherstellen können, können Ärztinnen und Ärzte aus Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen, die nicht regulär als Vertragsarzt tätig sind, eine Ermächtigung zur Abrechnung mit den Kassenärztlichen Vereinigungen nach § 116 SGB V beantragen. Gesetzlich krankenversicherte Patientinnen und Patienten werden dann im Rahmen der festgelegten Dauer, des Orts und des Leistungsrahmens durch die ermächtigten Ärztinnen und Ärzte ambulant behandelt.

Im Zuge des GKV-Modernisierungsgesetzes (§ 95 Abs. 1 SGB V) wurden 2004 erstmals medizinische Versorgungszentren (MVZ) zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Definiert sind MVZ‘s als durch eine Ärztin oder einen Arzt geleitete Einrichtungen, in denen Vertrags- oder angestellte Ärztinnen oder Ärzte tätig sind, die im Arztregister gelistet sind. Das MVZ erhält eine Zulassung und mindestens einen Vertragsarztsitz.

In Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) können sich Vertragsärztinnen und -ärzte und Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten, aber auch MVZ in Kooperativen für die gemeinsame Ausübung vertragsärztlicher Versorgung zusammenschließen. Die Vertragsärztinnen und -ärzte einer BAG, die unterschiedlichen Fachrichtungen angehören können, werden abrechnungstechnisch von den KV’en als eine wirtschaftliche und organisatorische Einheit betrachtet. Unternehmerische Risiken werden geteilt und Investitionen gemeinsam getätigt. Die Mitglieder der BAG bleiben jedoch Inhaber ihrer Vertragssitze und Zulassung. Dieser Zusammenschluss ist genehmigungspflichtig und muss beim Zulassungsausschuss beantragt werden. BAG’s können örtlich und überörtlich angesiedelt sein. Bei überörtlichen BAG’s wird die ärztliche Tätigkeit nicht an einem gemeinsamen Standort, sondern an mehreren, räumlich getrennten Standorten ausgeführt. Auch hier gilt, dass die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt an ihrem/seinem Hauptstandort in der Woche mindestens 20 Stunden tätig ist.

Wie in Kapitel 3.3 beschrieben, behandeln Hausärztinnen und -ärzte auf dem Land pro Quartal durchschnittlich 193 Kinder und Jugendliche (Stand 2007). Insbesondere für größere Kinder und Jugendliche ist dies nach Ansicht pädiatrischer Expertinnen und Experten eine realistische Versorgungsoption. Daher ist eine strukturierte Kooperation zwischen Kinder- und

Jugendärztinnen und -ärzten und Hausärztinnen und -ärzten naheliegend und erforderlich. Es sind verschiedene Kooperationsoptionen denkbar:

- Ambulant oder stationär tätige Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte könnten in regelmäßigen Abständen (je nach Bedarf z.B. einmal pro Woche oder zweimal im Monat) eine Sprechstunde für Kinderheilkunde in den Räumen von Hausarztpraxen anbieten. Damit wird sichergestellt, dass Kinder und Jugendliche, die von der Hausärztin oder vom Hausarzt betreut werden, bei Bedarf regelmäßig von einem Pädiater oder einer Pädiaterin gesehen werden. Die Behandlung wird eng zwischen Hausärztin/-arzt und Pädiater/in abgestimmt.
- Ist die Hausärztin oder der Hausarzt die erste Anlaufstelle für kranke Kinder und Jugendliche, wäre ein standardisiertes Triage-System für die Ersteinschätzung des Patienten eine Entscheidungshilfe für die Weiterbehandlung. Auf der Basis einer Triage kann die Dringlichkeit einer Behandlung eingeschätzt werden und kann beurteilt werden, ob die Hausärztin oder der Hausarzt die Behandlung durchführen kann oder ob ein Kind zu einer pädiatrischen Fachärztin/einem pädiatrischen Facharzt oder in ein Krankenhaus mit Fachabteilung für Pädiatrie geschickt werden soll.
- Generell sollte der Hausärztin oder dem Hausarzt bei der Betreuung von Kindern und Jugendlichen eine Konsilmöglichkeit mit einer pädiatrischen Fachärztin oder einem Facharzt zur Verfügung stehen. Dies lässt sich gut mit Hilfe von Telemedizin einrichten. Eine telemedizinische Verbindung kann sowohl zu einer kooperierenden pädiatrischen Praxis als auch zu einem Krankenhaus aufgebaut werden. Eine Videokonsultation ermöglicht eine direkte Unterstützung der Hausärztin/des Hausarztes durch eine Pädiaterin oder einen Pädiater bei der Diagnostik und Behandlung.

Kooperationen von Hausärztinnen und -ärzten mit anderen Fachärztinnen und -ärzten (z.B. HNO-Ärztinnen und -ärzten), auch intersektoral und mit anderen Berufsgruppen wie Hebammen, Pflegedienste, Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Ergotherapeutinnen und -therapeuten oder Logopädinnen und Logopäden können sehr sinnvoll sein. Für bestimmte spezialisierte Leistungen im pädiatrischen Bereich können Konsultationen mit spezialisierten Expertinnen und Experten angeboten werden, bei größeren Entfernungen und in ländlichen Regionen, in denen nicht alle Leistungen vor Ort verfügbar sind, ist die Telemedizin eine sinnvolle Option.

In der Hausarztmedizin für Erwachsene hat sich in den letzten Jahren die Delegation von Leistungen an nicht-ärztliche Berufsgruppen etabliert [21], deren Angehörige dafür eine spezielle Zusatzqualifizierung durchlaufen [22, 23]. Eine zweckmäßige Verteilung von Aufgaben, Leistungen und Kompetenzen ist im laufenden Praxisbetrieb auch für die Versorgung im akuten kinder- und jugendmedizinischen Bereich denkbar, bspw. eine

Delegation von Tätigkeiten an Kinderkrankenschwestern oder Kinderkrankenpfleger bei Krankheiten wie grippalen Infekten oder bei kleinen Wundversorgungen (siehe Kapitel 4.6) Dazu muss festgelegt werden, welche Aufgaben der kinder- und jugendmedizinischen Versorgung an wen delegiert werden können. Entsprechende Qualifikationen müssen entwickelt und evaluiert werden [24- 26]. Zu diesem Thema wird in der zweiten Hälfte des Jahres 2016 in Mecklenburg- Vorpommern ein Projekt durchgeführt mit dem Ziel, fachliche und organisatorische Randbedingungen für die Delegation zu erörtern. Längerfristig bieten auch Substitutionsmodelle wie z.B. die verschiedenen Rollenmodelle des advanced practice nursing, zu denen es in Australien, Kanada, Finnland, Irland, dem Vereinigten Königreich und den USA eine Fülle von Erfahrungen gibt, innovative Optionen [27-29].

In einigen Regionen ist die Versorgung der Patientinnen und Patienten außerhalb der Praxis-Öffnungszeiten durch einen Bereitschaftsdienst der Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte nicht mehr gegeben und wird vom normalen KV-Notdienst abgedeckt. Eine Konsequenz ist, dass viele Fälle in den pädiatrischen Notaufnahmen der Krankenhäuser vorgestellt werden, die eigentlich in den niedergelassenen Bereich gehören würden. In speziellen Notfallpraxen, die sich in Räumlichkeiten von Krankenhäusern oder in unmittelbarer Nähe befinden und die es an einigen Stellen in Deutschland bereits gibt, können sowohl niedergelassene Pädiaterinnen und Pädiater als auch Krankenhausärztinnen und -ärzte Bereitschaftsdienste durchführen. Patientinnen und Patienten, die sich in der Notaufnahme vorstellen, können direkt in die Notdienstpraxis verwiesen werden. Die Praxen können synergetisch die Diagnoseeinrichtungen des Krankenhauses nutzen.
Die Weiterbildung von Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten im ambulanten Bereich muss attraktiver gestaltet werden. In Mecklenburg-Vorpommern wird bspw. künftig die ambulante Weiterbildung zur Kinder- und Jugendärztin oder zum Kinder- und Jugendarzt durch die KV Mecklenburg-Vorpommern und AOK Nordost durch einen Zuschuss zu den Gehaltskosten in Höhe von monatlich 3.500 € für einen Zeitraum von bis zu 12 Monaten gefördert. Niedergelassene Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte erhalten damit einen Anreiz, Weiterbildungsassistentinnen und -assistenten anzustellen und ambulant weiterzubilden. Die KV Mecklenburg-Vorpommern erhofft sich dadurch eine Verbesserung der Situation beim kinder- und jugendärztlichen Nachwuchs.

7.4.2 Kinder und Jugendliche mit chronischen und seltenen Erkrankungen

Kinder und Jugendliche mit chronischen und seltenen Erkrankungen bedürfen einer fachärztlichen und in einigen Fällen auch der subspezialisierten Behandlung. Die Sicherstellung der Versorgung dieser Patientinnen und Patienten kann durch intersektorale Kooperation und Vernetzung der Akteure untereinander verbessert werden. Sind zu wenig Spezialisten in einer Region niedergelassen, können ermächtigte Ärztinnen und Ärzte nach § 116 SGB V die Versorgung durch ambulante spezialfachärztliche Sprechstunden an

Krankenhäusern oder in MVZ‘s übernehmen. MVZ’s können nach inzwischen geltendem Recht von zugelassenen Ärzten, von zugelassenen Krankenhäusern, von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Abs. 3 SGB V, von gemeinnützigen Trägern, die aufgrund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, oder von Kommunen gegründet werden (§ 95 Abs. 1 S. 1 SGB V). Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung kann auch durch MVZ’s und ermächtigte Ärztinnen und Ärzte sowie ermächtigte Einrichtungen erbracht werden.

Der Krankenhaussektor hat nach SGB V viele Möglichkeiten, Pädiater und ihre Patientinnen und Patienten mit chronischen und seltenen Krankheiten im ambulanten Bereich zu unterstützen. Dazu zählen neben den unter Kapitel 6.1 genannten besonders

- die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116 b SGB V,
- die Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V,
- die Sozialpädiatrischen Zentren nach § 119 SGB V.

Der Gesetzgeber sieht in § 120 Abs. 1a SGB V explizit fall- und einrichtungsbezogene Pauschalen für Leistungen vor, die ambulant an kinder- und jugendmedizinischen, kinderchirurgischen, kinderorthopädischen sowie pädaudiologischen und kinderradiologischen Fachabteilungen erbracht werden.

Eine Kooperation mit Hausärztinnen und -ärzten bietet sich bei der Behandlung von Jugendlichen mit chronischen oder seltenen Erkrankungen insbesondere für die Transition in den Erwachsenenbereich an. Transition erfordert eine geplante und zielgerichtete Überführung des Jugendlichen in die Erwachsenenmedizin und benötigt Vorbereitung, Durchführung und Abschluss mit dem Jugendlichen selbst und allen Beteiligten seiner primären medizinischen Versorgung [30]. Pädiater, Hausärztinnen und Hausärzte sowie die übernehmenden Spezialistinnen und Spezialisten sollten daher auch gemeinsam Transitionspläne erarbeiten und bei der Umsetzung der Inhalte beobachten. Auch hier können telemedizinische Methoden, wie sie im Folgenden beschrieben werden, helfen.

Gerade bei Kindern und Jugendlichen mit chronischen und seltenen Erkrankungen kann Telemedizin die Versorgung unterstützen und ergänzen und verbessern [31]. Der behandelnde Pädiater kann sich über ein telemedizinisches Konsil Rat bei der Spezialistin oder beim Spezialisten holen. Ein Beispiel für ein solches telemedizinisches Netzwerk ist das Projekt PädExpert®, das die wohnortnahe ambulante Kinder- und Jugendmedizin durch Expertenkonsile insbesondere für chronisch kranke Kinder und Jugendliche und bei seltenen Erkrankungen verbessern soll [32].
Zur Verbesserung der Versorgung durch Telemedizin gehört auch der digitale Austausch von Befunden, von Fotos oder auch Filmen zwischen den ärztlichen Kolleginnen und Kollegen. Durch das neue eHealth-Gesetz ist mittelfristig auch die Vorstellung des erkrankten Kindes/Jugendlichen bei gegebenen technischen Voraussetzungen via Videokonsultation

beim Spezialisten eine abrechenbare Leistung. Telemedizinische Netzwerke können in geeigneten Fällen lange Anfahrtswege und Wartezeiten vermeiden. Gleichzeitig erhält der wohnortnahe Pädiater einen Kompetenzgewinn durch die niedrigschwellige Einbeziehung von Spezialisten [33].

Neben telemedizinischen Konsilen ist auch das telemedizinische Monitoring eine Option für chronisch erkrankte Patientinnen und Patienten, insbesondere in peripheren Regionen. Beim telemedizinischen Monitoring werden regelmäßig Messwerte oder Informationen gesendet, z.B. Schmerzintensität, Bilder von Hautveränderungen (bei dermatologischen Erkrankungen) oder Peakflow-Messwerte bei Asthmapatienten [34]. Auf der Basis von definierten Algorithmen erhält die Ärztin oder der Arzt eine Information bei problematischen Werten und kann gezielt reagieren. Hier kann durch die Integration telemedizinischer Funktionalitäten die Versorgung der Patientinnen und Patienten verbessert werden – häufig bei gleichzeitiger Erhöhung der gesundheitsökonomischen Effizienz.

Eine weitere Option im Bereich Telemedizin ist die Anwendung von Webportalen. Hier können z.B. Module zur Patientenedukation und -information, aber auch (im geschützten Raum) Chat- und Skypemöglichkeiten zwischen Betroffenen bereitgestellt werden. Auch Patiententagebücher, Selbstmanagement- und Internetsprechstunden können über solche Portale einen positiven Einfluss auf die Selbstwirksamkeit von Patientinnen und Patienten haben und Funktionalitäten zur Verfügung stellen, die es nicht in allen Regionen vor Ort gibt.

Auch bei chronischen und seltenen Erkrankungen kann Delegation die Versorgung unterstützen. Hier gilt das Gleiche wie im Kapitel 6.1 beschrieben: Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte können Aufgaben an speziell geschulte Angehörige nichtärztlicher Berufsgruppen der kinder- und jugendärztlichen Praxis delegieren, z.B. die Durchführung von Hausbesuche und Beratungen. Eine wichtige Aufgabe, die in der kinder- und jugendärztlichen Praxis anfällt und für die sich die Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte in erster Linie verantwortlich fühlen, ist das Case-Management, das in vielen Fällen auch an qualifizierte Fachkräfte delegiert werden kann.

7.4.3 Neue Morbidität

Epidemiologen beobachten in den letzten Jahrzehnten eine Verschiebung des Krankheitsspektrums von akuten zu chronischen und von somatischen zu psychischen Gesundheitsstörungen. Diese Entwicklung wird unter dem Stichwort „neue Morbidität“ diskutiert und betrifft auch Kinder und Jugendliche [35]. Schlack definiert folgende Probleme als dazugehörig [36]:

- emotionale Störungen, Verhaltensprobleme (insbesondere ADHS), Störungen des Sozialverhaltens,
- funktionelle Störungen (umschriebene, kombinierte oder globale

Entwicklungsstörungen der Sprache, der Kognition und der Motorik,verhaltensabhängige körperliche Störungen, insbesondere Adipositas und Essstörungen,

- Substanzmissbrauch und Sucht (insbesondere Alkohol und illegale Drogen).

Daten aus dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS) zeigen einen sehr hohen sozialen Gradienten [35] und es wird erwartet, dass diese Störungsbilder weiter zunehmen werden [36]. Um die Versorgung im wachsenden Aufgabenfeld der neuen Morbidität sicherzustellen, werden verschiedene Kooperationsmodelle vorgeschlagen.

Wichtige Ansprechpartner für die Diagnostik und Behandlung sind die spezialisierten Pädiaterinnen und Pädiater, Psychologinnen/Psychologen und Kinder- und Jugendpsychiaterinnen/-psychiater in den SPZs.

Besonders effektiv wäre die gemeinsame Organisation von Kinder- und Jugendärztinnen/-ärzten, Kinder- und Jugendpsychiaterinnen/-psychiatern und Psychologinnen/Psychologen, aber auch weiteren Gesundheitsberufen (Hebammen, Ergo- und Physiotherapeutinnen/-therapeuten, Logopädinnen/Logopäden, Kinderpflegekräfte) in BAG's oder MVZ's. Hier hatte der Sachverständigenrat in seinem Gutachten im Jahr 2014 das Konzept lokaler Gesundheitszentren vorgeschlagen, die im Rahmen multiprofessioneller Primärversorgungsteams neue arztentlastende Arbeitsteilungen erreichen können und damit wahrscheinlich zu einer deutlichen Reduktion unnötiger Arzt-Patienten-Kontakte führen würden [37]. Zu diesem Konzept gehört auch die Kooperation mit den Krankenhäusern und weiteren Leistungserbringern der Region.

Für Beratungsleistungen bis hin zum Case-Management ist insbesondere in interdisziplinären Versorgungsteams die Delegation ärztlicher Leistungen an qualifizierte Fachkräfte eine vielversprechende Option.

Da die für die Behandlung erforderlichen Berufsgruppen jedoch nicht immer wohnortnah verfügbar sind, bietet sich hier die Einbindung sowohl telemedizinischer Konsile als auch modularer Webportale, wie in Abschnitt 6.2 beschrieben, an.

Besonders wichtig scheint zusätzlich aufgrund des sozialen Gradienten und des besonderen Potentials für die Reduzierung des Krankheitsrisikos die Optimierung der Netzwerk-Arbeit mit Kindertagesstätten, Schulen und dem ÖGD im Bereich der Prävention (siehe Kapitel 8).

7.5 Kommunikation und Dokumentation

In Kapitel 6 wurden Versorgungsoptionen beschrieben, die gemeinsam haben, dass mehr berufs- und sektorübergreifend in Teams und nicht immer direkt vor Ort gearbeitet wird. Dies bedeutet, dass die Dokumentation von Leistungen und der Austausch von Informationen und Unterlagen eine zunehmend große Bedeutung haben wird: Alle Akteure, die an der Behandlung der Kinder- und Jugendlichen beteiligt sind, müssen zeitnah Zugang zur gesamten Dokumentation mindestens der Patientin oder des Patienten haben. Wichtig ist,

dass der Zugang so weit wie möglich in die Praxis- und Krankenhausinformationssysteme integriert ist. Eine sinnvolle Option ist hier die Einrichtung von regionalen Fall- bzw. Patientenakten mit definierten Rechte- und Rollenkonzepten.

Im eHealth-Gesetz wurde festgelegt, dass ab Mitte 2018 elektronische Patientenakten etabliert sein sollen. Diese pönalisierte Regelung wird die Möglichkeiten verbessern, Patientenakten regional zu integrieren. Ebenfalls im eHealth-Gesetz steht, dass ab Ende 2018 Patientenfächer eingerichtet werden sollen. Patientenfächer sind eine Art elektronische Patientenakten, die aber durch den Patienten selbst geführt werden. Patientinnen und Patienten können hier z.B. selbst erhobene Messwerte speichern oder Tagebücher (z.B. zu Schmerzen oder Medikationsnebenwirkungen) führen. Mit Zustimmung der Patientin bzw. des Patienten können diese Daten auch durch Behandler für Diagnostik und Therapie genutzt werden. Eine Schnittstelle zwischen den elektronischen Patientenakten und –fächern wäre deshalb sinnvoll und sollte angestrebt werden. Auch hier ist ein definiertes Rechte- und Rollenkonzept für den Zugriff auf die Daten eine zwingende Voraussetzung.

Im medizinischen Bereich sollten alle internetbasierten Kommunikationswege selbstverständlich die aktuellen Standards für den Datenschutz und die BSI-Standards für Datensicherheit erfüllen.

Videokonferenzen und Videokonsultationen können in vielen Fällen hilfreich zur Unterstützung der Versorgung sein. Wichtig ist, dass die Kommunikationsverbindungen eine angemessene Audio- und Videoqualität haben und nach den aktuellen Standards geschützt sind. Flächendeckende Breitbandverbindungen auch in ländlichen Regionen sind eine Voraussetzung, die dringend politisch durchgesetzt werden muss.

7.6 Prävention

Prävention spielt in der Pädiatrie zweifellos eine entscheidende Rolle. Soziale Aspekte haben einen großen Einfluss auf die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen und gleichzeitig auch auf den Zugang zu Versorgungsleistungen. Um Chancenungleichheiten in deprivierten Regionen zu verringern, müssen in den betroffenen Lebenswelten möglichst früh Konzepte greifen, die Lebensgewohnheiten positiv beeinflussen. Hier wird deutlich, dass besonders in der Pädiatrie medizinische Versorgungskonzepte alleine nicht ausreichend
sind. Im medizinischen Sinne meint Prävention Früherkennungs-, Impfungs- und Beratungsleistungen. Hiervon sind alle Kinder und Jugendlichen betroffen, obwohl sie in der Regel gesund sind. Hier können Themen wie Delegation und an dafür geeigneten Stellen auch Substitution besonders gut greifen.

