

Ressourcensicherung Kinder- und Jugendmedizin in Baden-Württemberg

Einleitung

Die Versorgung akut und chronisch kranker Kinder und Jugendlicher ist als Element der Daseinsvorsorge eine wichtige gesundheits- und gesellschaftspolitische Aufgabe im „Kinderland Baden-Württemberg“. Aufgrund aktueller Entwicklungen von Demographie und Allokation von Ressourcen, die im Folgenden erläutert werden, ist die Qualität der gegenwärtig vorgehaltenen Strukturen existentiell gefährdet. Es bedarf landesweit eines entschlossenen gemeinsamen Vorgehens der Entscheidungsträger, um auch in Zukunft angemessene Versorgungsangebote für kranke Kinder und Jugendliche vorhalten zu können. Das vorliegende Papier gibt die abgestimmte Position des Berufsverbands der Kinder- und Jugendärzte e.V. (BVKJ) in Baden-Württemberg, der regionalen pädiatrischen Ärztenetze und des Verbands Leitender Kinder- und Jugendärzte und Kinderchirurgen Deutschlands (VLKKD) sowie der Landesärztekammer Baden-Württemberg im Frühjahr 2018 wieder. Seine Rahmenempfehlungen sollen im Diskurs mit Landespolitik, Regionalpolitik, berufspolitischen Institutionen, der BWKG und den Kostenträgern als Ausgangspunkt für einen lösungsorientierten Diskurs dienen.

Ausgangssituation in Baden-Württemberg

1. Demographie in Baden-Württemberg - In den nächsten 15 Jahren ist mit steigenden Zahlen von Geburten und Kindern unter 10 Lebensjahren bei etwa konstanter Zahl von Adoleszenten zu rechnen (siehe Grafik 1). Zudem zeigen sich in Baden-Württemberg erhebliche Unterschiede zwischen städtischen

Verdichtungsräumen und dem ländlichen Raum, die eine differenzierte Betrachtung und Ressourcenentwicklung erforderlich machen¹.

2. Vorhandene Ressourcen

a. Hausärztliche Versorgungskapazitäten

Niedergelassene Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin arbeiten in aller Regel „hausärztlich“. Trotz in den letzten Jahren steigender Zahlen niedergelassener vor allem Kinder- und Jugendärztinnen besteht aus Sicht der Patienten, die einen Kinder- und Jugendarzt suchen, und der beteiligten Ärzte ein zunehmender Mangel. Das liegt an gestiegenen Anforderungen (mehr Präventionsaufgaben (neue und umfangreichere Vorsorgeuntersuchungen), neue Morbiditäten, zusätzliche Impfungen, weitere Gesundheitsförderangebote etc.) bei einer veralteten Bedarfsplanung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und deren Umsetzung durch die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg. Dieser Mangel wird sich aufgrund der Altersstruktur der aktuellen Inhaber der Praxen durch Berufsaufgabe in den nächsten Jahren weiter verstärken. Schon jetzt ist es in vielen Regionen kaum möglich, Praxisnachfolger zu finden.

Viele untersuchte Qualitätsindikatoren geben Hinweise darauf, dass es aus Gründen der qualitativen Versorgung und der Kosteneffektivität sinnvoll ist, wenn Kinder und Jugendliche von Pädiatern behandelt werden. Dies wird durch Untersuchungen zu Antibiotika-Verordnungen, Letalität an Meningitis, Qualität der Asthma-Behandlung etc. belegt.²

1 Waldherr V (2016) Älter? Mehr oder doch weniger? Zukünftige Bevölkerungsentwicklung in Baden-Württembergs urbanen und ländlichen Gebieten. Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg 9:3-10.

