



Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung 2016

Zukunft der Kinder- und Jugendmedizin
in Metropole und Fläche

Dokumentation und Zusammenfassung der Ergebnisse der

Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung 2016: Zukunft der Kinder- und Jugendmedizin in Metropole und Fläche

Datum: 30. November 2016

Zeit: 09:00 Uhr bis 17:00 Uhr

Ort: Ludwig Erhard Haus
Fasanenstraße 85
10623 Berlin

Veranstalter: Cluster Gesundheitswirtschaft Berlin-Brandenburg – (Handlungsfeld 3 „Neue Versorgungsformen und Rehabilitation“) in Zusammenarbeit mit der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung, Berlin und dem Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie, Brandenburg



EUROPÄISCHE UNION

Europäischer Fonds für
regionale Entwicklung

Gefördert aus Mitteln der Länder Berlin und Brandenburg, der Investitionsbank Berlin; kofinanziert von der Europäischen Union – Europäischer Fonds für Regionale Entwicklung.

Zusammenfassung

der Ergebnisse der Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung 2016
„Zukunft der Kinder- und Jugendmedizin in Metropole und Fläche“
am 30. November 2016 im Ludwig Erhard Haus, Berlin

Was ist wichtig für die Zukunft der Kinder- und Jugendmedizin?

- **Sicherstellung der Finanzierung des gesamten Fachgebietes der Kinder- und Jugendmedizin incl. der Psychosomatik** (zum Beispiel durch Entkopplung aus dem Fallvergütungssystem der Erwachsenenmedizin)
- **Entwicklung gestufter regionaler und sektorenübergreifender Versorgungskonzepte** (Notfallversorgung/ Grund- und Spezialversorgung/ Verzahnung stationär – ambulant) mit flexibler, neuer Vertragsgestaltung unter Einbeziehung aller Akteure, Regionalbudgets; Zusammenführung bereits bestehender Angebote/Vermeidung von Doppelstrukturen
- **Etablierung neuer Tätigkeitsfelder** (z.B. assistierende Berufe, Social Nurse/Kinder-AGnES, Case Manager, Schulpflegefachkräfte)
- **Steigerung der Attraktivität pädiatrischer Berufsbilder** (incl. Hebammen), zum Beispiel durch familienfreundliche Arbeitsbedingungen
- **Förderung der Weiterbildung/Förderung der Finanzierung von Weiterbildungsplätzen**
- **Kindergesundheitszentren mit finanzierter Tagesklinik unter Einbeziehung verschiedenster Berufsgruppen** (wie z.B. auch Jugendhilfe, Familienhilfe) zur bestmöglichen Versorgung insbesondere in der Fläche
- **Stärkung der Prävention** durch entsprechende Reform des Leistungskataloges unter besonderer Berücksichtigung sozial benachteiligter Kinder und Familien (Ausweitung: Beratungsangebote incl. Ernährungsberatung)
- Für die Fläche: **Kooperation mit der Allgemeinmedizin** denkbar

Inhalt

1.	Hintergrund und Ziele der Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung	7
2.	Agenda der Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung 2016 „Zukunft der Kinder- und Jugendmedizin in Metropole und Fläche“	9
3.	Eröffnung	11
3.1	Begrüßung Elimar Brandt, PflegeZukunfts-Initiative e.V., Mitglied des Expertenkreises des Handlungsfeldes 3	11
3.2	Einleitung Dr. Jens Schick, MPH, Sprecher des Handlungsfeldes 3, Mitglied des Vorstandes der Sana Kliniken AG	11
4.	Redebeiträge der Politik	13
4.1	Redebeitrag Almuth Hartwig-Tiedt, Staatssekretärin im Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Landes Brandenburg	13
4.2	Redebeitrag Dirk Rothenpieler, Leiter Abteilung Gesundheit, Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung Berlin	14
5.	Vortragsblock I: Zur Bedeutung der Kinder- und Jugendmedizin	16
5.1	Quo vadis Kinder- und Jugendmedizin in Deutschland? Dr. med. Karl-Josef Eßer, Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V.	16
5.2	Flächendeckende pädiatrische Notfallversorgung in Westfalen-Lippe Dr. med. Burkhard Lawrenz, Vorsitzender des Landesverbandes Westfalen-Lippe im Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. (BVKJ), Mitglied der Leitlinien- und der Screening-Kommission der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin (DGKJ)	17
6.	Vortragsblock II: Regionale Best Practice Beispiele	20
6.1	Beispiel I (Brandenburg): Modell einer sektorenübergreifenden, pädiatrischen Versorgung in einer Flächenregion Prof. Dr. med. Thomas Erler, Chefarzt und Ärztlicher Direktor am Klinikum Westbrandenburg GmbH	20
6.2	Beispiel II (Brandenburg): Regionalkonzept pädiatrische Versorgung am Beispiel der GLG Gesellschaft für Leben und Gesundheit mbH Dr. Steffi Miroslau, Geschäftsführerin der Gesellschaft für Leben und Gesundheit mbH	21
6.3	Beispiel III (Berlin): Die Tagesklinik: Komplementäre Versorgungsform an der Schnittstelle ambulanter und stationärer Pädiatrie Prof. Dr. Volker Stephan, Chefarzt am Sana Klinikum Berlin-Lichtenberg	23

7.	Vorstellung der ausgewählten Themenschwerpunkte und des Vorgehens in der Gruppenarbeit	25
8.	Ergebnisse der ersten Gruppenarbeitsphase	28
8.1	Fachkräfte: Bedarf, Ausbildung, Delegation Moderation: Dr. Beatrix Schmidt, MBA, Chefärztin Kinderklinik St. Joseph-Krankenhaus Berlin	28
8.2	Der Spagat zwischen Qualität und Erreichbarkeit Moderation: Dr. Steffi Miroslau, Geschäftsführerin der Gesellschaft für Leben und Gesundheit mbH	29
8.3	Prozesse: Steuerung, Optimierung, Vernetzung Moderation: Prof. Dr. Thomas Erler, Chefarzt und Ärztlicher Direktor am Klinikum Westbrandenburg GmbH	30
9.	Ergebnisse der zweiten Gruppenarbeitsphase	33
9.1	Fachkräfte: Bedarf, Ausbildung, Delegation Moderation: Dr. Beatrix Schmidt, MBA, Chefärztin Kinderklinik St. Joseph-Krankenhaus Berlin	33
9.2	Der Spagat zwischen Qualität und Erreichbarkeit Moderation: Dr. Steffi Miroslau, Geschäftsführerin der Gesellschaft für Leben und Gesundheit mbH	34
9.3	Prozesse: Steuerung, Optimierung, Vernetzung Moderation: Prof. Dr. Thomas Erler, Chefarzt und Ärztlicher Direktor am Klinikum Westbrandenburg GmbH	36
10.	Abschluss und Verabschiedung	38
	Elimar Brandt, PflegeZukunfts-Initiative e.V., Mitglied des Expertenkreises des Handlungsfeldes 3	
11.	Anhang	39

1. Hintergrund und Ziele der Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung

Das Ziel der Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung ist, einen fachlichen, länderübergreifenden Austausch zur Gestaltung einer bedarfsorientierten, innovativen und sektorenübergreifenden Versorgungslandschaft angesichts der spezifischen Anforderungen an die Gesundheitsversorgung der Region Berlin-Brandenburg zu etablieren. Die Werkstatt dient als Dialogplattform, kreative Ideenschmiede und Impulsgeber für die an der Gesundheitsversorgung beteiligten Akteure in der Region Berlin-Brandenburg. Im Fokus steht die Entwicklung neuer Lösungsansätze für eine qualitativ hochwertige Versorgung der Bürger¹ mit ihren unterschiedlichen Ausgangssituationen in der Metropolenregion sowie des ländlichen Raumes in Brandenburg.

Organisiert und koordiniert wird die Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung durch das Management des Handlungsfeldes 3 „Neue Versorgungsformen und Rehabilitation“ des Masterplans Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg, da die Idee für ein eigenes Veranstaltungsformat aus den Diskussionen der Handlungsfeldworkshops entstanden ist. In diesen Diskussionen wurde bereits auf die Überschneidung zu den 90a Gremien und auf die Verbindungslinien zur zukünftigen gemeinsamen Krankenhausplanung hingewiesen. Abbildung 1 zeigt, von welchen Inputs die Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung gespeist wird.

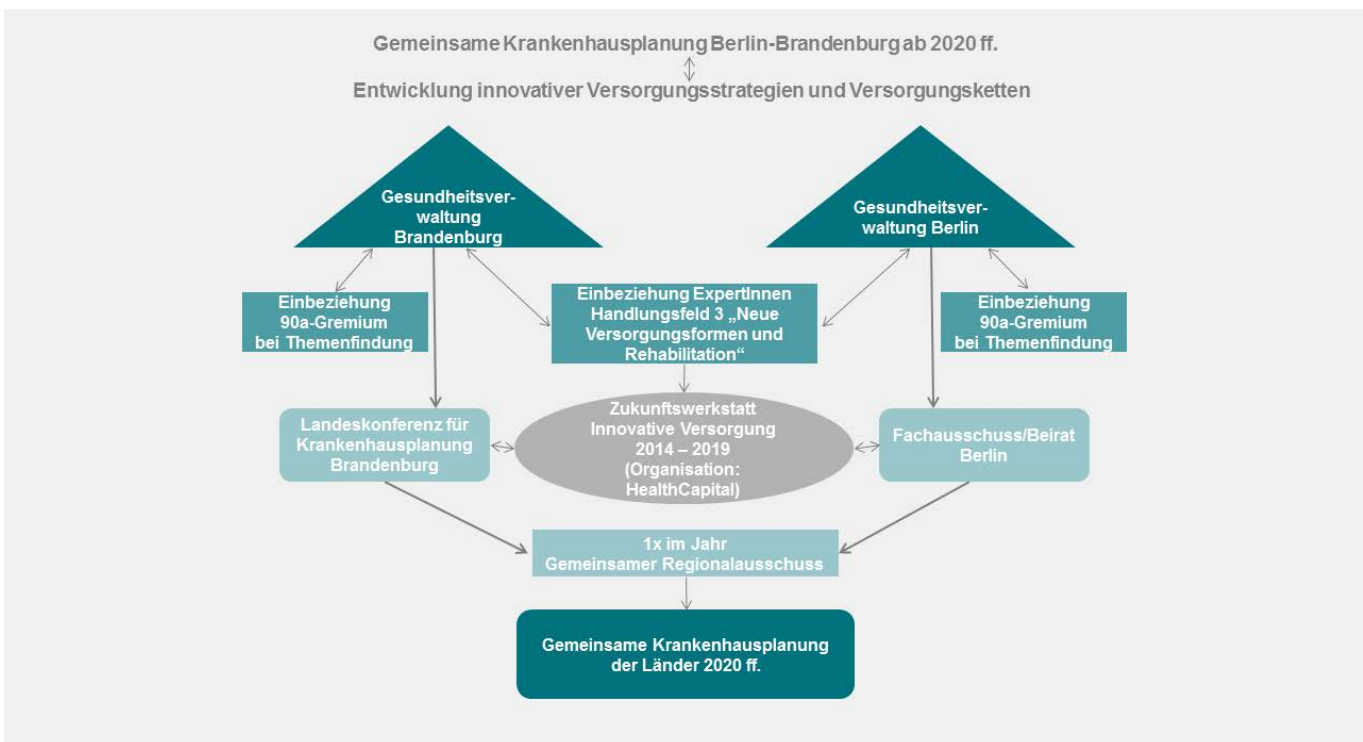


Abbildung 1: Inputs der Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung

Für die Themenfindung sollen sowohl die Experten des Handlungsfeldes 3 befragt als auch über die Länderverwaltungen die Vorschläge der 90a Gremien eingeholt werden. Dabei bleibt die Unabhängigkeit des Handlungsfeldes und der 90a Gremien selbstverständlich

gewahrt. Es bietet sich außerdem an, Themen, die längerfristig mit der Krankenhausplanung zusammenhängen, mit den inhaltlichen Schwerpunkten der jeweiligen Zukunftswerkstatt zu verbinden. Wichtig dabei ist, dass die Ergebnisse der Werkstattgespräche qualitativ

¹ Hinweis zur Sprachregelung: Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in der Dokumentation das generische Maskulinum verwendet. Alle Aussagen gelten selbstverständlich für Frauen und Männer gleichermaßen.

hochwertig dokumentiert werden und dadurch eine Verwertung der Ergebnisse für die beteiligten Akteure und Gremien möglich ist. Die weitere Umsetzung einer zukünftigen Krankenhausplanung findet unabhängig und außerhalb der Zukunftswerkstatt und des Handlungsfeldes durch die in der Abbildung angedeuteten Gremien statt. Die Platzierung der Zukunftswerkstatt im Zentrum der Abbildung 1 reflektiert lediglich die Aufnahme von eingehenden Informationen sowie die Nutzung potentieller Ergebnisse aus den Werkstattgesprächen und stellt in keiner Weise eine hierarchische Beziehung der in der Abbildung aufgeführten Gremien bzw. Akteure dar.

