



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

Institutionelle Ressourcen (stationärer Bereich)

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

Institutionelle Ressourcen (ambulanter Bereich)

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

Welchen Stellwert Einzelpraxen in Zukunft haben werden, lässt sich zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht mit Sicherheit sagen.

Begründungsdokument zu institutionellen Ressourcen

Die medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen steht im Fachgebiet Kinder- und Jugendmedizin im stationären Bereich Kinderabteilungen, Kinderklinik, selbständige Kinderkrankenhäuser und Universitätskinderkliniken zur Verfügung.

Im ambulanten Sektor arbeiten Vertragsärzte in Einzelpraxen oder in ambulanten Versorgungsmodellen. Die Sozialpädiatrischen Zentren sind eine weitere Säule in der ambulanten Betreuung von Kindern und Jugendlichen.

Eine Vernetzung dieser beiden Sektoren besteht durch die Medizinischen Versorgungszentren und Betreuungsvarianten, wie sie das Vertragsrechtsänderungsgesetz ermöglichen.

Eine sehr enge Zusammenarbeit ist im stationären Bereich, aber auch zum Teil auf dem ambulanten Sektor mit den kindermedizinischen Fachgebieten Kinderchirurgie und Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie notwendig.

Im ambulanten Gebiet sollte eine abgestimmte Zusammenarbeit mit der Disziplin Allgemeinmedizin erreicht werden.

Eine wahrscheinlich regional unterschiedliche Kooperation mit den stationär tätigen Organfächern ist notwendig.

Datengrundlage dieses Berichtsteils ist

- 1) Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes
Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, Robert Koch Institut, Berlin 2004
- 2) Krankenhaus-Report 2006 Schattauer Stuttgart/New York
- 3) GEK-Report – akute-stationäre Versorgung 2008
- 4) Aktuelle Situation der stationären Kinder- und Jugendmedizin in Deutschland
bundesweite Umfrage – Vergleich der Entwicklung von 1993-2004
Bundesarbeitsgemeinschaft Kind und Krankenhaus
- 5) Versorgungsstudie der DAKJ: Fegeler, U.; Jäger-Roman, Elke; Nentwich, H.-J.
(Dresden International University 2012)

1. Stationärer Bereich

Wegen der Altersgruppierung der Statistiken des Statistischen Bundesamt in 5 Jahres Abständen werden im Folgenden zur Synchronisierung die Angaben des Altersabschnitt 0 – 15 Jahre dargestellt, da die folgende Altersgruppe 15 – 20 Jahre nur zum Teil die Kinder- und Jugendmedizin betrifft).

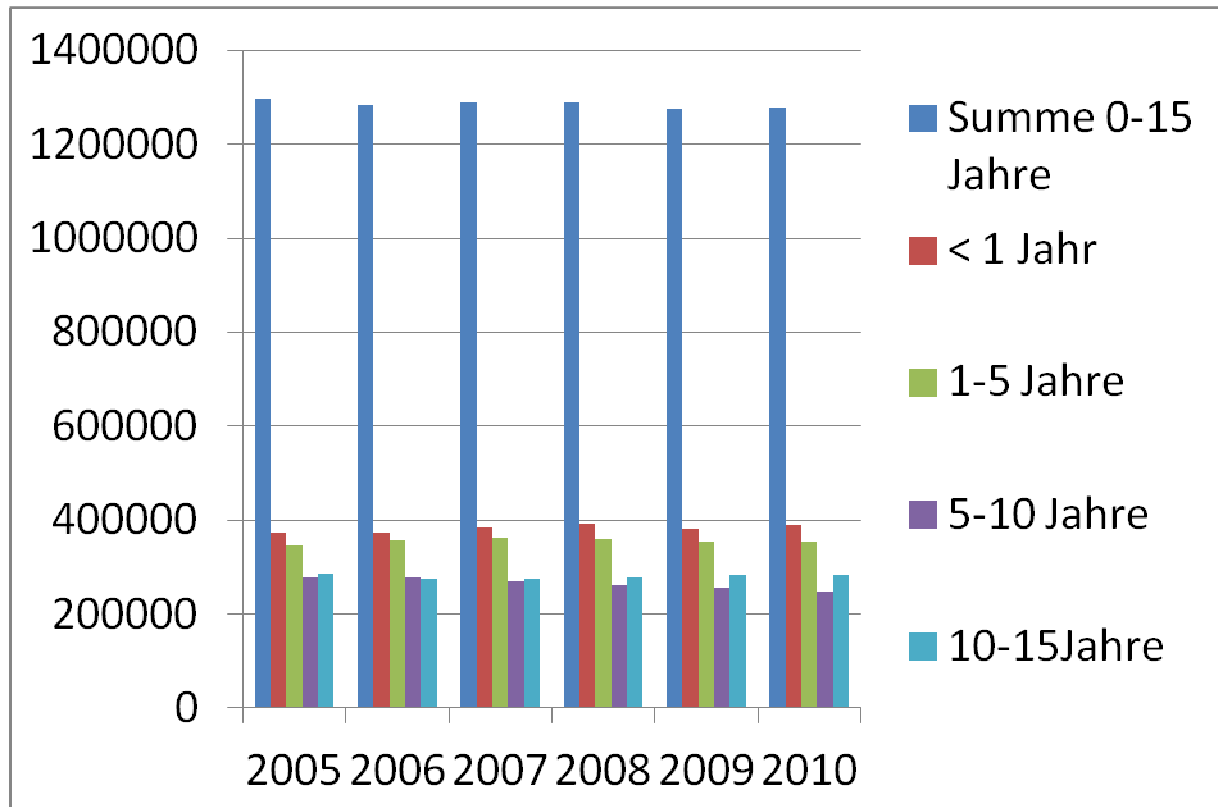
In Deutschland standen im Jahr 2009 **351 Kinderkliniken** und -abteilungen mit **19.294 Betten**, 2004 waren es 20.935, zur Verfügung. Es wurden im Jahr 2009 insgesamt **1.276.186 Fälle**, ohne gesunde Neugeborene, bis zum Alter von 15 Jahren, bezogen auf alle Krankenhäuser, stationär versorgt.

Im Jahr 2009 wurden in Kinderkliniken 929 383 Fälle stationär behandelt. Dies bedeutet, dass über 72% aller vollstationären Patientinnen und Patienten in Kinderkliniken behandelt wurden.

Im Jahr 2007 bestand der Anteil von Patienten bis zum Alter von 15 Jahren, welche außerhalb von Kinderkliniken stationär behandelt wurden 24% (*Scheel; Fachtagung der GKinD; Darmstadt 6. und 7.5.09*). Davon befanden sich 11% in chirurgischen, einschließlich urologischer und orthopädischer Kliniken. Hier besteht sicher ein gewisses Potential, vorwiegend für jüngere Patienten, zur kooperativen, sektorübergreifenden Betreuung in Kinderkliniken oder -abteilungen Für internistisch-pädiatrische Krankheitsfälle besteht nur ein Anteil von unter 10%, welche nicht in Kinderkliniken oder -abteilungen versorgt werden. Dafür gibt es sicher nachvollziehbare Begründungen, wie z.B. Spezialkliniken oder auch Wünsche der Eltern. Dieses Potential wird sich kaum reduzieren lassen.

Die Fallzahlentwicklung von 2005 bis 2010 zeigt Abb.1#

Abbildung 1#: Vollstationäre Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern ohne gesunde Neugeborene von 2005 bis 2010 in Summe und mit Altersdifferenzierung von 0-1; 1-5; 5-10 und 10-15 Jahren



Quelle: Diagnosestatistik des Statistischen Bundesamtes

Es zeigt sich nur eine marginale Fallzahlschwankung in den letzten Jahren. Der Anteil der unter Einjährigen ist auf Grund der neonatologischen Morbidität konstant hoch und es ergibt sich eine Zunahme der Fälle in der Altersgruppe 10 – 15 Jahre, welche auf die steigende Bedeutung chronisch Erkrankter zurückzuführen ist.

Zur Einschätzung der zukünftigen Entwicklung der Fallzahlen, kann eine Studie zur „Prognose der Fallzahlen auf pädiatrischen Fachabteilungen in der Bundesrepublik Deutschland bis zum Jahre 2025“ (Martin R.; Dresden International University; 2012) herangezogen werden.

Folgende Parameter wurden dabei berücksichtigt:

- Bevölkerungsentwicklung (Variante 1-W der 12 koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung)

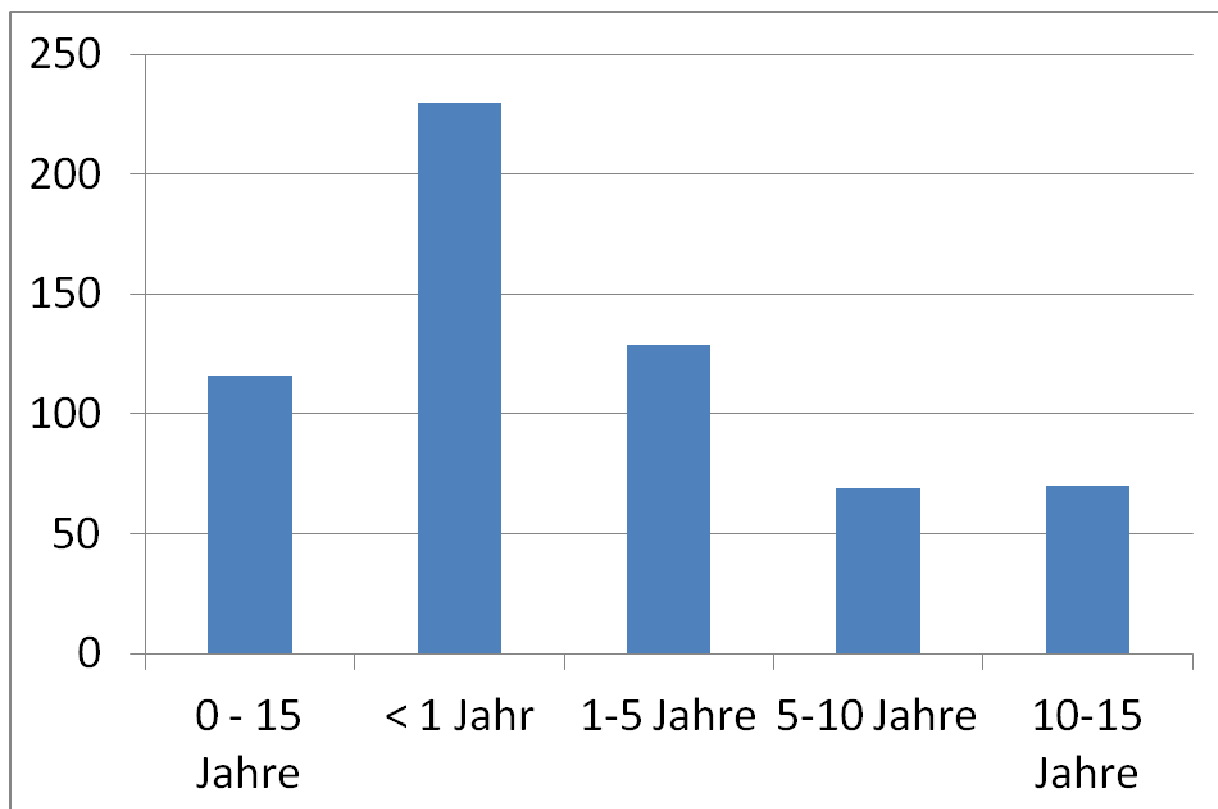
- Variable Diagnosefallquote (aus bisherigem Verlauf und durch Expertenmeinung). Diagnosegruppen P; R 19; K 59; F 45; F 10; und F 90 wurden in unterschiedlicher Ausprägung als ansteigend und J 06 als abfallend bewertet.
- Der Anteil von Diagnosen außerhalb der bewerteten 28 Diagnosen (60% aller Diagnosen) wird als konstant eingeschätzt.
- Marginale Verweildauerreduktion

Mittels Sensitivitätsanalysen ergibt sich unter Annahme der oben genannten Kriterien eine Fallzahlreduzierung bis zum Jahr 2025 bis zu 18%.