2 Wolfe I. et al. (2013) Health services for children in western Europe, Lancet 381 (9873):1224-1234.

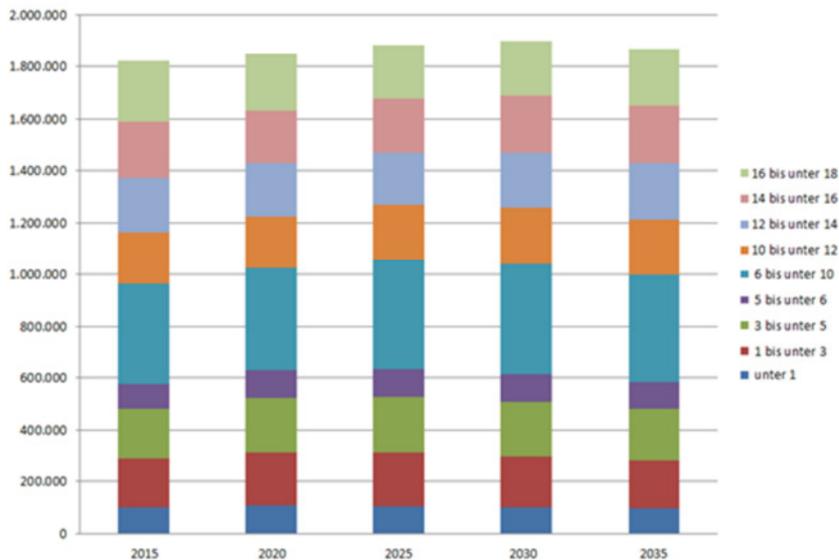
Abbas S. et al. (2010) Unterschiede im Verschreibungsverhalten bei Allgemein- und Kinderärzten in Hessen. . Dtsch Med Wochenschr 135: 1792-1797,

van Esso D. et al. (2010) Paediatric primary care in Europe: Variation between countries Arch Dis Child 95(10):791-795.

Álvarez JCB et al. (2010) What Medical Professional is the most adequate, in developed countries, to provide health care to children in primary care, Rev Pediatr Aten Primaria. 12:(Suppl 18):s9-s72,

Craft A. (2007) Are health services in England failing our children? BMJ 335 (7614):268-9.

Graphik 1: Bevölkerungsvorausrechnung Baden-Württemberg mit Wanderungen nach Altersgruppen bis 2035



Datenquelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg 2016

b. Spezialärztliche Versorgungskapazitäten

Im Gegensatz zur Erwachsenenmedizin existiert in der Kinder- und Jugendmedizin keine flächendeckende ambulante spezialärztliche Versorgung. Die weit überwiegende Mehrzahl von Kindern und Jugendlichen mit seltenen bzw. chronischen Krankheiten wird – neben der wohnortnahen hausärztlichen Versorgung durch Kinder- und Jugendärzte in Spezialambulanzen von stationären Einrichtungen betreut. Die Kapazitäten dieser Spezialambulanzen werden von den Trägern der Kliniken u.a. aus Kostengründen systematisch eingeschränkt, was Qualitätseinbußen, verlängerte Wartezeiten und Kapazitätsengpässe nach sich zieht. Die Ermächtigung durch die Zulassungsausschüsse ist nicht langfristig angelegt und verhindert eine sachgerechte Entwicklung der erforderlichen Ressourcen. Zudem unterliegt die Finanzierung dieser Ambulanzen einer – im Ländervergleich – dramatischen Vergütungsungerechtigkeit: In Baden-Württemberg sind die Zusatzerlöse nach §120 SGBV nicht – wie beispielsweise in Bayern – einheitlich geregelt und liegen z.T. um mehr als 40% unter denen anderer Bundesländer.

c. Stationäre Versorgungskapazitäten

Die Unterversorgung zeichnet sich auch im klinischen Bereich ab: **Die Zahl der Kinder- und Jugendkliniken und Kinder- und Jugendlichenstationen ist deutschlandweit stark rückläufig und möglicherweise nicht überall ausreichend.** In BW sind pädiatrische Betten nicht mehr im Landeskrankenhausplan als solche ausgewiesen und können von Geschäftsführungen fast beliebig „umgewidmet“ werden. So liegen - trotz zuletzt steigender Geburtenzahlen - keine Informationen mehr über tatsächlich vorgehaltene Betten für Kinder und Jugendliche vor.

In der Geburtshilfe kommt es in den letzten Jahren zu einer immer stärkeren Fokussierung auf größere Einheiten zu Lasten weiterer Anfahrten für die Familien. Dieser Prozess ist noch nicht abgeschlossen. Für die Erbringung der (zunehmend beratungsintensiven) Vorsorgeuntersuchungen (U2) besteht für die Kliniken keine Abrechnungsmöglichkeit, wohingegen die niedergelassenen Kollegen in der Regel diese kurzfristigen Termine auch aus Kapazitätsgründen nur in begrenztem Umfang anbieten können.