Abbildung 2 zeigt die in den bisherigen Diskussionen identifizierten inhaltlichen Schwerpunkte, denen sich die jährlich stattfindenden Zukunftswerkstätten zu jeweils einem Schwerpunkt annehmen werden. Geplant ist, die Zukunftswerkstatt mit jeweils ca. 50 Teilnehmenden durchzuführen und abwechselnd Berlin und Brandenburg als Veranstaltungsort zu wählen.

Die vorliegende Dokumentation der Zukunftswerkstatt „Zukunft der Kinder- und Jugendmedizin in Metropole und Fläche“ bietet einen strukturierten Überblick über die in der Veranstaltung diskutierten Inhalte. In den Kapiteln 3 bis 6 erfolgt eine Zusammenfassung der einführenden und schwerpunktsetzenden Vorträge. Die Zusammenfassungen fokussieren auf wesentliche Aussagen der Vorträge; die ausführlichen, den Vorträgen zugrunde liegenden Präsentationen der Referenten finden sich jeweils im Anhang. Ausgehend von den Themenvorschlägen der Teilnehmenden in Kapitel 7 werden in den Kapiteln 8 und 9 die Ergebnisse der drei parallel stattgefundenen Gruppenarbeiten auf der Grundlage der in den Gruppen erarbeiteten Pinnwände und der Zusammenfassung der jeweiligen Moderatoren dargestellt. Die Ergebnisse spiegeln insofern nicht die Meinung aller Teilnehmenden wider und stellen auch keine Priorisierung bestimmter Themen dar.



Abbildung 2: Inhaltliche Schwerpunkte der Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung

2. Agenda

Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung – Zukunft der Kinder- und Jugendmedizin in Metro- pole und Fläche

Termin: Mittwoch, 30. November 2016
Ort: Ludwig Erhard Haus, Fasanenstraße 85, 10623 Berlin

09:00 Uhr-09:30 Uhr **Registrierung**

09:30 Uhr-10.00 Uhr **Eröffnung**

Begrüßung

Elimar Brandt, PflegeZukunfts-Initiative e.V., Mitglied des Expertenkreises des Handlungsfeldes 3

Einleitung

Dr. Jens Schick, MPH, Sprecher des Handlungsfeldes 3, Mitglied des Vorstands der Sana Kliniken AG

10:00 Uhr-10:30 Uhr **Redebeiträge der Politik**

Almuth Hartwig-Tiedt, Staatssekretärin im Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Landes Brandenburg

Dirk Rothenpieler, Leiter Abteilung Gesundheit, Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung Berlin

10:30 Uhr-11:15 Uhr **Vortragsblock I: Bedeutung der Kinder- und Jugendmedizin**

Quo vadis Kinder- und Jugendmedizin in Deutschland?

Dr. med. Karl-Josef Eßer, Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V.

Flächendeckende pädiatrische Notfallversorgung in Westfalen-Lippe

Dr. med. Burkhard Lawrenz, Vorsitzender des Landesverbandes Westfalen-Lippe im Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. (BVKJ), Mitglied der Leitlinien- und der Screening-Kommission der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin (DGKJ)

11:15 Uhr-11:30 Uhr **Kaffeepause**

11:30 Uhr-12:15 Uhr **Vortragsblock II**

Beispiel I (Brandenburg): Modell einer sektorenübergreifenden, pädiatrischen Versorgung in einer Flächenregion

Prof. Dr. med. Thomas Erler, Chefarzt und Ärztlicher Direktor am Klinikum Westbrandenburg GmbH

Beispiel II (Brandenburg): Regionalkonzept pädiatrische Versorgung am Beispiel der GLG Gesellschaft für Leben und Gesundheit mbH

Dr. Steffi Miroslau, Geschäftsführerin der Gesellschaft für Leben und Gesundheit mbH

Beispiel III (Berlin): Die Tagesklinik: Komplementäre Versorgungsform an der Schnittstelle ambulanter und stationärer Pädiatrie

Prof. Dr. Volker Stephan, Chefarzt am Sana Klinikum Berlin-Lichtenberg

12:15 Uhr-13:00 Uhr Mittagspause

13:00 Uhr-13:15 Uhr Einführung in den weiteren Arbeitsablauf + Gruppenbildung

In diesem Programmteil wird dem Publikum erläutert, welche Themenschwerpunkte auf Basis der Vorschläge, die im Vorfeld eingereicht wurden, für den folgenden Arbeitsteil identifiziert und geclustert worden sind. Darüber hinaus werden die späteren Arbeitsgruppen gebildet.

13:15 Uhr-14:15 Uhr 1. Gruppenarbeitsphase

Es folgt die erste Arbeitsphase. Alle Arbeitsgruppen erhalten den Auftrag, zu jedem der einzelnen Themen zu diskutieren.

14:15 Uhr-15:00 Uhr 1. Gesamtplenium

Auf die Arbeitsphase folgt ein Gesamtplenium, in dem die Zwischenergebnisse der jeweiligen Gruppen vorgestellt werden. Die Ergebnisse werden sortiert und Gemeinsamkeiten und Unterschiede aller Gruppenergebnisse herausgestellt.

15:00 Uhr-15:15 Uhr Kaffeepause

15:15 Uhr-16:30 Uhr 2. Gruppenarbeitsphase

Die Gruppen gehen in unveränderter Zusammensetzung in die zweite Arbeitsphase. Mit dem Input aus der Diskussion des vorhergehenden Gesamtplenums arbeiten die Gruppen erneut an denjenigen Themen, bei denen im vorhergehenden Gesamtplenium unterschiedliche Ansichten zwischen den Gruppen identifiziert worden sind. Es soll hier gezielt daran gearbeitet werden, die Probleme und Herausforderungen in der Kinder- und Jugendmedizin zu überwinden.

16:30 Uhr-17:00 Uhr Zusammenfassung der Ergebnisse aus der zweiten Gruppenarbeitsphase

17:00 Uhr-19:00 Uhr Get Together

3. Eröffnung

3.1 Begrüßung

Elimar Brandt, PflegeZukunfts-Initiative e.V., Mitglied des Expertenkreises des Handlungsfeldes 3



Liebe Akteure, ich begrüße Sie zur dritten Zukunftswerkstatt. Wir sind kein Beschlussgremium – und das ist gut. So können wir viel freier denken und reden und viel engagierter unsere Positionen beschreiben. Und die Ideen und Vorschläge, die wir heute erarbeiten, tragen wir in den politischen Prozess hinein. Das ist das Besondere der Zukunftswerkstatt. Deswegen sind wir auch sehr froh, dass uns die politisch Verantwortlichen im Handlungsfeld 3 wieder begleiten. Das, was heute in der Zukunftswerkstatt erarbeitet wird, kann tatsächlich Bedeutung haben für eine zukünftige Krankenhausplanung in Berlin-Brandenburg. In diesem Sinne: Ich freue mich, dass Sie alle bereit sind, einen ganzen Tag mit uns zu teilen, Ideen zu entwickeln, wie wir die Kinder- und Jugendmedizin in die Zukunft hinein gestalten können.

3.2 Einleitung

Dr. Jens Schick, MPH, Vorsitzender des Handlungsfeldes 3, Mitglied des Vorstandes der Sana Kliniken AG

Ich bin gebeten worden, Ihnen kurz den Rahmen der Zukunftswerkstatt zu präsentieren. Inhaltlich sind hier die Experten zum Thema versammelt. Das Handlungsfeld 3

des Masterplans Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg „Neue Versorgungsformen und Rehabilitation“ ist thematisch sehr breit gefächert. So gehören hierzu z.B. das Innovationsprojekt „Strukturmigration im Mittelbereich Templin (StimMT)², das Thema Telemedizin in der Reha oder die Themen der letzten beiden Zukunftswerkstätten – Geriatrie sowie Notfallversorgung.

In der heutigen Zukunftswerkstatt möchten wir versuchen, das Thema Kinder- und Jugendmedizin von allen Seiten zu beleuchten, mit Ihnen zu diskutieren und zu guten Ergebnissen zusammenzufügen, die Ihnen und der Politik dann als Dokumentation zur Verfügung gestellt werden. Gerade im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin ist es wichtig, dass wir nicht einzelne Sektoren gesondert betrachten, sondern versuchen, sämtliche Schnittstellen und Versorgungsbereiche mit allen Herausforderungen, die es im Bereich der Pädiatrie gibt, zu fokussieren: der stationäre und der ambulante Sektor ebenso wie die Sozialpädiatrie und der Öffentliche Gesundheitsdienst, die allgemeinpädiatrisch-fachärztlichen Versorgungsebenen ebenso wie die schwerpunktorientierten und hochspezialisierten Versorgungsebenen.



Was sind die Haupttrends in der Kinder- und Jugendmedizin vor dem Hintergrund der aktuellen und prognostizierten Altersstruktur? Grundsätzlich hat sich die gesundheitliche Lage von Kindern und Jugendlichen in den letzten Jahrzehnten verbessert. Dabei zeigt sich eine Verschiebung im Krankheitsspektrum: zum einen von den

² <https://www.kvbb.de/presse/pressemitteilungen/newsdetail/article/145-millionen-euro-fuer-innovative-versorgung-in-templin/19//archive/2016/>

akuten zu den chronischen Erkrankungen, zum anderen von somatischen zu psychischen Gesundheitsstörungen. Anders als bei den Erwachsenen gehen die stationären Fallzahlen in der Pädiatrie zurück, gleichzeitig sind die Vorhaltekosten in der Pädiatrie aus verschiedenen Gründen höher als in anderen Abteilungen. Für Kliniken sind pädiatrische Abteilungen ökonomisch betrachtet oft ein Zuschussgeschäft, weshalb die Gefahr droht, dass immer mehr pädiatrische Abteilungen geschlossen werden.

Auch die Lage in der ambulanten pädiatrischen Versorgung ist in einigen Regionen problematisch: Während es in den städtischen Gebieten z.T. Überversorgung gibt, sind bereits heute einzelne Regionen in Brandenburg von Unterversorgung betroffen bzw. es droht demnächst eine Unterversorgung im Bereich Pädiatrie. Deshalb ist es wichtig, auch lokale Politiker, die eine entscheidende Rolle spielen bei diesen Themen, mit in die Diskussion um die zukünftige Gestaltung der pädiatrischen Versorgung einzubeziehen.

Wie kann man also ökonomisch und qualitativ sicherstellen, dass unabhängig vom Versorgungsbereich, vielleicht auch von der Fachdisziplin und unter Einbeziehung aller Akteure, die pädiatrische Versorgung dauerhaft gewährleistet ist? Das Krankenhausstrukturgesetz hilft hierbei nicht wirklich weiter, da es die besonderen Belange von Kindern nicht ausreichend berücksichtigt (z.B. den höheren Pflegeaufwand, die längeren Gesprächszeiten mit den Angehörigen oder den höheren Zeitaufwand bei Untersuchungen). Die Vernetzung von ambulanter und stationärer Kinder- und Jugendmedizin muss vorangetrieben werden, z.B. die Weiterentwicklung der pädiatrischen interdisziplinären Versorgungsformen, die Bildung regionaler Versorgungsnetze, der Aufbau gemeinsamer elektronischer Fallakten bei chronisch kranken Kindern und Jugendlichen oder auch die Erarbeitung gemeinsamer Qualitätsindikatoren.