Bei einer Einwohnerzahl der unter 15-Jährigen in Deutschland von 10,5 Millionen besteht eine **Krankenhaushäufigkeit** von durchschnittlich 116 Patienten pro 1.000 Einwohner unter 15 Jahre. Die Krankenhaushäufigkeit ist im ersten Lebensjahr am höchsten und nimmt mit zunehmendem Alter kontinuierlich ab.

Abbildung 2# zeigt die Krankenhaushäufigkeit in den einzelnen Jahrgängen.

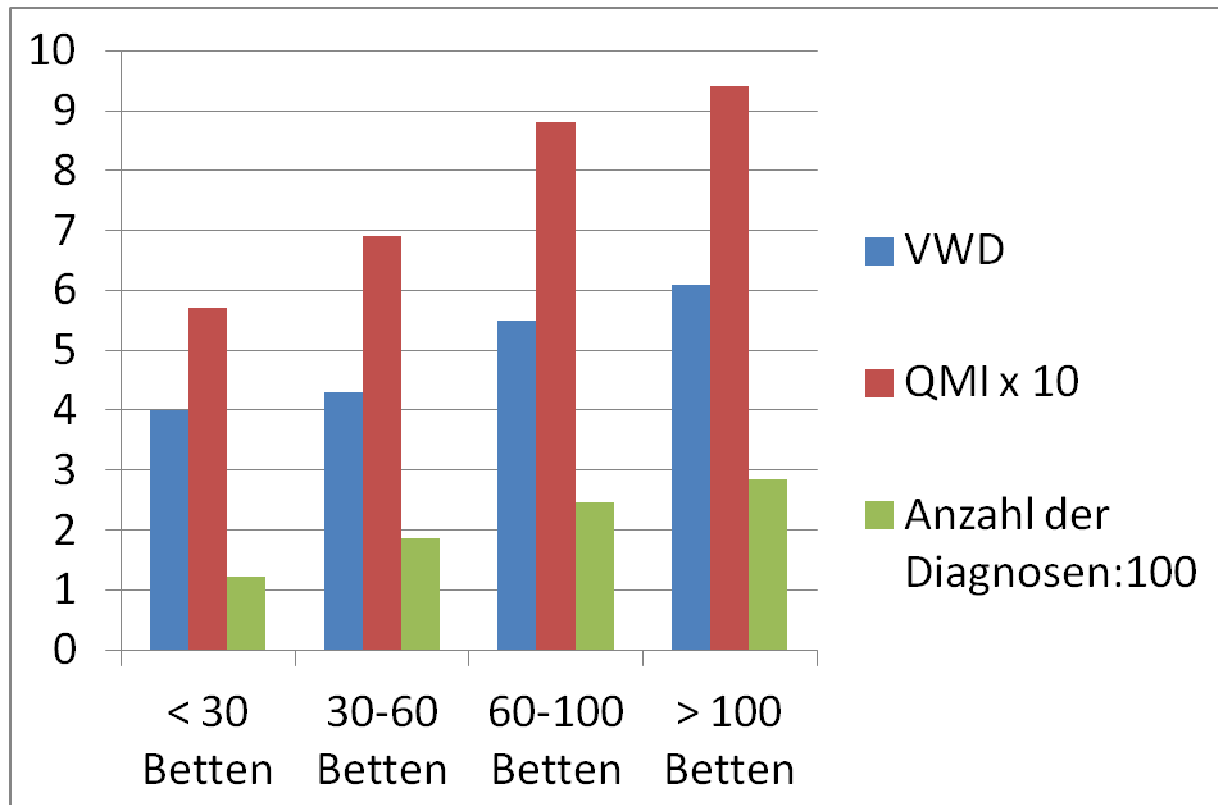
Abbildung 2#: Krankenhaushäufigkeit pro 1.000 Einwohner in Summe der Einwohner bis zu 15 Jahren und mit Altersdifferenzierung von 0-1; 1-5; 5-10 und 10-15 Jahren



Quelle: Statistisches Bundesamt; eigene Berechnung

Die **Verweildauer** betrug im Jahr 2009 durchschnittlich 4.5 Tage (1993: 7,5 Tage) und der Betten-Nutzungsgrad wurde 2009 mit 63,4 % (1993: 70,2 %) errechnet. Die Verweildauer steigt mit der Abteilungsgröße und dem Qualifizierungsgrad (Case Mix Index).

Abbildung 3#: Verhältnis von Verweildauer, Case Mix Index und abgerechneter Anzahl von DRGs in Kliniken unterschiedlicher Größe



Quelle: BAKuK Umfrage; eigene Berechnung

Eine Reduzierung der Verweildauer wird unter Berücksichtigung des weiterhin hohen Anteils für die neonatologische Versorgung nur noch marginal möglich sein, aber auch ein geringer Anstieg, infolge Verschiebung zu Gunsten der Anteile Neonatologie und chronisch kranker Kinder und Jugendlicher infolge einer Verringerung des Bedarfs für die stationären Regelversorgung (Auswirkung von neuen Impfungen, verbesserte Prävention) kann nicht ausgeschlossen werden.

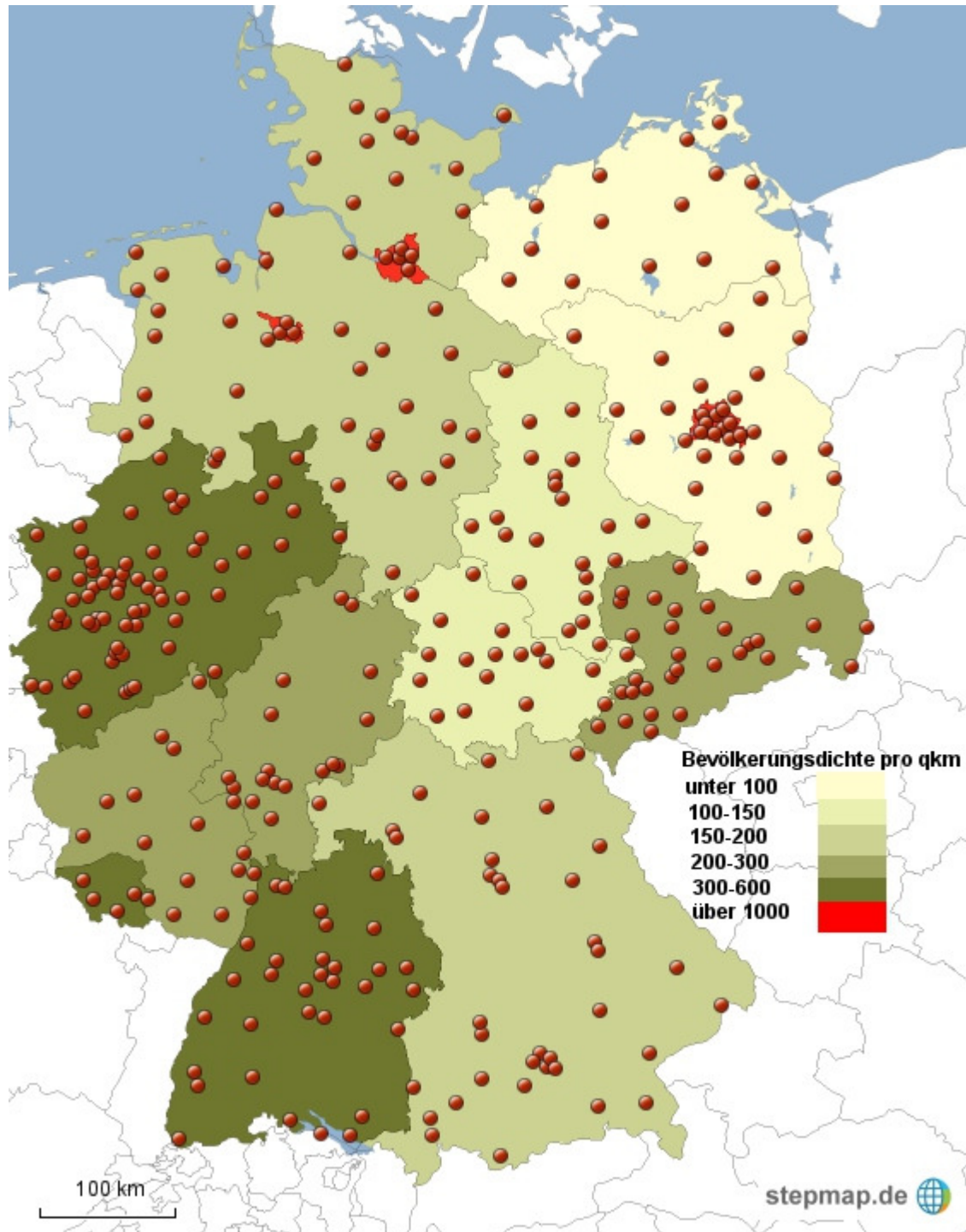
Andererseits wird das Erreichen eines Nutzungsgrades von mindestens 75 % gefordert.

Dabei sind die Besonderheiten der stationären Kinder- und Jugendmedizin (geringer Anteil planbarer Patienten, Vorhaltung unterschiedlicher Unterbringungsmöglichkeiten für

verschiedene Altersgruppen (Neonatologie bis Jugendmedizin) bereits berücksichtigt und somit bestehen gewisse Reserven.

Besonders beachtenswert wird für die Zukunft die bestehende unterschiedliche regionale **Flächendeckung** durch Kinderkliniken sein. Abbildung 4# zeigt dazu die regionale Verteilung von Kinderabteilungen und Kinderkliniken in Deutschland.