Ebenso wichtig wie das medizinische Verständnis ist der edukative oder soziale Aspekt, mit dem Krankheiten verhindert werden können. Dazu gehören besonders die sogenannten neuen Morbiditäten, die in vielen Fällen einen soziogenen Hintergrund haben. Um hier

effektive Ergebnisse zu erreichen, müssen Netzwerke gebildet werden, in die SGB V-relevante und SGB-übergreifende Berufsgruppen wie Erziehungskräfte, Eltern, Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter und Anbieter für Freizeitaktivitäten mit einbezogen werden. Ein Beispiel für die regionale Netzwerkarbeit, die auf den Sozialraum Bezug nimmt, ist das Konzept „Familienzentrum“, wie es in Nordrhein-Westfalen praktiziert wird. Ziel dieser Familienzentren sind niedrigschwellige Förder- und Unterstützungs-Angebote für Kinder, Jugendliche und Familien in unterschiedlichen Lebenslagen [38]. Für Kindertageseinrichtungen gibt es ein vorbereitetes Zertifizierungsverfahren, das bei erfolgreichem Abschluss zu finanzieller Unterstützung führt. Für eine Zertifizierung muss eine gewisse Anzahl von Kooperationsverträgen oder Vereinbarungen nachgewiesen werden, bspw. mit der örtlichen Erziehungsberatung, dem Kinderschutzbund oder einem runden Tisch Kindergesundheit.

Auch diesbezüglich bietet sich die regionale Zusammenarbeit mit Hausärztinnen und Hausärzten für Erwachsene an, da diese in der Regel die Eltern bezüglich gesundheitsrelevanter Fragen betreuen. Dort ist oft ein großes Vertrauen vorhanden, Hausärztinnen und -ärzte haben in der Regel ebenso wie die Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte eine hohe soziale Kompetenz und sehen Langzeit-Entwicklungen in den Familien. Aber auch die Implementation von Berufsausübungsgemeinschaften oder Gemeinschaftspraxen, in denen sich Erwachsenen-Hausärztinnen und -ärzte und Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte zusammenschließen, erscheint für den präventiven Bereich folgerichtig. Dies wäre auch eine gute Möglichkeit für benachteiligte Stadtregionen.

Die Einbeziehung des ÖGD ist wichtig. Dort gibt es Expertenwissen, dass für das Bemühen um eine gerechte Verteilung der Ressourcen eingesetzt werden kann. Die im ÖGD bestehende deutschlandweit uneinheitliche Struktur kann hier ein Beispiel sein, dass es nicht grundsätzlich problematisch sein muss, kleinräumig zu agieren. Da sich die Finanzierung aufgrund des ÖGD-Gesetzes für die Bundesländer und sogar für die Kommunen unterscheidet, kann dies beispielhaft sein für gut genutzte Regelungskompetenzen, die bei den Landesgesundheitsämtern liegen. Damit hätten Kommunen die Möglichkeit, bspw. sozialkompensatorische Ansätze zu implementieren, wenn diese auf der Prioritätenliste weit oben stehen.

7.7 Fazit

Die vorliegende versorgungsepidemiologische Analyse hat gezeigt, dass trotz einer nominellen Überversorgung in der Pädiatrie in vielen Regionen Deutschlands manifeste oder potentielle Lücken und strukturelle Probleme in der Versorgungslandschaft existieren. Im Umgang mit diesen Problemen stehen verschiedene konzeptionelle Möglichkeiten zur Verfügung. Größere Entfernungen zu Leistungserbringern müssen zukünftig voraussichtlich als Realität erkannt werden. Das erfordert einen optimierten Ressourceneinsatz innerhalb einer Facharztgruppe, die Erarbeitung arbeitsteiliger Konzepte zwischen

Gesundheitsberufen und/oder Sektoren (Kooperation, Delegation, Substitution) und den Einsatz neuer Versorgungsformen wie Telemedizin / eHealth.

Im nächsten Schritt sind Konzepte zu einer Anpassung der Bedarfsplanung in den entsprechenden Gremien zu kommunizieren. Innovative Versorgungskonzepte sollten in Modellprojekten in Kooperation mit den regionalen Akteuren implementiert und evaluiert werden. Sowohl medizinische als auch gesundheitsökonomische Endpunkte sowie patient-related outcomes (PROs, z.B. Lebensqualität, Selbstwirksamkeit, Akzeptanz, Elternzufriedenheit) müssen untersucht werden, bevor neue Modelle in die Regelversorgung überführt werden. Ein besonderes Augenmerk ist auf die Entwicklung von Qualitätskriterien für die pädiatrische Versorgung innerhalb innovativer Versorgungskonzepte zu legen, hier sind insbesondere die pädiatrischen Fachgesellschaften in der Pflicht.

Aktuelle politische und gesetzliche Entwicklungen (z.B. das eHealth-Gesetz) sollten seitens der Pädiatrie aufmerksam verfolgt werden, um Chancen zur Beteiligung bei der Operationalisierung der einzelnen Gesetzesinhalte zu nutzen.

Es lässt sich zusammenfassen, dass die aktuelle Situation in der Pädiatrie durch eine in den meisten Regionen noch ausreichende Versorgung gekennzeichnet ist. Aktuelle Entwicklungen erfordern es jedoch, zur Sicherstellung neue Wege zu gehen. In dem durch die Arbeitsgemeinschaften der Zukunftskommission der DAKJ angestoßenen Veränderungsprozess bieten die aktuellen Herausforderungen gute Chancen, die Versorgungstrukturen zu modernisieren und an die zukünftigen Bedarfe anzupassen.

Literaturquellen für Kapitel 7 dieses Sachberichtes

1. Kassenärztliche Bundesvereinigung *Die neue Bedarfsplanung Grundlagen, Instrumente und regionale Möglichkeiten*. 2013.
2. Czihal, T., M. Leibner, and D. Stillfried, *„Ärzte oberhalb der Sperrgrenze“ Regionalisierte Darstellung der möglichen Auswirkungen der sogenannten „Aufkaufregelung“ auf die vertragsärztliche Versorgung in Deutschland Update: Anhebung der Sperrgrenze auf 140 %*, in *Versorgungsatlas-Bericht Nr. 15/10*, http://www.versorgungsatlas.de/themen/versorgungsstrukturen/?tab=2&uid=56, Editor. 2015, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi): Berlin.
3. G-BA, *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärtzlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie)*. 2015: Bundesanzeiger BAnz AT 05.01.2016 B2 vom 5. Januar 2016.
4. Scheel, J., *Zukunftsszenarien der Kinder- und Jugendkliniken in Deutschland - Wie viele werden wie überleben?* 2015, freundlich zur Verfügung gestellte Präsentation: GKindD.
5. Bundesministerium, *Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung*. 2016: www. juris.de.
6. Kanders, J., *Kinder- und Jugendärzte im Strukturwandel: Es mangelt an alternativen Angeboten.* bvkj. Kinder- und Jugendarzt - Zeitschrift des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V., 2012. 43. Jg. (2012)(Nr. 8): p. 449/450.
7. Hofmeister, C., et al., *[Regional Deprivation in Germany: Nation-wide Analysis of its Association with Mortality Using the German Index of Multiple Deprivation (GIMD).].* Gesundheitswesen, 2015.
8. Kassenärztliche Bundesvereinigung, *Einwohner je Arzt (bedarfsplanungsgewichtet) nach Planungsregion, 2014*. 2014.
9. Mieg, H.A. and M. Näf, *Experteninterviews*. 2005, ETH Zürich: Institut für Mensch-Umwelt-Systeme (HES).
10. Bundesärztekammer, *Ärztestatistik 2015*, http://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/aerztestatistik-2015/, Editor. 2016, Bundesärztekammer: Online.
11. Kassenärztliche Bundesvereinigung, *Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister Bundesgebiet insgesamt*. 2014: KBV.
12. Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung, *Alle Diagramme und Tabellen (Ärztestatistik 2014)*, <Stat14AbbTab.pdf>, Editor. 2015, Bundesärztekammer: http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Stat14AbbTab.pdf.
13. Sonderdruck, *PädNetzS Info: Ambulante ärztliche Bedarfsplanung: Das Ende des Mythos "Überversorgung" - Warum eine gute medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen fahrlässig aufs Spiel setzen?* Sonderdruck 2014.
14. Weigel, M., et al., *Impact of physicians' attitude to vaccination on local vaccination coverage for pertussis and measles in Germany.* Eur J Public Health, 2014. **24**(6): p. 1009-16.
15. Kopetsch, T. and W. Maier, *Analyse des Zusammenhangs zwischen regionaler Deprivation und Inanspruchnahme – Ein Diskussionsbeitrag zur Ermittlung des Arztbedarfes in Deutschland.* Gesundheitswesen, 2016.
16. Maier, W., J. Fairburn, and A. Mielck, *[Regional deprivation and mortality in Bavaria. Development of a community-based index of multiple deprivation].* Gesundheitswesen, 2012. **74**(7): p. 416-25.
17. Jansen, T., *Arbeitskalkulation*. 2016: Stuttgart. p. unveröffentlicht und freundlich zur Verfügung gestellt.
18. Kassenärztliche Bundesvereinigung, *Beschlüsse der Landesausschüsse nach Planungsregionen, 2014*. 2014.
19. Klauber, J., et al., *Versorgungsreport 2015/2016 Schwerpunkt: Kinder und Jugendliche*. 2016, Stuttgart: Schattauer GmbH.

20. Kassenärztliche Bundesvereinigung, *Das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – Chancen durch Vielfalt*, 2007
21. Kahlbau-Kaak, G. and H. Klingbeil, *Untersuchung zur Akzeptanz neuer Wege der Sicherung der hausärztlichen Versorgung der Bevölkerung des Landes Brandenburg in strukturschwachen und ärztlich unterversorgten Regionen durch Hausärzte, Pflegeeinrichtungen, Sozialstationen und Beratungstellen im Vergleich mit der Landeshauptstadt Potsdam am Beispiel des AGnES-Konzeptes*. 2014. p. 1-202.
22. Rieser, S., *Bitte mehr von Eva, Verah, Agnes.* Dtsch Arztebl, 2013. **110**(45): p. C 1818-C 1819.
23. Hoffmann, W., N. van den Berg, and A. Dreier, *[Qualification concept for delegation of medical tasks to nonmedical professional groups. The "Greifswalder 3-level model"].* Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 2013. **56**(4): p. 555-61.
24. Dreier, A., et al., *Delegation und Substitution spezifischer medizinischer Tätigkeiten als künftiger Versorgungsansatz [Delegation and substitution of specific medical tasks as a future model of health care supply].* Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes, 2012. **106**(9): p. 656-662.
25. Dreier, A., et al., *Qualifications for nurses for the care of patients with dementia and support to their caregivers: A pilot evaluation of the dementia care management curriculum.* Nurse Educ Today, 2016. **36**: p. 310-7.
26. Rogalski, H., et al., *Community Medicine Nurse - Die Tele-Gesundheitsschwester.* Die Schwester Der Pfleger, 2008. 47(1): p. 70-73.
27. Weskam, A., *Advanced Nursing Practice, Pflegerische Expertise für eine leistungsfähige Gesundheitsversorgung*. 2013, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. - Bundesverband: Berlin.
28. Ullmann, P., et al., *Positionspapier Deutschland "Die kopernikanische Wende" Advanced Practice Nursing, Adcanced Nursing Practice, Advanced Practice Nurse*, in *Version 1.30*. 2011, Deutsches Netzwerk c/o H. Haynert Advanced Practice Nursing & Advanced Nursing Practice e.V.: Witten.
29. Delamaire, M. and G. Lafortune, *Nurses in Advanced Roles*. OECD Publishing.
30. Herrmann-Garitz, C., et al., *[Conception and Measurement of Health-related Transition Competence for Adolescents with Chronic Conditions - Development and Testing of a Self-Report Instrument].* Gesundheitswesen, 2015.
31. Putlitz, J., et al., *Telemedizin steigert die Qualität ... in der medizinischen Versorgung chronisch kranker Patienten*, in *Qualität in der Medizin dynamisch denken Versorgung-Forschung-Markt*, R. Kray, C. Koch, and P.T. Sawicki, Editors. 2013, Springer Gabler: Wiesbaden. p. 199-220.
32. Pädexpert, *https://www.paedexpert.de/startseite/*. 2015: online.
33. Liesenfeld, B., et al., *Telemedical care reduces hypoglycemias and improves glycemic control in children and adolescents with type 1 diabetes.* Diabetes Technol Ther, 2000. **2**(4): p. 561-7.
34. van den Berg, N., et al., *Telemedizinische Versorgungskonzepte in der regionalen Versorgung ländlicher Gebiete.* Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 2015: p. 367-373.
35. Schlack, R., B.M. Kurth, and H. Hölling, *Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Daten aus dem bundesweit repräsentativen Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS).* Umweltmedizin Forschung und Praxis, 2008. **13 (4)**.
36. Schlack, H.-G., *Sozialer Status, Gesundheit und Entwicklung von Kindern.* Kinderarztl Prax, 2013. **84**: p. 79-85.
37. Sachverständigenrat zur Begutachtung für die Entwicklung im Gesundheitswesen, *Bedarfsgerechte Versorgung − Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche.* 2014.
38. Ministerium für Familie Kinder Jugend Kultur und Sport des Landes Nordrhein-Westfalen, *Gütesiegel Familienzentrum*. 2009: Nordrhein-Westfalen.

Anhang zu Kapitel 7

zu Kapitel 7.1 (Einführung)

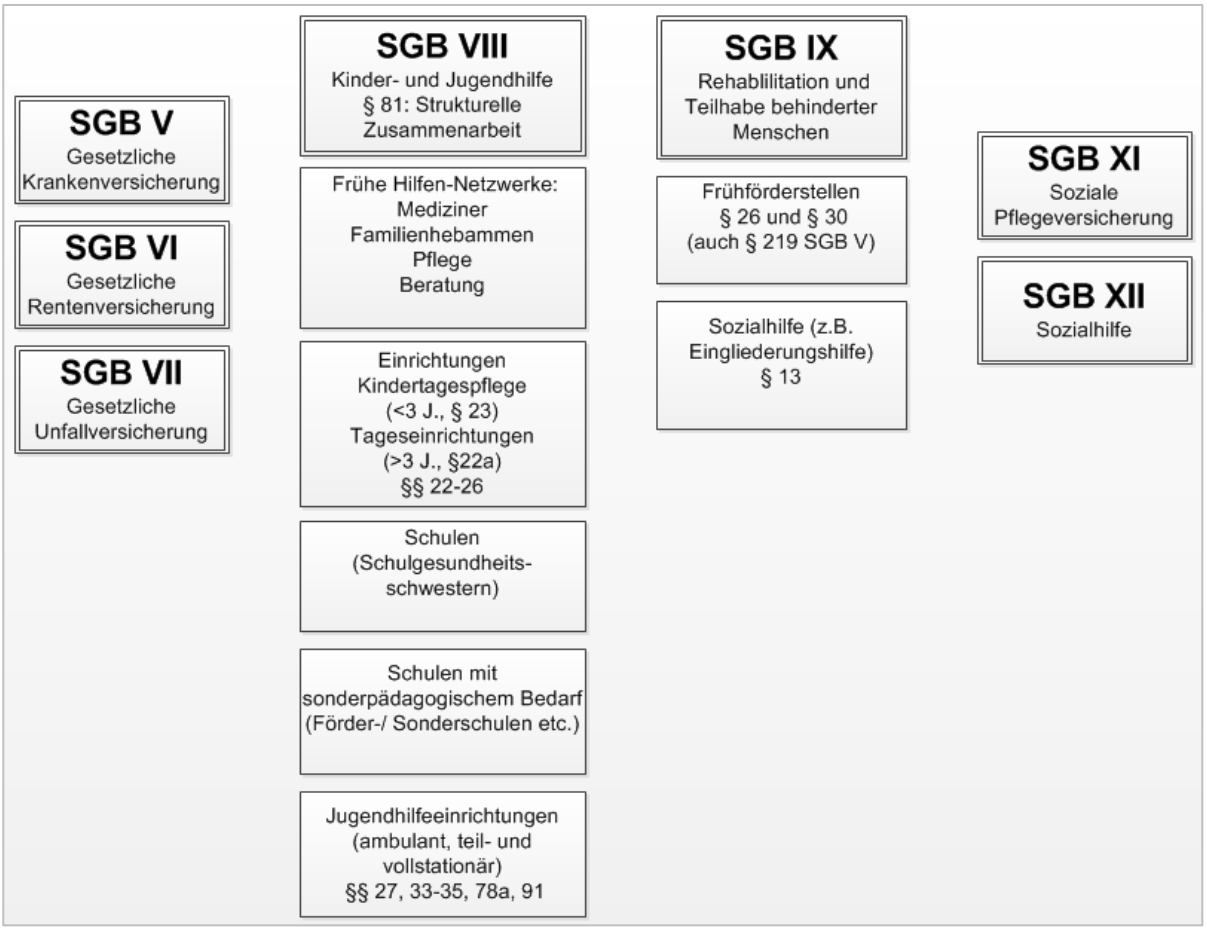


Abbildung 15: An der medizinischen Versorgung im weiteren Sinn beteiligte SGB, eigene Darstellung

Anhang zu Kapitel „Tätigkeitsbereiche etc.“

Tabelle 11: KJÄ in der vertragsärztlichen Versorgung (2014), Verteilungen nach 17 KV-Regionen (Stichtag 31.12.2014, Quelle: KBV-Tabelle I.1.1.8), dort ebenfalls Listung der 402 Stadt- und Landkreise

Regionsname	Frauenanteil (in %)	Anteil >65 Jahre (in %)	Durch-schnittsalter (Jahre)	Anteil Vertragsärzte (in %)	Anteil angestellte Ärzte (in %)
S-H	45,9	5,3	52,1	76,4	11,8
Hamburg	48,4	5,2	52,4	64,6	26,6
Bremen	50,5	1,1	52,0	78,0	2,2
N-Sachsen	47,7	5,7	52,1	65,9	15,7
Westf-Lippe	43,6	6,4	53,3	71,9	12,2
Nordrhein	48,3	4,5	52,1	76,0	13,8
Hessen	45,2	3,7	52,7	78,0	13,0
Rheinl-Pfalz	45,1	3,6	51,7	69,6	17,5
Bad-Württ	41,7	4,5	52,5	76,2	11,9
Bayern	46,6	3,6	52,0	75,8	12,9
Berlin	64,2	5,4	53,0	71,4	25,6
Saarland	40,0	5,3	51,9	69,5	12,6
M-V	76,3	3,8	53,7	67,5	12,5
Brandenburg	72,4	3,0	53,6	72,9	17,1
Sa-Anhalt	77,2	7,3	54,0	59,2	28,2
Thüringen	74,0	5,9	52,6	66,7	20,1
Sachsen	70,0	6,1	53,0	67,5	17,5

Anhang zu Kapitel „Anzahl behandelter Kinder“

Die Tabellen 12 – 16 stellen Ergebnisse des Impfsurvey des ICM aus dem Jahr 2007 vor. Die Zugehörigkeit einer Praxis zu Stadt- bzw. Land-Regionen ist definiert durch Selbstaussage der befragten Ärztinnen und Ärzte. Kinder sind definiert als < 18-Jährige.