Ich wünsche Ihnen anregende Diskussionen heute und vor allem gute Ergebnisse, die wir dann nach außen präsentieren können.

4. Redebeiträge der Politik

4.1 Redebeitrag

Almuth Hartwig-Tiedt, Staatssekretärin im Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Landes Brandenburg



Diese Zukunftswerkstatt durchzuführen ist eine kluge Entscheidung. Wir haben 2014 mit der Altersmedizin begonnen und 2015 mit der Notfallversorgung weitergemacht. Aus diesen beiden Veranstaltungen sind nicht nur Dokumentationen entstanden, sondern die Ergebnisse flossen auch ein in einen Antrag beim Innovationsfonds. Die Zukunftswerkstätten stellen für all diejenigen, die für die Versorgung in der Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg Verantwortung tragen und diese mitgestalten, mittlerweile schon eine gute und wichtige Tradition dar. Gut ist, dass wir hier sektorenübergreifend zusammenarbeiten. Ich sehe hier Vertreterinnen und Vertreter von Akademien, von Krankenkassen, Ärztinnen und Ärzte, Krankenhauschefinnen und -chefs, Vorstandsvorsitzende, Kolleginnen und Kollegen der Gesundheitsverwaltung beider Länder etc. Ich freue mich, dass so viele heute hier mit Interesse hergekommen sind und mitarbeiten wollen, denn wir wollen auf politischer Ebene nicht an den Akteuren vorbeiarbeiten.

Wichtig ist, dass wir länderübergreifend arbeiten – und das ist kein Selbstläufer. Wir müssen uns von beiden Seiten, von der Berliner Seite und von der Brandenburger Seite, immer wieder ermuntern: „Wir machen das jetzt zusammen“. Wir haben manchmal Bilder und Karten von Brandenburg, da ist in der Mitte ein weißer Fleck. Auch bei den Berliner Karten ist es manchmal so, dass außerhalb

von Berlin nichts ist. Aber wir haben vielfältige Beziehungen miteinander. Die heutige Zukunftswerkstatt soll dazu beitragen, die einzelnen Bereiche in beiden Bundesländern sehr genau anzuschauen, um zu sehen, wo gibt es Gemeinsamkeiten, wo gibt es Unterschiede. An manchen Stellen werden wir uns auch auseinandersetzen mit unterschiedlichen Ansichten aus Berlin und Brandenburg. Aus allem heraus wird dann eine gemeinsame, eine gut abgestimmte Krankenhausplanung für Berlin-Brandenburg entstehen.

Einige Daten möchte ich Ihnen mit auf den Weg für heute geben: Knapp 16 Prozent der Einwohner in Berlin sind jünger als 18 Jahre. In Brandenburg sind es etwa 15 Prozent. In absoluten Zahlen sind das in Berlin 557.000 Kinder und Jugendliche sowie in Brandenburg ca. 373.000. Über die Hälfte der Kinder und Jugendlichen im Land Brandenburg lebt nicht im vergleichsweise dicht besiedelten Berliner Umland, sondern in ländlichen Regionen. Was heißt das für die medizinische Versorgungssituation der Kinder und Jugendlichen? In Berlin stehen für 100.000 Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren etwa 67 Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin zur Verfügung. In Brandenburg sind es 49. Auf 100.000 Kinder und Jugendliche kommen in Berlin ca. 59 Kinder- und Jugendmedizinerinnen und -mediziner, in Brandenburg rund 39. Das ist schon ein deutlicher Unterschied. Krankenhäuser mit Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin gibt es in Berlin an zehn, in Brandenburg an 21 Standorten. Aus den Bettenzahlen, die in den aktuellen Krankenhausplänen der beiden Länder genannt sind, ergibt sich für Berlin ein Bettenbestand von 137 Betten pro 100.000 Einwohner unter 18 Jahre, in Brandenburg 125. Auch die prognostizierte Zukunft unterscheidet sich bezüglich der Bedarfslage in unseren beiden Ländern ganz erheblich: Im Jahr 2030 wird es nach den vorliegenden Prognosen ca. 300.000 Berliner mehr geben, der Anstieg der Zahl der Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren soll in Berlin anteilig sogar über demjenigen der Gesamtbevölkerung liegen. Für Brandenburg fallen die neuesten demografischen Prognosen zwar etwas milder aus als die alten. Gleichwohl wird in Brandenburg bis zum Jahr 2030 mit einem Rückgang der Gesamtbevölkerung von ca. sieben Prozent gerechnet, bei der Altersgruppe unter 18 Jahren wird sogar ein Rückgang von rund 15 Prozent prognostiziert. Vielleicht kommt es ja anders, aber das sind die gegenwärtigen Zahlen.

Neben diesen allgemeinen Zahlen müssen wir die Regionen genauer betrachten. Die Situation ist in den einzelnen Regionen z.T. sehr unterschiedlich, deshalb brauchen wir regionale Konzepte. Auch die sehr formalisierten Bedarfsplanungen müssen wir uns genauer anschauen. Das, was als Überversorgung, drohende Unterversorgung, Unterversorgung definiert wird, sehen die Bürger z.T. ganz anders. Und ich finde, wir können an dem Gefühl der Bürger nicht vorbeiarbeiten. Auf der anderen Seite müssen 21 Standorte in Brandenburg mit Kinder- und Jugendmedizin auch bezahlt werden. Hier gilt es auch auf Bundesebene politische Schwerpunkte zu setzen. Das Thema Kinder- und Jugendmedizin gehört ganz oben auf die Agenda.

Lassen Sie mich Ihnen noch einen Gedanken mitgeben: Wenn wir die Krankenhausplanung machen, dann sollten wir ganzheitlich – oder anders gesagt – nachhaltig denken: Was kostet Qualität und was kostet Mobilität? Was bedeutet es, wenn Familien für eine pädiatrische Versorgung weit fahren müssen? Vielleicht fahren sie dann gar nicht mehr. Welche Auswirkungen hätte das? Die einfachen Lösungen, die oft – auch von klugen Menschen – verkündet werden: raus aus der Fläche, hin zu großen leistungsfähigen Zentren – scheinen mir zu kurz zu greifen und noch längst nicht gut genug bedacht zu sein.

Gut, dass Sie da sind. Gut, dass Sie arbeiten wollen. Ich freue mich auf die Ergebnisse.

4.2 Redebeitrag

Dirk Rothenpieler, Leiter Abteilung Gesundheit, Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung Berlin

Die Kinder- und Jugendmedizin erscheint mir ein sehr gut ausgewähltes Thema und ich finde es sehr schön, dass die hier versammelte Expertise die Bedeutung des Themas unterstreicht. Die Region Berlin-Brandenburg ist geprägt durch eine einzigartige Konzentration von klinischer Medizin, Gesundheitswirtschaft, Wissenschaft und Lehre. Die Organisation der Kinder- und Jugendmedizin wird allerdings zunehmend von besonderen Herausforderungen geprägt. Herr Dr. Schick hat das schon näher ausgeführt, wir haben da natürlich in Berlin

und Brandenburg durchaus unterschiedliche Ausgangsbedingungen. Die Anzahl der zu versorgenden Kinder und Jugendlichen verändert sich – dies aber regional nicht gleichmäßig, sondern teilweise mit konträren Tendenzen. Was aber die gesamte Region eint, ist der zunehmende Fachkräftemangel in allen Professionen der gesundheitlich sozialen Versorgung. Versorgungsthemen wie die Kinder- und Jugendmedizin haben eine große Bedeutung dahingehend, wie die Gesundheitsregion Berlin und Brandenburg zukünftig gestaltet wird und dies passt sehr gut in eine gemeinsame Innovationsstrategie der Länder Berlin-Brandenburg: Vielleicht weil wir gerade so unterschiedliche Ausgangssituationen haben und wir mit einer gelingenden gemeinsamen Lösung bundesweit Vorbildcharakter für neue innovative Versorgungsformen haben.



Das Ziel muss eine Gesundheitsregion sein, die trotz unterschiedlicher Voraussetzungen mit einer Metropolenregion einerseits und einer sehr ländlich geprägten Struktur andererseits eine gleichwertige hohe Qualität und Versorgung in allen Räumlichkeiten gewährleisten kann. Voraussetzung dafür ist, dass man gut sektorenübergreifend und in enger Abstimmung zusammenarbeitet. Hierbei sind immer die entsprechenden Schnittstellen von zentraler Bedeutung. Das ist immer das heikelste Gebiet, was genauer untersucht werden muss. Daraus folgen dann prozessuale Anforderungen zur Steuerung und Optimierung der vorhandenen Ressourcen und die Klärung von Fragen der Vernetzung.

Die Bevölkerungsprognosen bis 2030 zeigen, dass in Berlin die Zahl der Kinder und Jugendlichen steigen wird, während es in Brandenburg in bestimmten Gegenden eher eine rückläufige Tendenz gibt. Dort ist die Verfügbarkeit medizinischer Fachkräfte zwar noch kritischer, aber auch in Berlin werden negative Folgewirkungen durch den Fachkräftemangel befürchtet, z.B. bei der Notfallversorgung oder der qualitätsgerechten Versorgung von chronisch kranken Kindern und Jugendlichen. In den heutigen Gesprächen sollte insbesondere die Diskussion geführt werden, wie eine verbesserte ärztliche Versorgung abseits der Zentren vor Ort, also in kleineren Kommunen, erreicht werden kann, z.B. durch Nutzung telemedizinischer Angebote oder durch eine pflegebasierte erste Versorgung. Welche innovativen Gedanken gibt es jenseits tradierter Lösungen?

Seit der Wiedervereinigung vor 25 Jahren stimmen Berlin und Brandenburg ihre jeweiligen Krankenhauspläne aufeinander ab. Das ist sehr sinnvoll und unabdingbar in dieser Gesundheitsregion mit ihren besonderen Verflechtungen. Eine gemeinsame Krankenhausplanung ist bereits dadurch zu erreichen, dass man sich darauf verständigt, bisherige unterschiedliche Anforderungen in den beiden jeweiligen Krankenhausplanungen zu harmonisieren, im Vorfeld gemeinsame Kriterien zu verabreden und gleichermaßen in beiden Krankenhausplanungen zu verankern. Es gibt bereits länderübergreifende Vereinbarungen, z.B. in den Leistungsbereichen der herzchirurgischen Versorgung und der Trans-

plantationsmedizin, der Betreuung von Schwerbrandverletzungen, der Sonderisolerstation in der Charité, der Aidsversorgung, der Rehabilitation oder in der Errichtung des gemeinsamen klinischen Krebsregisters. Dies alles sind sehr gute Beispiele dafür, dass es gelingen kann, dass sich die beiden Länder einvernehmlich auf Ziele verständigen und operativ gemeinsam an diesen arbeiten.

Insofern freue ich mich auf die heutigen Diskussionen und hoffe, dass ein länderübergreifender Austausch zur Gestaltung einer bedarfsorientierten, innovativen und sektorenübergreifenden Versorgungslandschaft in den beiden Ländern wichtige und vor allem praktikable Ergebnisse hervorbringt, vielleicht sogar in der Tat innovative neue Modelle entwickelt werden und wir dadurch für beide Krankenhausplanungen wichtige Impulse erhalten, wie diese über die Ländergrenzen hinweg eine harmonisierte Zielsetzung bekommen. Ich begrüße sehr, dass heute in diesem Handlungsfeld des Masterplans intensiv und aktiv diese spannenden Versorgungsfragen bearbeitet werden, dass wir gemeinsam davon profitieren und die Bürger, insbesondere die Kinder und Jugendlichen, beider Länder daraus Vorteile ziehen werden. Nicht zuletzt ist es auch wichtig, dass der Ruf der Metropolenregion als Standort der Gesundheitswirtschaft daraus positive Gewinne erzielen wird, wenn wir in Versorgungsfragen Vorbildcharakter demonstrieren können. Insofern wünsche ich Ihnen heute einen fruchtbaren, spannenden und ergebnisreichen Tag.