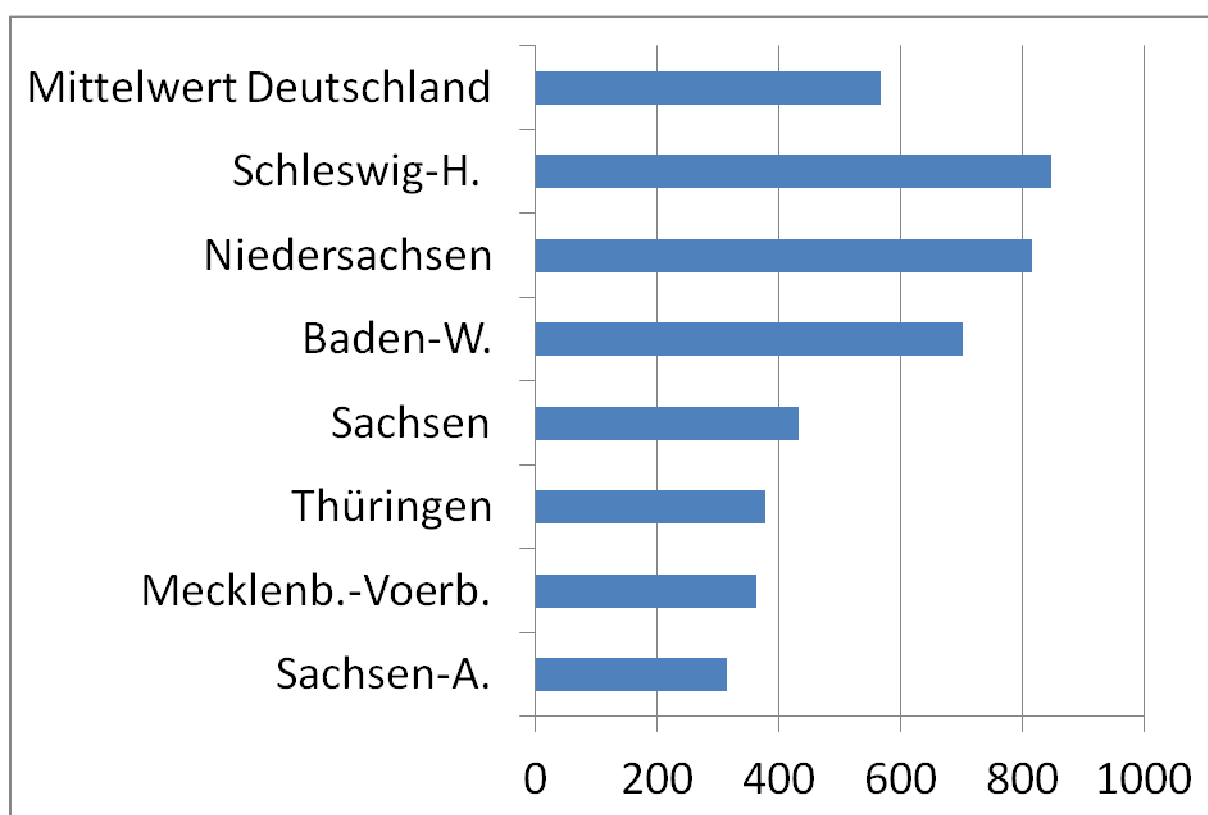
Abbildung 4#: Regionale Verteilung von Kinderkrankenhäuser, Kinderkliniken und Kinderabteilungen in Deutschland



Quelle: DAKJ (eigene Berechnung)

Ein weiteres nicht nachvollziehbares Problem stellt die regional höchst unterschiedliche **Kapazität von Kinderbetten** bezogen auf Einwohner unter 15 Jahre dar. Durchschnittlich steht in Deutschland für 567 Einwohner unter 15 Jahren ein Bett im stationären Bereich des Fachgebietes Kinder- und Jugendmedizin zur Verfügung. Aus Abbildung 5# ist in einer Auswahl von Bundesländern ersichtlich, dass dieser Wert in den einzelnen Bundesländern sehr variiert.

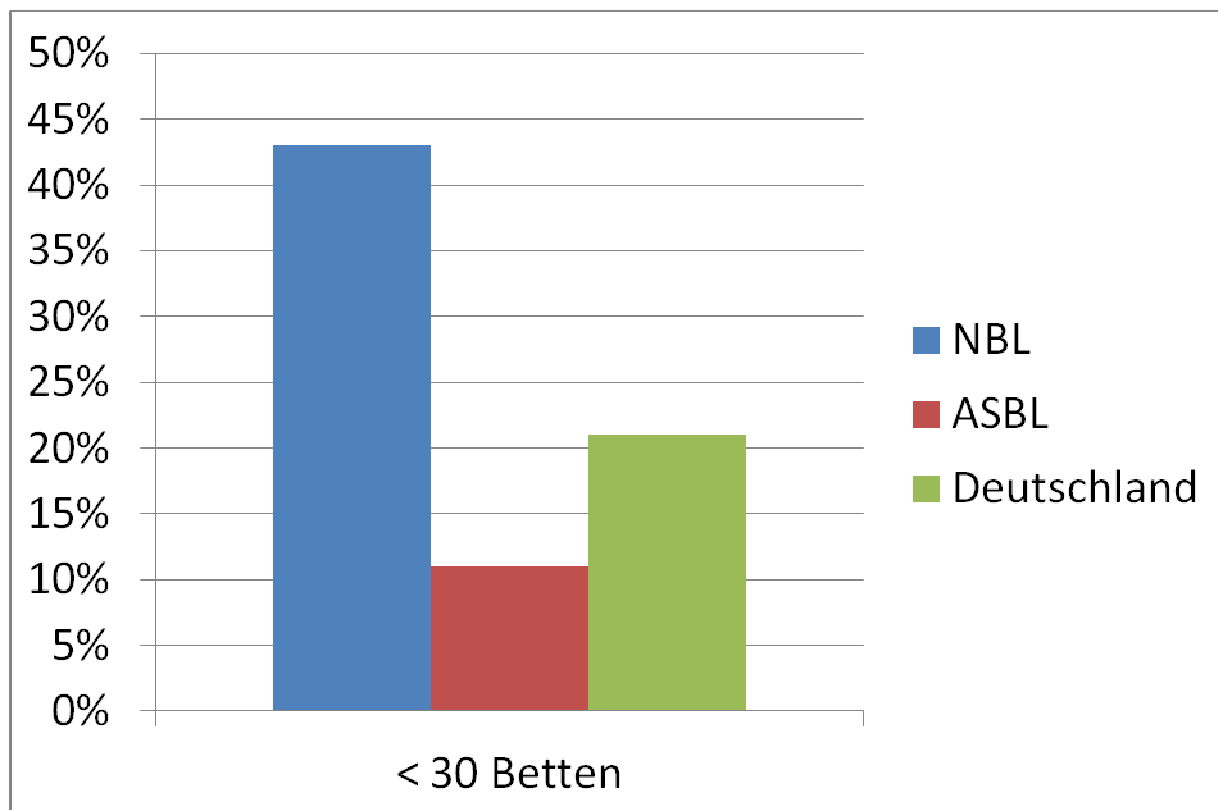
Abbildung 5#: Durchschnittliche Relation von Einwohnern unter 15 Jahren pro Bett im stationären Bereich des Fachgebietes Kinder- und Jugendmedizin in einer Auswahl von Bundesländern von Deutschland



Quelle: Statistisches Bundesamt; eigene Berechnung

Die Analyse der Kapazität der einzelnen Kinderkliniken in Deutschland ergibt folgendes Ergebnis. Von 342 erfassten Kliniken und Abteilungen verfügen in den Alten Bundesländern 11 % der Kliniken über weniger als 30 Betten. In den Neuen Bundesländern sind es 43% der Kinderkliniken mit weniger als 30 Betten.

Abbildung 6#: Anteil von Kliniken mit einer Kapazität von unter 30 Betten in den Neuen Bundesländern (NBL); den Alten Bundesländern (ABL) und in Gesamtdeutschland von 342 Kliniken



Quelle: Statistisches Bundesamt, BAKuK Umfrage, eigene Berechnung

Bei Kliniken von weniger als 30 Betten bzw. weniger als 2.000 Fälle pro Jahr sind Probleme vorprogrammiert. Diese bestehen zum einen in der Schwierigkeit der Vorhaltung notwendiger Kompetenz und Strukturqualität für diese kleineren Abteilungen und zum anderen in der Realisierung ein ausgeglichenes Kosten-Erlös-Verhältnis zu erreichen.

Zum Nachweis eines Zusammenhanges von Strukturqualität und Abteilungsgröße wurde von 31 sächsischen Kinderkliniken der Zusammenhang von Fallzahl und dem wichtigsten Qualitätskriterium, dem Facharztstandard, analysiert.

Die Berechnung der erforderlichen Personalausstattung im ärztlichen Dienst, insbesondere zur Gewährleistung des Facharztstandards, ergibt sich auf der Basis von Leistungszahlen nach folgender Vorschrift (*Plücker, W. – Personalbedarfsermittlung im Krankenhaus; 10. Auflage 2009*):

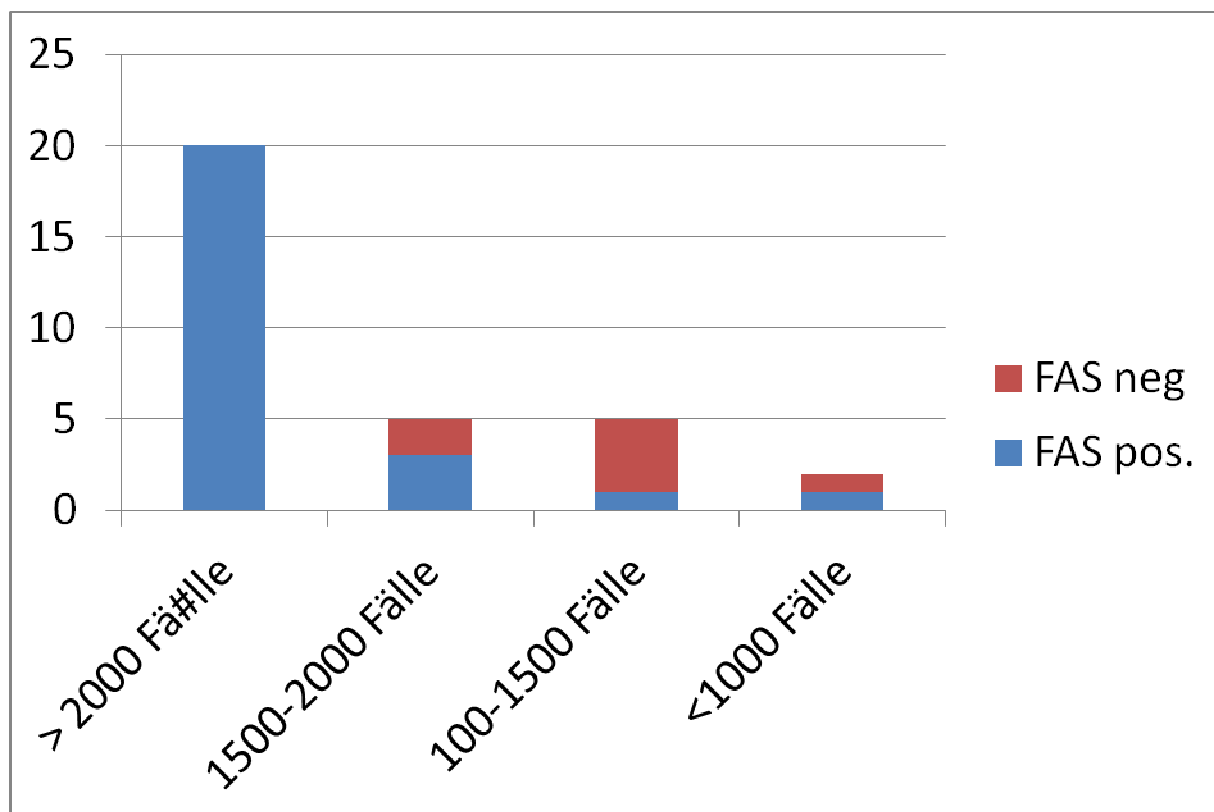
Fallzahl x Fallwert x Ausfallquote : tarifliche Bruttolebensarbeitszeit
--

Fallzahl	Zahl der vollstationären Fälle je Abteilung und Jahr
Fallwert	durchschnittliche Betreuungsdauer je Fall Wert für die Kinder- und Jugendmedizin 368 Minuten
Ausfallquote	Verkürzung der Jahresarbeitszeit durch Krankheit, Urlaub etc. (i.d.R. 15% beträgt 1,1765)
Tarifliche BAZ	Regeljahresarbeitszeit für eine VK in Minuten beträgt bei 250 Arbeitstagen 120.000 Min/Jahr

Die Berechnung für 1.500 Fälle ergibt 5,4 ärztliche Vollkräfte als minimale Ausstattung zur Gewährleistung eines Facharztstandards.