Tabelle 12: Strukturdaten pädiatrischer Praxen nach Stadt-/Landregionen (bundesweit, Quelle: Impfsurvey des ICM, Stand 2007)

Variable	Praxis	n	Mean	SD	Min	Max	n Stadt und Land
behandelte Kinder (n = Anzahl)	Stadt	1,371	**1327**	674.40	30	7000	2097
	Land	726	**1356**	662.81	12	5000	
davon: geimpfte Kinder (in %)	Stadt	1,276	47,8	29.74	0	100	1965
	Land	689	49,4	29.17	0	100	
Durchschnittsalter (in Jahren)	Stadt	1,407	51,2	8.03	33	83	2151
	Land	744	51,2	8.16	31	84	
Anteil Privat-Patienten (in %)	Stadt	1370	13,6	14.09	0	100	2095
	Land	725	12	12.71	0	100	

Tabelle 13: Strukturdaten allgemeiner Hausarzt-Praxen nach Stadt-/Landregionen (bundesweit, Quelle: Impfsurvey des ICM,Stand 2007)

Variable	Praxis	n	Mean	SD	Min	Max	n Stadt und Land
behandelte Kinder (n = Anzahl)	Stadt	945	104	133.07	0	1500	1909
	Land	944	193	221.39	0	2500	
davon: geimpfte Kinder (in %)	Stadt	906	25,1	31.37	0	100	1854
	Land	926	34,0	32.81	0	100	
Durchschnittsalter (in Jahren)	Stadt	1019	51,2	8.16	31	86	2073
	Land	1024	51,5	8.28	29	83	
Anteil Privat-Patienten (in %)	Stadt	996	20,4	24.70	0	100	2025
	Land	1004	13,2	15.85	0	100	

Tabelle 14: Vergleich Kinder- und Jugendärztlicher Arztpraxen nach neuen und alten Bundesländern (Bl) und Stadt-Land (bundesweit, Quelle: Impfsurvey des ICM, Stand 2007)

Variable	Praxis		n	Mean	SD	Min	Max	St & L (n)
Behandelte Kinder (pro Quartal)	neue Bl	Stadt	330	1076	486.38	100	4000	445
		Land	115	992	351.52	80	2000	
	alte	Stadt	1,04	1407	705.61	30	7000	1652
		Land	611	1424	685.17	12	5000	
davon geimpfte Kinder (in %)	neue Bl	Stadt	307	40,4	24.63	2	100	421
		Land	114	43,5	24.39	5	100	
	alte	Stadt	969	50,1	30.83	0	100	1544
		Land	575	50,6	29.91	0	100	
Anteil an Privat-Patienten (in %)	neue Bl	Stadt	330	8,1	7.01	.2	70	444
		Land	114	5,8	5.15	1	30	
	alte	Stadt	1040	15,3	15.29	0	100	1651
		Land	611	13,1	13.36	1	100	
Alter des niedergel. Arztes (in Jahren)	neue Bl	Stadt	341	53,2	7.74	33	73	458
		Land	117	51,9	8.10	35	71	
	alte	Stadt	1066	50,5	8.01	34	83	1693
		Land	627	51,1	8.17	31	84	

Tabelle 15: Vergleich Allgemeiner Hausarzt-Praxen nach neuen und alten Bundesländern (Bl) und Stadt-Land (bundesweit, Quelle: Impfsurvey des ICM, Stand 2007)

Variable	Praxis		n	Mean	SD	Min	Max	St & L (n)
Behandelte Kinder (pro Quartal)	neue Bl	Stadt	191	69	87.69	0	600	362
		Land	171	137	159.09	1	1000	
	alte	Stadt	754	113	140.93	0	1500	1527
		Land	773	205	231.24	0	2500	
davon geimpfte Kinder (in %)	neue Bl	Stadt	179	27	31.72	0	100	345
		Land	166	35	33.36	0	100	
	alte	Stadt	727	24	31.29	0	100	1487
		Land	760	33	32.71	0	100	
Anteil an Privat-Patienten (in %)	neue Bl	Stadt	202	7,4	13.37	.2	100	480
		Land	178	5,0	8.05	.5	100	
	alte	Stadt	794	23,7	25.81	0	100	1620
		Land	826	14,9	16.55	0	100	
Alter des niedergel. Arztes (in Jahren)	neue Bl	Stadt	205	52,2	9.02	33	71	388
		Land	183	52,3	9.90	32	74	
	alte	Stadt	814	50,9	7.91	31	86	1655
		Land	841	51,3	7.88	29	83	

Tabelle 16: Vergleich Kinder- und Jugendärztlicher Arztpraxen nach KV-Lupenregionen (LR) (Quelle: Impfsurvey des ICM, Stand 2007)

Variable	LR	Praxis	n	Mean	SD	Min	Max
Behandelte Kinder (n = Anzahl)	Thür	Stadt	42	1208	572.11	400	3500
		Land	22	972	396.06	400	1800
	S-H	Stadt	40	1436	621,68	400	3000
		Land	21	1331	532,22	20	2000
	M-V	Stadt	86	1060	409.88	300	2300
		Land	3	983	284.31	750	1300
	Rh/ P	Stadt	32	1359	606.74	450	3100
		Land	44	1330	541.90	200	2800
	Saar	Stadt	13	1508	727.68	650	3500
	-	Land	12	1779	1128.44	650	4500
	HB	Stadt	23	1628	641.52	750	3000
		Land	0				
	HH	Stadt	36	1417	693.78	80	3000
		Land	0				
Anteil an Privat-Patienten (in %)	Thür	Stadt	41	5,7	4.91	1	30
		Land	23	5,8	4.10	1	20
	S-H	Stadt	39	11,9	10.53	0	69
		Land	21	18,2	27.36	3	100
	M-V	Stadt	85	13	6.53	1	30
		Land	4	5	1.63	3	7
	Rh/ P	Stadt	33	13,3	13.03	0	75
		Land	43	12,6	8.76	3	50
	Saar	Stadt	14	6,8	3.26	2	15
	-	Land	13	10,1	4.73	5	20
	HB	Stadt	24	7,2	5.17	1	20
		Land	0				
	HH	Stadt	38	15,2	20.75	2	99
		Land	0				
Alter des niedergelassenen Arztes (in Jahren)	Thür	Stadt	43	52,8	8.66	33	68
		Land	23	54,3	7.61	41	67
	S-H	Stadt	43	51,5	8.30	37	66
		Land	22	52,1	8.15	39	67
	M-V	Stadt	88	52,7	7.82	37	73
		Land	4	54,8	9.74	45	65
	Rh/ P	Stadt	32	50,2	8.58	34	65
		Land	45	51,1	8.04	31	65
	Saar	Stadt	14	52,2	8.02	37	65
	-	Land	13	48,4	6.36	39	62
	HB	Stadt	24	53	7.35	40	65
		Land	0				
	HH	Stadt	39	51,8	8.98	36	83
		Land	0				

Anhang zu Kapitel „Geografische Darstellung der Versorgungsprobleme“

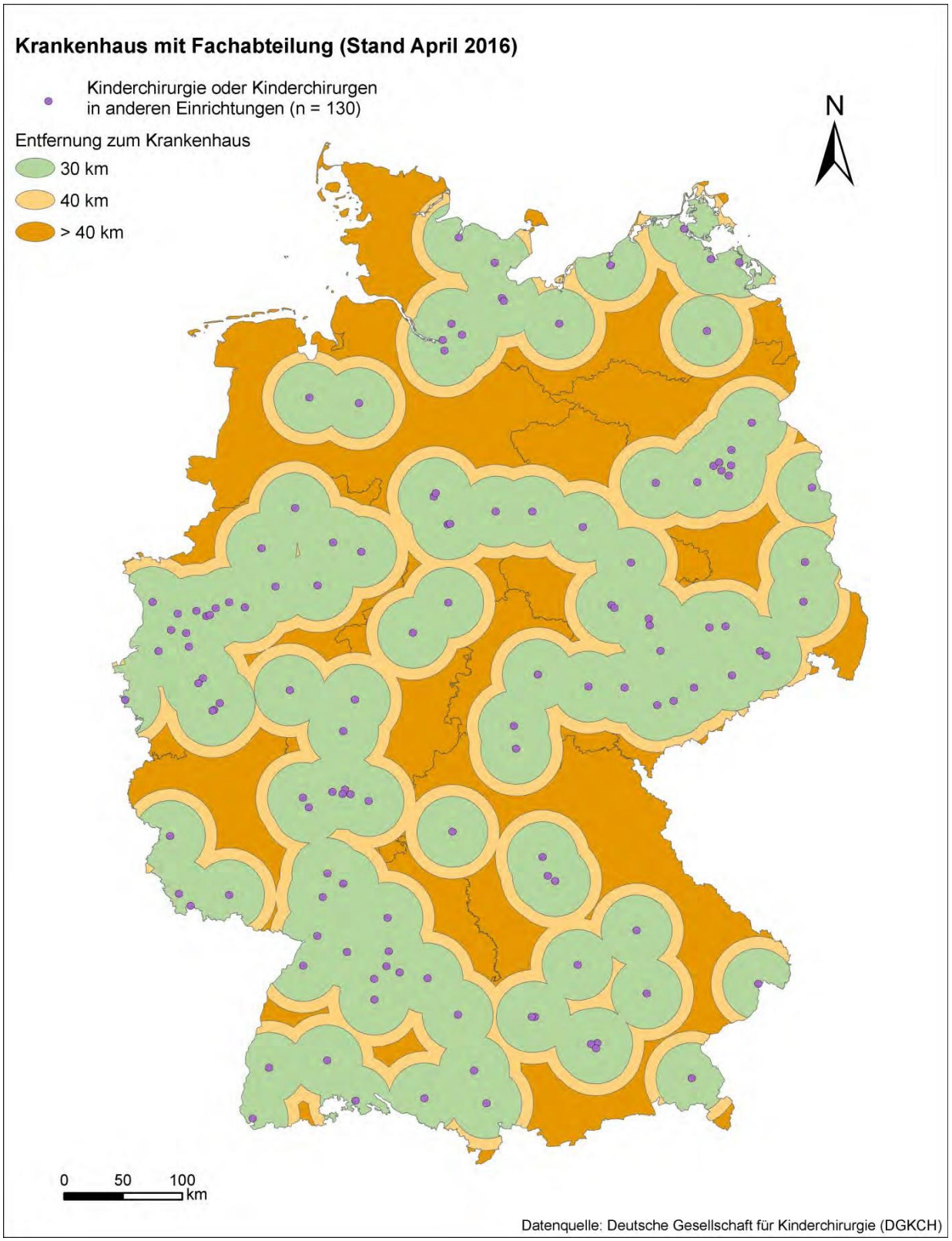


Abbildung 16: Stationäre Versorgung: Kinderchirurgische Einrichtungen (Kinderchirurgische Kliniken, Kinderchirurgen in chirurgischen oder pädiatrischen Abteilungen, Kliniken mit kinderchirurgischen Belegbetten) und Entfernungsbereiche

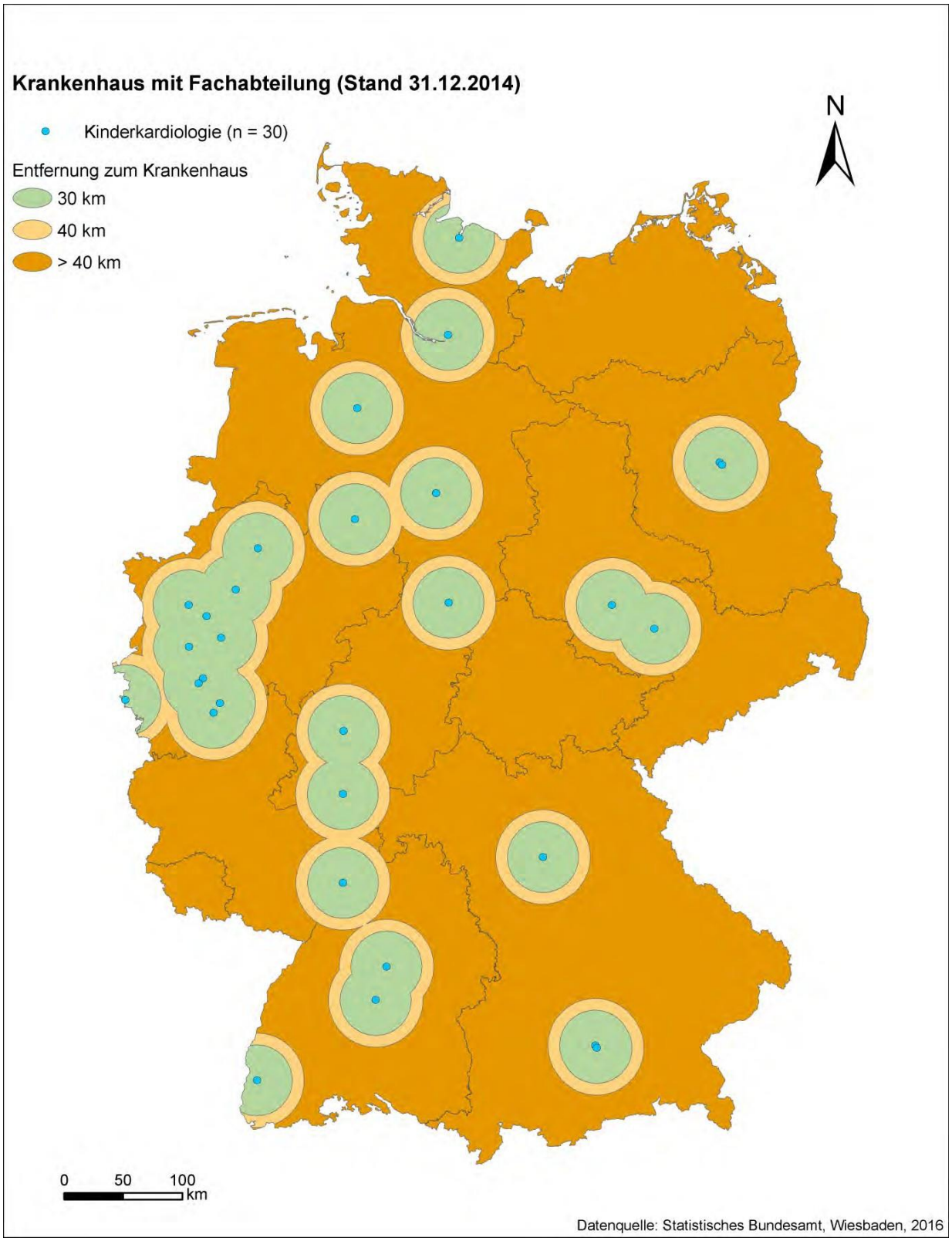


Abbildung 17: Stationäre Versorgung: Krankenhäuser mit Fachabteilung Kinderkardiologie und Entfernungsbereiche

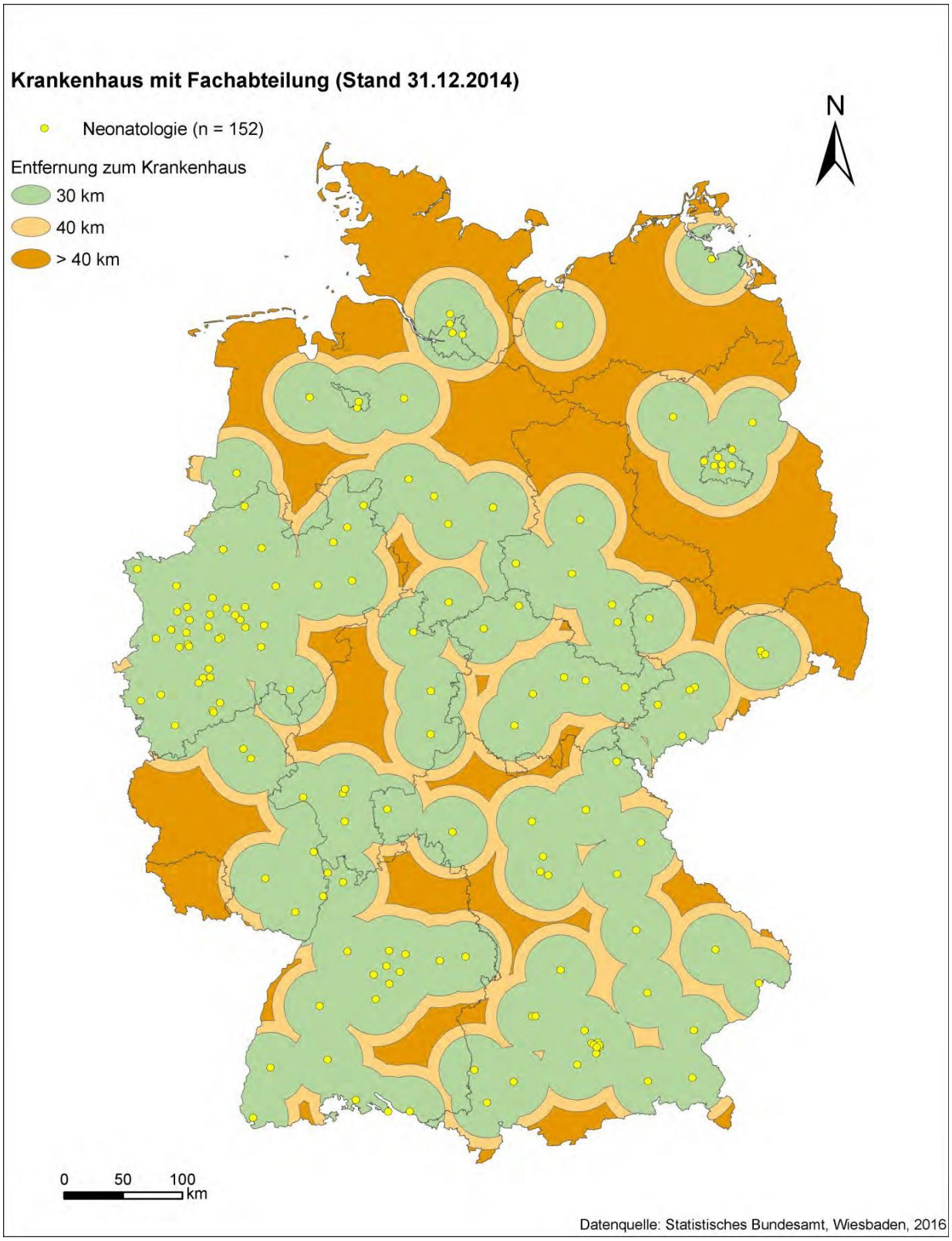


Abbildung 18: Stationäre Versorgung: Krankenhäuser mit Fachabteilung Neonatologie und Entfernungsbereiche

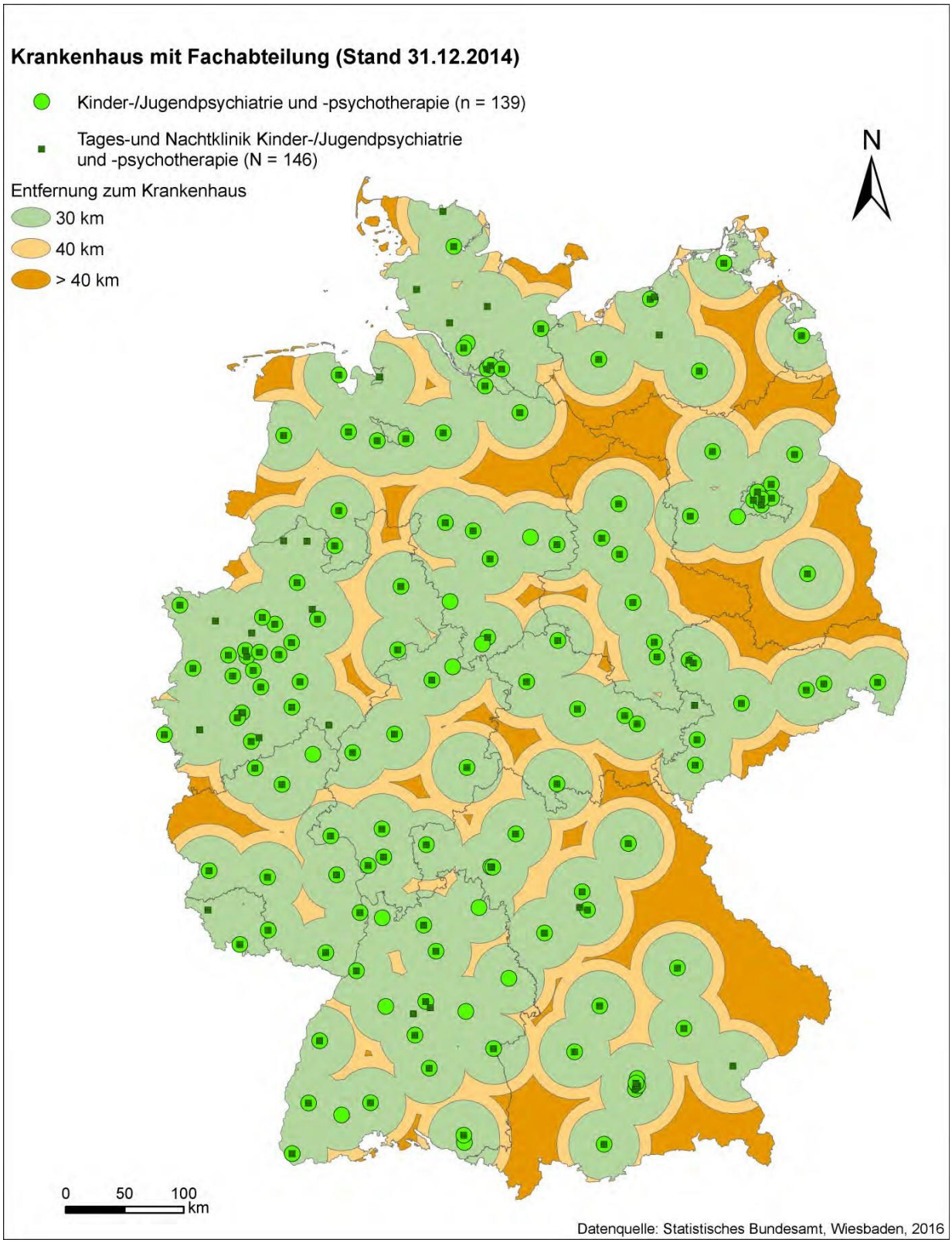


Abbildung 19: Stationäre und teilstationäre Versorgung: Krankenhäuser mit Fachabteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie und Tages- und Nachtkliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie und Entfernungsbereiche