5. Vortragsblock I: Zur Bedeutung der Kinder- und Jugendmedizin

5.1 Quo vadis Kinder- und Jugendmedizin in Deutschland?

Dr. med. Karl-Josef Eßer, Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V.



Was sind Schwerpunktthemen der deutschen Pädiatrie? Die Kinder- und Jugendmedizin ist ein sehr großes und heterogenes Fach, welches für 16 Prozent der Bevölkerung zuständig ist. Aber sie erhält zu wenig Aufmerksamkeit. Wir haben in der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin ein sehr großes Spektrum von mehr als 15.000 Mitgliedern aus 38 Subdisziplinen versammelt. Neben den spezialisierten Leistungen gehören zu den Schwerpunkten die Neonatologie, die pädiatrische Intensivmedizin, die Zusammenarbeit mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie, die Kinderchirurgie, aber auch die bisher zu wenig beachtete Psychosomatik. Inhaltlich fordern uns die Zusammenarbeit mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie, die neuen Morbiditäten, die Prävention, aber auch besondere Aufgaben in der Forschung, deren Finanzierung bisher lückenhaft und insuffizient ist. So existiert bisher in Deutschland noch kein Forschungszentrum für Kindergesundheit.

Was sind nun Wildcards der Pädiatrie in Deutschland, also Dinge, die man grundsätzlich nicht planen kann, die aber für die Pädiatrie eine Rolle spielen? Hierzu gehören u.a. die Entwicklungen der Geburtenzahlen und der Altersstruktur, aber auch die Migration, die die Pädiatrie gerade vor große Herausforderungen stellt. Auch die steigende Bedeutung seltener und chronischer Erkrän-

kungen ist ein wichtiges Thema: Heute überleben viele Menschen mit Erkrankungen, die früher bereits in jungen Jahren tödlich endeten, z.B. Mukoviszidose. Auf diese Entwicklung muss sich auch die Erwachsenenmedizin neu einstellen. Es treten aber auch neue Morbiditäten auf, v.a. im psychischen Bereich. Es fehlen Studien z.B. darüber, welche Auswirkungen Stress in der Schwangerschaft auf die Volumenentwicklung des Gehirns und die spätere Entwicklung des Kindes hat. Hier spielt Prävention eine wichtige Rolle ebenso wie die Berücksichtigung des Zusammenwirkens von Armut, Bildung und Gesundheit. Der pädiatrisch tätige Arzt muss nicht nur den medizinischen, sondern auch den sozialen Bereich mitdenken. Public Health und Gesundheitswesen müssen deutlich mehr zusammengeführt werden.

Aus dem Gesagten ergeben sich zahlreiche Anforderungen an die deutsche Pädiatrie im 21. Jahrhundert: Sie muss die demografische Entwicklung mitberücksichtigen, die Epigenetik, auch die Globalisierung und Migration. Hinsichtlich der personellen Ressourcen setzen wir uns stark für den Erhalt der Kinderkrankenpflege ein. Im Kontext der institutionellen Ressourcen müssen die betriebswirtschaftlichen Voraussetzungen dafür geschaffen werden, dass multidisziplinäre Gesundheitszentren etabliert werden, in denen z.B. mehrere Ärzte zusammen einen Kassenarztsitz bedienen oder mehrere Kassenarztsitze zusammengefasst werden sowie auch andere Gesundheitsdienstleister und die Jugendhilfe vertreten sind. Hier sollten durchaus auch die Kommunen aktiv werden. Neben der Sozialmedizin und der Qualitätssicherung ist ein weiterer wichtiger Punkt die Sicherstellung der Finanzierung der Pädiatrie im ambulanten und stationären Sektor. Obwohl Kinderkliniken enorm hohe Vorhaltekosten haben, gibt es für sie z.B. keinen Sicherstellungszuschlag und es droht die Schließung von pädiatrischen Abteilungen. Eine flächendeckende Versorgung ist dadurch gefährdet.

Die regionale Verteilung der stationären pädiatrischen Versorgung ist sehr heterogen. Deshalb fordern wir eine länderübergreifende Krankenhausplanung zur Sicherstellung der Strukturen. Nur so kann eine erhöhte Inanspruchnahme medizinischer Leistungen aufgrund einer erhöhten regionalen Deprivation – je weiter entfernt ein Krankenhaus ist, desto später (und damit kränker) gehen die Menschen ins Krankenhaus – vermieden werden.

Welche Forderungen stellen wir angesichts dieser Herausforderungen? *Erstens* eine bedarfsgerechte Zentralisierung und Finanzierung der Versorgung mit einem Sicherstellungszuschuss; *zweitens* den Erhalt der Kinderkrankenpflege; *drittens* eine Kooperation zwischen großen und kleineren Kinderkliniken, um eine flächendeckende Versorgung sicherzustellen; *viertens* eine Vernetzung der ambulanten und stationären Strukturen; *fünftens* den Auf- und Ausbau von pädiatrischen Gesundheitszentren und medizinischen Versorgungszentren; *sechstens* eine stärkere Fokussierung auf den Präventionsbereich unter Berücksichtigung des sozial-räumlichen Kontextes – Stichwort: gesunde Quartiere und Städte. Die Frühen Hilfen oder Schulschwestern sind hier Beispiele. Die einzelnen Säulen müssen zusammenarbeiten, die Gelder umverteilt werden, die normativen Rahmen übergreifen. Weitere Forderungen sind: *siebtens* der Ausbau des Bereichs Forschung zur Kindergesundheit; *achtens* die Etablierung einer Musterweiterbildungsordnung (MWBO), die den sozialen und psychosomatischen Bereich berücksichtigt sowie *neuntens* die stete Fokussierung auf Familien- und Patientenorientiertheit. Wir müssen als sprechende Medizin immer den Patienten – und dessen Familie – aufmerksam wahrnehmen.

Nachfragen und Diskussion

- Wie sehen Sie in diesem Kontext die Kinderrehabilitation?
- Antwort: Es stimmt, den Bereich habe ich im Vortrag nicht berücksichtigt. In Hessen ist es im Bereich der Rehabilitation inzwischen so, dass Erwachsenen-Psychosomatiker Kinder behandeln dürfen. Hier müssen wir aktiv werden und uns mit den Strukturen auseinandersetzen. Das ist ein Punkt, den haben wir im Moment nicht auf der Agenda.
- Die Kinderrehabilitation ist sehr wichtig, zumal uns der Gesetzgeber im Flexirentengesetz³ mehr Möglichkeiten geschaffen hat. Wir können jetzt ganztägig ambulante Kinderrehabilitationen machen. Dies ist wichtig, weil nicht mehr so viele Kinder und Jugendliche in der Rehabilitation erreicht werden. Hier ergibt sich eine Möglichkeit, die wir innovativ in Berlin entwickeln müssen. In Brandenburg gibt es drei großartige

Einrichtungen im Bereich Kinderrehabilitation und insgesamt sprechen wir von mehr als 30.000 Maßnahmen im Jahr für die Kinderrehabilitation. Außerdem erfolgt durch die Kinderrehabilitationskliniken z.T. auch die Notfallversorgung.

- Haben Sie praktische Erfahrungen in der Kooperation mit der regionalen Jugendhilfe? Gibt es diesbezüglich Beispiele aus der Praxis?
- Antwort: Wir arbeiten zurzeit intensiv mit Babyotse Hamburg⁴ und der Charité hier in Berlin zusammen, wo die Jugendhilfe, die Frühen Hilfen mit den Kinder- und Jugendärzten kooperieren. Geklärt werden muss, wer diese Kooperation leitet im Sinne z.B. eines Case Managements. In Nordrhein-Westfalen sind wir Projektträger eines durch das Gesundheitsministerium finanzierten Projektes, bei dem in drei Praxen niedergelassener Pädiater zweimal wöchentlich eine Sprechstunde der Jugendhilfe stattfindet. Dieses Projekt läuft für zwei Jahre und wird auch evaluiert. Es gibt aus Freiburg schon gute Erfahrungen mit einem ähnlichen Projekt. Dort hat die Stadt Freiburg das Modell übernommen und weitergeführt. Diese Modelle müssen, wenn sie sich bewähren, bundesweit umgesetzt werden. Es muss die Brücke zwischen Medizin und psychosozialen Bereich geschlagen werden. Dies ist eine wichtige, große Aufgabe, aber die Frage der Finanzierung ist problematisch.

5.2 Flächendeckende pädiatrische Notfallversorgung in Westfalen-Lippe

Dr. med. Burkhard Lawrenz, Vorsitzender des Landesverbandes Westfalen-Lippe im Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. (BVKJ), Mitglied der Leitlinien- und der Screening-Kommission der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin (DGKJ)

Es muss Konzepte nicht nur für die Verteilung von Kinderkliniken, sondern auch von ambulant tätigen Kinder- und Jugendmedizinern in Deutschland geben, damit jede Familie in angemessener Zeit und Entfernung Zugang zur pädiatrischen (Notfall-)Versorgung hat. Hierfür bedarf es

³ Gesetz zur Flexibilisierung des Übergangs vom Erwerbsleben in den Ruhestand und zur Stärkung von Prävention und Rehabilitation im Erwerbsleben (Flexirentengesetz) vom 08.12.2016 (§15a Leistungen zur Kinderrehabilitation)

⁴ <http://www.seeyou-hamburg.de/seeyou-hilft/babyotse/das-programm-babyotse/>

politischer Planung und der finanziellen Absicherung – unabhängig von der konkreten Rentabilität, denn es würde auch niemand auf die Idee kommen, die Feuerwehr zu schließen, weil sie nicht rentabel ist. Die Patientenversorgung kann nicht dafür verantwortlich gemacht werden, wie hoch die Nachfrage ist. Das wäre so, als würde man den Brandmeister zur Verantwortung ziehen, wenn es nicht oft genug gebrannt hat! Gerade in der Kinderheilkunde gibt es große saisonale Schwankungen, so dass keine gleichbleibende Auslastung von 80% gegeben ist. Ein Krankenhausbett ist nicht dafür da, immer voll zu sein, sondern es soll zur Verfügung stehen, wenn man es braucht. Und dies gilt insbesondere in der Kinder- und Jugendmedizin.



Ich möchte einen kurzen Abriss geben zur Entwicklung der pädiatrischen Notfallversorgung, wie ich sie in Westfalen-Lippe erlebt habe. Ende der 90er Jahre war es noch so, dass es einen organisierten Notfalldienst nur Mittwochnachmittags sowie an Wochenenden und Feiertagen gab. An den übrigen Tagen war jeder Arzt für seine Patienten auch in der Nacht selbst verantwortlich, musste immer erreichbar sein und auch Hausbesuche machen. Diese Belastung konnte auf Dauer nicht bleiben. Deshalb entwickelte sich Anfang 2000 inoffiziell die kollegiale Notfallversorgung auch wochentags; außerdem existierten die ersten Notfallpraxen als „Inseln“ teilweise eigenständig, teilweise aber auch schon an Kliniken. Es wurden im pädiatrischen Notdienst Sprechzeiten eingerichtet, da die meisten Notfälle in der Pädiatrie keine echten Notfälle sind und die Versorgung der meisten Krankheitsfälle am Wochenende genauso gesteuert werden kann wie an den Wochentagen. Dennoch ging etwa die Hälfte der Patienten in die klinische Notfallver-

sorgung – am Tage und in der Nacht. Deshalb wurde 2005 im Sauerland eine Kooperation zwischen Kinderabteilung und niedergelassenen Pädiatern im Bereich der pädiatrischen Notfallversorgung geschlossen. Patienten werden nun in der Regel zuerst zur vertragsärztlichen Notfallpraxis gelenkt, die in unmittelbarer Nähe zur Klinik angesiedelt ist, und dort wird entschieden, ob der Patient vor Ort behandelt oder in die Klinik weitergeleitet wird. Diese inoffiziell etablierte Kooperation ist inzwischen für den gesamten pädiatrischen Notdienst in Westfalen-Lippe übernommen worden.