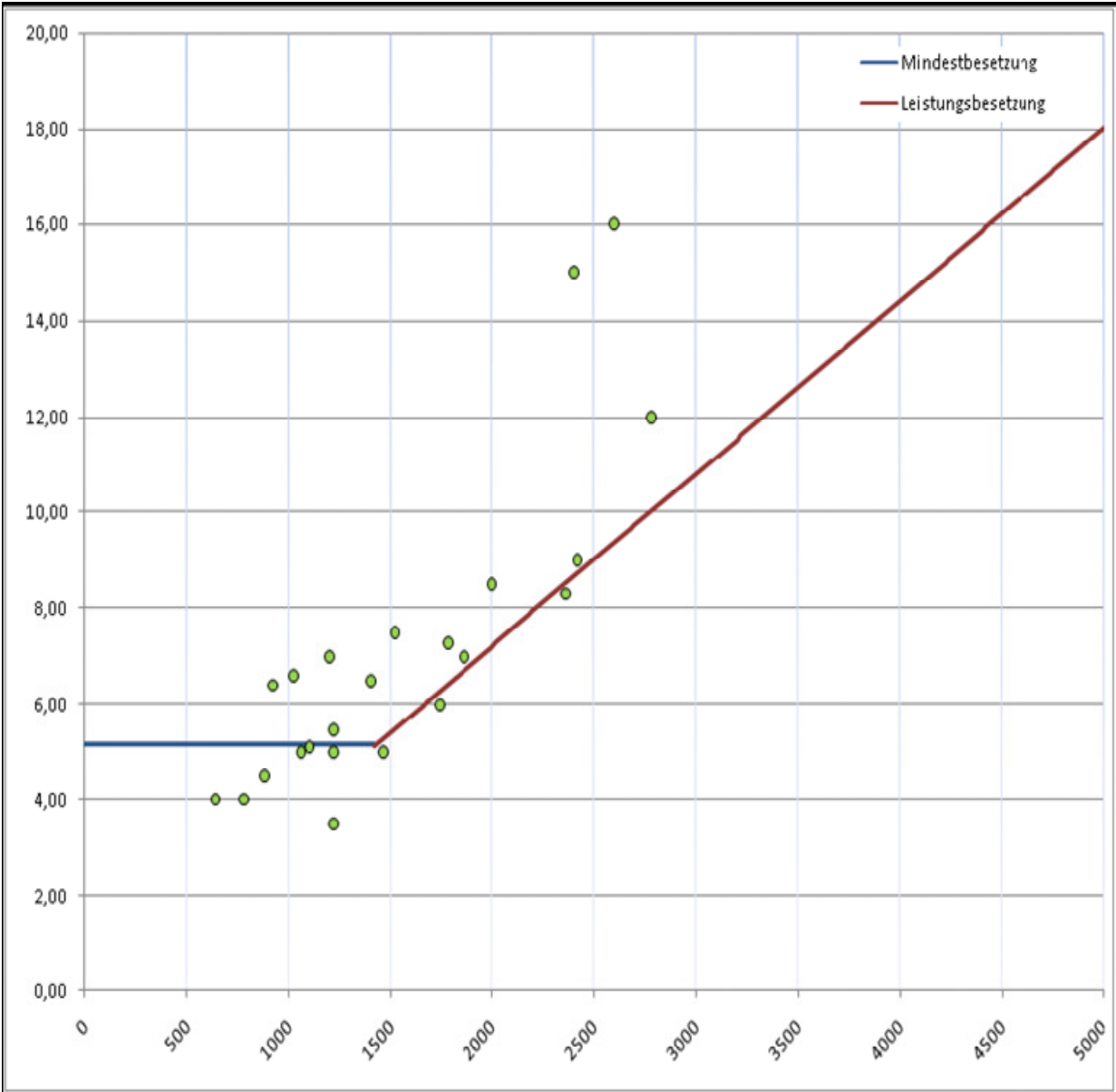
Es zeigt sich, dass bei 20 Kliniken mit mehr als 2.000 Fällen pro Jahr der Facharztstandard nachgewiesen werden konnte. Bei Abteilungen mit weniger als 2.000 Fällen pro Jahr bestehen deutliche Defizite in dieser Beziehung (Abb. 7# und 8#). Es muss vermutet werden, dass bei den Kliniken mit nachgewiesenen Facharztstandard und niedrigen Fallzahlen eine Quersubventionierung der Kinderklinik durch andere Fachdisziplinen oder erhebliche Personaleinsparung in anderen Berufsgruppen vorliegt. Bei beiden Verhältnissen ist eine Zukunftsfähigkeit gefährdet.

Abbildung 7#: Verhältnis von Fallzahlen pro Jahr zu Vorhaltung eines Facharztstandards (FAS) von 31 sächsischen Kinderkliniken



Quelle: Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Gesundheit

Abbildung 8#: Verhältnis zwischen Fällen pro Jahr und vorgehaltener Mindestbesetzung im ärztlichen Dienst bei 22 sächsischen Kinderkliniken und -abteilungen



Quelle: Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Gesundheit

Um in einer Kinderklinik den notwendigen personellen, apparativen und sachlichen Qualitätsstandard vorzuhalten, werden knapp 3 Millionen Euro Kosten pro Jahr entstehen:

5 FÄ a 130 000 Euro + Lohnnebenkosten und Dienste	650 000 Euro
oder 3 Fachärzte und 3 WBA a 85 000 – 645 000 Euro	
25 Schwestern einschl. Funktionsdienst a 40 000 Euro	<u>1 000 000 Euro</u>
Personalkosten entspricht 70%	1 650 000 Euro
Sachkosten entspricht 30%	<u>708 000 Euro</u>
	2 358 000 Euro
Innerbetriebliche Verrechnung (zusätzlich 10%)	236 000 Euro
Investitionskosten (zusätzlich 10%)	<u>236 000 Euro</u>
	2 830 000 Euro Kosten

Quelle: Modifiziert nach R.G. Schmid, Altötting 2011

Um diese Summe zu refinanzieren, müssen bei einem Erlös 1.160 Euro pro Fall (CMI 0,4; Basisrate 2.900 Euro) im Jahr 2.440 Fälle erbracht werden. Bei 5 Tagen Verweildauer bedeutet das 33 Patienten im Durchschnitt. Bei einer 75%igen Auslastung werden 44 Betten benötigt.

Die dargestellten Ergebnisse der Flächendeckung und der Klinikgrößen, mit den Problemen der Vorhaltung einer ausreichenden Kompetenz und ein ausgeglichenes Kosten-Erlös-Verhältnis zu erreichen, zeigt die Notwendigkeit einer Umstrukturierung der stationären Kinder- und Jugendmedizin. Dabei müssen gute Struktur- und Ergebnisqualität im Vordergrund stehen, aber auch ein ausgeglichenes Kosten-Erlös-Verhältnis berücksichtigt werden. Alternative Betriebsmodelle können dabei helfen Erreichbarkeit, Qualität und Kostendeckung zu erreichen. Abb. 9# zeigt Möglichkeiten von alternativen Betriebsmodellen mit entsprechender Bewertung.

Abbildung 9#: Mögliche alternative Betriebsmodelle für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit zu beachtenden Vor- und Nachteilen

• Modell	Vorteil	Nachteil
• Netz von Kliniken mit entsprechender fachlicher Qualität und Größe	Qualität gewährleistet	Umstrukturierung erforderlich, Verlängerung der Anfahrtswege
• Subventionierte Abteilungen	Qualität gewährleistet	Ökonomisch auf Dauer nicht tragbar
• Fusionsmodell	Qualität gewährleistet	Verlegung von Arbeitsorten, möglicher Arbeitsplatzabbau
• Kooperationsmodell mit Verbund	Qualität gewährleistet, örtliche Konzentration	Interessenskonflikt bei wirtschaftlichen Entscheidungen
• Kooperationsmodell mit Außenstelle	Beitrag zur flächendeckenden Versorgung	Konflikt bei Qualitätssicherung Organisation und Finanzierung aufwändig
• Kooperationsmodell mit Personalgestellung	Beitrag zur flächendeckenden Versorgung Qualität gewährleistet	Wirtschaftliches Risiko ist zu tragen
• Modell mit MVZ	Absicherung tagesklinischer und ambulanter Versorgung	Isoliert nicht zu betreiben
• Kooperation mit Niedergelassenen	Einkauf von Fachkompetenz/ Vernetzung	Finanzielle Abhängigkeit

Quelle: Alternative Betriebsmodelle; Zusammenfassung der Workshops des BVKJ in Kassel; 17.8.02 und 27.9.03

Als Resümee aus der aktuellen Kapazität und der Flächendeckung der kinder- und jugendmedizinischen stationären Versorgung in Deutschland und die mögliche zukünftige Entwicklung kann festgestellt werden:

- **Die Kapazität ist ausreichend und wird zukünftig nicht ausgelastet sein. Fallzahlreduzierung durch demografischen Faktor, geforderte Erhöhung der Auslastung auf 75% bei unwesentlicher Veränderung der Verweildauer und der Krankenhaushäufigkeit, reduziert die benötigte Kapazität bis 2020 um mindestens 10%.**
- **Die regionale und kapazitive Verteilung ist nicht nachvollziehbar unterschiedlich.**
- **Es gibt viele kleine Abteilungen.**
- **Um die kinder- und jugendmedizinische stationäre Versorgung für die Zukunft mit hoher Qualität zu sichern, ist eine Umstrukturierung unabdingbar. Als Zielgröße für diese Entwicklung muss die Bewertung der Ergebnisqualität im Vordergrund stehen. Dazu sind dringend entsprechende Parameter zu erarbeiten.**
- **Für eine Umstrukturierung müssen alternative Betriebsmodelle und die Überwindung sektoraler Grenzen einbezogen werden.**
- **Eine Erreichbarkeit von Kinderkliniken, außerhalb von vital gefährdeten Zuständen, von 30 km oder 40 Minuten wird für ausreichend gehalten.**

1a. Notfallversorgung im stationären Sektor

Die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DGKJ) plädiert für die Aufrechterhaltung von eigenständigen Notaufnahmen in allen Kliniken, in denen eine kinder- und jugendmedizinische Abteilung vorhanden ist. In der überwiegenden Anzahl von Kliniken ist dies nicht der Fall; dort werden und müssen Kinder in zentralen Notaufnahmen versorgt werden.

Die DGKJ lehnt einen eigenen Facharzt Notfallmedizin ab (wie übrigens auch die DIVI – Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin). Die DGKJ hat in der interdisziplinären DIVI AG zur Organisation der Notaufnahme mitgearbeitet (Prof. N. Wagner) und sich hier mit den anderen Beteiligten für ein Weiterbildungsmodul „Innerklinische Notfallmedizin“ ausgesprochen.

Dieses ist v.a. für Leiter von Notaufnahmen intendiert.