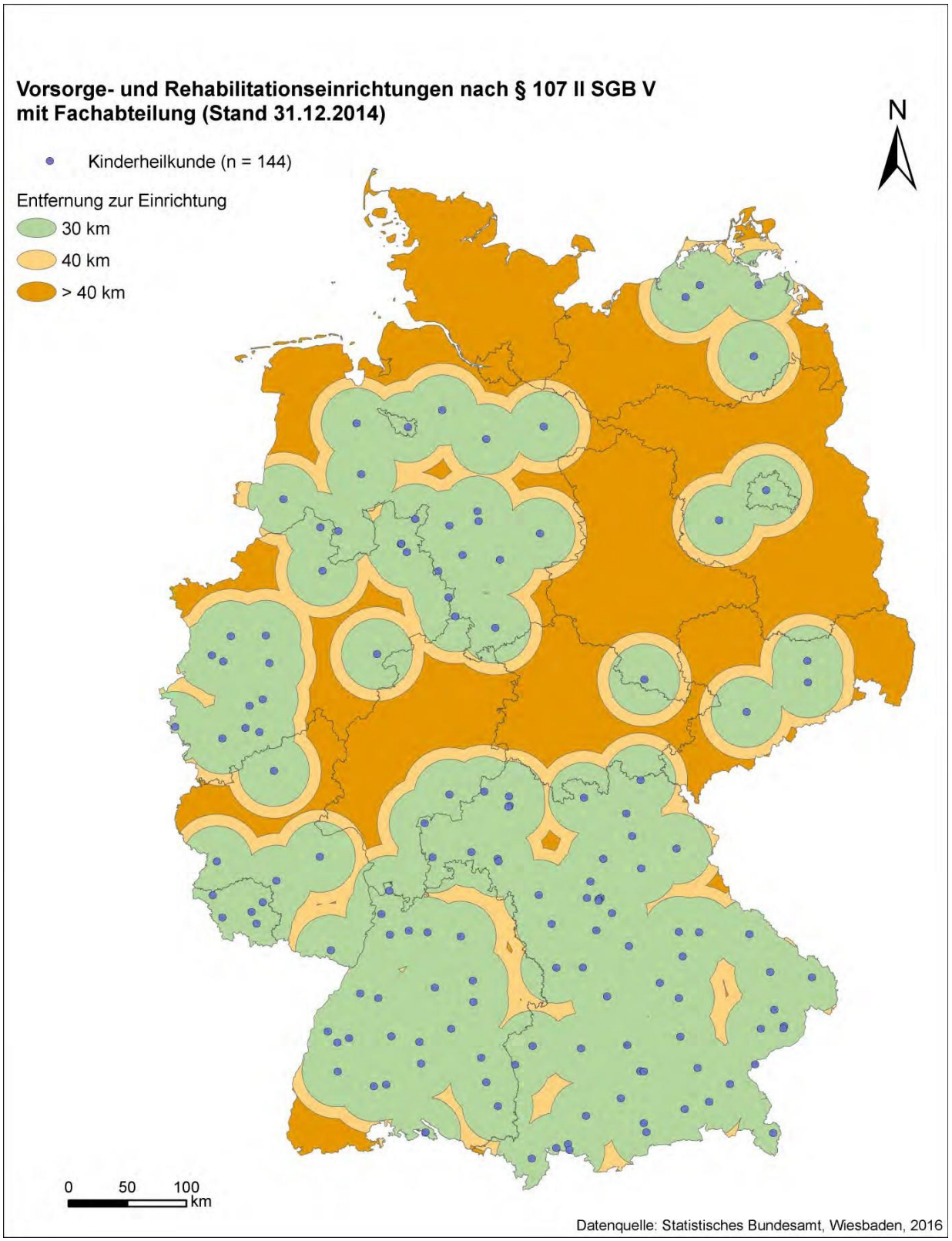


Abbildung 20: Stationäre Versorgung: Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen mit Fachabteilung Kinderheilkunde und Entfernungsbereiche

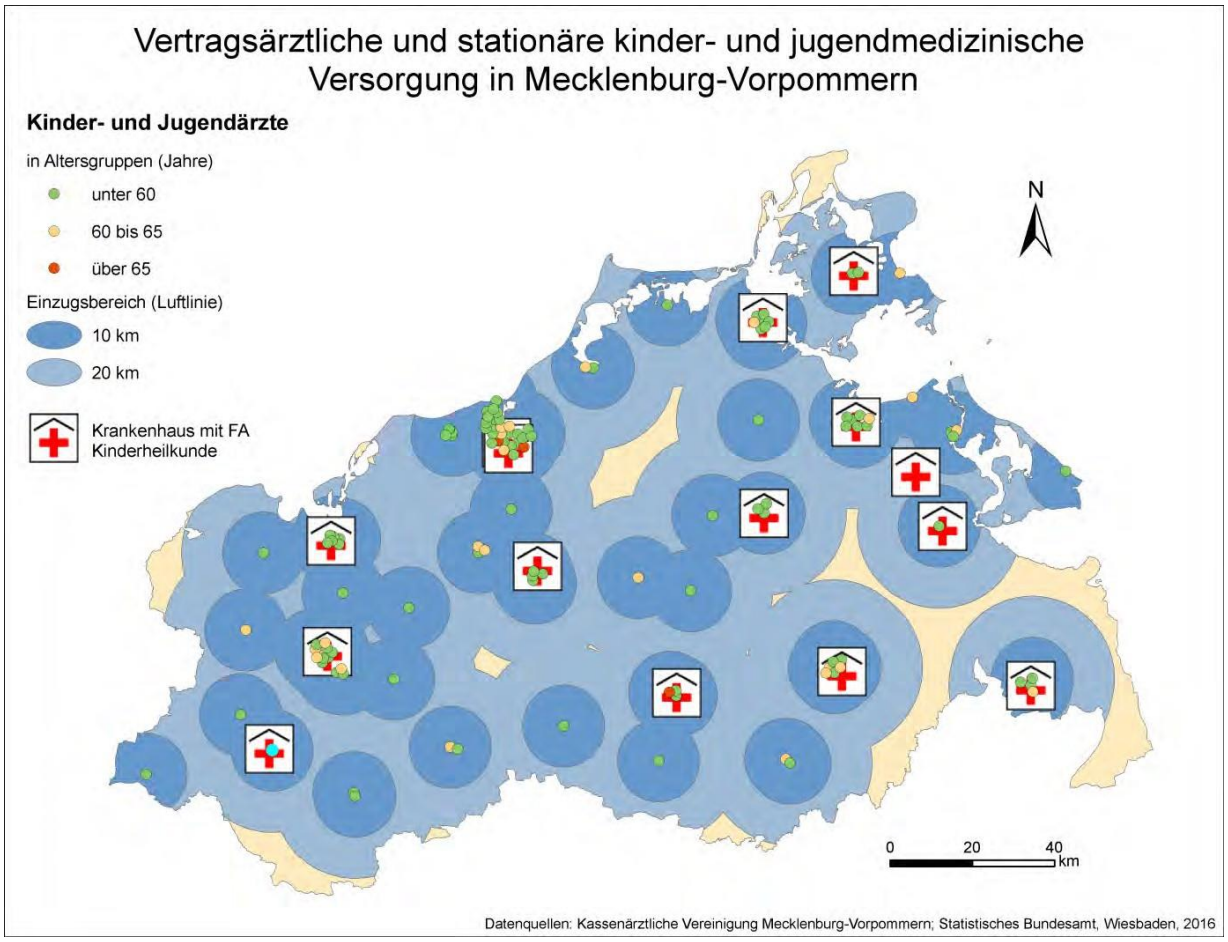


Abbildung 21: Vertragsärztliche und stationäre kinder- und jugendmedizinische Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern

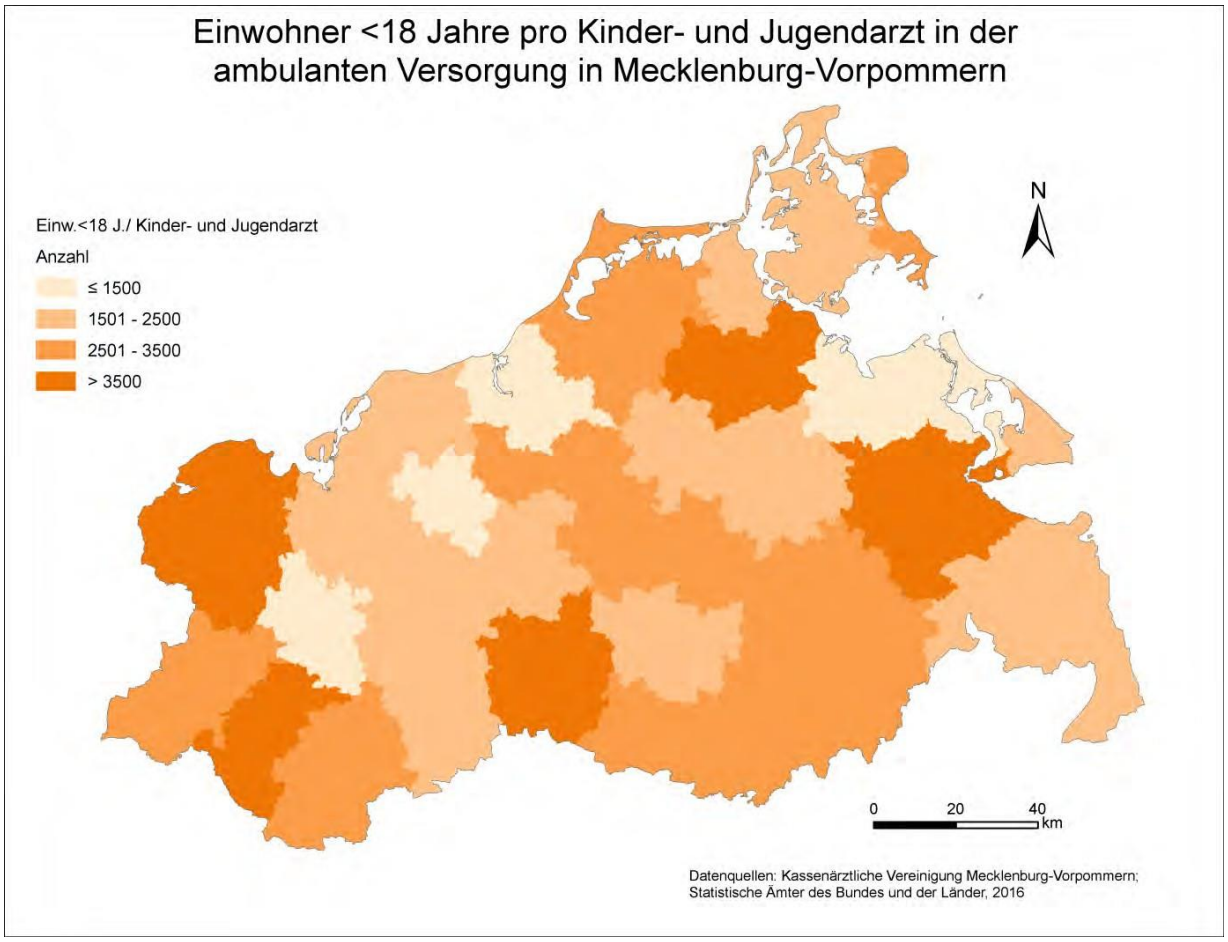


Abbildung 22: Einwohner <18 Jahre pro Kinder- und Jugendärztin/-arzt in der ambulanten Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern

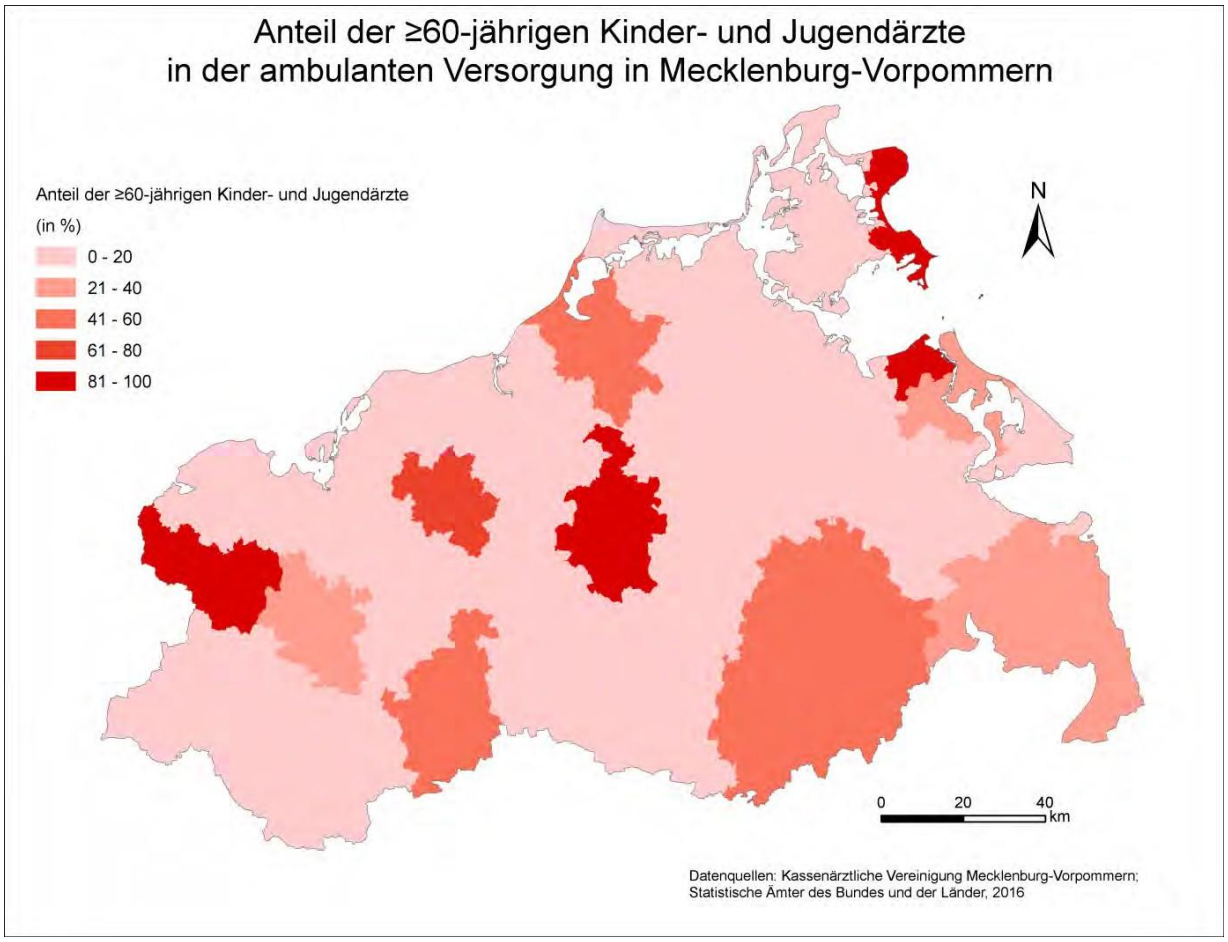


Abbildung 23: Anteil der ≥60-jährigen Kinder- und Jugendärztinnen/-ärzte in der ambulanten Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern

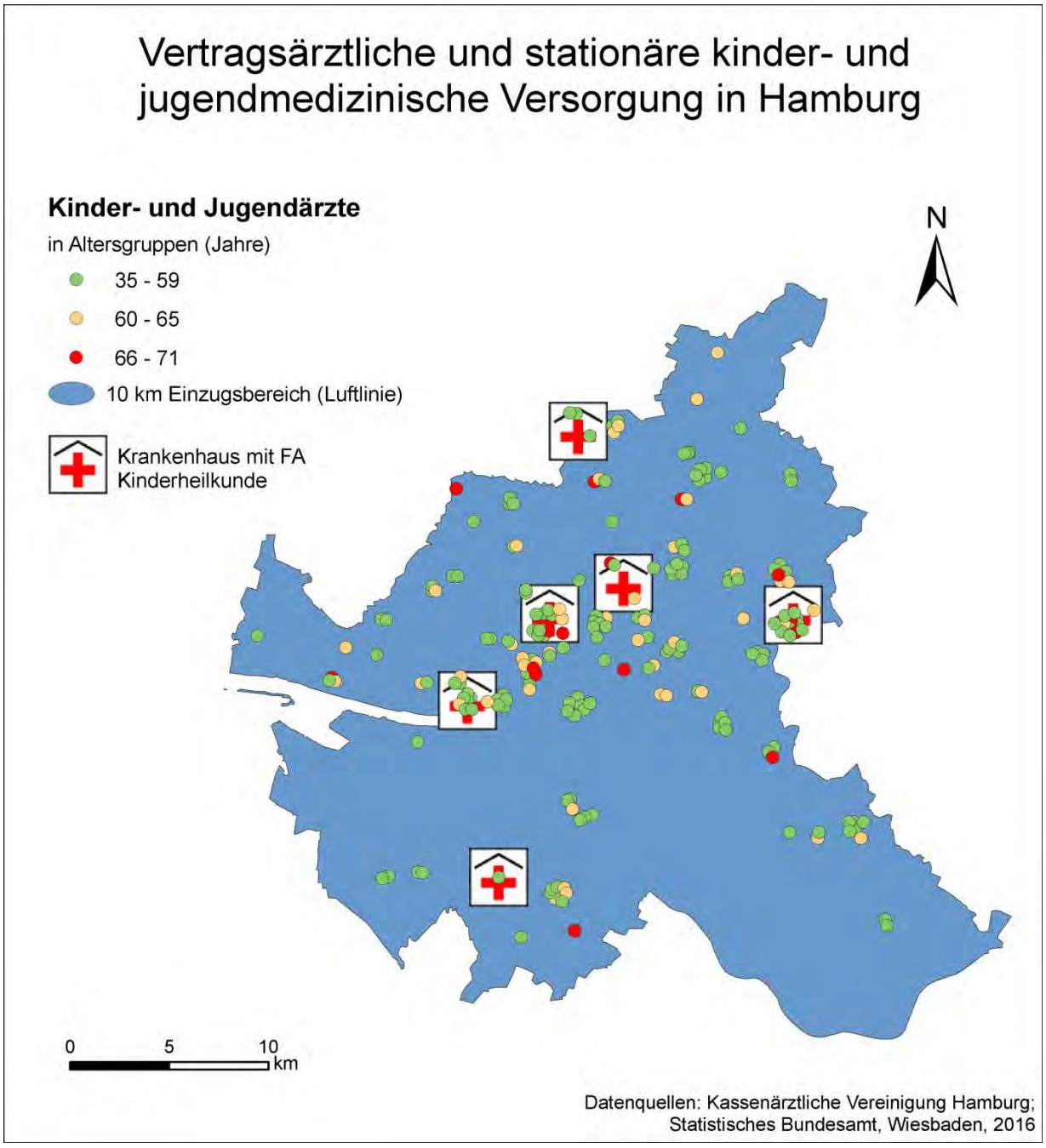


Abbildung 24: Vertragsärztliche und stationäre kinder- und jugendmedizinische Versorgung in Hamburg