Es gab eine große Reform mit dem Ziel, die überflüssige Inanspruchnahme des Notdienstes durch Bagatelldfälle zu vermindern, indem man die Entfernungen vergrößert. Dieses Ziel ist leider nicht erreicht worden. Es wurde ein allgemeiner Notdienst organisiert, den alle Fachgruppen bis auf wenige Ausnahmen übernehmen müssen. Dieser wurde aufgeteilt in einen Sitz- und einen Fahrdienst. Das gesamte Notdienstkonzept basiert auf einer Kooperation von Kliniken und niedergelassenen Ärzten, wobei die Kliniken grundsätzlich für alle Notfallpatienten nachts zuständig sind. Dieses Konzept ähnelt dem aktuell diskutierten Konzept der Portalpraxen.

Bei der Etablierung entsprechender Konzepte müssen die regionalen Strukturen berücksichtigt werden. Auch in Westfalen-Lippe haben wir Ballungsräume und ausgedehnte ländliche Bezirke mit ungleicher Verteilung der Kliniken und Vertragsarztstze: Während es in den Ballungsräumen zu viele Kliniken gibt, um an jedem Standort einen kassenärztlichen Notfalldienst zu betreiben, sind die Kliniken in den ländlichen Regionen oft exzentrisch gelegen und die Zahl der an der Notfallversorgung teilnehmenden Pädiater sinkt. Problematisch für die Organisation des pädiatrischen Notfalldienstes ist auch, dass die Pädiater eine sehr viel höhere Frequenz an Notfalldiensten haben als der allgemeine Notfalldienst. Die regionalen Unterschiede sind groß: Während in Großstädten mit einer hohen Anzahl von Pädiatern nur selten der Notfalldienst übernommen werden muss, der dann mit hohen Patientenzahlen, hohem Stressfaktor, aber auch hohen Einnahmen verbunden ist, müssen die wenigen Pädiater in ländlichen Regionen häufig Notfalldienst machen bei geringen Patientenzahlen und geringeren Einnahmen. In diesen Regionen ist der pädiatrische Notfalldienst ein zusätzliches Angebot zum allgemeinen Notfalldienst und kann sich daher auf Kernzeiten

beschränken. Neben den Problemen gibt es aber auch großen Chancen in dieser Art der Organisation des pädiatrischen Notfalldienstes: *Erstens* ermöglicht dieses Konzept eine sinnvolle Arbeitsteilung zwischen niedergelassenen Pädiatern und Klinikärzten sowohl in den stark frequentierten Kernzeiten als auch in den Nachtzeiten. *Zweitens* verbessert sich die Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor durch die räumliche Nähe.

Nachfragen und Diskussion

- Rund 90 Prozent der pädiatrischen Notfälle verbleiben ambulant, aber es gibt auch wirklich schwer kranke Kinder. Deshalb bin ich beruhigt, dass diese auch nach Bezirkserweiterung die Kliniken aufgesucht haben, denn diese zehn Prozent möchte man doch identifizieren. Ich sehe das so, dass die Bezirke erweitert worden sind, weil es schwieriger ist, Niedergelassene zu finden, die das noch tun wollen.
- Antwort: Die Erweiterung der Bezirke betrifft mehr den allgemeinen Notdienst. Bei den Pädiatern gab es vorher keinen flächendeckenden pädiatrischen Notdienst, sondern dieser wurde mit solchen Inselösungen, wie es sie z.B. bei uns gab, entwickelt. Dabei wurde sich daran orientiert, wo wie viele Pädiater niedergelassen sind, wo es stationäre Kinderabteilungen gibt etc. Man benötigt mindestens zehn Ärzte, um einen entsprechenden Dienst zu organisieren. Die fehlende Motivation ist aus meiner Sicht eher ein Problem in den Städten, weniger auf dem Lande. Aber bei uns ist das keine Frage von Motivation, sondern es gibt eine gemeinsame Notfalldienstordnung und darin sind wir verpflichtet, diesen Notdienst zu übernehmen. Eine genauso sinnvolle Verpflichtung ist es, den Notfalldienst an die Kliniken zu bringen.

6. Vortragsblock II: Regionale Best Practice Beispiele

6.1 Beispiel I (Brandenburg): Modell einer sektorenübergreifenden, pädiatrischen Versorgung in einer Flächenregion

Prof. Dr. med. Thomas Erler, Chefarzt und Ärztlicher Direktor am Klinikum Westbrandenburg GmbH



Nach den globalen Ausführungen heute Vormittag zur pädiatrischen Versorgung in Metropolen- und Flächenregionen komme ich nun zu einem konkreten Praxisbeispiel: die KV RegioMed Praxis und KV RegioMed Bereitschaftspraxis.⁵ Zur Ausgangslage: In der Lausitz, insbesondere in der Kleinstadt Forst, brach plötzlich die pädiatrische Versorgung zusammen: Es gab weder einen niedergelassenen Pädiater noch eine Kinderabteilung am dortigen Krankenhaus. Was das für die Bevölkerung und die Region bedeutet, ist sicherlich jedem Anwesenden hier klar. Es war eine große Herausforderung für die KV, eine Lösung für die ambulante, aber auch notfallmäßige Versorgung von Kindern in dieser Stadt zu finden. Auch wir als große Klinik in Cottbus mit ca. 90 Betten, einem Perinatalzentrum Level 1 und dem einzigen hämatologisch-onkologischen pädiatrischen Zentrum des Landes Brandenburg, einer vollen Weiterbildungsermächtigung, ungefähr 22 Ärzten und einer Entfernung von 25km waren bemüht, kreative Ideen zu entwickeln, wie die pädiatrische Grund- und Notfallversorgung in Forst unterstützt werden könnte. Es gibt ja bereits heute verschiedene Möglichkeiten, wie eine Klinik in die ambulante Versorgung eingebunden werden kann, z.B. über die

Einrichtung eines Medizinischen Versorgungszentrums, Ermächtigungssprechstunden, die ambulante spezialfachärztliche Versorgung oder eine tagesklinische Versorgung.

Über einen längeren Zeitraum wurden verschiedene Modelle gemeinsam von Klinik, KV und regionaler Politik diskutiert. Favorisiert wurde letztendlich die Idee einer von der KV betriebenen Praxis, in der im Angestelltenverhältnis Fachärzte aus der Kinderklinik Cottbus tätig sind. Während die KV verantwortlich ist für die Bereitstellung der Räume, Gerätschaften und des nicht-ärztlichen medizinischen und geschäftsführenden Personals, musste die Klinik bei den stationär tätigen Fachärzten Interesse an diesem Splitting-Modell wecken. Dies war nicht einfach, gelang aber u.a. auch dadurch, dass man gemeinsam vor Ort war, sich die Räumlichkeiten anschaute und die KV sehr kooperative Angebote zur gerätetechnischen Ausstattung und dem Betrieb der Praxis unterbreitete. Zwei junge, stationär tätige Fachärzte konnten gewonnen werden, die jeweils mit einer halben Stelle in der Klinik angestellt blieben mit der Option, dort ihre Spezialisierung fortsetzen zu können. Mit der jeweils anderen halben Stelle betreiben sie gemeinsam einen Kassenarztsitz in Forst. Außerdem sollten die Neugeborenen postnatal mit den entsprechenden Eingangsuntersuchungen versorgt werden, da es im Forster Krankenhaus – wo die KV RegioMed Praxis auch räumlich verortet ist – noch eine geburtshilfliche Abteilung gab. Eine Herausforderung war die vertragliche Regelung dieses Konstrukts: Anpassung der Arbeitsverträge, Einbindung in den stationären Dienstplan mit jeweils der halben Stelle bei gleichzeitiger Gewährleistung einer gewissen Konstanz der ambulanten pädiatrischen Versorgung vor Ort in Forst etc.

Alle Beteiligten – von den KV-Vertretern über die Klinik-Vertreter bis hin zu den Machern vor Ort – wussten am Anfang nicht, ob dieses Konzept funktioniert: Würde es von der Bevölkerung angenommen, würde es sich wirtschaftlich tragen? Im November 2014 wurde die KV RegioMed Praxis in Forst eröffnet und es zeigte sich bereits nach relativ kurzer Zeit, dass dieses System gut angenommen wird. Ein Zwischenfazit: Die Praxis ist nun seit zwei Jahren in Betrieb, zwei Fachärzte arbeiten jeweils mit einer halben Stelle im wöchentlichen Wechsel

⁵ <https://www.kvbb.de/main-kv-regiomed/kv-regiomed-neu/kv-regiomed-praxen/kv-regiomed-kinderarztpraxis-forst/>

vor Ort. Somit ist die regionale pädiatrische Versorgung wohnortnah gewährleistet und auch die Neugeborenenversorgung konnte aufrechterhalten werden. Ein Nebeneffekt ist, dass es auch Klinikzuweisungen aus der KV RegioMed Praxis an die Kinderklinik in Cottbus gibt. Aktuell gibt es aber ein Problem: Eine der Kolleginnen ist schwanger, es gab personelle Wechsel in Cottbus und so haben wir zum gegenwärtigen Zeitpunkt zum 31.12. keinen Arzt, der die KV RegioMed Praxis in Forst weiterbetreiben wird. Dennoch möchte ich für dieses wirklich gute Modell werben, weil ich überzeugt davon bin, dass die Kliniken in der Region nicht nur eine Weiterbildungsverpflichtung, sondern in zunehmendem Maße auch eine Verpflichtung haben, die flächendeckende pädiatrische Versorgung mit regional angepassten, kreativen Modellen mit zu gewährleisten.

6.2 Beispiel I (Brandenburg): Regionalkonzept pädiatrische Versorgung am Beispiel der GLG Gesellschaft für Leben und Gesundheit mbH

Dr. Steffi Miroslau, Geschäftsführerin der Gesellschaft für Leben und Gesundheit mbH



Wie sieht die aktuelle Situation in der Kinderheilkunde aus? Es wurde viel erreicht, aber es gibt auch sich abzeichnende Defizite. Kinderheilkunde ist mehr als die medizinische Versorgung von Kindern im Sinne der

Grund- und Spezialistenversorgung. Wir wissen aus den Studien zur Kindergesundheit, KIGGS⁶, der Robert-Bosch-Stiftung, dass Kinderärzte häufig neben der Familie die einzige Vertrauensperson der Eltern sind. Kinderärzte haben eine hohe sozialpolitische Bedeutung. Neurobiologische Untersuchungen haben gezeigt, wie wichtig die frühkindliche Entwicklung ist, und die Pädiatrie wird im bestehenden System erst aktiv, wenn das Kind quasi „in den Brunnen gefallen ist“. Um eine Veränderung herbeizuführen, muss man die Position wechseln, und kann dann – vor dem Hintergrund der bekannten Phasen des Change-Managements – Neues gestalten. So lässt sich mit einem Regionalkonzept vielleicht nicht die Schließung eines Krankenhauses verhindern, aber man kann Problemkonstellationen abfedern und das Chaos davor und danach verringern.

Bei Betrachtung der Region Barmen, Uckermark, Märkisch-Oderland zeigt sich, dass es seit 2010 nur noch drei Kinderklinikstandorte gibt. Die Besetzung der Kinderarztsitze ist umso besser, je näher dieser sich an Berlin befindet, während in den weiter entfernten Regionen Kinderarztsitze nicht oder nicht adäquat besetzt sind. Diese Situation ist bekannt, aber es gibt keine Planung, wie damit umgegangen wird, es gibt keine Informationen darüber, wie alt die Kinderärzte sind, wann sie in Rente gehen etc. Eigene Recherchen zur Altersstruktur der 27 niedergelassenen Fachärzte für Kinderheilkunde in dieser Region zeigen, dass 18 dieser Ärzte bereits 60 Jahre und älter sind. Vor diesem Hintergrund und den einzuplanenden Zeiten der Facharztausbildung ist es dringend geboten, bereits heute Maßnahmen einzuleiten, um die pädiatrische Versorgung in dieser Region auch zukünftig sicherstellen zu können. Dies muss unter Berücksichtigung der regionalen Unterschiede in der Bevölkerungsverteilung und der Facharztdichte geschehen. Gerade im ländlichen Raum wird es schwierig, einen Kinderarztsitz wirtschaftlich zu betreiben.