Die DGKJ setzt sich im Rahmen dieses Moduls für einen kinder- und jugendmedizinischen Teil ein; Ziel dessen ist es, die Ärzte in Notaufnahmen zu befähigen, einen kinder- und jugendmedizinischen Notfall zu erkennen und diesen nach Initialversorgung der geeigneten Facharztbehandlung (z.B. Kinder- und Jugendmedizin, Kinderchirurgie, Unfallchirurgie, Neurochirurgie etc.) zuzuweisen.

2. Ambulanter Bereich

Wie bereits im Kapitel „Personelle Ressourcen“ ausgeführt, ist im Durchschnitt **aktuell ein Vertragsarzt für Kinder- und Jugendmedizin für 2.550 Kinder zuständig**. Bis 2020 wird eine konstante Anzahl von ambulant tätigen Kinder- und Jugendärzten prognostiziert. Bei einer Reduzierung der Anzahl der zu betreuenden Kinder und Jugendlichen in diesem Zeitraum um bis zu 9,4 % werden **2020 ca. 2.290 Kinder pro ambulant tätigen Kinder- und Jugendarzt** zu betreuen sein.

Eine Berechnung der notwendigen medizinischen Kapazität für eine kinder- und jugendmedizinische Vollversorgung von 500 Patienten zeigt Abbildung 10#. Die analytischen Daten wurden der Versorgungsstudie der DAKJ entnommen. Das Ergebnis zeigt, dass zur kinder- und jugendmedizinischen Vollversorgung von 500 Kindern 591 Stunden pro Jahr notwendig wären. Die jährliche Vollarbeitszeit eines Kinder- und Jugendarztes beträgt maximal 2.000 Stunden bei einer 50 Stunden Woche. 22 % davon sind nicht patientenbezogen. Es steht somit 1.560 Stunden patientenbezogene jährliche Arbeitszeit zur

Verfügung. Damit könnte ein Kinder- und Jugendarzt 1.322 Kinder voll versorgen. Dabei muss berücksichtigt werden, dass nicht für jedes Kind alle präventiven Maßnahmen wahrgenommen werden und andere Versorger beteiligt sind.

Abbildung 10#: Berechnung des Zeitaufwandes für eine ambulante Vollversorgung von 500 Kindern im Alter bis zu 15 Jahren entsprechend der Vorstellungsanlässe

LBJ	Anzahl nach demograf. Verteilung	Früh-erkenn 22 Min. Zeitaufwand	Impfung 7 Min	Akute Vorst. 8 Min/VS 40% mit 2,7VS/a	Chron. + NeueMor. 11 Min/VS 23% mit 4 VS/a	Sonst. 10% 10 Min
1 + 2	58 Kinder	5 Term./Kind x 22Min x 58 Kinder= 6380 (- U1+2)	4 Term./Kind x 7Min.x 58 Kinder= 1624	23 x 2,7 x 8 = 497	11 x 4 x 13 = 572	5,8 x 10 = 58
3 + 4	60	2 x 22 x 60 = 2640 (+U 7a)	3 x 7 x 60 = 1260 + 3x20%=252	24 x 2,7 x 8 = 518	11 x 4 x 13 = 572	6,0 x 10 = 60
5 + 6	61	1 x 22 x 61 = 1342	1x7x61 = 427	24 x 2,7 x 8 = 518	11 x 4 x 13 = 572	6,1 x 10 = 61
7 + 8	64	1 x 22x 64 = 1408 30% =420 (U10)		26 x 2,7 x 8 = 561	11 x 4 x 13 =572	6,4 x 10 = 64
9 + 10	69	1x 22x 69 = 1518 30% 450 (U11)		27 x 2,7 x 8 = 596	13 x 4 x 13 = 572	6,9 x 10 = 69
11 - 14	188	1 x 22 x 188 = 4136 J2 20% 820	1 x 7 x 188 = 1316 + 3x7x94=1974	75 x 2,7 x 8 = 1620	11 x 4 x 43 =1892	18 x 10 = 180
Summe	500 Kinder	19 114 Min. =318 h	6853 Min =114 h	4297 Min = 72 h	4752 Min = 79 h	492 Min. =8 h

Quelle: Versorgungsstudie der DAKJ; eigene Berechnung

Eine weitere, aus realistischen Verhältnissen berechnete Analyse ermöglicht das Ergebnis der Versorgungsstudie. Die Auswertung der Betreuungsleistung von 36 Praxen über 12 Monate zeigt, dass im Durchschnitt 1.528 Patienten pro Kinder- und Jugendarzt im Jahr versorgt wurden. Eine regionale Aufschlüsselung erbringt nur marginale Unterschiede. So beträgt die Betreuungszahl in den Alten Bundesländern 1.531 und in den Neuen Bundesländern 1.512 Patienten pro Arzt und Jahr. In der Großstadt werden 1.444 und außerhalb der Großstädte 1.576 Patienten pro Arzt und Jahr betreut.

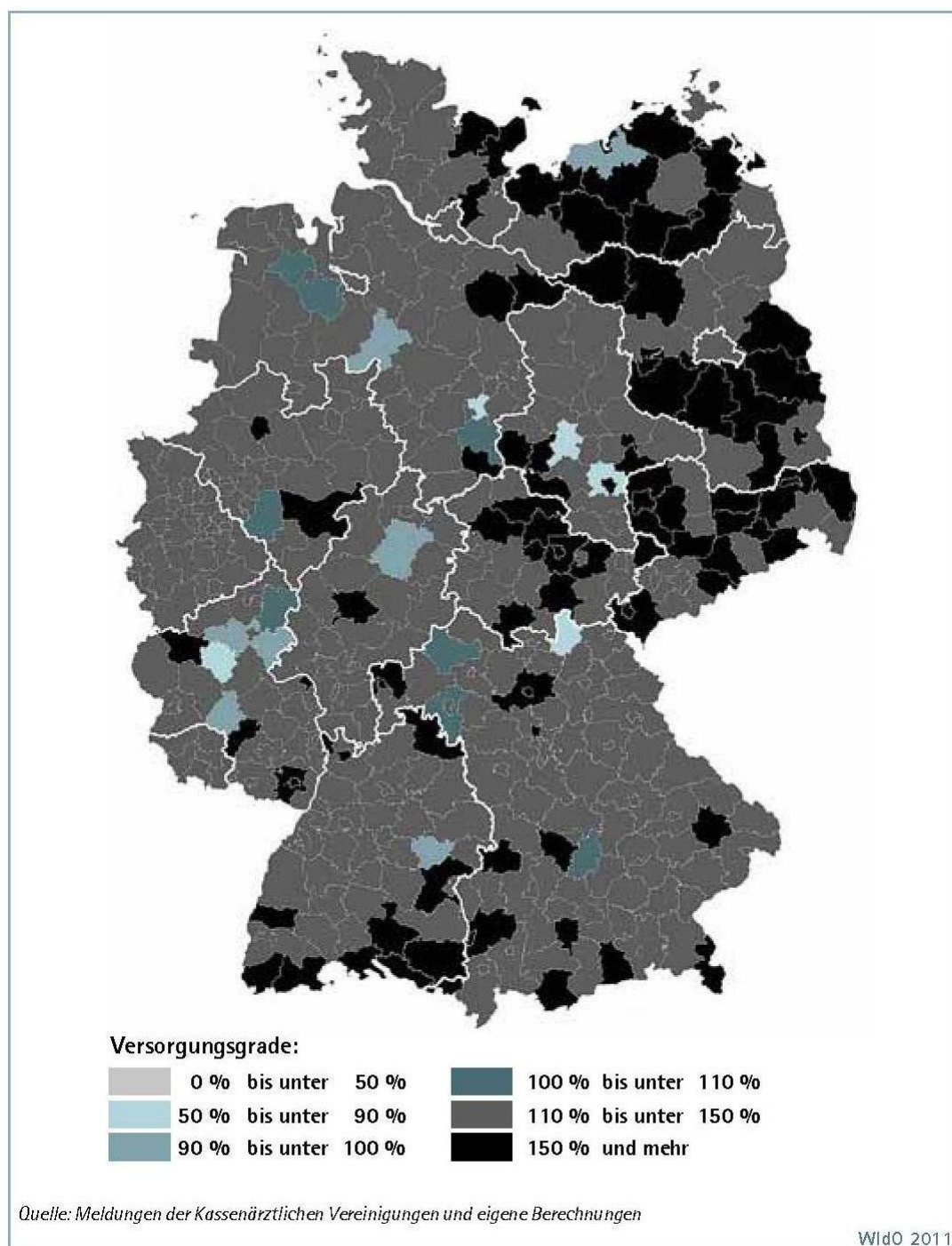
Beide Berechnungen belegen, dass

1.500 Patienten pro Kinder- und Jugendarzt

in optimaler Qualität mit dem gesamten Spektrum der präventiven und kurativen Maßnahmen betreut werden könnten.

Problematisch ist, wie auch im stationären Sektor, die Flächenverteilung. So wird im *„Ärzteatlas 2011 des Wissenschaftlichen Instituts der AOK“* ein mittlerer Gesamtversorgungsgrad durch Vertragsärzte für Kinder- und Jugendmedizin von 129,5 % benannt. In allen Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) besteht eine Überversorgung von mehr als 110 %. Die Schwankungsbreite ist hoch und variiert zwischen 111,9 % in Hamburg und 173,5 % in Mecklenburg-Vorpommern. Dabei fällt auf, dass in den Neuen Bundesländern besonders hohe Versorgungsgrade erreicht werden. Siehe dazu Abbildung 11#.

Abbildung 11#: Verteilung des Versorgungsgrades für die ambulante kinder- und jugendmedizinische Versorgung in Deutschland



Betrachtet man den Versorgungsgrad auf Kreisebenen, zeigt sich eine noch viel höhere Diskrepanz. So bestehen Schwankungen zwischen 283,3 % (Oberlausitzkreis) und 77,8 % (Landkreis Kronach). Auch im Durchschnitt gut versorgte KVen, z. B. Sachsen-Anhalt mit 137,5 %, haben unterversorgte Regionen, so Landkreis Aschersleben in Sachsen-Anhalt mit einem Versorgungsgrad von nur 87,8 %. Siehe dazu Abbildung 12#.

Abbildung 12#: Verteilung der Versorgungsgrade für die ambulante kinder- und jugendmedizinische Versorgung in KVen mit über- und unter versorgten Planungsbereichen

KV	Planungsbereiche mit den höchsten Versorgungsgraden	Versorgungsgrad
Sachsen	SK Görlitz/LK Niederschlesisch. Oberlausitzkreis	283,9
Bayern	LK Garmisch Patenkirchen	276,5
Meckl.-Vorpommern	LK Güstrow	276,5
Bayern	LK Starnberg	250,1
Meckl.-Vorpommern	SK Greifswald/LK Ostvorpommern	234,5
KV	Planungsbereiche mit den niedrigsten Versorgungsgraden	Versorgungsgrad
Sachsen-Anhalt	LK Aschersleben-Staßfurt	87,8
Rheinland-Pfalz	LK Cochem-Zell	86,8
Sachsen-Anhalt	LK Saalkreis	82,9
Niedersachsen	SK Salzgitter	80,5
Bayern	LK Kronach	77,8

Quelle: Meldungen der KVen, eigene Berechnungen; Datenstand 2010

WIdO 2011

Es muss bei der Bewertung der genannten Zahlen unbedingt beachtet werden, dass diese auf der Grundlage historischer Bedarfsplanung entstanden sind. Es bleibt zu hoffen, dass die angekündigte Verbesserung der Bedarfsplanung (kleinzellig, bevölkerungs- und morbiditätsbezogen) zur Objektivierung der Situation führt.