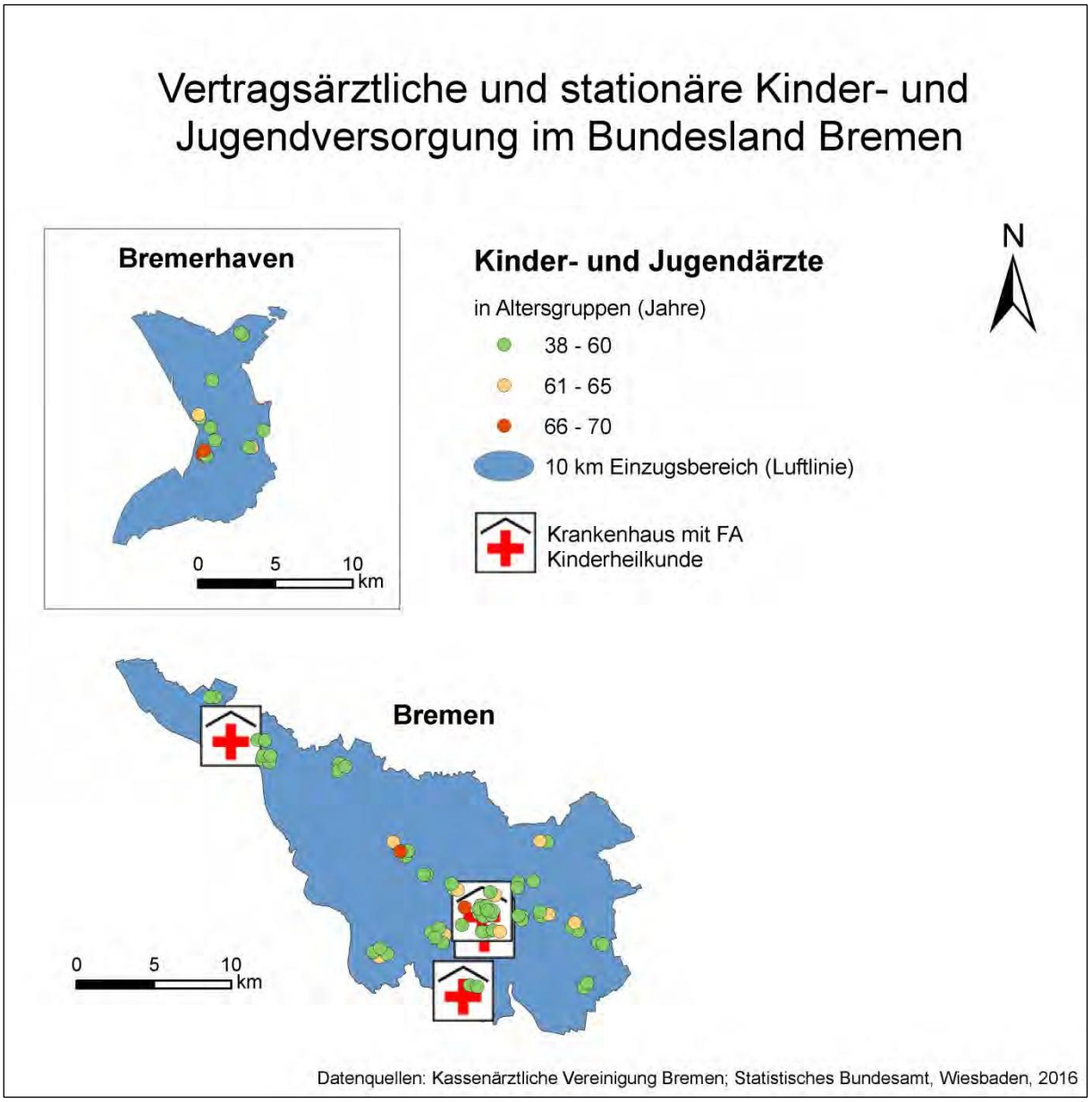


Abbildung 25: Vertragsärztliche und stationäre kinder- und jugendmedizinische Versorgung im Bundesland Bremen

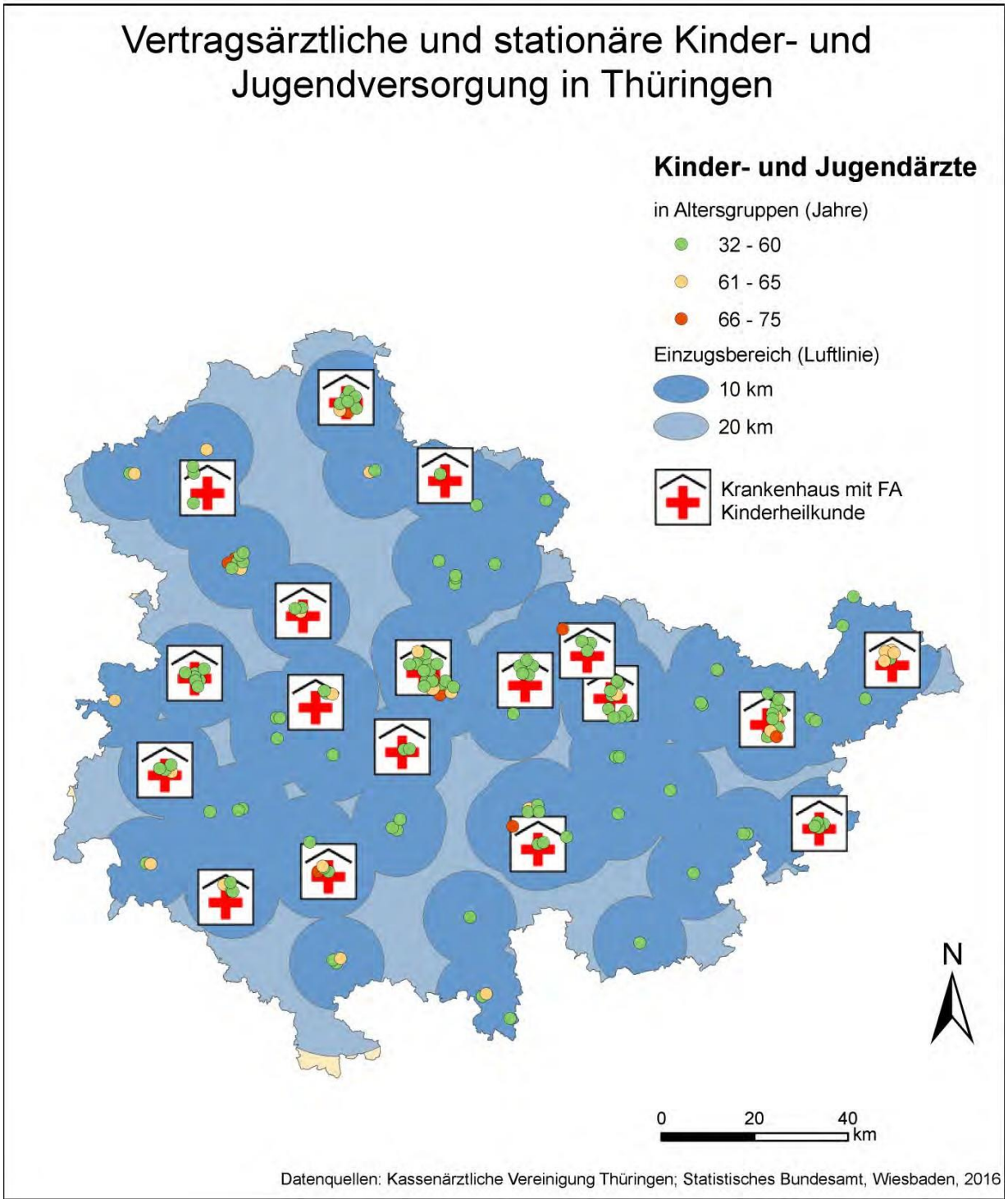


Abbildung 26: Vertragsärztliche und stationäre kinder- und jugendmedizinische Versorgung in Thüringen

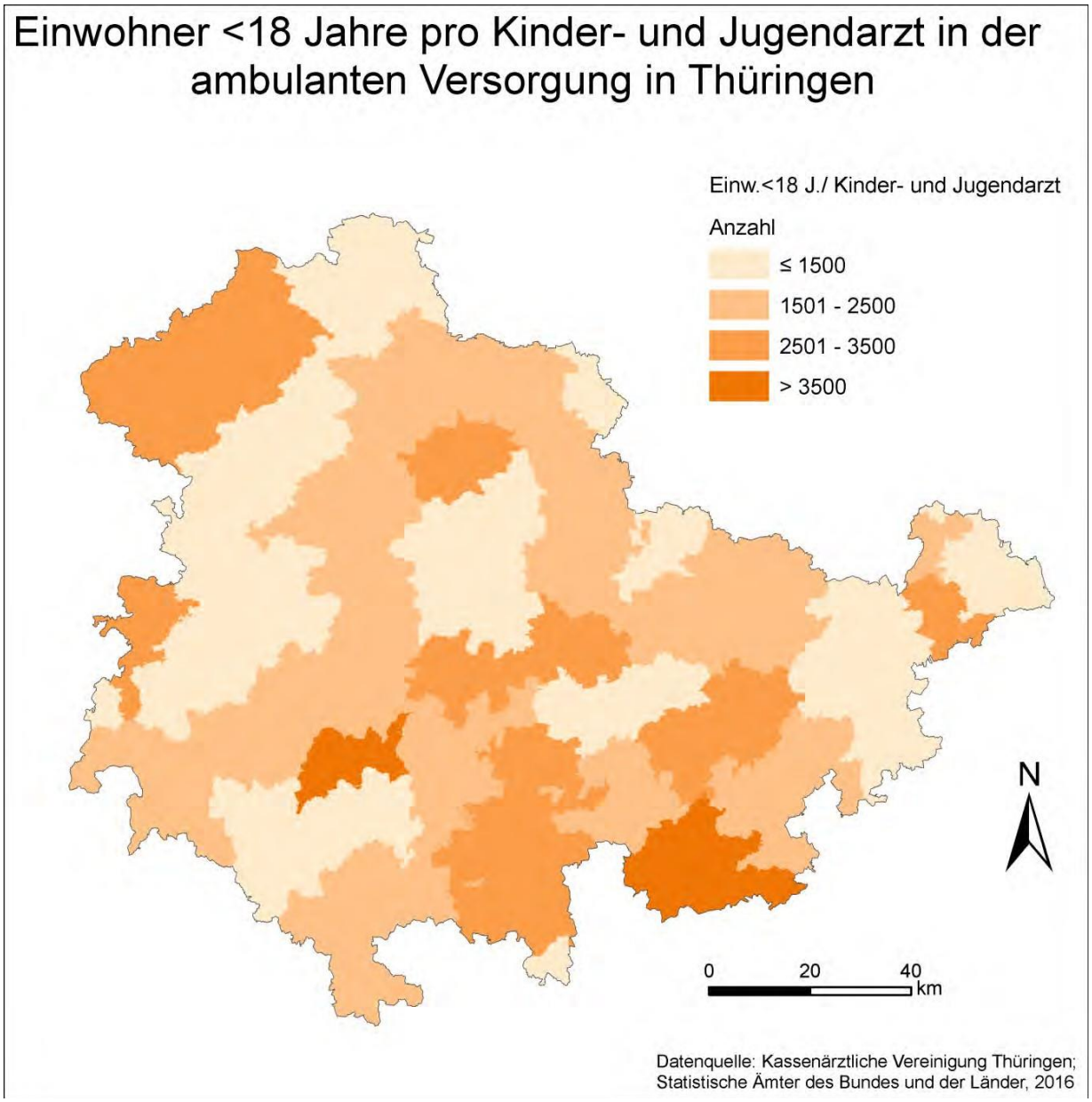


Abbildung 27: Kinder und Jugendliche pro Kinder- und Jugendärztin/-arzt in der ambulanten Versorgung in Thüringen

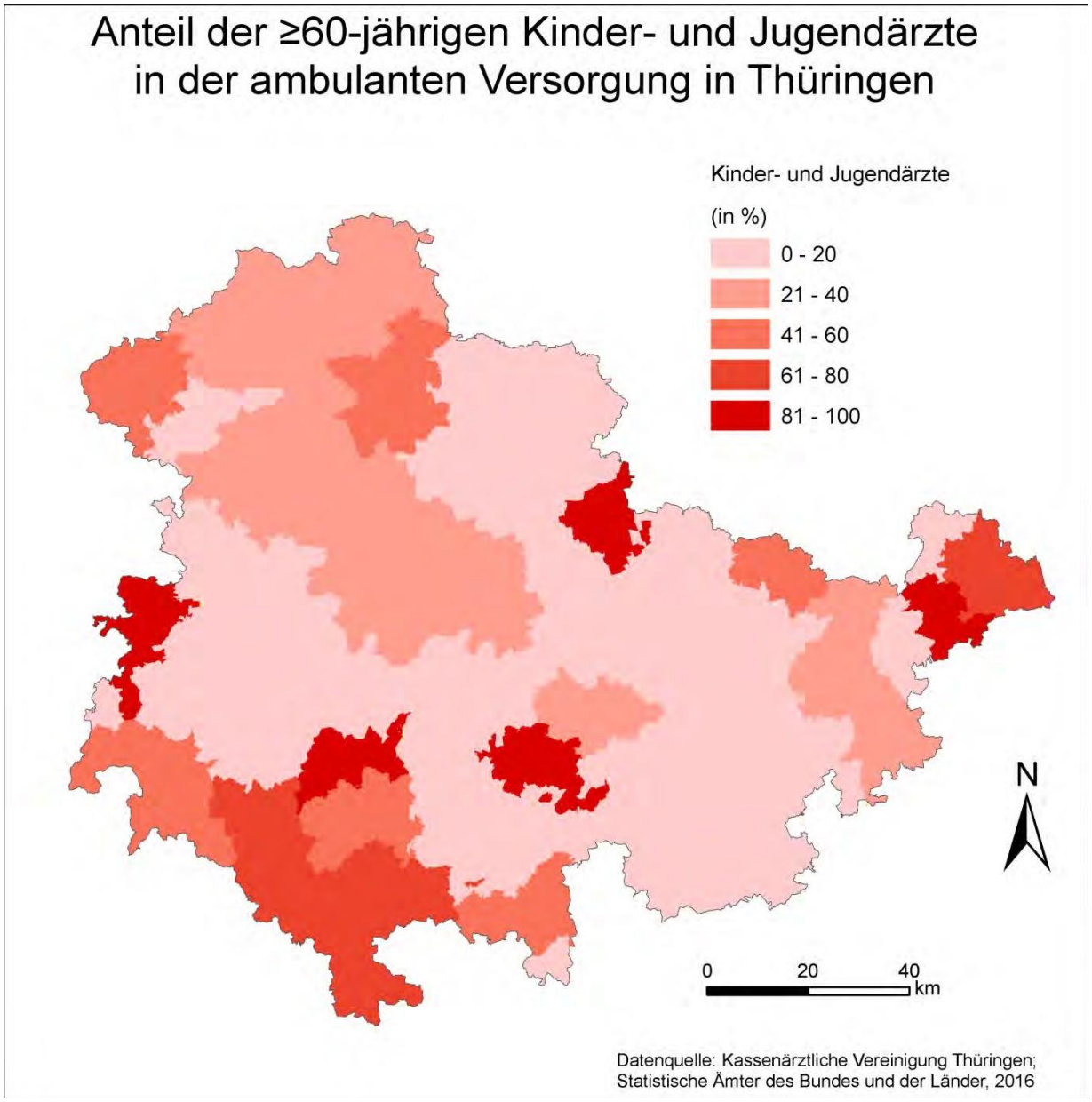


Abbildung 28: Anteil der ≥60-jährigen Kinder- und Jugendärztinnen/-ärzte in der ambulanten Versorgung in Thüringen

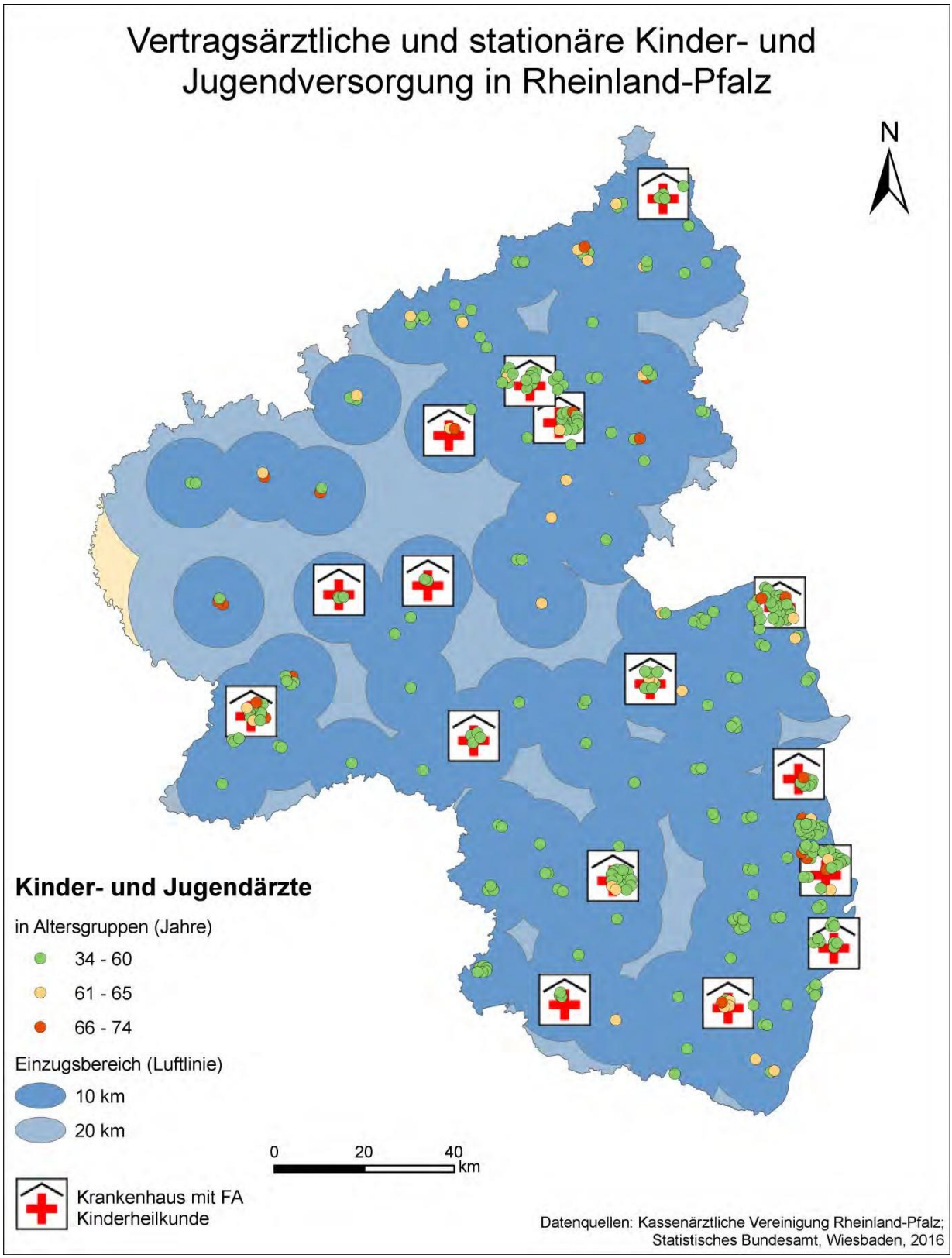


Abbildung 29: Vertragsärztliche und stationäre kinder- und jugendmedizinische Versorgung in Rheinland-Pfalz

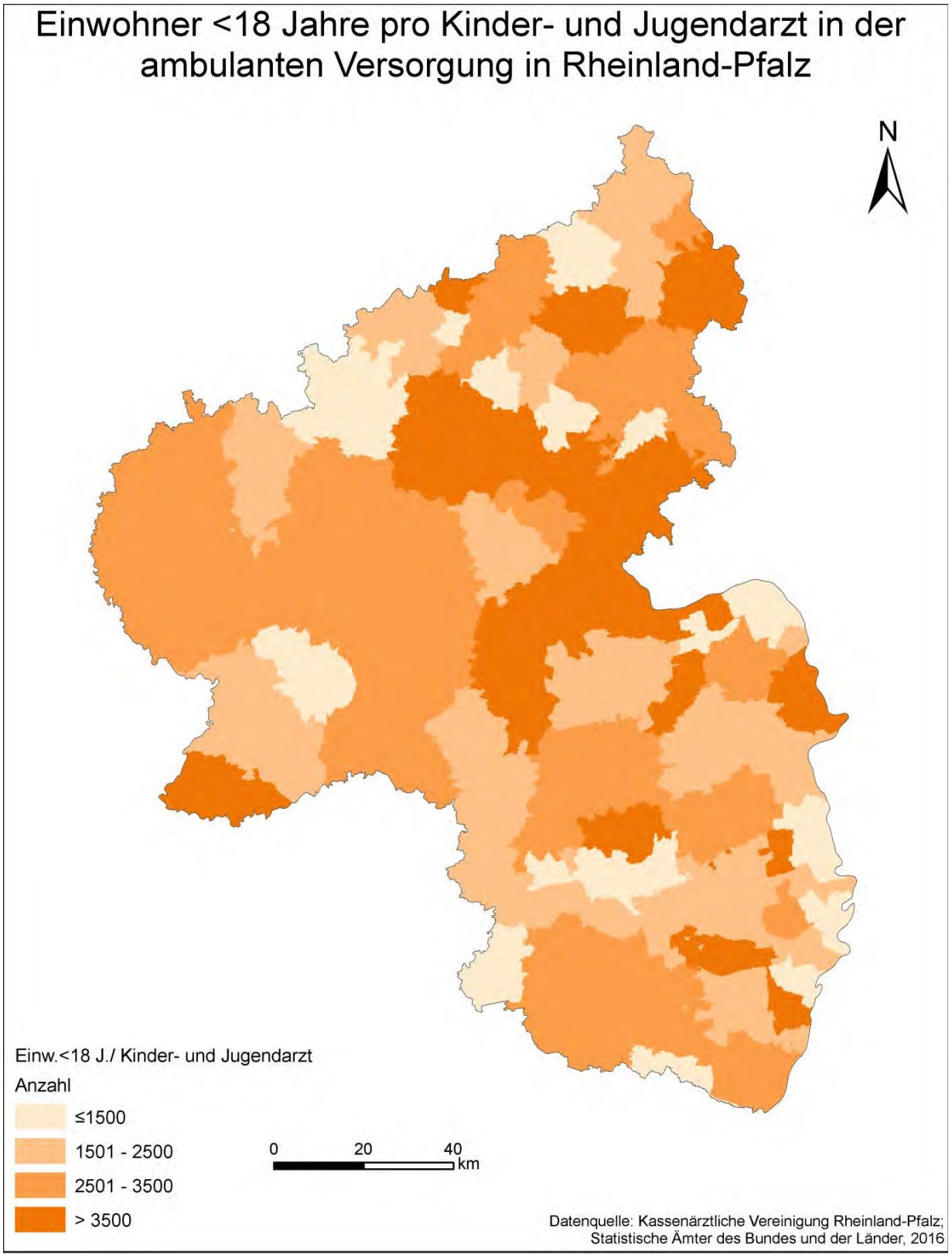


Abbildung 30: Kinder und Jugendliche < 18 Jahre pro Kinder- und Jugendärztin/-arzt in der ambulanten Versorgung in Rheinland-Pfalz