Was sind sich abzeichnende Defizite? Zum einen ist dies die Sicherstellung der pädiatrischen Notfallversorgung. Aufgrund der G-BA-Beschlüsse haben wir uns vorwiegend mit der Notfallversorgung von Frühgeborenen unter 1.500 Gramm befasst. Das ist richtig und wichtig, aber die

⁶ Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, <http://www.kiggs-studie.de/deutsch/home.html>

pädiatrische Notfallversorgung umfasst viel mehr. Außerdem zeigt die Realität, dass auch in einer Entbindungsklinik mit 300, 400 Geburten ca. zehn Prozent der Neugeborenen einen Kinderarzt benötigen. Die Frage ist, wie können wir vor diesem Hintergrund die Notfallversorgung aufrechterhalten und verbessern? Die Verschiebung des Leistungsspektrums in der Pädiatrie (Anstieg der chronischen Erkrankungen, der psychosomatischen Erkrankungen, der Sprachstörungen) und die Trennung von ambulantem und stationärem Sektor sind weitere sich abzeichnende Defizite.

Was sollte also getan werden? Auf der Grundlage einer Literaturrecherche zum Thema – und es ist erstaunlich, wie wenig gute Literatur es zum Thema gibt – haben wir überlegt, welche Veränderungsmöglichkeiten es gibt. Natürlich muss in diesen Regionen dem Fachkräftemangel entgegnet werden, z.B. durch ein spezielles Personalentwicklungskonzept, wie die GLG mbH es entwickelt hat: Dieses beinhaltet u.a. verschiedene Arbeitszeit- und Teilzeitmodelle, Spezialisierungsmöglichkeiten, aber auch die Förderung des nicht-ärztlichen Fachpersonals. Ein erfolgreiches Modell ist die Stipendiatenunterstützung mit dreijähriger Bindung an die Region: Von bisher 48 Stipendiaten arbeiten 22 Fachärzte in der GLG mbH, nur sieben sind ausgeschieden und zahlen das Stipendium zurück. Möglichkeiten der PJ-Ausbildung, Kooperationsverträge mit ortsansässigen Schulen und Möglichkeiten der Telemedizin gehören ebenfalls in das Personalentwicklungskonzept. Ein weiterer Punkt ist die Etablierung der Kinderchirurgie zusammen mit dem Zentrum für Vaskuläre Malformationen als Leuchtturm in der Region, aber auch über die nationalen Grenzen hinaus. So sammeln die Fachärzte, aber auch das nicht-ärztliche Personal in der pädiatrischen Notfallmedizin wertvolle Erfahrungen. Des Weiteren sind die Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu nennen.

Von grundlegender Bedeutung ist die Entwicklung eines Regionalkonzepts: *Erstens* die Sicherstellung der Grundversorgung mithilfe der Facharztausbildung, *zweitens* die Möglichkeiten der Subspezialisierung, z.B. im Krankenhaus in Eberswalde die Neonatologie, die Kinder gastroenterologie, die Kinderpulmologie, die Kinderdiabetologie.

Zum Teil können im Land Brandenburg die Subspezialisierungen kaum noch abgelegt werden. Ein *drittes*, wichtiges Kriterium ist die Psychosomatik, stehen doch psychosomatische Diagnosen an Platz 3 der stationären Entlassdiagnosen bei Kindern und Jugendlichen. Wir haben in der Region eine enge Kooperation mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie am Martin-Gropius-Krankenhaus. Auch die Klinik in der Niederlausitz ist mit ihrem Konzept in der Psychosomatik „IntraAct Plus“⁷ ein gutes Beispiel dafür, wie sich Kinderkliniken entwickeln sollten, um den neuen Morbiditäten gerecht zu werden.

Auch im Bereich der Sozialpädiatrischen Zentren (SBZ) ist Einiges zu tun: Im Nordosten Brandenburgs ist die Versorgung nicht gelungen. Es gibt in Brandenburg nur vier SBZs und in den Subspezialisierungen Neuropädiatrie, Kinderkardiologie, Kinderdiabetologie gab es z.T. 2015 bzw. 2016 seit vielen Jahren wieder die ersten Prüfungen. Auch die Etablierung der berufs begleitenden Weiterbildung vor Ort ist wichtig, um als Region für die Kinderärzte attraktiv zu bleiben. Hierbei spielt nicht primär nur die Fahrtzeit oder nur das Geld eine Rolle, sondern es geht um das angebotene Gesamtkonzept, z.B. die Berücksichtigung der sozialen Problematik in der Pädiatrie. Es gibt eine langjährige Zusammenarbeit der geburts-hilflichen Abteilungen mit den Perinatalzentren, ab dem 01.02.2017 gibt es ein videogestütztes Simulationszentrum für AHA-Reanimationskurse etc. Nicht zuletzt ist immer der Bereich Kommunikation und Zusammenarbeit von zentraler Bedeutung: sowohl im Fachbereich selbst als auch in der GLG mbH, darüber hinaus aber auch mit den zuständigen Ministerien, den Krankenkassen und KVen und natürlich hier in der Zukunftswerkstatt.

Aber es gibt auch Hindernisse, die es zu überwinden gilt: Die Umsetzung eines anspruchsvollen Konzeptes erfordert personelle und wirtschaftliche Konsequenzen, die von allen getragen werden müssen („Kultur der ganzheitlichen Entwicklung“). Ein zweites Hindernis ist, dass Vorleistungen nicht gegenfinanziert sind und vom Haus getragen werden müssen. Auch die Trennung der Sektoren ist ein großes Hindernis, um solche – auch im IGES-Gutachten zur Kinder- und Jugendmedizin in

⁷ https://www.klinikum-niederlausitz.de/de/kliniken_einrichtungen/kinder-und_jugendmedizin/fazit_familienzentrierte_interaktionstherapie.html

⁸ http://www.iges.com/kunden/gesundheit/forschungsergebnisse/2015/paediatrie/index_ger.html

Mecklenburg-Vorpommern⁸ empfohlenen – Regionalkonzepte zu entwickeln.

6.3 Beispiel III (Berlin): Die Tagesklinik: Komplementäre Versorgungsform an der Schnittstelle ambulanter und stationärer Pädiatrie

Prof. Dr. Volker Stephan, Chefarzt am Sana Klinikum Berlin-Lichtenberg



Aktuell verfügt die Klinik für Kinder- und Jugendmedizin des Sana Klinikum Lichtenberg über einen großen stationären Bereich mit 115 Betten, in dem im letzten Jahr 6.850 Patienten von 25 Fachärzten und einem großen Stab nicht-ärztlicher Mitarbeiter versorgt wurden. Es gibt eine pädiatrische und eine neonatologische Intensivstation, drei allgemein-pädiatrische Stationen mit unterschiedlichen Schwerpunkten und eine Kooperation mit der Kinderchirurgischen Klinik. Im Bereich der Psychosomatik gibt es eine Kooperation mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie am Königin-Elisabeth-Herzberge-Hospital. Die Rettungsstelle, die durch einen KV-Kollegen verstärkt wird, wird sehr stark frequentiert: Die Zahl der Patienten hat sich in den letzten zehn Jahren verdoppelt. Problematisch ist, dass viele Notfälle eher in den Bereich „hausärztliche Versorgung zu Unzeiten“ fallen und die Notaufnahme „verstopfen“. Des Weiteren spielt im ambulanten Bereich das Sozialpädiatrische Zentrum mit

Betreuung im Bereich Neuropädiatrie, Diabetes mellitus, Endokrinologie und Adipositas („Mops fidel“⁹) eine zentrale Rolle. Es gibt eine Reihe von Spezialsprechstunden, z.B. zur Langzeitbeatmung und Mukoviszidose. Eine Seltenheit in der Pädiatrie, über die das Klinikum verfügt, ist die Tagesklinik, die als Erbe aus DDR-Zeiten vollkommen neu strukturiert und ausgerichtet wurde. Zwar bietet das Krankenhaus ein breites Spektrum an Behandlungsmöglichkeiten, aber trotzdem gibt es Fälle, in denen zum einen eine stationäre Aufnahme nicht nötig ist, zum anderen aber eine ambulante Behandlung nicht möglich ist. Zwei Fallbeispiele, für die dies zutrifft: Ein Kleinkind mit dem Verdacht auf eine Hühnerei-Allergie. Um zu klären, ob das Kind mit Hühnerei ernährt werden kann oder nicht, muss ein entsprechender Provokationstest durchgeführt werden. Dies kann gut in der Tagesklinik gemacht werden: Das Kind kann bei Bedarf sofort stabilisiert werden, die Notfallbehandlung wird mit den Eltern besprochen, eine Ernährungsberatung schließt sich an. Auch ein Kind mit länger anhaltenden Kopfschmerzen ist in der Tagesklinik gut aufgehoben: Kopfschmerzen können ganz unterschiedliche Ursachen haben (z.B. Hirntumor, Migräne oder eine funktionelle Störung). Dies muss ggf. mit einer Vielzahl an Untersuchungen (neuropädiatrische Untersuchung, EEG, MRT des Kopfes, augenärztliches Konsil, psychologische Evaluation etc.) abgeklärt werden. Zwar kann dies auch ambulant erfolgen, wäre aber wegen der Terminproblematik sehr zeitintensiv. Auch hier ist die Tagesklinik eine gute Alternative.

Die Eltern kommen in der Regel morgens zwischen acht und zehn Uhr und bleiben dann bis zum frühen Nachmittag. Es werden max. sechs Patienten pro Tag betreut, die Verweildauer liegt bei zwei bis drei Tagen. Es gibt an der Tagesklinik einen Facharzt, drei Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen, außerdem kann auf den Therapeutenstamm der stationären Klinik zurückgegriffen werden. In der Regel werden die Kinder durch strukturierte diagnostische und therapeutische Programme geleitet. Die Wartezeiten sind relativ kurz, die Eltern warten in der Regel nur ca. eine Woche auf einen Termin in der Tagesklinik.

Das Behandlungsspektrum der Tagesklinik ist sehr

⁹ https://www.sana-kl.de/uploads/tx_templavoila/2012_MopsFidel.pdf

umfangreich. Im Bereich der Diagnostik umfasst es verschiedene Untersuchungen, u.a. Wachstumshormontests, neuropädiatrische Funktionsuntersuchungen, Bildgebung (z.B. MRT) mit Sedierung, Endoskopien mit Sedierung, Nahrungsmittel-Provokationen, Abklärungen bezüglich Verdacht auf funktionelle Atemwegsbeschwerden, Jahres-Check-Up der Mukoviszidose. Im Bereich der Therapie gibt es u.a. verschiedene Schulungen (z.B. Diabetes), Fütterungstraining bei Interaktionsstörungen zwischen Mutter und Kind, Botulinumtoxin-Behandlungen bei neuropädiatrischen Patienten mit spastischen Lähmungen oder auch Kurzinfusionen von Medikamenten (z.B. Antibiotika).

So sieht der Alltag unserer Tagesklinik aus. Was sind Themen für die Zukunft? Die Finanzierung ist ein zentrales Thema. In Anlehnung an Gertrude Steins „A Rose is a rose is a rose...“¹⁰ könnte man sagen: „Eine Pauschale ist

eine Pauschale ist eine Pauschale...“ Der MDK moniert, dass viele Leistungen auch preiswerter erbracht werden könnten. Zurzeit haben wir noch eine pauschale Vereinbarung, aber wir sind ständig in der Diskussion mit dem MDK. Außerdem wäre eine Erweiterung des Leistungsspektrums der Tagesklinik wünschenswert, z.B. eine neurologische Rehabilitation. Hierzu gibt es bereits erste Erfahrungen: Im SPZ wurden vor einigen Jahren Kinder zu dreiwöchigen, sehr intensiven physiotherapeutischen Rehabilitationsbehandlungen aufgenommen, die sehr erfolgreich verliefen. Hierfür ist aber auf Dauer eine entsprechende Personalausstattung nötig. Auch der Ausbau der Eltern-Kind-Schulungen ist geplant. Zunehmend in den Wintermonaten übernimmt die Tagesklinik außerdem die Funktion als „Übergangsstation“, als stationärsersetzende Maßnahme bei Platzmangel in der stationären Versorgung.