Der Gesetzgeber hat deshalb in seinem letzten Reformpaket, dem Versorgungsstrukturgesetz, dezidiert Hinweise zur Neuausrichtung der Bedarfsplanung gegeben. Leitmotive sind dabei:

- die Flexibilisierung der Planungsbereiche
- die Neuberechnung der Verhältniszahlen
- die Festlegung der Fachgruppen, die eine Planung unterliegen sollen, sowie
- die Neudefinition des sogenannten Sonderbedarfs, der Zulassungen ermöglicht, wenn Planungsbezirke für weitere Zulassungen gesperrt sind.

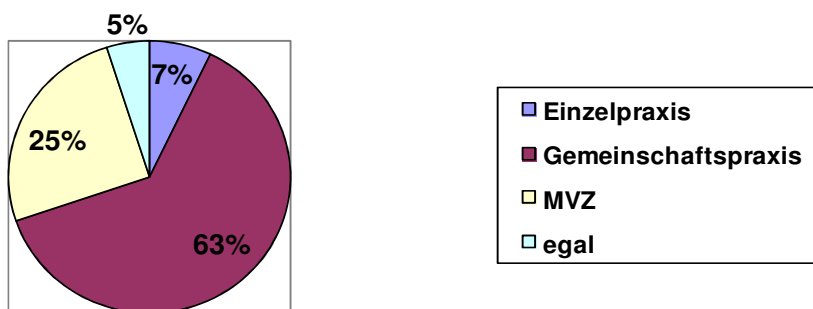
Ziel der Gesetzgebung ist dabei insbesondere die Stärkung der Versorgung im ländlichen Raum. Zu diesem Zweck räumt der Gesetzgeber den Regionen weitgehend Rechte zur

regionalen Bedarfsplanung ein, so dass von vielen Rahmenvorhaben des Gemeinsamen Bundesausschusses künftig abgewichen werden kann.

Die dringende Notwendigkeit, sich bei zukünftigen Entscheidungen zur ambulanten Versorgung von Kindern und Jugendlichen nicht die großflächige nachgewiesene Überversorgung zu Grunde zu legen, zeigen sehr kritische Verhältnisse bei der Analyse von kleineren Regionen. So wurden, nach dem *Barmer/GEK Arztreport mit Schwerpunkt Kindergesundheit vom 22.2.12* in Mecklenburg-Vorpommern 15,9 Prozent aller Kinder im Alter bis zu fünf Jahren noch nie von einem Kinderarzt betreut. Eine extrem kritische Situation konnte durch diese Studie in den Landkreisen Mecklenburg-Strelitz und Rügen erfasst werden. Dabei waren es 44% bzw. 42% Kinder bis 5 Jahre, welche noch keinen Kinderarztkontakt hatten.

Für die zukünftige Entwicklung muss auch beachtet werden, dass die Zahl der Einzelpraxen noch weitgehend unverändert ist, jedoch der Wunsch nach kollektiver Praxisführung künftig weiter ansteigen wird. Eine Umfrage bei Weiterbildungsassistenten zeigt diesen Trend eindeutig (Abb.: 13#).

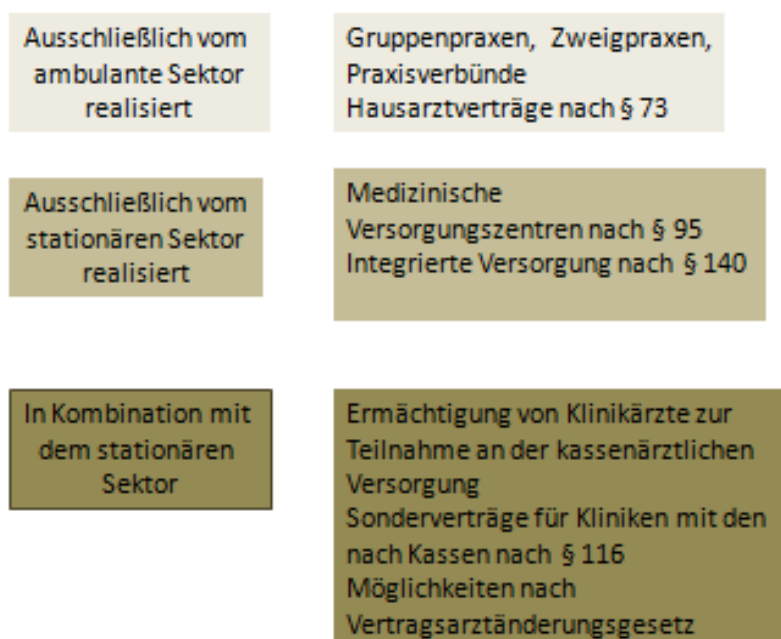
Abbildung 13#: Vorstellungen von Ärztinnen und Ärzten in der Weiterbildung zum Kinder- und Jugendarzt über die Zukunft ihrer beruflichen Tätigkeit im ambulanten Bereich



Quelle: Umfrage des BVKJ unter den Teilnehmerinnen und Teilnehmern des Assistentenkongresses am 26.04.2011 in Dresden

Die beschriebenen sehr deutlichen Unterschiede in der Flächendeckung, insbesondere in den extrem unterversorgten Gebieten, erfordert eine Umstrukturierung auch im ambulanten Bereich der Kinder- und Jugendmedizin. Dabei werden herkömmliche Versorgungsformen, insbesondere in Territorien mit sehr geringer Anzahl von Kindern und Jugendlichen in einer größeren Fläche keine Lösungsmöglichkeit ergeben. Für alternative Betriebsformen hält der Gesetzgeber eine Anzahl von Möglichkeiten vor (Abb.14#).

Abbildung 14#: Gestaltungsmöglichkeiten zur ambulanten Versorgung durch Kinder- und Jugendärzte



Als Resümee aus der aktuellen Kapazität und Flächendeckung der kinder- und jugendmedizinischen ambulanten Versorgung in Deutschland und die mögliche zukünftige Entwicklung kann festgestellt werden:

- **Eine flächendeckende komplette ambulante medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen durch Kinder- und Jugendärzte kann nicht gesichert werden. Eine abgestimmte sektorenübergreifende Arbeitsteilung und Abstimmung mit den Allgemeinmedizinern ist notwendig. Dabei sollten Facharztqualifikation erfordernde medizinische Leistungen (z. B. Prävention, chronisch Kranke, Entwicklungsstörungen) durch den Kinder und Jugendarzt erfolgen**
- **Die Zahl der Kinder- und Jugendärzte die in Kooperationen arbeiten nimmt seit Jahren kontinuierlich zu**
- **Kinder- und Jugendärzte bilden zunehmend neue regionale Strukturen (PaedNet), um den Anforderungen der Zeit gerecht zu werden**
- **KBV strebt Kostenerstattung an und favorisiert die Gesundheitsprämie**
- **Politik und Krankenkassen wünschen neue Versorgungsformen mit vorwiegend kooperativer ambulanter Medizin**
- **Direktverträge zwischen Kassenverbänden und Arztgruppen nehmen an Bedeutung zu**
- **Grenzen zwischen Klinik und Praxis werden zunehmend durchlässiger**
- **Es wird unter Beachtung sich entwickelnder aktueller Voraussetzungen zu einer völlig neuen Versorgungslandschaft kommen**

2a. Notfallversorgung im ambulanten Sektor

Jeder niedergelassene Kinder- und Jugendarzt hat in Deutschland die Pflicht, am ärztlichen Notdienst teilzunehmen. Rechtsgrundlage sind die Heilberufsgesetze der Bundesländer, die diese öffentliche Dienstpflicht begründen. Die näheren Details sind in den Berufsordnungen der Ärztekammern und in Notfalldienstordnungen geregelt. Der ärztliche Notdienst ist in Deutschland auch Teil des Sicherstellungsauftrags der Krankenkassen (daher spricht man in Deutschland oft auch vom sog. "kassenärztlichen Notfalldienst"). In fast allen Ländern (außer Bayern) wird der kinder- und jugendärztliche Notdienst gemeinsam von Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen organisiert.

Wo immer möglich sollten eigenständige kinder- und jugendmedizinische Notfalldienste vorgehalten werden. Dies schließt die Teilnahme der Kinder- und Jugendärzte am allgemeinen Notfalldienst aus. Das wird in der Mehrzahl der Bundesländer auch umgesetzt, auch in Flächenländern wie Schleswig-Holstein, Westfalen-Lippe, Nordrhein, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen und Mecklenburg-Vorpommern.

In einigen Bundesländern existieren unterschiedliche Modelle des kinder- und jugendärztlichen Notdienstes, der zum Teil sektorenübergreifend organisiert wird.

Bei der Durchführung des kinderärztlichen Notdienstes durch den Kassenarzt in einer Kinderklinik ergeben sich mehrere Vorteile. Es fördert die kollegiale Zusammenarbeit, mit der Möglichkeit des fachlichen Austausches, es besteht die Gelegenheit der Mitnutzung von apparativer Ausstattung, für dringende stationäre Einweisungen bestehen kurze Wege und bei geringer Frequenz, zum Beispiel in den Morgenstunden, kann der Dienst von der Klinik, zur Entlastung des Niedergelassenen, übernommen werden.

Im Saarland gibt es drei Notdienstpraxen für Kinder und Jugendliche. Dies führt zu einer niedrigeren Notfalldienstfrequenz pro Arzt und damit zu einer besseren Akzeptanz ländlicher Standorte– insbesondere bei jüngeren Praxisbewerbern. In vielen ländlichen Bezirken haben sich Kinder- und Jugendärzte in Verbänden zusammengeschlossen und stellen die kinder- und jugendärztliche Versorgung sicher. Über eine einheitliche Bereitschaftsdienstnummer der Kassenärztlichen Vereinigung erhalten Patienten in Bayern medizinische Hilfe, wenn sie außerhalb der Sprechzeiten dringend einen Arzt brauchen. Die Behandlung findet in der Regel in der Praxis des diensthabenden Kinder- und Jugendarztes oder in einer Bereitschaftspraxis der Kinder- und Jugendärzte statt. Diese kann auch einer Kinder- und Jugendklinik angeschlossen sein. Wenn es dem Patienten aufgrund seiner Erkrankung nicht möglich ist, einen Arzt aufzusuchen, vermittelt die Leitstelle auch einen allgemeinärztlichen

Hausbesuch. In Berlin sind Kinder- und Jugendärzte seit kurzem verpflichtet, Dienste in den kinderärztlichen Bereitschaftsdienststellen zu übernehmen.

3. Pflege- und Fachpersonal

Für den Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland e. V. (BeKD) ist nach wie vor ein vorrangiges Ziel, die spezifische Ausbildung im Sinne einer Schwerpunktbildung zu erhalten. Im Zuge der Diskussion um ein gemeinsames Berufsrecht für die Pflegeberufe ist das Thema erneut hochaktuell. Im aktuellen Positionspapier „Pflegequalität durch Schwerpunktbildung in der beruflichen Erstqualifikation sicherstellen“ wird erneut die Wichtigkeit der speziellen Expertise betont.

Schwerpunktbildung in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege ist erforderlich, weil Veränderungen familiärer Lebensstrukturen und die Zunahme chronischer, psychosomatischer und psychiatrischer Erkrankungen zu beobachten sind und der Bedarf von Eltern an Unterstützung und Beratung im Zusammenhang mit der Pflege gesunder, kranker und behinderter Kinder und Jugendlicher zunimmt.

