

## KURZBERICHT

Thema	<b>Versorgungsepidemiologische Analyse der Kinder- und Jugendmedizin in Deutschland</b>
Schlüsselbegriffe	Pädiatrie, Versorgungsepidemiologie, Bedarfsplanung, neue Versorgungskonzepte
Ressort, Institut	Bundesministerium für Gesundheit (BMG)
Auftragnehmer(in)	DAKJ e.V.
Projektleitung	Universitätsmedizin Greifswald, Institut für Community Health, Abteilung Versorgungsepidemiologie und Community Health, PD Dr. N. van den Berg
Autor(en)	PD Dr. N. van den Berg, Angelika Beyer
Beginn	01.10.2015
Ende	31.05.2016

### Vorhabenbeschreibung, Arbeitsziele

Ziel des Projekts war die Erstellung einer versorgungsepidemiologischen Expertise der pädiatrischen Versorgung in Deutschland.

Die Arbeitsziele waren definiert als (1) die Identifizierung von Regionen in Deutschland, in denen zukünftig Probleme bei der Sicherstellung insbesondere der ambulanten kinder- und jugendärztlichen Versorgung zu erwarten sind. (2) Es sollte die Art dieser Probleme (z.B. ungünstige geografische Verteilung der Leistungserbringer, andere Barrieren für einen uneingeschränkten Zugang zu Leistungen) identifiziert werden. Des Weiteren sollte analysiert werden, welche Rollen (3) andere Arztgruppen (insbesondere Hausärztinnen und -ärzte), (4) andere Gesundheitsberufe (z.B. Pflege, Hebammen, Logopädie) und (5) Krankenhäuser bei der Sicherstellung der kinder- und jugendärztlichen Versorgung spielen können. Weitere Arbeitsziele waren (6) die Konzeptualisierung einer bedarfsgerechten Planung der pädiatrischen Versorgung und (7) die Erarbeitung von Vorschlägen für innovative, regionale Versorgungskonzepte, die einen besonders effektiven Einsatz bestehender Strukturen und Ressourcen mit innovativen Ansätzen kombinieren.

### Durchführung, Methodik

Zunächst wurde eine umfassende Literaturrecherche durchgeführt. In die nachfolgende versorgungsepidemiologische Analyse gingen geografische und Bevölkerungsdaten sowie Daten der medizinischen Leistungserbringer und Daten aus dem Institut für Community Medicine ein. Aufgrund der Datenlage konnten einige Arbeitsziele bundesweit, andere für Lupenregionen erreicht werden. Es wurden kartografische Darstellungen der geografischen Analysen für einzelne pädiatrische Leistungssektoren realisiert. Zusätzlich zu den vorliegenden Daten wurde ein standardisierter Fragebogen zur Erfassung von Versorgungsproblemen und Lösungsoptionen (bspw. sektoren- und berufsgruppenübergreifende Kooperationen) erstellt. Dieser wurde bundesweit an Expertinnen und Experten (n=101) aus verschiedenen Versorgungssektoren mit der Bitte um Teilnahme versendet. Auf den dazu vorliegenden Antworten aufbauend wurde mit einer ebenfalls in verschiedenen Tätigkeitsbereichen erfahrenen Auswahl dieser Sachverständigen (n=11) ein leitfadengestütztes Interview geführt. Fragebogen und Experteninterviews wurden mit quantitativen (deskriptiv) und qualitativen (kategorienbildend) Methoden ausgewertet. Die Ergebnisse wurden in einem Projektbericht ausführlich dargestellt.

### Gender Mainstreaming

Bei einer differenzierten Betrachtung der Ergebnisse fällt auf, dass in den jüngeren Altersgruppen der Anteil der Kinder- und Jugendärztinnen stark zunimmt. 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.

### Ergebnisse, Schlussfolgerungen, Fortführung

#### Ergebnisse:

Der geografische Teil der versorgungsepidemiologischen Analyse zeigt die geografische Verteilung der pädiatrischen Leistungserbringer in Deutschland sowie den Anteil der Bevölkerung mit großen Entfernungen zu den Leistungserbringern. Außerdem wird auf regionaler Ebene sichtbar, wie viele Kinder- und Jugendliche durch die Arztpraxen und Krankenhäuser versorgt werden.