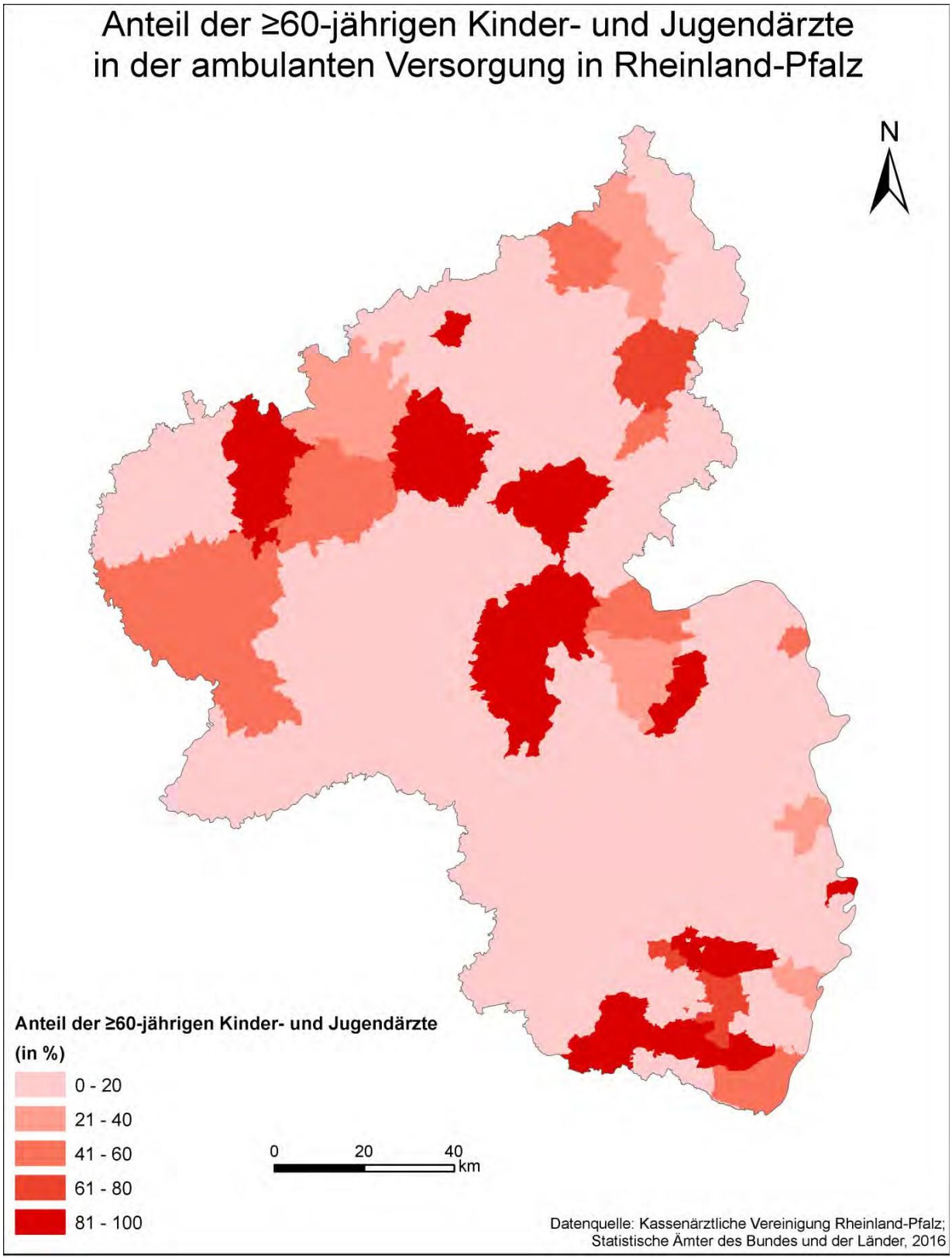


Abbildung 31: Anteil der ≥60-jährigen Kinder- und Jugendärztinnen/-ärzte in der ambulanten Versorgung in Rheinland-Pfalz

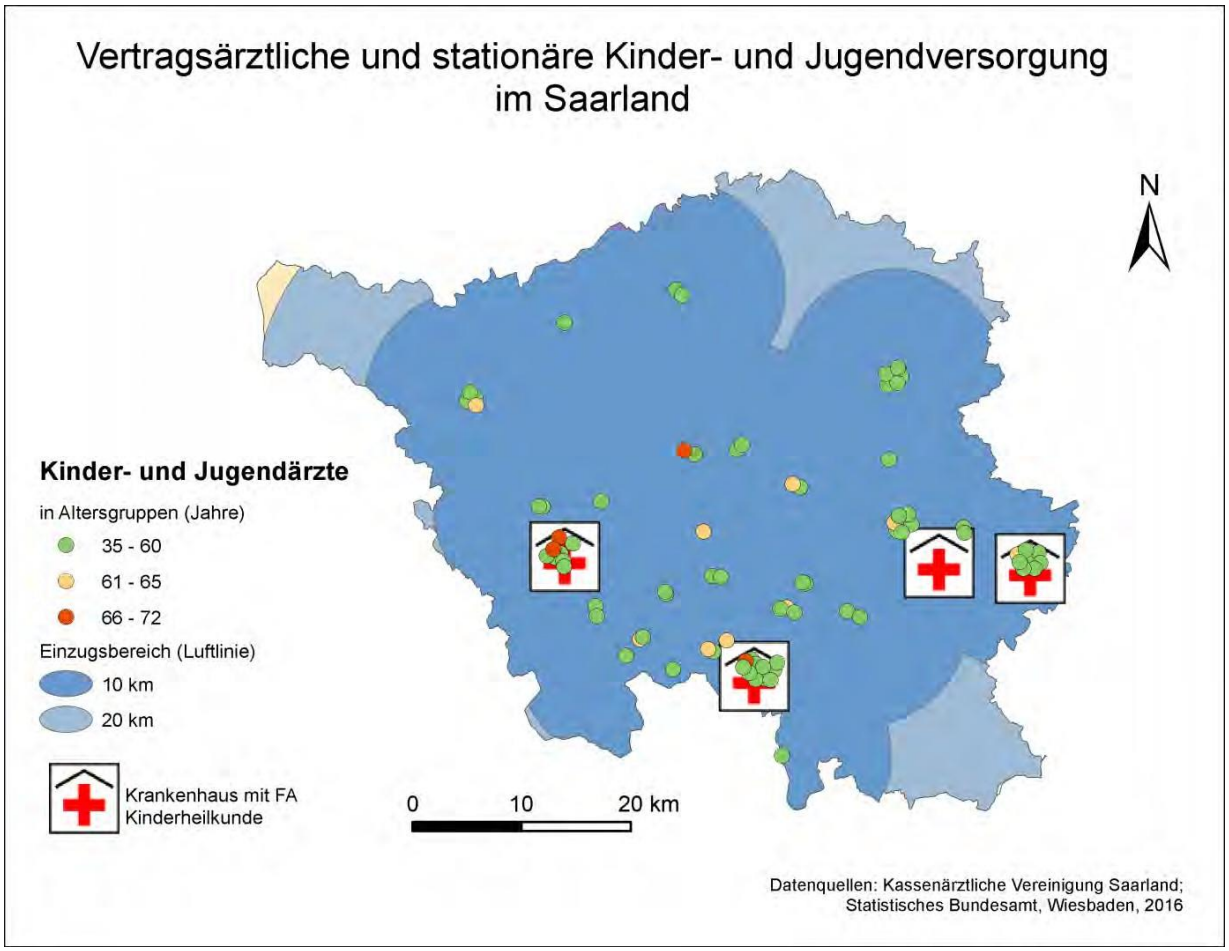


Abbildung 32: Vertragsärztliche und stationäre kinder- und jugendmedizinische Versorgung im Saarland

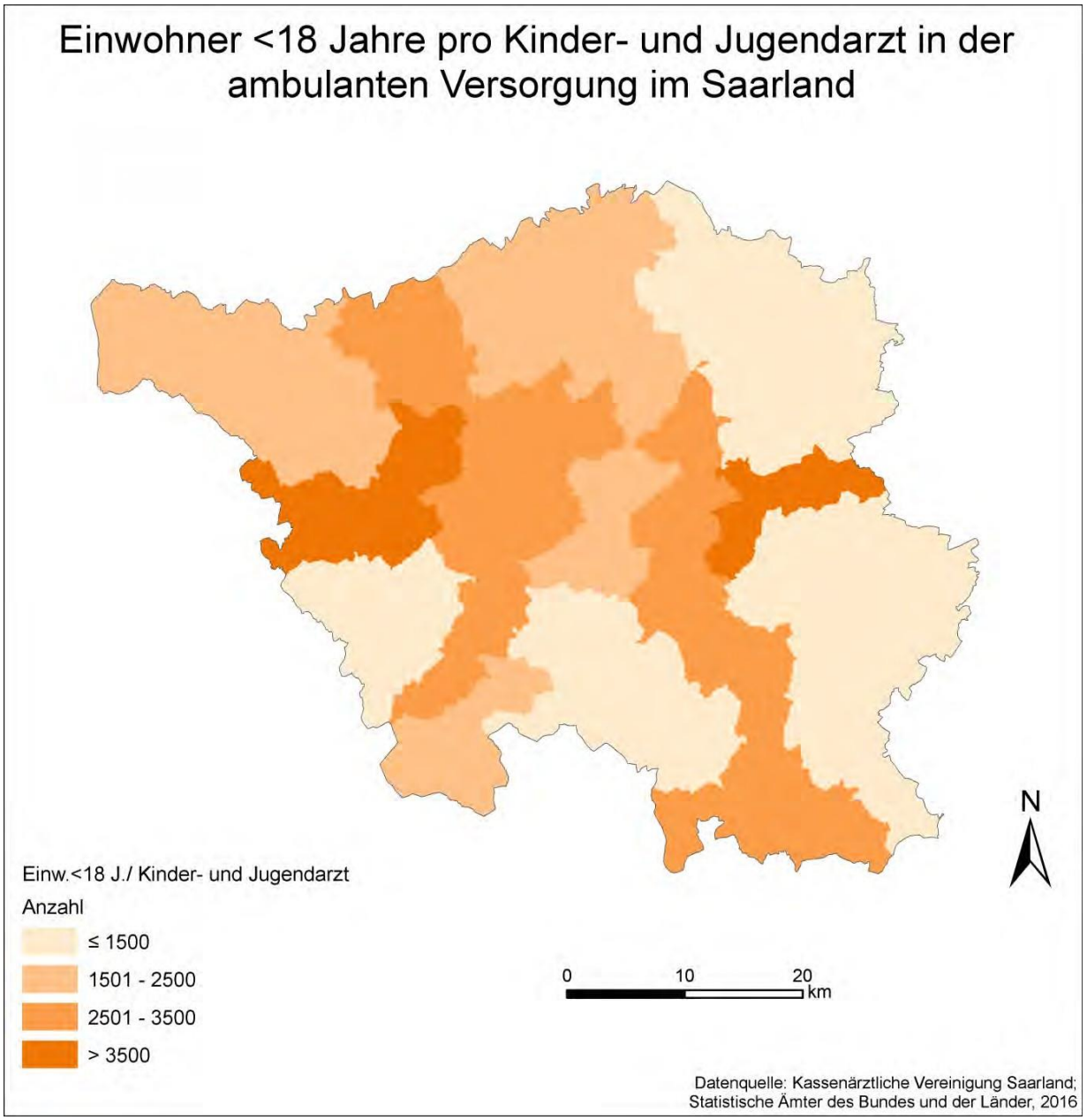


Abbildung 33: Kinder und Jugendliche < 18 Jahre pro Kinder- und Jugendärztin/-arzt in der ambulanten Versorgung im Saarland

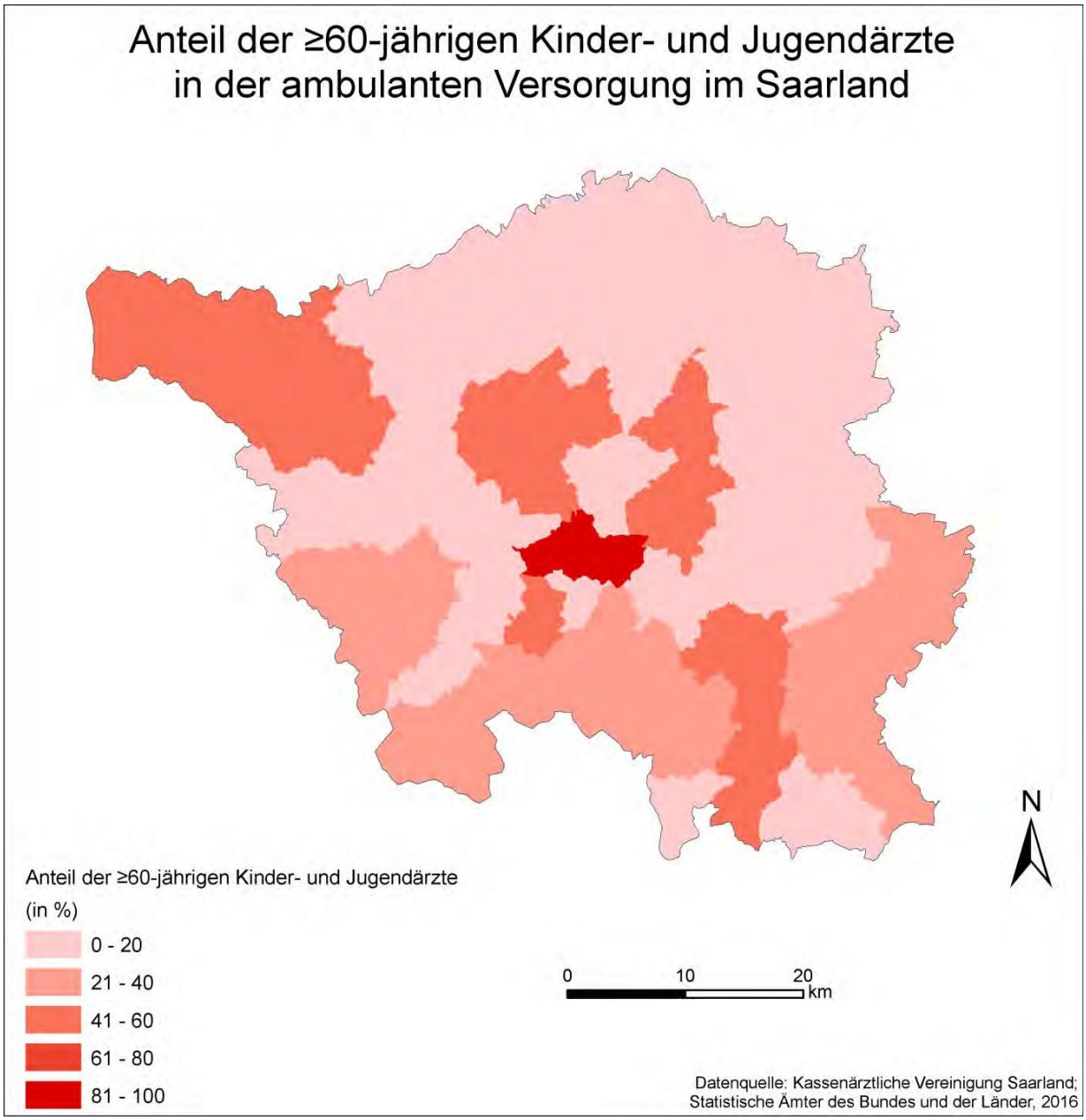


Abbildung 34: Anteil der ≥60-jährigen Kinder- und Jugendärztinnen/-ärzte in der ambulanten Versorgung im Saarland

Anhang zu Kapitel 7.2: Standardisierter Fragebogen

Erstellung einer Expertise zur Versorgung in der Pädiatrie: Expertenbefragung

Institut für Community Medicine,
Abt. Versorgungsepidemiologie und Community Health
Ellernholzstr. 1-2
17487 Greifswald

Ansprechpartnerin:
Angelika Beyer
03834/86-7553
beyera@uni-greifswald.de

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe KollegInnen,

wie Sie wissen, hat die DAKJ uns mit der Erstellung einer Expertise zur Versorgung der Kinder und Jugendlichen in Deutschland aus Sicht der konservativen und operativen Kinder- und Jugendmedizin beauftragt. Bei unserer Arbeit suchen wir aktiv die Zusammenarbeit mit den Experten der Arbeitsgruppen der Zukunftskommission der DAKJ. Wir bitten Sie um Ihre Einschätzung zu Themen, die uns bei der Erstellung der Expertise beschäftigen und die sich als wichtige Themen in den Arbeitsgruppen herausgestellt haben. Wir bitten Sie, diesen Fragebogen zu lesen und die entsprechend zutreffenden Antworten anzukreuzen bzw. Ihre Meinung zu äußern. Einigen von Ihnen möchten wir noch weitere Fragen stellen, deren Beantwortung besser mündlich erfolgen kann. Dazu werden wir diejenigen von Ihnen, die es betrifft, zu einem etwas späteren Zeitpunkt kontaktieren.

Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt und ausschließlich durch Projektmitarbeiter bearbeitet.

Bitte senden Sie den Fragebogen bis zum 01. März 2016 per Email an die Adresse beyera@uni-greifswald.de zurück!

Vielen Dank für Ihre Hilfe und die damit verbundenen Bemühungen!

PD Dr. Neeltje van den Berg | Ulrike Stentzel | Angelika Beyer

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen sorgfältig und gut leserlich aus.
Sollte eine Frage nicht vollständig auf Sie zutreffen, beantworten Sie diese bitte so,
wie es am ehesten auf Sie zutrifft.
Bitte lassen Sie keine Fragen aus – es sei denn, Sie haben keine Antwort darauf. In dem Fall geben Sie dies bei den Anmerkungen oder Erläuterungen an.
Sollten Sie größeren Platzbedarf für Ihre selbst zu formulierenden Antworten benötigen, nutzen Sie bitte ein extra formloses Blatt, auf dem Sie die Nummer der Frage angeben, auf die Sie sich beziehen.

Bitte beantworten Sie die Fragen am PC. Sie können die Kästchen jeweils anklicken, dann erscheint ein Häkchen, mit dem Sie diesen Punkt als zutreffend markieren. Bei nochmaligem Anklicken verschwindet das Häkchen wieder. In die Freitextfelder können Sie hineinklicken und dann schreiben.

Bitte vergessen Sie nicht, das ausgefüllte PDF zu speichern und abzuschicken.

Für die Möglichkeit, Sie noch einmal zu kontaktieren und genauer zu befragen, bitten wir um einige persönliche Angaben:

1. Wie lautet Ihr Name?

2. Wie lautet die Postleitzahl Ihres Arbeitsortes?

3. Wie alt sind Sie?				
< 40 Jahre □	40 bis < 50 Jahre □	50 bis < 60 Jahre □	60 bis < 65 Jahre □	ab 65 Jahre □

4. Sind Sie…	
weiblich □	männlich □

5. Was ist Ihre berufliche Tätigkeit? (Mehrfachnennungen möglich) Wenn Sie nicht (mehr) berufstätig sind, beziehen Sie sich bitte auf Ihre letzte Tätigkeit.		
Sind Sie Arzt?	ja □ nein □	
6. nur, wenn Sie Arzt sind:	Sind Sie Pädiater/in?	ja □
	Arbeiten Sie ambulant als Pädiater/in?	ja □
	Arbeiten Sie stationär als Pädiater/in?	ja □
	Arbeiten Sie als Kinderchirurg/in?	ja □
	Arbeiten Sie in einem sozialpädiatrischen Zentrum?	ja □
	Arbeiten Sie im Öffentlichen Gesundheitsdienst?	ja □
	Arbeiten Sie in einem anderen Bereich?	ja □
	Falls Sie in einem anderen Bereich arbeiten: wo?	
7. nur, wenn Sie kein Arzt sind:	Ich arbeite als	

8. Die aktuelle Bedarfsplanung basiert u. a. auf der Einteilung von Arztgruppen, für die bundesweit verschiedene Planungsregionen gelten. Für Hausärzte gelten kleinräumigere Bereiche, sogenannte Mittelbereiche, während die Sitze für Kinder- und Jugendmediziner nach den etwas größeren Kreisregionen geplant werden. **Welche der folgenden hypothetischen Möglichkeiten halten Sie für die Zukunft für am besten geeignet?**		
Bedarfsplanung für Pädiater wie derzeit nach Kreisregionen	Bedarfsplanung für Pädiater nach Mittelbereichen	anderes
Wenn Sie „anderes" gewählt haben, erläutern Sie dies bitte kurz:		

9. Die aktuelle Bedarfsplanung basiert u. a. auf Verhältniszahlen (die Anzahl der Einwohner pro Arzt). Für Hausärzte sind dies derzeit 1671 Einwohner pro Hausarzt. In der Pädiatrie werden die unter 18-Jährigen in der Allgemeinbevölkerung pro Arzt berücksichtigt. Die Verhältniszahlen für Kinder- und Jugendärzte bestimmen sich nach dem Konzept der Regionen wie folgt: Typ 1: 2.405; Typ 2: 3.587; Typ 3: 4.372; Typ 4: 3.990; Typ 5: 3.859. Dabei entspricht Typ 1 einer Großstadt, Typ 5 ist eine sehr ländliche Region. Dieses Konzept soll die Verflechtung zwischen Stadt und Umland abbilden. Insbesondere der Mitversorgungsleistung größerer Städte für das Umland wird hiermit Rechnung

Bei Bedarf siehe § 12 und Anlage 6 der Bedarfsplanungsrichtlinie:
download unter https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/4/
oder in onedrive-DAKJ im Ordner „1 Fragebogen-Umfrage..."