Gesundheits- und KinderkrankenpflegerInnen müssen ein fundiertes Fachwissen und Handlungssicherheit für den Umgang mit Kindern und Jugendlichen in den verschiedenen Entwicklungsphasen und komplexen Familiensystemen verfügen. Diese Handlungssicherheit kann nur durch reflektierte Erfahrungen in vielfachen pflegeberuflichen Situationen erworben werden. Deshalb ist die fundierte Anbahnung spezifischer Kompetenzen bereits im Rahmen der beruflichen Erstqualifikation sicher zu stellen.

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegende orientieren sich in ihrem professionellen Handeln an den zentralen Merkmalen des Kindseins und fördern damit die Zukunftschancen von Kindern- und Jugendlichen in unserer Gesellschaft. Deutschland sollte auf den Beitrag der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege zur Kindergesundheit nicht verzichten seine hohe Qualität in der pflegerischen Vorsorge von Kindern und Jugendlichen erhalten.

Gesundheitsvorsorge und Fürsorge sind zentrale Aufgaben sowohl im stationären als auch im ambulanten Setting. Anleitung und Beratung haben im pflegerischen Alltag eine hohe Bedeutung. Bedauerlicherweise sind dies Leistungen, die kaum noch abrechenbar sind und

auf Grund von Zeitmangel häufig vernachlässigt werden. Dies führt bei den Pflegenden zu Frustrationen und nicht selten gehen die Pflegenden in andere Bereiche. Ganz deutlich spiegelt sich diese Situation im Intensivbereich. Bundesweit zeichnet sich heute schon ein Personalmangel ab. Auch in der häuslichen/ambulanten Kinderkrankenpflege besteht ein Mangel an speziell ausgebildeten Gesundheits- und KinderkrankenpflegerInnen.

(Elfriede Zoller; Berufsverband der Kinderkrankenpfleger Deutschland)

4. Qualitätssicherung in der Kinder- und Jugendmedizin

Die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit hoher Qualität nimmt in der Kinder- und Jugendmedizin eine besondere Stellung ein. Für die Nachhaltigkeit sorgen insbesondere die Entwicklung, laufende Aktualisierung und Kontrolle der Einhaltung von Qualitätskriterien. Dazu zählen Struktur-, Ablauf- und Ergebnisqualität. Weiterhin stehen Leitlinienorientierung, Patientenpfade, Fehler- und Ereignismanagement sowie Informationsmanagement einschließlich Expertensysteme im Vordergrund.

Erste Bemühungen zur **Strukturqualität** in deutschen Kinderkliniken erfolgten durch das gemeinsam von der Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland, der Deutschen Akademie für Kinder und Jugendmedizin, des Aktionskomitees Kind im Krankenhaus und der Bundesarbeitsgemeinschaft Kind und Krankenhaus entwickelte Gütesiegel „Ausgezeichnet für Kinder“. Erste Zielstellung war die Erfassung durch Selbstauskunft von Minimal Kriterien zur Strukturqualität aus den Bereichen personelle Besetzung sowie Organisation und Infrastruktur, deren Unterschreitung Probleme bei der stationären Betreuung befürchten lassen. Dies hat sich auch in bisher 2 Umfragen bestätigt und ca. 10% der teilnehmenden Kliniken wurden auf die bestehenden Schwächen hingewiesen. Die größten Schwierigkeiten hatten kleinere Kliniken bei der Vorhaltung eines Facharztstandards *(Ergebnisse aus der verbandsübergreifenden Arbeitsgruppe „Qualität in der stationären Kinder und Jugendmedizin)*

Bei einem weiteren Ausbau dieses Verfahrens müssen höher qualifizierte Kliniken differenzierter in ihrer Einschätzung und aussagefähiger zertifiziert werden.

Für die **Ablaufqualität** gibt es sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich noch größere Reserven. Die Abläufe sind, auch unter Berücksichtigung von unterschiedlichen äußeren Umständen zu diskrepant. Viele vergleichbare Situationen wären auswertbar. Sehr geeignet für Verbesserung in der Ablaufqualität sind gegenseitige Konsultationen vor Ort von Mitarbeitern vergleichbarer Kliniken (pair to pair Review).

Methoden zur Beurteilung von **Ergebnisqualität** müssen dringend entwickelt werden. Dabei sollte, nach den Erkenntnissen bei den Bemühungen zur Beurteilung einer Ergebnisqualität in der Neonatologie, keine Mengenorientierung, sondern eine qualitätsorientierte Bewertung im Vordergrund stehen. Die entsprechenden Kriterien dafür sind zu erstellen. Die Mortalität kann dabei wegen der geringen Zahl außerhalb der Neonatologie nur eine geringe Rolle spielen. Wiederaufnahmequote, notwendige Nachbehandlungsaktivitäten oder auch Elternzufriedenheit könnten unter anderen dazu dienen.

Zur Darstellung der Situation der Arbeit mit **Leitlinien** in der Kinder- und Jugendmedizin soll der Bericht aus der Leitlinien Kommission der DGKJ erwähnt werden:

Die Behandlung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland erfolgt in der Regel nach speziellen kinder- und jugendmedizinischen Leitlinien, die von allen Gesellschaften erarbeitet und konsentiert werden. Die Leitlinien werden kontinuierlich nach den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen aktualisiert. In der ambulanten Kinder- und Jugendmedizin werden die Leitlinien durch die korrespondierende wissenschaftliche Gesellschaft, die Deutsche Gesellschaft für Allgemeine Ambulante Pädiatrie e. V. (DGAAP) entsprechend den Vorgaben der Evidenz basierten Medizin in einem kontinuierlichen Verbesserungsprozess angepasst.

Derzeit sind insgesamt 321 Leitlinien (minus 62 gegenüber dem Vorjahr aufgrund der Neustrukturierung der Kinderchirurgie) (269 S1, 46 S2 und 6 S3), davon 303 kinder- und jugendmedizinische und 18 kinderchirurgische Leitlinien (15 S1 und 3 S2) im Loseblattwerk „Leitlinien der Kinder- und Jugendmedizin“ publiziert (Elsevier-Verlag).

Insgesamt haben derzeit 1807 Kolleginnen und Kollegen das Leitlinienwerk in Papierform abonniert, ein Teil davon nützt gleichzeitig den Online-Zugang.

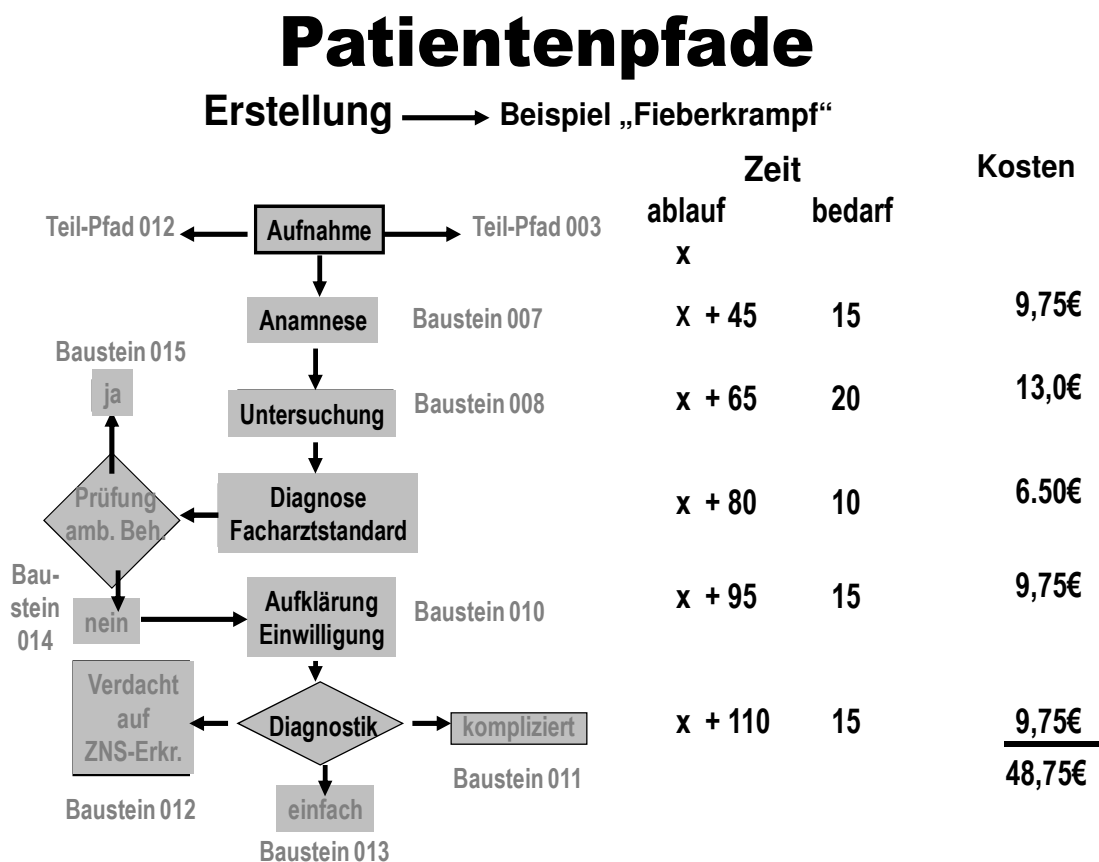
Damit sind gute Voraussetzungen für eine leitlinienorientierte Diagnostik und Therapie gegeben.

Da immer mehr Leitlinien auf höherem Niveau erstellt werden, nimmt die Anzahl der S3-Leitlinien zu. Sie sind besonders aufwändig und kostspielig und werden interdisziplinär bearbeitet. Das Ergebnis ist eine Leitlinie mit sehr großem Umfang, die man nicht in der Loseblattsammlung veröffentlichen kann. Da aber gerade diese Leitlinien prägend sind, wäre es wichtig, bereits bei der Erstellung eine Kurzversion oder Zusammenfassung zu planen, damit eine schnelle und übersichtlich Darstellung zur Alltagsnutzung vorliegt.