- Wegen der hohen Personalkosten für einen besonders personalintensiven Bereich der klinischen Medizin ist insbesondere die Regelversorgung der Kinder- und Jugendmedizin nicht kostendeckend abgebildet und für die Krankenhausökonomien unattraktiv. Durch die mehrdimensionale Vulnerabilität ihrer Patienten sind Kinderkrankenhäuser auch in Baden-Württemberg in besonderer Weise von der Ökonomisierung im Gesundheitswesen getroffen und benötigen dringend eine Anpassung der ordnungspolitischen Rahmenbedingungen.³
- Intensivmedizinische Versorgung – in diesem Bereich besteht die o.g. Vorhaltekostenproblematik wegen der hohen Investitionen für die erforderliche technische Ausstattung in besonderer Weise. Regionale Zentren sind in vielen Regionen nicht etabliert und nicht auskömmlich finanziert.
- Perinatalzentren – die Regelungen der QFR-RL, die in ihrer Zielrichtung unklar sind, führen absehbar zu einer Verminderung der Versorgungsqualität in der

³ Weyersberg A et al. (2018) Folgen der Ökonomisierung. Deutsches Ärzteblatt 115(9)A382-A386.

Fläche. Das Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg hat angekündigt, seinen Einfluss auf die Entscheidungen des G-BA stärken zu wollen.

3. Regionale Planungsinstrumente

Seit 2010 wurden in Baden-Württemberg in bisher 37 Land- und Stadtkreisen Kommunale Gesundheitskonferenzen eingerichtet. Als "Fachdialog" auf der Ebene der Landkreise und Stadtkreise sind diese Kommunalen Gesundheitskonferenzen wichtige Partner des Landes zur Umsetzung des Zukunftsplans Gesundheit. Zu ihren Aufgaben gehören regionale Analysen und Diskussionsprozesse zur Entwicklung kommunaler Ziele für die Bereiche der Gesundheitsförderung, Prävention, medizinischer Versorgung sowie der Pflege. Grundsätzlich würde dieses regionale Planungsinstrument eine Koordination des Versorgungsangebotes auch für Kinder und Jugendliche kreisübergreifend ermöglichen, wird jedoch bisher nicht praktiziert. Die o.g. absehbar differentielle Bevölkerungsentwicklung in den urbanen und ländlichen Räumen Baden-Württembergs lässt die Etablierung eines eigenständigen Planungsinstrumentes für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen dringend geboten erscheinen.

4. Ausbildungskapazitäten

- Pflege – In Anbetracht der o.g. Vorgaben der QFR-RL reichen die derzeitigen Ausbildungskapazitäten nicht aus, das erforderliche Fachpersonal auszubilden. Diese Situation wird sich angesichts der jetzt geführten Diskussion zu Pflegepersonaluntergrenzen – beispielsweise auf Intensivstationen – weiter verstärken und mittelfristig Qualitätseinbußen zur Folge haben.
- Kinderkrankenpflege – die derzeit (Frühjahr 2018) öffentlich geführte Diskussion über den Fortbestand der Kinderkrankenpflege als eigenständige Ausbildung und über Untergrenzen von Pflegepersonal droht die pflegerische Unterstützung kranker Kinder und Jugendlicher in den Kliniken zu präkarisieren. In der öffentlichen Wahrnehmung wird die Situation der stationären und ambulanten Kinderkrankenpflege derzeit nicht ausreichend thematisiert.
- Facharztweiterbildung – im Gegensatz zur Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin und im Gegensatz zur Weiterbildungssituation in anderen

europäischen Ländern existieren in der Weiterbildung zum „Hausarzt für Kinder und Jugendliche“ keine eigenständigen Weiterbildungskontingente. De facto werden Weiterzubildende vollzeitig in der Patientenversorgung eingesetzt. Die Zahl der abgeschlossenen Weiterbildungen zum Arzt für Kinder und Jugendmedizin ist dabei von 2014 bis 2016 in Baden-Württemberg rückläufig (Quelle Landesärztekammer Baden-Württemberg <http://www.aerztekammer-bw.de/10aerzte/30weiterbildung/45-statistik/05a.pdf>)