Für eine bedarfsgerechte Planung der pädiatrischen Versorgung spielt der Faktor Entfernung zwischen Wohnort und nächster kinder- und jugendmedizinischer Praxis / stationärer Abteilung / Notaufnahme eine wichtige Rolle, wenn die Versorgung in qualitativer Hochwertigkeit sichergestellt werden soll. In diesem Punkt waren sich alle an der Befragung teilnehmenden Expertinnen und Experten (n=30) einig. Bezüglich der in der aktuellen Bedarfsplanung für die Niederlassung von Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten eingesetzten allgemeinen Verhältniszahlen wird vorgeschlagen, für die Pädiatrie über eine weitere Flexibilisierung nachzudenken. Ebenfalls hohe Einigkeit bestand bezüglich einer künftig stärkeren und notwendigen Berücksichtigung sozialer Aspekte. Der häufig höhere Versorgungsbedarf von Kindern und Jugendlichen aus schwierigen sozialen Verhältnissen sollte nicht dazu führen, dass in Gebieten mit einer relativ hohen Deprivation die Attraktivität einer Niederlassung geringer ist als in anderen Regionen. Ein weiterer wichtiger Punkt für eine zukunftsfeste Bedarfsplanung ist die Berücksichtigung des Teilnahmeumfangs der Ärzte an der Versorgung der gesetzlich Versicherten. Auch diesbezüglich scheinen flexiblere Systeme erforderlich zu sein, die z.B. für die Jahre der Familiengründung von jungen Ärzten und Ärztinnen eine reduzierte Teilnahme und in späteren Lebensphasen einen Anstieg des Teilnahmeumfangs zulassen.

Für die stationäre Versorgung scheint die Durchsetzung der Forderung, dass nur wirtschaftlich arbeitende pädiatrische Krankenhausabteilungen Bestand haben können, in vielen Regionen ein Risiko für die Sicherstellung der Versorgung zu sein. Hier sind sektoren- und berufsgruppenübergreifende oder telemedizinische Lösungen zu prüfen.

Es werden Modelle zu Versorgungskonzepten für einzelne Patientengruppen vorgeschlagen, die in weiteren Projekten konkret entwickelt werden müssten. Dies betrifft die kinder- und jugendmedizinische Grundversorgung, Kinder und Jugendliche mit chronischen oder seltenen Erkrankungen, von der sogenannten Neuen Morbidität Betroffene und die Prävention. Wesentlich für neue Konzepte sind verbesserte Optionen für die Dokumentation und den Informationsaustausch.

Schlussfolgerungen der Projektnehmer: Die Analyse hat manifeste und potentielle Lücken und strukturelle Probleme in der Versorgungslandschaft aufgezeigt. Zukünftig anzuerkennende Realitäten erfordern 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. Konzepte zu einer Anpassung der Bedarfsplanung müssen unter Beteiligung aller Akteure weiter entwickelt werden.

Fortführung: Die vorgeschlagenen innovativen Versorgungskonzepte sollten weiterentwickelt und in Modellprojekten in Kooperation mit den regionalen Akteuren implementiert und evaluiert werden.

### Umsetzung der Ergebnisse durch das BMG

Die gewonnenen Erkenntnisse können dazu beitragen, die kinder- und jugendmedizinische Versorgung weiterzuentwickeln und an aktuelle Entwicklungen anzupassen, um auch eine künftige gute Versorgung sicher zu stellen. Das BMG wird den Abschluss- und den Kurzbericht des Vorhabens veröffentlichen und die Ergebnisse in fachpolitische Diskussionen einbeziehen. Darüber hinaus hat der Projektnehmer, die Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e.V. als Dachverband der kinder- und jugendmedizinischen Gesellschaften und Fachverbände Deutschlands, hierzu eine Kommission „Zukunft der flächendeckenden Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ eingerichtet, in deren Arbeit die Ergebnisse der Analyse unmittelbar einfließen werden.

### verwendete Literatur

siehe Schlussbericht, u.a.

- Kassenärztliche Bundesvereinigung Die neue Bedarfsplanung Grundlagen, Instrumente und regionale Möglichkeiten. 2013.
- 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.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung, Einwohner je Arzt (bedarfsplanungsgewichtet) nach Planungsregion, 2014. 2014.
- Bundesärztekammer, Ärztestatistik 2015, <http://www.bundesaerztekammer.de/uebersicht/aerztestatistik/aerztestatistik-2015/>, Editor. 2016, Bundesärztekammer: Online.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung, Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister Bundesgebiet insgesamt. 2014: KBV.

- Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung, Alle Diagramme und Tabellen (Ärztstatistik 2014), <Stat14AbbTab.pdf>, Editor. 2015, Bundesärztekammer: [http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/Stat14AbbTab.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Stat14AbbTab.pdf).
- Klauber, J., et al., Versorgungsreport 2015/2016 Schwerpunkt: Kinder und Jugendliche. 2016, Stuttgart: Schattauer GmbH.
- Meinke, C., et al., Auswirkungen des demografischen Wandels auf die Grundbedürfnissicherung der Bevölkerung in Vorpommern unter besonderer Berücksichtigung der kinder- und jugendmedizinischen Versorgung im Landkreis Ostvorpommern 2011, Institut für Community Medicine, Universitätsmedizin Greifswald.
- 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.
- 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 Gesundheitswes, 2012. 106(9): p. 656-662.
- Schlack, R., B.M. Kurth, and H. Hölling, Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Daten aus dem bundesweit repräsentativen Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Umweltmedizin Forschung und Praxis, 2008. 13 (4).
- Sachverständigenrat zur Begutachtung für die Entwicklung im Gesundheitswesen, Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. 2014.