(Prof. Dr. Stefan With; Vorsitzender der Leitlinien Kommission der DGKJ)

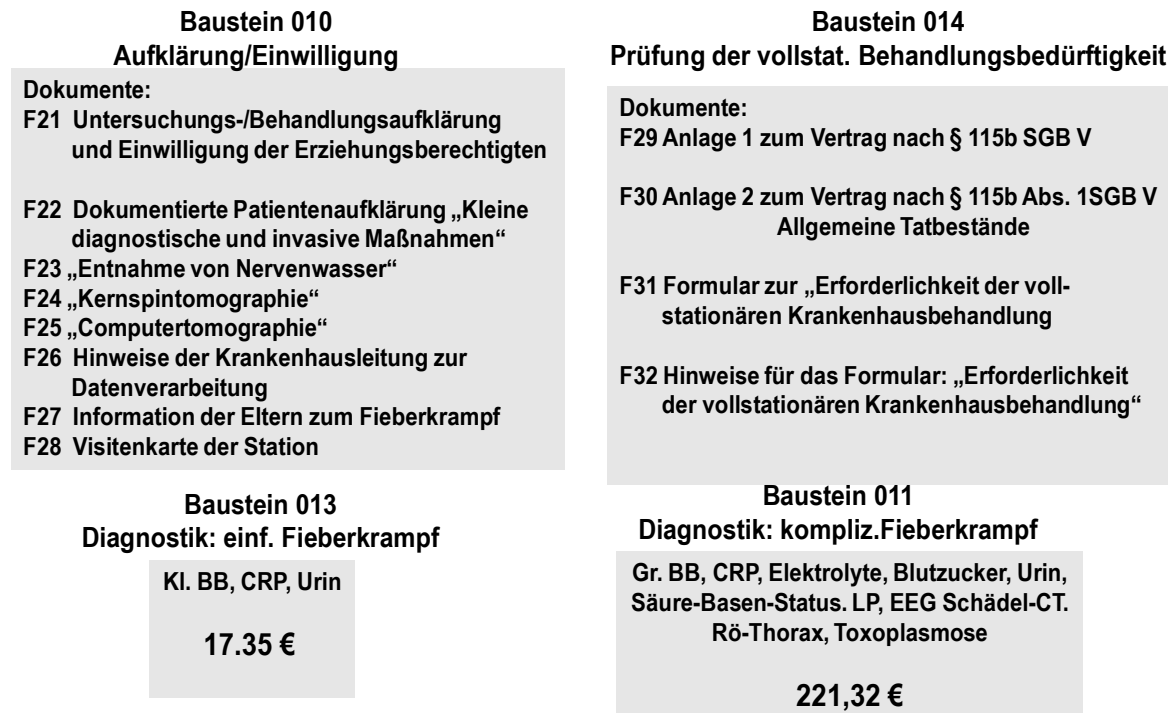
Ein bedeutender Faktor zur zukünftigen Verbesserung der evidenzbasierten Medizin in der Kinder- und Jugendmedizin wird die Entwicklung und Beachtung von Patientenpfaden sein. Ein **Patientenpfad** ist ein netzartiger, Berufsgruppen übergreifender Behandlungsablauf auf evidenzbasierter Grundlage, der Patientenerwartungen, Qualität und Wirtschaftlichkeit gleichermaßen von der Aufnahme bis zur Entlassung berücksichtigen. Patientenpfade als Instrument der Qualitätsverbesserung beinhalten kontinuierliche Dynamik, sie sind somit Elemente eines stetigen Verbesserungsprozesses. Ein Abweichen vom Pfad ist stets möglich, muss aber begründbar sein. Sie sind die Basis für eine effektive Kommunikation aller Beteiligten, sind Grundlage für eine Prozesskostenrechnung und ermöglichen Transparenz und Integration des Patienten in dem Behandlungsablauf sowie eine klare Darstellung der Leistungsqualität gegenüber den Kostenträgern. Von der *Arbeitsgruppe Patientenpfade der GKinD* wurden bereits einige Patientenpfade (z. B. Fieberkrampf, Enteritis, Harntraktinfektion) erarbeitet. Leider fand diese Arbeit eine ungenügende Resonanz, so dass es zurzeit dazu keine Aktivitäten gibt. Es ist dringend notwendig dieses Thema wieder aufzugreifen. Die Abb. 15 und 16 zeigen ein Schemabeispiel für die Verfahrensweise bei Verdacht auf Fieberkrampf sowie Beispiele der hinterlegten Dokumente. Es ergeben sich daraus Hinweise zum präzisen Ablaufmanagement sowie Zeit- und Kostenregim.

Abbildung 15: Darstellung des organisatorischen, fachlichen, zeitlichen und finanziellen Ablauf für einen „Patientenpfad Fieberkrampf“



Quelle: Arbeitsgruppe Patientenpfade der GKinD/ Modifiziert

Abbildung 16: Beispielhafte Darstellung der zum Patientenpfad Fieberkrampf hinterlegten Baustein-Dokumente



Quelle: Arbeitsgruppe Patientenpfade der GKiND

Für eine kontinuierliche Aufarbeitung von kritischen Ereignissen bei der medizinischen Betreuung wurde in der Kinder- und Jugendmedizin ein fachspezifisches **Fehlermanagementsystem** initiiert (*Critical Incident Reporting System – CIRS*), in dem anonym Fehler und Beinahefehler systematisch aufgearbeitet werden (www.CIRS-Pädiatrie.de). CIRS-Pädiatrie ist nicht gedacht als Forum für Patienteneltern und Angehörige um Behandlungsfehler zu schildern oder für Journalisten und Rechtsanwälte zur Recherche. Ziel ist offen mit kritischen Situationen im Praxisalltag umzugehen, diese intern und über solch ein Portal in anonymisierter Form zu schildern und zu diskutieren. Eine Nutzung wird zukünftig für jeden am Behandlungsprozess teilnehmenden Kinder- und Jugendarzt unumgänglich sein.

Bei der raschen Zunahme von Innovationen ist eine intensive Nutzung von medizinischen Informations- und **Expertensystemen** erforderlich. Ein Beispiel dafür ist das Vorgehen bei der Erkennung seltener Erkrankungen.

Vielseitige Informationsmöglichkeiten stehen zur Verfügung. So die Datenbank des Kindernetzwerkes (www.kindernetzwerk.de) oder über das Informationssystem der ACHSE (www.achse-info.de) sowie über die neuen Zentren für seltene Erkrankungen in Tübingen, Freiburg, Bonn, Berlin und Heidelberg.

Bei zukünftiger intensiver, rascher Nutzung dieser Systeme bei unklaren nicht zuordenbarer Symptome kann die Zeit zwischen Erstvorstellung und Diagnosefindung erheblich verkürzt werden.

Durch regelmäßige Befragungen der Patienten und deren Bezugspersonen mit einem spezifisch für die Kinder- und Jugendmedizin evaluierten Befragungsinstrument (Kinder- und Jugend-ZAP) werden Anregungen, Kritik und Verbesserungen der Patienten und Bezugspersonen umgesetzt

Durch exzellente Forschung und Wissenschaft wird das Wissen in der Kinder- und Jugendmedizin in kurzen Zyklen erneuert und durch strukturierte, zentrale Fortbildungen unter anderem in regelmäßigen Qualitätszirkeln in der Pädiatrie umgesetzt. Dies wird ergänzt durch sektorenübergreifende Fortbildungen im lokalen Bereich.

5. Transition

Eine erfolgreiche Transition von der Kinder- und Jugendmedizin zur Erwachsenenmedizin hat zum Ziel, den Patienten in seiner Gesundheitskompetenzentwicklung zu unterstützen und zu fördern, um seinen Gesundheitszustand zu erhalten und zu verbessern. Zusätzlich sollen Selbstbestimmung sowie Entscheidungs- und Kommunikationsfähigkeit gefördert und Unabhängigkeit vom Elternhaus und der Therapiesituation erzielt werden. Der Übergang in die Erwachsenenmedizin ist besonders für chronisch kranke Jugendliche ein kritischer Einschnitt. Weltweit fallen etwa 40% dieser Patienten dabei aus der notwendigen Spezialbetreuung heraus, z. T. mit dramatischen Folgen für ihre Gesundheit. Strukturierte Transitionsprogramme mit prozessorientiertem Fallmanagement können diese Rate auf ca. 10% reduzieren. Einen speziellen Versorgungsbedarf haben 14% der Kinder und Jugendlichen. In Deutschland betrifft dies 100 000 bis 150 000 Kinder und Jugendliche.

Bei der Transition besteht in Deutschland ein dringender Nachholbedarf strukturell-versorgungspolitisch, inhaltlich-medizinisch und ökonomische. Fächerübergreifende Strukturen müssen definiert werden, wohnortbezogene interdisziplinäre Versorgungsstrukturen zur Übernahme in Sprechstunden für Erwachsene müssen unter Einbeziehung kinder- und jugendmedizinischer Spezialkompetenzen auch in Praxen geschaffen werden. Die Finanzierung ambulanter kinder- und jugendmedizinischer und erwachsenenmedizinischer Versorgung muss für die Dienstleister gesichert sein. Die einzelnen Spezialdisziplinen der Kinder- und Jugendmedizin und der Inneren Medizin werden für viele Erkrankungsgruppen Richtlinien für einen geordneten Übergang von der Kinder- und Jugendmedizin in die Innere Medizin erarbeiten müssen; diese werden von Erkrankung zu Erkrankung unterschiedlich sein.

Dabei sollten bereits bestehende sich bewährte Modelle berücksichtigt werden. So z. B. für Mukoviszidose (Klinik für Pädiatrische Pneumologie, Allergologie und Neonatologie der MHH und Christiane Herzog CF-Zentrum für Kinder, Jugendliche Erwachsene Frankfurt am Main); für Endokrinologie (Medizinische Klinik Innenstadt, Klinikum der Universität München); für angeborene Herzfehler (Klinik für angeborene Herzfehler/ Kinderkardiologie am Deutschen Herzzentrum Berlin) und Nephrologie (Klinik für pädiatrische Nieren-, Leber- und Stoffwechselerkrankungen. Medizinische Hochschule Hannover) (*Symposium der BÄK zu „Transition – Spezielle Versorgungsanforderungen*

an die medizinische Betreuung beim Übergang vom Kindes- und Jugendalter zum Erwachsenenalter“ 23. März 2011)

6. Telemedizin

Telemedizinische Verfahren werden zunehmende Bedeutung gewinnen. Sie dienen zum einen einer Telekonsultation zur Mitbehandlung, Einholung von Expertenmeinung oder zur Qualitätssicherung und zum anderen als Telemonitoring. Zurzeit sind in Deutschland ca. 300 Projekte mit sehr heterogenem Hintergrund in Anwendung.

Die Bundesärztekammer wird sich zukünftig diesem Thema intensiv mit Fortbildungsangeboten zu spezieller kommunikativer Fähigkeiten, speziellen technischen Kenntnissen sowie juristischen und fachspezifischen Voraussetzungen widmen. Eine Aufnahme in den Weiterbildungskatalog ist vorgesehen.

Grundsätzlich sind bei der Anwendung telemedizinischer Methoden die Servicebedingungen, die Standardisierungsgrundsätze, der Datenschutz und das -management sowie die Qualitätssicherung zu beachten. Eine wissenschaftliche Auswertung sollte von Anfang an geplant werden.

(Begleitsymposium zum Interdisziplinären Forum der Bundesärztekammer: Telemedizinische Methoden in der Patientenversorgung und in der ärztlichen Fortbildung, Berlin, 25.02.2012)

In der Kinder- und Jugendmedizin werden in den nächsten Jahren telemedizinische Kooperationen Anwendung finden, die eine Verbesserung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen zum Ziel haben. Dabei werden Daten (in unterschiedlichen Formaten – Text, Bilder, Video) von Patienten in einem datengeschützten Bereich virtuell in einem strukturierten Ablauf ausgetauscht. Dazu kann ortsungebunden eine Zweitmeinung bzw. Expertenmeinung eingeholt werden und eine gemeinsame Diagnostik und Therapie virtuell unterstützt erfolgen. Diese Entwicklung dient auch vordergründig der notwendigen Gestaltung von kooperativen Versorgungsformen.

In Bayern gibt es bereits gute telemedizinische Ansätze in Form von:

- Päd-Help: Eine Online-Bereitschaftsdienst
- Päd-Expert: Ein Expertensystem, das die allgemeine Pädiatrie mit Teilen der Spezialpädiatrie vernetzt
- Päd-Schutz (Remed): Online Beratung durch ein rechtsmedizinisches Institut

- Päd-Sonic: Qualitätssicherung in der Nierensonografie

(Lang, M.; Kinder- und Jugendarzt 43JG (2012) Nr.3)

Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e.V.

Chausseestr. 128/129

10115 Berlin

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

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