¹⁰ Gertrude Stein 1913: Sacred Emily

7. Vorstellung der ausgewählten Themenschwerpunkte und des Vorgehens in der Gruppenarbeit

Moderation: Elimar Brandt, PflegeZukunfts-Initiative e.V., Mitglied des Expertenkreises Handlungsfeld 3

Die Teilnehmenden wurden mit der Einladung zur Zukunftswerkstatt gebeten, im Vorfeld Vorschläge zu wichtigen inhaltlichen Schwerpunktthemen der Kinder- und Jugendmedizin zu nennen. Diese wurden in der Vorbereitungsgruppe der Zukunftswerkstatt ausgewertet,

systematisiert und zu drei Oberthemen geclustert:

1. Fachkräfte: Bedarf, Ausbildung, Delegation
2. Der Spagat zwischen Qualität und Erreichbarkeit
3. Prozesse: Steuerung, Optimierung, Vernetzung

In Tabelle 1 finden sich alle, im Vorfeld der Veranstaltung eingegangenen Themenvorschläge, geclustert nach den drei Themenschwerpunkten.

Oberthema	Themenvorschläge
Fachkräfte: Bedarf, Ausbildung, Delegation	<ul style="list-style-type: none"> • Forschung + Lehre in der ambulanten pädiatrischen Grundversorgung analog der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) • Personalschlüssel/ Personalbedarf Pädiatrie im Vergleich zur Erwachsenenmedizin • Arbeitszeitmodelle • Pflegeberufereformgesetz • Förderung der pädiatrischen FA-Weiterbildung analog der Allgemeinmedizin • Neben Lotsen im psychosozialen System sind eben solche im medizinischen System gefragt • Versorgung mit Spezialisten in der Pädiatrie • Pflegemangel • Neue Berufsbilder
Der Spagat zwischen Qualität und Erreichbarkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Organisation der pädiatrischen Notfallversorgung/ Sicherstellung der Notfallversorgung außerhalb der Sprechstunde • Pädiatrische Versorgung außerhalb des Metropolenraums – Stärkung regionaler Versorgungsstrukturen für chronisch kranke Kinder und Kinder mit Behinderung • Die Kinder- und Jugendmedizin hat typischerweise einen großen Anteil an Rettungsstellenpatienten mit im Vergleich zur Erwachsenenmedizin wesentlich geringeren Konversationsraten (Vorhaltekosten) • Stationär vs. ambulant: Der neue Mix in Ballungsräumen und in der Fläche • Finanzierungsprobleme der Pädiatrie – Fokus Klinik • Flächendeckende Versorgung ambulant + stationär unter Vermeidung zu großer Entfernungen für die Patienten • Erreichbarkeit im ländlichen Raum • Aufsuchende Sozialpädiatrie als Modell für Brandenburg • Versorgung chronisch kranker Kinder in Stadt und Land • Familienzentrierte Interaktionstherapie bspw. nach IntraAct-Plus/ Psychomotorik
Prozesse: Steuerung, Optimierung, Vernetzung	<ul style="list-style-type: none"> • Wie gehen wir mit der im Krankenhausplan genannten Normauslastung für die Kinder- und Jugendmedizin von 75% (Bayern 70%) um? • Eine zunehmend spezialisierte Medizin erfordert transparente Pfade in der medizinischen Versorgung (und deren Möglichkeiten) • Stärkung regionaler Versorgungsstrukturen für chronisch kranke Kinder und Kinder mit Behinderung • Einbindungsmöglichkeiten pädiatrischer Abteilungen in die ambulante Versorgung • Rehabilitation in der Kinder- und Jugendmedizin • Kinderrehabilitation • Kooperation Praxis + Klinik + Universität

Tabelle 1: Übersicht über die von den Teilnehmenden im Vorfeld der Veranstaltung eingebrachten Vorschläge sowie deren Clusterung zu den drei Oberthemen

Zu Beginn des zweiten Teils der Zukunftswerkstatt wurden die Teilnehmenden über das weitere geplante Vorgehen informiert. In drei Gruppen sollte im Laufe des Nachmittags in einer ersten Runde zu den Problemen und Herausforderungen der Kinder- und Jugendmedizin in Metropole und Fläche, in einer zweiten Runde zu Lösungsmöglichkeiten diskutiert werden. Jeweils nach der ersten und zweiten Runde sollten die Ergebnisse der drei Gruppen durch die jeweiligen Moderatoren dem gesamten

Plenum vorgestellt und gemeinsam diskutiert werden.

Die Teilnehmenden erhielten vor der Gruppenarbeit die Möglichkeit, weitere Themenvorschläge einzubringen und die gesammelten Vorschläge hinsichtlich ihrer Wichtigkeit zu bewerten. Hierfür standen jedem Teilnehmer drei Punkte zur Verfügung.



Tabelle 2 verdeutlicht das Ergebnis dieses Arbeitsprozesses (kursiv = neu hinzugefügte Themenvorschläge;

Punkte = Anzahl der von den Teilnehmern vergebenen Punkte für den jeweiligen Themenvorschlag).

Oberthema	Themenvorschläge	Priorisierung
Fachkräfte: Bedarf, Ausbildung, Delegation	<ul style="list-style-type: none"> • Forschung + Lehre in der ambulanten pädiatrischen Grundversorgung analog der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) • Personalschlüssel/ Personalbedarf Pädiatrie im Vergleich zur Erwachsenenmedizin • Arbeitszeitmodelle • Pflegeberufereformgesetz • Förderung der pädiatrischen FA-Weiterbildung analog der Allgemeinmedizin • Neben Lotsen im psychosozialen System sind eben solche im medizinischen System gefragt • Versorgung mit Spezialisten in der Pädiatrie • Pflegemangel • Neue Berufsbilder 	<ul style="list-style-type: none"> ••• • • • •• •• ••• •
Der Spagat zwischen Qualität und Erreichbarkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Organisation der pädiatrischen Notfallversorgung/ Sicherstellung der Notfallversorgung außerhalb der Sprechstunde • Pädiatrische Versorgung außerhalb des Metropolenraums – Stärkung regionaler Versorgungsstrukturen für chronisch kranke Kinder und Kinder mit Behinderung • Die Kinder- und Jugendmedizin hat typischerweise einen großen Anteil an Rettungsstellenpatienten mit im Vergleich zur Erwachsenenmedizin wesentlich geringeren Konversationsraten (Vorhaltekosten) • Stationär vs. ambulant: Der neue Mix in Ballungsräumen und in der Fläche • Finanzierungsprobleme der Pädiatrie – Fokus Klinik • Flächendeckende Versorgung ambulant+stationär unter Vermeidung zu großer Entfernungen für die Patienten • Erreichbarkeit im ländlichen Raum • Aufsuchende Sozialpädiatrie als Modell für Brandenburg • Versorgung chronisch kranker Kinder in Stadt und Land • Familienzentrierte Interaktionstherapie bspw. nach IntraAct-Plus/ Psychomotorik • <i>Schnittmengen und Übergänge SGB V – SGB VIII (Jugendhilfe)</i> • <i>Einbeziehung des ÖGD: Schnittstelle Praxis/Schule; Frühförderstellen</i> 	<ul style="list-style-type: none"> •••• •• •••• •••••••••• •••• ••• •••• •
Prozesse: Steuerung, Optimierung, Vernetzung	<ul style="list-style-type: none"> • Wie gehen wir mit der im Krankenhausplan genannten Normauslastung für die Kinder- und Jugendmedizin von 75% (Bayern 70%) um? • Eine zunehmend spezialisierte Medizin erfordert transparente Pfade in der medizinischen Versorgung (und deren Möglichkeiten) • Stärkung regionaler Versorgungsstrukturen für chronisch kranke Kinder und Kinder mit Behinderung • Einbindungsmöglichkeiten pädiatrischer Abteilungen in die ambulante Versorgung • Rehabilitation in der Kinder- und Jugendmedizin • Kinderrehabilitation • Kooperation Praxis + Klinik + Universität • <i>„Elternarbeit“ in der Pädiatrie – Gemeinsame Konzepte: Erwachsenenpsychiatrie, Jugendhilfe</i> • <i>Vernetzung kommunal mit dem ÖGD → Bedarfsplanung</i> • <i>Aufsuchende Sozialpädiatrie – Vernetzung statt Kleinstaaterei</i> • <i>Grundlegende Voraussetzung: regionaler Ansatz</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • •••• ••• •••••••••• ••••• • • •••• ••

Tabelle 2: Übersicht über alle gesammelten Themenvorschläge und deren Priorisierung durch die Teilnehmenden

Die Zuordnung der Teilnehmenden zu den drei Gruppen war im Vorfeld der Veranstaltung durch die Steuerungsgruppe erfolgt. Ziel der Einteilung war es, in allen drei Gruppen Akteure aus den unterschiedlichen Bereichen der Kinder- und Jugendmedizin an einen Tisch zu bringen.

Die drei Gruppen wurden von folgenden Moderatoren geleitet:

1. **Fachkräfte: Bedarf, Ausbildung, Delegation:** Dr. Beatrix Schmidt, MBA, Chefarztin Kinderklinik St. Joseph-Krankenhaus Berlin
2. **Der Spagat zwischen Qualität und Erreichbarkeit:** Dr. Steffi Miroslau, Geschäftsführerin der Gesellschaft für Leben und Gesundheit mbH
3. **Prozesse: Steuerung, Optimierung, Vernetzung:** Prof. Dr. Thomas Eler, Chefarzt und Ärztlicher Direktor am Klinikum Westbrandenburg GmbH.

8. Ergebnisse der ersten Gruppenarbeitsphase

Es wurde in der Vorbereitungsgruppe der Zukunftswerkstatt entschieden, die Diskussionen in den drei Gruppen nicht digital aufzuzeichnen. Die nachfolgend zusammengefassten Ergebnisse geben das Spektrum der in den drei Gruppen erfolgten Diskussionen wider, die durch die Moderatoren zusammenfassend im Plenum vorgestellt wurden. Die hier vorgestellten Ergebnisse spiegeln daher *nicht* die Meinung aller Teilnehmenden der Zukunftswerkstatt zu allen Themenbereichen wider, ebenso repräsentieren sie keine Gewichtung hinsichtlich der Relevanz der angesprochenen Themen und Inhalte. Grundlage der folgenden Ausführungen sind die Zusammenfassungen durch die Moderatoren und die in den Gruppen erarbeiteten Pinnwände.

8.1 Fachkräfte: Bedarf, Ausbildung, Delegation

Moderation: Dr. Beatrix Schmidt, MBA, Chefärztin Kinderklinik St. Joseph-Krankenhaus Berlin



Strukturelle Rahmenbedingungen in der Pädiatrie

Die Pädiatrie benötigt im Durchschnitt 30 Prozent mehr Personal in allen Berufsgruppen als andere Fachgebiete; bei chronischen und psychosomatischen Erkrankungen ist der Bedarf noch höher. Oft wird ignoriert, dass bei Kindern der Aufwand für gleiche Leistungen (z.B. Blutabnahme) in der Regel höher ist als bei Erwachsenen. Des Weiteren sind die Vorhaltekosten in der Pädiatrie größer. Als problematisch wird eingeschätzt, dass es sowohl in der Politik als auch z.T. im klinischen Alltag an einem Verständnis dafür fehlt, dass die Pädiatrie höhere Kosten verursacht. Aber auch in der Bevölkerung mangelt es an

einem Bewusstsein dafür, dass Kinder besondere Bedürfnisse haben und keine „kleinen Erwachsenen“ sind. Anders als bei den Ärzten tritt der Pflegemangel v.a. in den Großstädten zutage; in den ländlichen Regionen, evtl. auch bedingt durch die geringeren Lebenshaltungskosten, ist das Problem geringer, auch die Ausbildungsplätze können dort eher besetzt werden.

Ein weiteres strukturelles Problem ist die grundsätzlich sehr intransparente und willkürliche regionale Versorgung mit Spezialisten in der Pädiatrie. Es fehlen begründete Planungen zur Verteilung, vielmehr ist diese oft (zufälliges) Ergebnis persönlicher Entscheidungen. Die bisherige Steuerung durch die KV ist hier nicht zufriedenstellend: Zum einen wird Spezialistenwissen nicht immer anerkannt, zum anderen werden regional vorhandene Spezialisierungen nicht sektorenübergreifend betrachtet, um Doppelstrukturen zu vermeiden. Regionale Bedürfnisse und Besonderheiten werden im aktuellen System zu wenig berücksichtigt. All dies führt dazu, dass ein Nebeneinander von Über-, Unter- und Fehlversorgung in der Pädiatrie existiert.