Welche der folgenden hypothetischen Möglichkeiten halten Sie für die Zukunft für am besten geeignet?

9.1 Es gilt eine allgemeine Verhältniszahl von 1000 bis <2000 unter 18-Jährige	ja □	nein □
9.2 Es gilt eine allgemeine Verhältniszahl von 2000 bis <3000 unter 18-Jährige	ja □	nein □
9.3 Es gilt eine allgemeine Verhältniszahl von 3000 bis <4000 unter 18-Jährige	ja □	nein □
9.4 Es gilt eine allgemeine Verhältniszahl von >4000 unter 18-Jährige	ja □	nein □
9.5 Die aktuelle Bedarfsplanung wird als gute Lösung weitergeführt	ja □	nein □
9.6 Es wird *nicht* nach Pro-Kopf-Verhältniszahlen geplant	ja □	nein □
9.7 Einbeziehung einer Gewichtung für die Ländlichkeit einer Region in die Bedarfsplanung	ja □	nein □

9.8 Wenn Sie bei 9.7 „ja" gewählt haben, erläutern Sie bitte kurz, woran sich diese andere Gewichtung orientieren kann:

9.9 anderes	ja □	nein □

9.10 Wenn Sie „anderes" gewählt haben, erläutern Sie dies bitte kurz:

10. Ziel der Bedarfsplanung ist die Sicherstellung einer „versorgungsadäquaten Arztzahl“. **Was sind Ihrer Meinung nach Kriterien dafür in der Pädiatrie?** (Mehrfachnennungen möglich)	
10.1 Entfernung zwischen Wohnung des Kindes und Leistungserbringer (siehe dazu auch Frage 11)	ja □ nein □
10.2 Einbeziehung verschiedener Sektoren (siehe dazu auch Fragen 12-14)	ja □ nein □
10.3 Kooperation mit Hausärzten (HÄ) (siehe dazu auch Frage 15 und 16)	ja □ nein □
10.4 Soziale Aspekte (z.B. Benachteiligung/soziodemografische Faktoren)	ja □ nein □
10.5 Anzahl der Arzt/Patientenkontakte	ja □ nein □
10.6 Morbidität	ja □ nein □
10.7 anderes	ja □ nein □
10.8 Wenn Sie „anderes“ gewählt haben, erläutern Sie dies bitte kurz:	

11. Gibt es Ihrer Meinung nach eine zumutbare maximale Entfernung, innerhalb derer für Kinder, Jugendliche oder deren Eltern eine niedergelassene Kinder- und Jugendärztin oder -arzt erreichbar sein sollte?				
bis max. 10 km	bis max. 20 km	bis max. 30 km	anderes (in km)	nein

12. Sind Sie der Meinung, dass für die pädiatrische Versorgung die Sektorengrenzen weitgehend aufgehoben werden sollten, mit der Konsequenz, dass Arztpraxen, Krankenhäuser, Rehabilitations-Einrichtungen gleichwertig oder auf Basis bestimmter Kriterien an der Grundversorgung teilnehmen?	
ja □	nein □

13. Die aktuelle Bedarfsplanung bezieht sich in seiner jetzigen Form in der Regel auf die ambulante Versorgung. Ist Ihrer Meinung nach die Einbeziehung anderer Sektoren in eine Gesamtbedarfsplanung für die pädiatrische Grundversorgung sinnvoll?			
	grundsätzlich ja	in Ausnahmefällen ja	nein
13.1 Stationärer Sektor			
13.2 Rehabilitations-Sektor			
13.3 Sozialpädiatrischer Dienst			

14. Haben Sie weitere Ideen für eine Auflockerung der Sektorengrenzen in der pädiatrischen Versorgung?

15. Halten Sie es grundsätzlich für sinnvoll, wenn Kinder- und Jugendärzte und Hausärzte bei der medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen kooperieren?			
ja □	eher ja □	eher nein □	nein □

nur, wenn Sie Frage 15 mit „ja“,“ eher ja“ oder „eher nein“ beantwortet haben: **16. Welche Bedingungen müssen für Sie für eine gute Kooperation erfüllt sein?** (Mehrfachnennungen möglich)		
zusätzliche Qualifikation im Bereich Pädiatrie für Hausärzte	ja □	nein □
gemeinsame Qualitätszirkel von Hausärzten und Pädiatern	ja □	nein □
Definierte pädiatrische Leistungen, die durch Hausärzte durchgeführt werden dürfen.	ja □	nein □
Abstimmung der Aufgaben im Leistungsfall	ja □	nein □
Vertraglich festgelegte Kooperationen zwischen Hausärzten und Pädiatern	ja	nein
anderes, und zwar:		

17. Was sind für Sie Zeichen einer Unterversorgung in der pädiatrischen Versorgung?

18. Wissen Sie konkret von einer Kinder- und Jugendmedizinischen Praxis, die nicht wiederbesetzt werden konnte, weil es keinen Nachfolger gab?		
nein □	ja □	Die Praxis war im Ort/ in der Region:

19. Wissen Sie konkret von einer Kinder- und Jugendmedizinischen Praxis, die aufgrund der sogenannten „*Aufkaufregelung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung*“ geschlossen wurde?		
nein □	ja □	Die Praxis war im Ort/ in der Region:

Wir möchten bezüglich der Grundversorgung wissen, was Sie für die zukünftige Kinder- und Jugendmedizin für wichtig halten. In der Formulierung der Aufgaben haben wir uns an den von Fegeler et al. definierten Kernaufgaben der hausärztlich-pädiatrischer Tätigkeiten orientiert [2].

Bei Bedarf finden Sie Informationen zu den Themen Substitution und Delegation bei Hoffmann et al. [3].

(Die Publikationen sind unter onedrive-DAKJ im Ordner: „1 Fragebogen-Umfrage..." abgelegt.)

Gibt es Ihrer Meinung nach pädiatrische Tätigkeitsbereiche, die auch von anderen Berufsgruppen übernommen werden können? (Mehrfachnennungen möglich)

20. Die Behandlung und Betreuung von Patient/innen mit akuten Krankheiten ...	sollte nur von KJÄ[1] geleistet werden	kann bei entsprechender Ausbildung von KJÄ und HÄ[2] geleistet werden	kann bei entsprechender Ausbildung von nicht-ärztlichen Gesundheits-professionen geleistet werden
[1] Kinder- und Jugendärzte und -ärztinnen, [2] Hausärzte und –ärztinnen			
20.1 im Alter von 0 bis < 3 Jahren	☐	☐	☐
20.2 im Alter von 3 bis < Schuleingang	☐	☐	☐
20.3 im Alter von Schuleingang bis < 15 Jahren	☐	☐	☐
20.4 im Alter von 15 bis < 18 Jahren	☐	☐	☐
20.5 für alle von 15 bis zum Abschluss einer Berufsausbildung	☐	☐	☐

20.6 Sollten Sie bei Frage 20 die Spalte 3 angekreuzt haben (nicht-ärztliche Gesundheitsprofessionen können diese Aufgabe bei dieser Altersgruppe übernehmen), bitten wir um bis zu 3 konkrete Beispiele sowie einen Hinweis, von welcher Berufsgruppe dies in Delegation oder Substitution geleistet werden kann:

Krankheit	Berufsgruppe	Substitution	Delegation
		☐	☐
		☐	☐
		☐	☐

Anmerkungen:

21. Die Behandlung und Betreuung von Patient/innen mit <u>angeborenen</u> chronischen Krankheiten ...	sollte nur von KJÄ geleistet werden	kann bei entsprechender Ausbildung von KJÄ und HÄ geleistet werden	kann bei entsprechender Ausbildung von nicht-ärztlichen Gesundheits-professionen geleistet werden
21.1 im Alter von 0 bis <3 Jahren	☐	☐	☐
21.2 im Alter von 3 bis <Schuleingang	☐	☐	☐
21.3 im Alter von Schuleingang bis <15 Jahren	☐	☐	☐
21.4 im Alter von 15 bis <18 Jahren	☐	☐	☐
21.5 im Alter von 15 bis zum Abschluss einer Berufsausbildung	☐	☐	☐

21.6 Sollten Sie bei Frage 21 die Spalte 3 angekreuzt haben (nicht-ärztliche Gesundheitsprofessionen können diese Aufgabe bei dieser Altersgruppe übernehmen), bitten wir um bis zu 3 konkrete Beispiele sowie einen Hinweis, von welcher Berufsgruppe dies in Delegation oder Substitution geleistet werden kann:

Krankheit	Berufsgruppe	Substitution	Delegation
		☐	☐
		☐	☐
		☐	☐

Anmerkungen:

22. Die Behandlung und Betreuung von Patient/innen mit <u>erworbenen</u> chronischen Krankheiten...	sollte nur von KJÄ geleistet werden	kann bei entsprechender Ausbildung von KJÄ und HÄ geleistet werden	kann bei entsprechender Ausbildung von nicht-ärztlichen Gesundheits-professionen geleistet werden
22.1 im Alter von 0 bis <3 Jahren	☐	☐	☐
22.2 im Alter von 3 bis <Schuleingang	☐	☐	☐
22.3 im Alter von Schuleingang bis <15 Jahren	☐	☐	☐
22.4 im Alter von 15 bis <18 Jahren	☐	☐	☐
22.5 im Alter von 15 bis zum Abschluss einer Berufsausbildung	☐	☐	☐

22.6 Sollten Sie bei Frage 22 die Spalte 3 angekreuzt haben (nicht-ärztliche Gesundheitsprofessionen können diese Aufgabe bei dieser Altersgruppe übernehmen), bitten wir um bis zu 3 konkrete Beispiele sowie einen Hinweis, von welcher Berufsgruppe dies in Delegation oder Substitution geleistet werden kann:

Krankheit	Berufsgruppe	Substitution	Delegation
		☐	☐
		☐	☐
		☐	☐

Anmerkungen:

23. Die Präventionsleistung „Durchführung von Früherkennungsuntersuchungen“ ...	sollte nur von KJÄ geleistet werden	kann bei entsprechender Ausbildung von KJÄ und HÄ geleistet werden	kann bei entsprechender Ausbildung von nicht-ärztlichen Gesundheits-professionen geleistet werden
23.1 im Alter von 0 bis <3 Jahren	☐	☐	☐
23.2 im Alter von 3 bis <Schuleingang	☐	☐	☐
23.3 im Alter von Schuleingang bis <15 Jahren	☐	☐	☐
23.4 im Alter von 15 bis <18 Jahren	☐	☐	☐
23.5 im Alter von 15 bis zum Abschluss einer Berufsausbildung	☐	☐	☐

23.6 Sollten Sie bei Frage 23 die Spalte 3 angekreuzt haben (nicht-ärztliche Gesundheitsprofessionen können diese Aufgabe bei dieser Altersgruppe übernehmen), bitten wir um bis zu 3 konkrete Beispiele sowie einen Hinweis, von welcher Berufsgruppe dies in Delegation oder Substitution geleistet werden kann:

Krankheit	Berufsgruppe	Substitution	Delegation
		☐	☐
		☐	☐
		☐	☐

Anmerkungen:

24. Die Präventionsleistung „Durchführung von Impfungen“ …	sollte nur von KJÄ geleistet werden	kann bei entsprechender Ausbildung von KJÄ und HÄ geleistet werden	kann bei entsprechender Ausbildung von nicht-ärztlichen Gesundheits-professionen geleistet werden
24.1 im Alter von 0 bis <3 Jahren	☐	☐	☐
24.2 im Alter von 3 bis <Schuleingang	☐	☐	☐
24.3 im Alter von Schuleingang bis <15 Jahren	☐	☐	☐
24.4 im Alter von 15 bis <18 Jahren	☐	☐	☐
24.5 im Alter von 15 bis zum Abschluss einer Berufsausbildung	☐	☐	☐

24.6 Sollten Sie bei Frage 24 die Spalte 3 angekreuzt haben (nicht-ärztliche Gesundheitsprofessionen können diese Aufgabe bei dieser Altersgruppe übernehmen), bitten wir um bis zu 3 konkrete Beispiele sowie einen Hinweis, von welcher Berufsgruppe dies in Delegation oder Substitution geleistet werden kann:

Krankheit	Berufsgruppe	Substitution	Delegation
		☐	☐
		☐	☐
		☐	☐

Anmerkungen:

25. Die Präventionsleistung „Gesundheitserziehung“ …	sollte nur von KJÄ geleistet werden	kann bei entsprechender Ausbildung von KJÄ und HÄ geleistet werden	kann bei entsprechender Ausbildung von nicht-ärztlichen Gesundheits-professionen geleistet werden
25.1 im Alter von 0 bis <3 Jahren	☐	☐	☐
25.2 im Alter von 3 bis <Schuleingang	☐	☐	☐
25.3 im Alter von Schuleingang bis <15 Jahren	☐	☐	☐
25.4 im Alter von 15 bis <18 Jahren	☐	☐	☐
25.5 im Alter von 15 bis zum Abschluss einer Berufsausbildung	☐	☐	☐

25.6 Sollten Sie bei Frage 25 die Spalte 3 angekreuzt haben (nicht-ärztliche Gesundheitsprofessionen können diese Aufgabe bei dieser Altersgruppe übernehmen), bitten wir um bis zu 3 konkrete Beispiele sowie einen Hinweis, von welcher Berufsgruppe dies in Delegation oder Substitution geleistet werden kann:

Krankheit	Berufsgruppe	Substitution	Delegation
		☐	☐
		☐	☐
		☐	☐

Anmerkungen:

26. Die Präventionsleistung „vorausschauende Beratung“ …	sollte nur von KJÄ geleistet werden	kann bei entsprechender Ausbildung von KJÄ und HÄ geleistet werden	kann bei entsprechender Ausbildung von nicht-ärztlichen Gesundheits-professionen geleistet werden
26.1 im Alter von 0 bis <3 Jahren	☐	☐	☐
26.2 im Alter von 3 bis <Schuleingang	☐	☐	☐
26.3 im Alter von Schuleingang bis <15 Jahren	☐	☐	☐
26.4 im Alter von 15 bis <18 Jahren	☐	☐	☐
26.5 im Alter von 15 bis zum Abschluss einer Berufsausbildung	☐	☐	☐

26.6 Sollten Sie bei Frage 26 die Spalte 3 angekreuzt haben (nicht-ärztliche Gesundheitsprofessionen können diese Aufgabe bei dieser Altersgruppe übernehmen), bitten wir um bis zu 3 konkrete Beispiele sowie einen Hinweis, von welcher Berufsgruppe dies in Delegation oder Substitution geleistet werden kann:

Krankheit	Berufsgruppe	Substitution	Delegation
		☐	☐
		☐	☐
		☐	☐

Anmerkungen:

27. Die Koordinierung der Kooperation, insbesondere mit Fachkollegen aus Kliniken, ÖGD und anderen Fachdisziplinen ...	sollte nur von KJÄ geleistet werden	kann bei entsprechender Ausbildung von KJÄ und HÄ geleistet werden	kann bei entsprechender Ausbildung von nicht-ärztlichen Gesundheits-professionen geleistet werden
27.1 im Alter von 0 bis <3 Jahren	☐	☐	☐
27.2 im Alter von 3 bis <Schuleingang	☐	☐	☐
27.3 im Alter von Schuleingang bis <15 Jahren	☐	☐	☐
27.4 im Alter von 15 bis <18 Jahren	☐	☐	☐
27.5 im Alter von 15 bis zum Abschluss einer Berufsausbildung	☐	☐	☐

27.6 Sollten Sie bei Frage 27 die Spalte 3 angekreuzt haben (nicht-ärztliche Gesundheitsprofessionen können diese Aufgabe bei dieser Altersgruppe übernehmen), bitten wir um bis zu 3 konkrete Beispiele sowie einen Hinweis, von welcher Berufsgruppe dies in Delegation oder Substitution geleistet werden kann:

Krankheit	Berufsgruppe	Substitution	Delegation
		☐	☐
		☐	☐
		☐	☐

Anmerkungen:

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Literatur:

(siehe onedrive-DAKJ im Ordner „1 Fragebogen-Umfrage...")

1. *<BPL-RL_2015-10-15_iK-2016-01-06.pdf>*.
2. Fegeler, U., et al., *Ambulante allgemeinpädiatrische Grundversorgung*. Monatsschrift Kinderheilkunde, 2014. **162**(12): p. 1117-1130.
3. Hoffmann, W., N. van den Berg, and A. Dreier, *[Qualification concept for delegation of medical tasks to nonmedical professional groups. The "Greifswalder 3-level model"]*. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 2013. **56**(4): p. 555-61.