Tragfähige Lösungsansätze – die Rolle der Politik

Die o.g. Darstellung der akuten Situation macht deutlich, dass die Kinder- und Jugendmedizin in Baden-Württemberg ohne eine öffentliche Diskussion über ihre Ressourcenausstattung die Aufgabe der Sicherstellung von Kinder- und Jugendgesundheit im Sinne der Daseinsvorsorge nicht mehr sicherstellen kann. Im Einzelnen halten wir folgende Maßnahmen für erforderlich, die gesellschafts- und gesundheitspolitisch thematisiert und gelöst werden müssen:

- (1) Hausärztlich tätige Kinder und Jugendärzte müssen in der Bedarfsplanung regional angepasst bedarfsgerecht behandelt werden können (Änderung §101, (5) SGBV), bzw. es muss die Option geschaffen werden, bei Notwendigkeit auch flexibel und vorausschauend durch eine auf die regionale Kinderbevölkerungsdichte –bezogene Planung reagieren zu können. In der Übergangszeit muss sichergestellt werden, dass kein Abbau von „theoretischer“ Überversorgung durch Anwendung des GKV - Versorgungsstärkungsgesetzes erfolgt.
- (2) Die spezialärztliche Pädiatrie muss im ambulanten und stationären Versorgungsbereich erfasst werden. Dabei muss eine getrennte Bedarfsplanung für den hausärztlichen und spezialärztlichen Teil der Pädiatrie erfolgen. Den Kliniken muss ermöglicht werden, ihren über Spezialambulanzen erbrachten Anteil an der Versorgung kostendeckend zu erbringen. Persönliche Ermächtigungsambulanzen sollten mit einer Perspektive von mehr als 2 Jahren von den Zulassungsausschüssen genehmigt werden, da eine selbst mittelfristige Planung sonst nicht möglich ist.

(3) Kommunale Gesundheitskonferenzen für Kinder und Jugendliche

Die Bedürfnisse kranker Kinder und Jugendlicher bedürfen einer eigenständigen Betrachtung auch über Kreisgrenzen hinweg. Wir fordern daher die entsprechende Erweiterung des erfolgreichen baden-württembergischen Konzepts kommunaler Gesundheitskonferenzen und die Einrichtung regionaler Gesundheitskonferenzen für Kinder und Jugendliche nach dem Vorbild des Kinder- und Familien-Gesundheitsnetzwerks Ostbayern (www.kigo.de).

(4) Förderung der Verbundweiterbildung in der Kinder- und Jugendmedizin

Zum Erhalt des Facharztes für Kinder- und Jugendmedizin erscheint eine Erweiterung der Facharztweiterbildung, die gegenwärtig weit überwiegend im Bereich der stationären Versorgung geleistet wird, um ambulante Weiterbildungsanteile angesichts der absehbaren Ressourcenverknappung unumgänglich. Eine Förderung unter Einbeziehung der pädiatrischen Grundversorgung analog der Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin sollte gesetzlich verankert und die Finanzierung ebenfalls analog zur Allgemeinmedizin im ambulanten und stationären Bereich gefördert werden.

(5) Förderung der Ausbildung in grundversorgender Kinder- und Jugendmedizin (Primary care)

Dazu braucht es Institutionen in unseren Hochschulen und Universitäten, die Lehre & Forschung in der allgemeinen ambulanten Pädiatrie koordinieren und ausreichende Anreize für Studierende, sich für die hausärztliche Pädiatrie zu entscheiden. Dieses Thema sollte auf der Gesundheitsministerkonferenz eingebracht werden.

Mai 2018

Dr. Roland Fressle

Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. - Landesverband Baden-Württemberg

Dr. Ralph Alexander Gaukler

Dr. Ulrich Clever

Präsident

Landesärztekammer Baden-Württemberg

Dr. Andreas Oberle

Vorsitzender Ausschuss Kinder und Jugendliche

Ulrich Kuhn

PädNetzS eG

Dr. Fressle

Paednet Südbaden

PD Dr. Andreas Artlich

Vorsitzender

Verband Leitender Kinderärzte und Kinderchirurgen Deutschlands Landesverband Baden-Württemberg

Prof. Dr. Christian von Schnakenburg

Stellv. Vorsitzender