Anhang zu Kapitel 7.2: Abbildungen zu den Ergebnissen der Befragungen

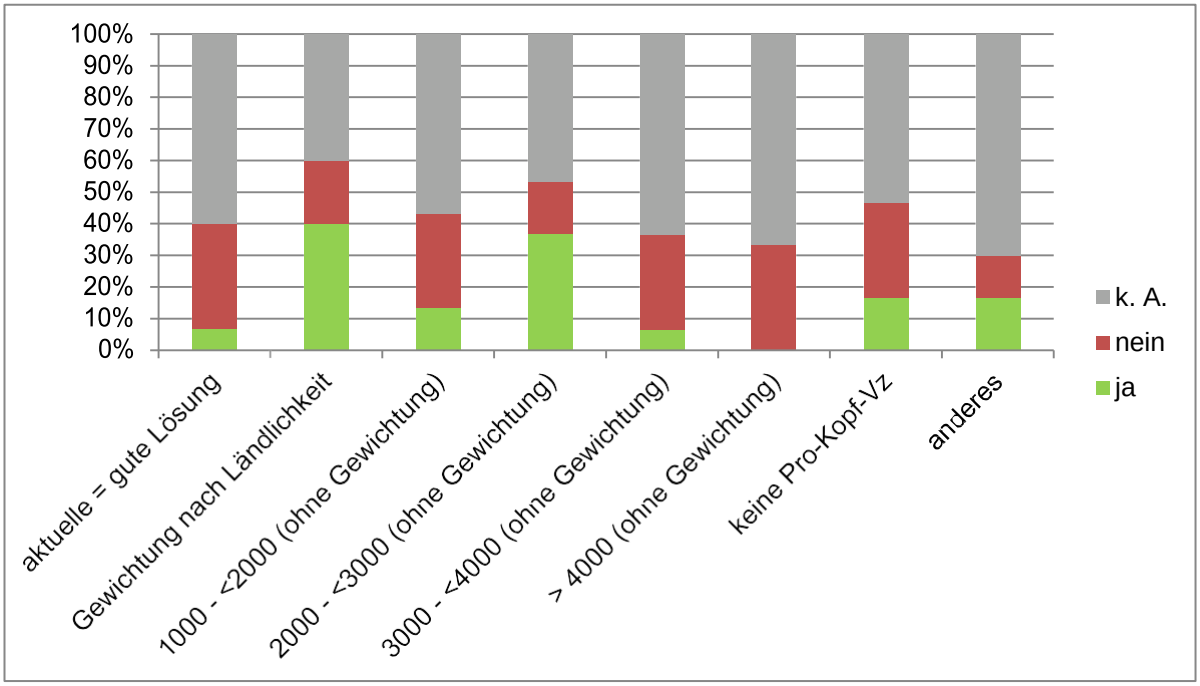


Abbildung 35: Pro-Kopf-Verhältniszahlen" in der Bedarfsplanung

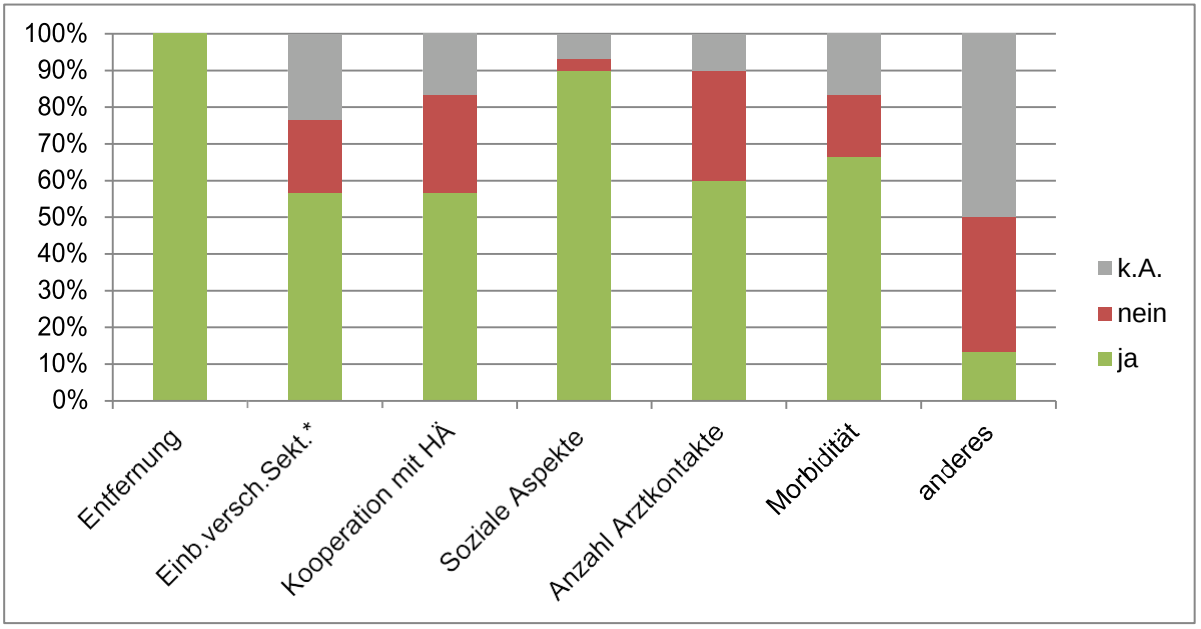


Abbildung 36: Kriterien für eine "versorgungsadäquate Arztzahl" in einer Bedarfsplanungs-Region (* = Einbezug verschiedener Sektoren)

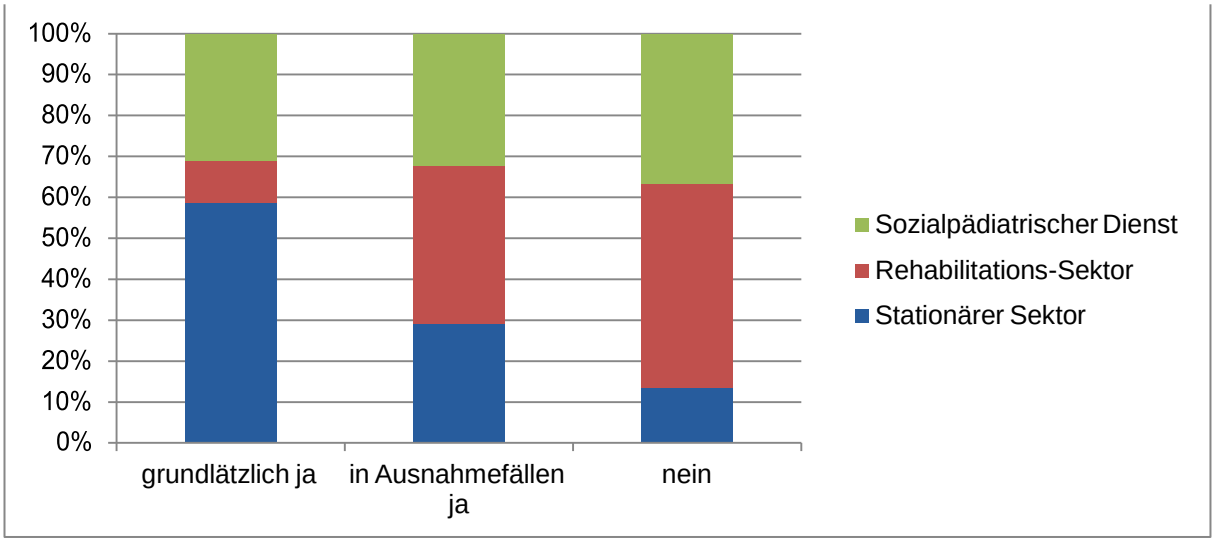


Abbildung 37: Verteilung der Antworten zum Einbezug verschiedener Sektoren

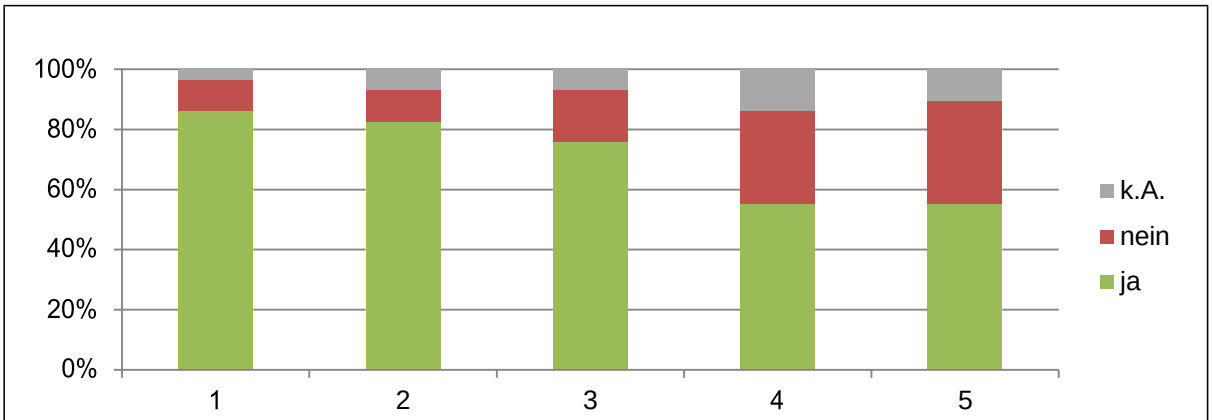


Abbildung 38: Ergebnisse "Bedingungen für gute Kooperation mit Hausärzten"

1 zusätzliche Qualifikation im Bereich Pädiatrie für Hausärzte
2 gemeinsame Qualitätszirkel von Hausärzten und Pädiatern
3 definierte pädiatrischer Leistungen, die durch Hausärzte durchgeführt werden dürfen
4 Abstimmung der Aufgaben im Leistungsfall
5 Vertraglich festgelegte Kooperationen zwischen Hausärzten und Pädiatern

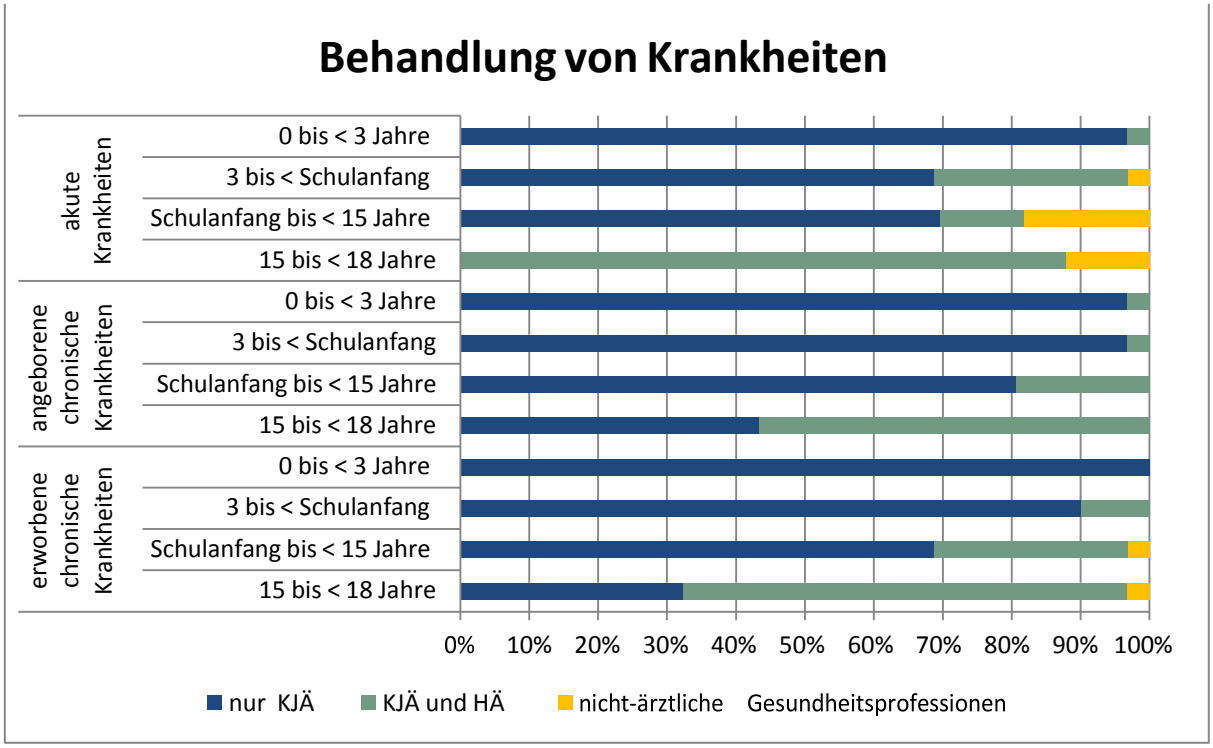


Abbildung 39: Substitution/Delegation: Behandlung von Krankheiten

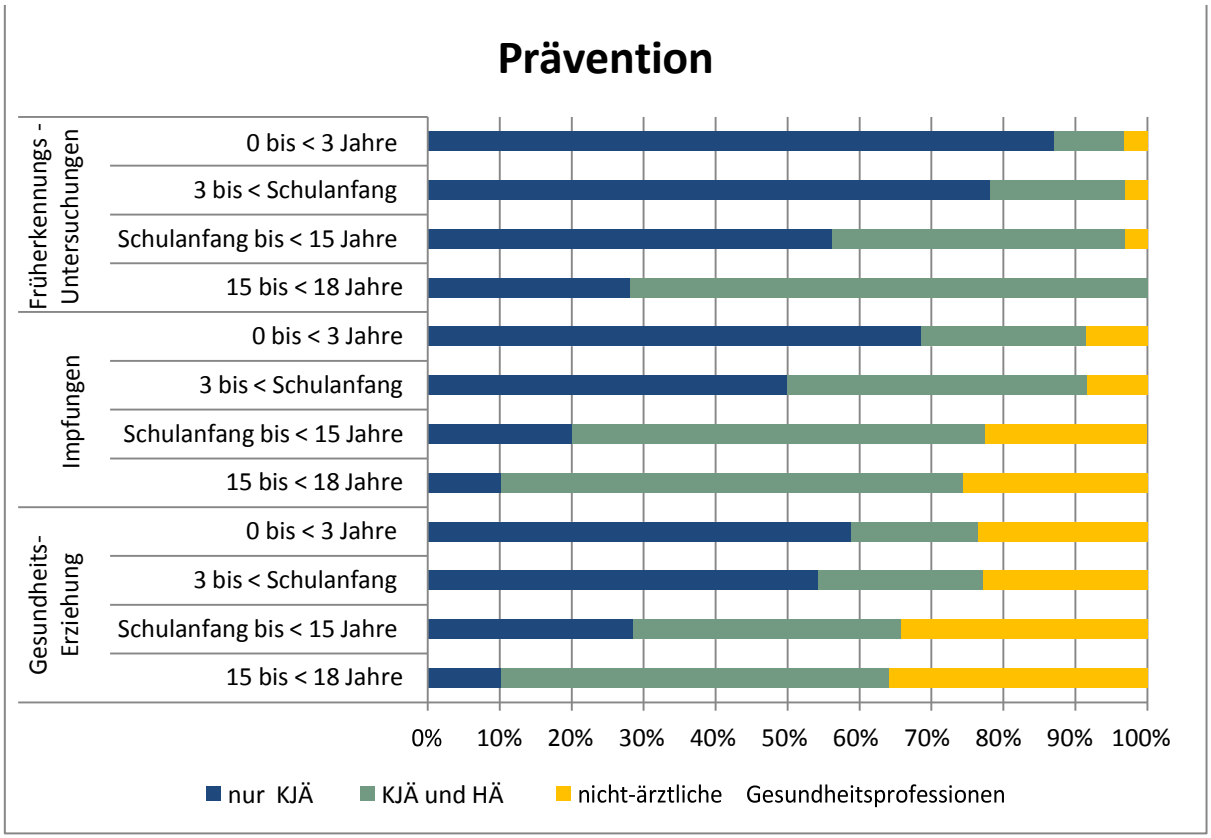


Abbildung 40: Substitution/Delegation: Tätigkeiten in der Prävention

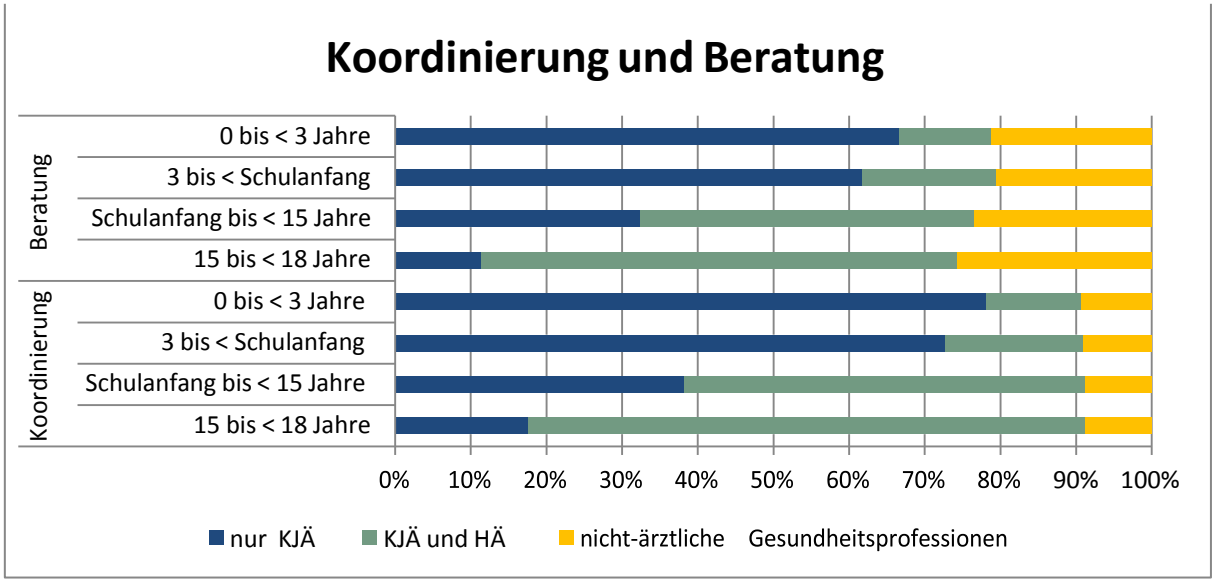


Abbildung 41: Substitution/Delegation: Beratung und Koordination

Anhang zu Kapitel 7.3 (Kriterien hausärztlich-pädiatrischer Tätigkeit)

(Adaptiert nach WHO)

1. KJÄ sind die ersten Ansprechpartner für die von ihnen betreuten Kinder, Jugendlichen und ihre Familien bei allen medizinischen und psychosozialen Problemen und Fragen zu Wachstum und Entwicklung.

2. KJÄ versorgen Kinder und Jugendliche kontinuierlich und umfassend von der Geburt bis zum 18. Geburtstag.

3. KJÄ arbeiten primär kindzentriert. Dazu gehört eine effektive und altersgerechte Kommunikation mit Kindern und Jugendlichen aller Altersstufen unter Einbeziehung ihrer Familien in ihrem jeweiligen kulturellen und sozialen Kontext und anderer Bezugspersonen.

4. KJÄ behandeln Kinder und Jugendliche mit akuten sowie angeborenen und erworbenen chronischen Erkrankungen. Dies schließt psychische, soziale und psychosomatische Erkrankungen ein. Insbesondere sind auch die Erkrankungen, die unter dem Begriff „neue Morbiditäten“ zusammengefasst werden, inbegriffen.

5. KJÄ führen alle Präventionsleistungen (Früherkennungsuntersuchungen und Impfungen, Gesundheitserziehung und vorausschauende Beratung) durch.

6. KJÄ sind Lotsen im Gesundheits- und Sozialsystem.

7. KJÄ arbeiten auf kommunaler Ebene in Netzwerken mit Behörden und Institutionen zusammen. Sie kooperieren in der hausärztlich-pädiatrischen Tätigkeit mit pädiatrischen Subspezialisten und Spezialeinrichtungen, die chronisch kranke und behinderte Kinder und Jugendliche multiprofessionell versorgen und mit ärztlichen Kolleginnen und Kollegen anderer Fachdisziplinen, die auf ihrem Gebiet eine besondere pädiatrische Kompetenz erworben haben.

Dr. Elke Jäger-Roman Dr. Ulrich Fegeler Alfons Fleer Dr. Roland Ulmer

8 Diskussion der Ergebnisse, Gesamtbeurteilung

Die Ziele konnten erreicht werden. Es gab keine Änderungen im Vergleich zum Antrag. Im nächsten Schritt sollen die Ergebnisse genutzt werden, Modellprojekte zu entwickeln und durchzuführen.

9 Gender Mainstreaming Aspekte

(Vergleiche zu folgenden Ergebnissen Tab.3 in Kapitel 7.1.1)

57,3 % der Pädiater sind weiblich. Bei einer differenzierten Betrachtung der Ergebnisse fällt auf, dass in den jüngeren Altersgruppen der Anteil der Kinder- und Jugendärztinnen kontinuierlich zunimmt. So sind dies bei den unter 34-Jährigen Pädiatern 77 Prozent und bei den über 60-Jährigen 49 Prozent.

Betrachtet man ausschließlich ambulant tätige KJÄ, ist der Anteil der Frauen von 2005 bis 2015 um 6 Prozent gestiegen (2005 n=3156 und 2015 n=3964). Bei einer differenzierten Betrachtung der niedergelassenen und angestellten KJÄrztinnen ist der Anteil der Niedergelassenen um 2,2 Prozent gestiegen (2005 n=2931 und 2015 n=2926), während der Anteil angestellter Ärztinnen um 5.5 Prozent gesunken ist (2005 n=225 und 2015 n=1038). Ein Vergleich der stationär arbeitenden KJÄrztinnen in den gleichen Jahren zeigt, dass die Gesamtzahl zwar um 12,3 Prozent gestiegen (2005 n=1805 und 2015 n=3286) ist, die der leitenden KJÄrztinnen jedoch um 1,7 Prozent gesunken ist (2005 n=126 und 2015 n=102).

Der Anteil an Ärztinnen schwankt in den einzelnen Planungsregionen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) erheblich. Es scheint wichtig, für die einzelnen Lebensphasen flexiblere Arbeitszeit-Systeme zu realisieren.

10 Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse

Die Ergebnisse wurden mit 2 Posterbeiträgen auf dem 15. Deutschen Kongress für Versorgungsforschung in Berlin vorgestellt. Es ist ein Paper in Vorbereitung. Der Bericht zu Methodik und Ergebnissen der Analyse ist auf der Homepage der Greifswalder Universitätsmedizin, Institut für Community Medicine, Abteilung Versorgungsepidemiologie und Community Health veröffentlicht.

11 Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit / Transferpotential)

Die Ergebnisse sollen für weitere Projekte in den Bereichen Bedarfsplanung und Versorgung genutzt werden. Eine weitere Nutzung der Ergebnisse ist für politische Zwecke durch die DAKJ geplant.

12 Publikationsverzeichnis

- Poster: „Innovative Modelle für die zukünftige Bedarfsplanung in der Pädiatrie“
  Autoren: Neeltje van den Berg, Angelika Beyer, Ulrike Stentzel, Kathrin Jackel-Neusser, Manfred Gahr, Wolfgang Hoffmann
- Geplant: Vortrag auf dem 3. Hamburger Symposium zur regionalen Gesundheitsversorgung: „Regionale Disparitäten in der Gesundheitsversorgung – wo stehen wir?“ Vortragender: Prof. Dr. W. Hoffmann | Leiter Abt. Versorgungsepidemiologie & Community Health, Universitätsmedizin Greifswald, Institut für Community Medicine
- Paper (in Vorbereitung): „Neue Konzepte in der pädiatrischen Versorgung – Auswertung einer standardisierten und qualitativen Experten-Befragung“
  Autoren: Angelika Beyer, Neeltje van den Berg, Ulrike Stentzel, Wolfgang Hoffmann, Manfred Gahr