Vielfalt notwendiger Berufsbilder

Die generalistische Ausbildung als Pflegekraft wird abgelehnt. Kinderkrankenpflege stellt ganz spezifische Anforderungen, die nicht mit anderen Pflegebereichen zu vergleichen sind. Der Umgang mit kranken Kindern erfordert ganz andere Kompetenzen als der mit Erwachsenen. Auch die verschiedenen Zusatzweiterbildungen, die in der Pädiatrie existieren, sind von zentraler Bedeutung, z.B. in der Intensivpflege oder der Neonatologie. Die damit verbundenen Aufgaben können angemessen nur von einer in diesem Fachgebiet speziell ausgebildeten Fachkraft übernommen werden.

Das Problem Pflegemangel wird u.a. verursacht durch unattraktive Rahmenbedingungen. Neben einer nicht angemessenen Bezahlung sind die Pflegekräfte zunehmend mit pflegefremden Aufgaben konfrontiert (Putzen, Essen austragen, Betten machen etc.). Dies führt dazu, dass sie sich nicht mehr in ausreichendem Maße auf ihre professionsbezogenen Kernkompetenzen konzentrieren können und von außen auch nicht mehr in Bezug auf diese wahrgenommen werden. Auch der durch fachfremde Tätigkeiten entstehende Zeitdruck ist ein Problem, unter dem viele Pflegekräfte leiden und deshalb extrem unzufrieden sind. Durch den Sparzwang hat sich

die Pflege immer mehr vom „Heimeligen“ – vom Pflegen und Hüten – zum „Vorhalten“ entwickelt.

Die derzeitige Ausbildung entspricht nicht mehr den aktuellen Anforderungen, sie muss an die geänderten Anforderungen angepasst werden. Ein neues, attraktives Berufsbild für die Kinderkrankenpflege muss entwickelt werden. In diesem Kontext ist es auch dringend notwendig, neue Berufsbilder zu entwickeln, damit sich die jeweilige Fachkraft auf ihre Kernkompetenzen konzentrieren kann. Dies würde die Attraktivität bestehender und neuer Berufe in diesem Bereich steigern.

Konkretes Beispiel für die Notwendigkeit der Schaffung einer neuen Berufsgruppe ist das bisher fehlende Case Management in der Pädiatrie, um gerade Familien aus niedrigeren Sozialschichten strukturiert durch das System begleiten zu können. Die im System bisher Tätigen sind mit diesen zusätzlichen Aufgaben überlastet. Deshalb ist es dringend nötig, ein neues Berufsbild des „Lotsen“ zu schaffen. Dieser wäre dann ebenfalls verantwortlich dafür, eine Transparenz im System sicherzustellen, Angebote zu koordinieren und zu beraten. Derzeit existieren häufig gleichartige Angebote nebeneinander, die nicht aufeinander abgestimmt sind. Notwendig wären hier definierte Pfade, durch die der Lotse die Familien fallspezifisch führt.

Arbeitsbedingungen der Pädiater

Während es für die Allgemeinmedizin ein Förderprogramm gibt, in dessen Rahmen Weiterbildungsplätze finanziert werden, fehlt ein analoges Angebot für die Pädiatrie. Ein entsprechendes Programm sollte dringend aufgelegt werden, ist doch der Pädiater als „Hausarzt der Kinder“ ebenfalls für deren Grundversorgung zuständig.

Ein weiterer wichtiger Punkt ist, dass derzeit flexible Arbeitszeitmodelle in der Pädiatrie fehlen, um den geänderten Prioritäten und Wünschen der Pädiater (Vereinbarkeit von Familie und Beruf, Berufstätigkeit beider Partner etc.) gerecht zu werden. Hier spielen auch infrastrukturelle Rahmenbedingungen in einer Region eine wichtige Rolle. Die Entwicklung entsprechender Modelle muss daher ein zwingender Teil der gesamten Lösung sein.

8.2 Der Spagat zwischen Qualität und Erreichbarkeit

Moderation: Dr. Steffi Miroslau, Geschäftsführerin der Gesellschaft für Leben und Gesundheit mbH



Rahmenbedingungen

Wir haben uns der flächendeckenden Versorgung unter Vermeidung zu großer Entfernungen gewidmet. Dies beinhaltet zwangsläufig die Vernetzung von ambulantem und stationärem Sektor, aber auch die Einbeziehung der regionalen Akteure, der Kommunen, des Öffentlichen Gesundheitsdienstes etc. Gerade der ÖGD hat eine wichtige Rolle für die medizinische Versorgung vulnerabler Gruppen, die diese selbst eventuell nicht in Anspruch nehmen würden. Ein grundsätzliches Problem wird aber in den unterschiedlichen rechtlichen Regelungen und Finanzierungen gesehen: Sie behindern eine nachhaltige Zusammenarbeit in der pädiatrischen Versorgung, Anreize für Kooperationen fehlen.

Problemdefinition

Um den Spagat zwischen Erreichbarkeit und Qualität zu schaffen, bedarf es in einem ersten Schritt der Beantwortung zentraler Fragen: Was genau ist Prävention? Was ist Familienarbeit? Wie lassen sich Erkrankungen vermeiden, z.B. Bronchitis in einer Raucherfamilie? Es geht also darum, bereits in der Frühförderung anzusetzen, um die sichtbaren Fallvermehrungen in der Pädiatrie zu verringern. Welche Möglichkeiten der Aufklärung und Prävention gibt es z.B. bei einer Grippewelle? Beispielsweise wurden in den USA Hotline eingerichtet, die Eltern

darüber informieren, was sie tun sollen, wenn das Kind Fieber hat.

Datenanalyse

Daran schließt sich ein zweiter wichtiger Punkt an, nämlich das Sammeln und Analysieren von Daten, um belastbare Aussagen darüber machen zu können, welche Art der Versorgung in welcher Form in welchen Regionen nötig und sinnvoll ist. Hierfür werden Daten aus allen Bereichen der Versorgung benötigt. Es muss geklärt werden, inwieweit die Datenbasis der Erreichbarkeitsmodule des 90a Gremiums für solche Konzepte genutzt werden können. Diese Daten stehen in anonymisierter Form zur Verfügung, dürfen aber nicht öffentlich ohne Zustimmung aller Beteiligten genutzt werden.

Zieldefinition

Darauf aufbauend muss die Formulierung einer konkreten Zieldefinition erfolgen: Welche Art von Versorgung wird angestrebt, v.a. auch unter dem Gesichtspunkt regional unterschiedlicher Bedarfe? Gleichzeitig darf nicht übersehen werden, dass es trotz aller Unterschiede auch viele Gemeinsamkeiten zwischen den Regionen gibt. Es bietet sich an, bestehende Regionalprojekte dahingehend zu prüfen, welche Transfermöglichkeiten es gibt und wo Modifikationen möglich bzw. nötig sind.

Was sind erfolgreiche Konzepte?

Regionale Versorgungsverbünde können auf die spezifischen Bedarfe einer Region eingehen und die jeweiligen Akteure verbindlich in ein Konzept einbinden. Es ist zu fragen, welche Faktoren die Etablierung und erfolgreiche Arbeit von Versorgungsverbänden fördert und welche Faktoren hinderlich sind. Ist es z.B. möglich, über die Krankenhausplanung Anreizsysteme bereitzustellen, die Versorgungsverbände fördern? Welche Rolle könnte der Innovationsfonds für solche Verbünde im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin spielen?

Grundsätzlich müssen die bestehenden Schnittstellenprobleme identifiziert und überwunden werden (z.B. Konkurrenz um Patienten zwischen Krankenhäusern unterschiedlicher Trägerschaft), hierfür sind Anreize nötig. So ist die Tagesklinik eine gute Lösung, um den ambulanten Bereich zu stärken und pädiatrische Kompetenz auch in der Fläche sicherzustellen. Gleichzeitig muss aber mitgedacht werden, dass die Tagesklinik nicht zum Konkurrenten des Krankenhauses wird.

8.3 Prozesse: Steuerung, Optimierung, Vernetzung

Moderation: Prof. Dr. med. Thomas Erler, Chefarzt und Ärztlicher Direktor am Klinikum Westbrandenburg



„Blick über den Tellerrand“: ambulante Versorgung in der Fläche mit Pädiatern als einzige Lösung?

Ausgehend vom Themenschwerpunkt der Einbindungsmöglichkeit pädiatrischer Abteilungen in die ambulante Versorgung wurde die grundsätzliche Frage aufgeworfen, ob es tatsächlich das perspektivische Ziel z.B. einer Agenda 2020 sein wird, ambulante und stationäre Flächenversorgung im Land Brandenburg gewährleisten zu können oder anstreben zu müssen. Es ist davon auszugehen, dass die Anzahl der Regionen, in denen es Probleme in der Sicherstellung der ambulanten pädiatrischen Versorgung gibt, in den nächsten Jahren – auch trotz großer Anstrengungen, dies zu verhindern – weiter zunehmen wird. Des Weiteren ist bereits heute ca. die Hälfte aller Kinder nicht bei einem Pädiater, sondern bei einem Allgemeinmediziner in Behandlung. Dabei zeigen sich große regionale Unterschiede: In einzelnen Regionen Brandenburgs sind z.T. über 90% der Kinder und Jugendlichen in pädiatrischer Versorgung, während in Berlin die Zahlen deutlich geringer sind.

Andererseits garantiert eine flächendeckende ambulante pädiatrische Versorgung nicht zwangsläufig eine qualitativ hochwertige Versorgung vor Ort. Auch ist die stärkere Einbindung der Kliniken in die ambulante Versorgung nicht unbegrenzt möglich: Das Personal müsste aufgestockt werden, außerdem muss das Krankenhaus vor Ort

noch über eine Kinderabteilung verfügen. Ein Blick über die nationalen Grenzen zeigt, dass es durchaus Länder gibt, in denen es keine flächendeckende ambulante Versorgung mit Pädiatern gibt und die Gesundheitssituation der Kinder und Jugendlichen dort nicht schlechter, sondern sogar besser als in Deutschland ist.¹¹

Ausbildungsassistenten für die ambulante Versorgung

Notwendig ist die Entwicklung regionaler Konzepte unter Einbindung kommunaler Trägerschaften. Die Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung muss aufgelöst werden, um den Kliniken die Möglichkeit zu geben, sich auf neuen Wegen in die ambulante Versorgung von Kindern einzubringen.

Dies lässt sich für das Beispiel der Kleinstadt Forst illustrieren: Eventuell gibt es ab Januar keine ambulante pädiatrische Versorgung vor Ort, aber es gibt in der Nähe ein großes Klinikum mit optimalen Ausbildungsmöglichkeiten, auch in der Pädiatrie. Diese Klinik könnte noch mehr Nachwuchskräfte in der Pädiatrie ausbilden als bisher. Aus dem so entstehenden großen Ausbildungspool könnten dann Ausbildungsassistenten beispielsweise im fortgeschrittenen Ausbildungsstadium in die ambulante Versorgung der Stadt Forst eingebunden werden. Für die angehenden Pädiater wäre dies eine gute Möglichkeit, den Alltag eines niedergelassenen Pädiaters kennenzulernen. Unter heutigen Bedingungen geht dies noch nicht, da der Facharztstandard gefordert wird. Provokant stellt sich deshalb die Frage: Ist keine pädiatrische Versorgung in Forst besser als eine pädiatrische Versorgung mit Ausbildungsassistenten im fortgeschrittenen Stadium?

Schulkrankenschwester als Baustein für die pädiatrische Grundversorgung

Versorgungsmodelle müssen immer zwischen der pädiatrischen Grundversorgung und einer pädiatrisch-spezialisierten Versorgung unterscheiden. Kinder mit komplexen, chronisch-schwerwiegenden Erkrankungen benötigen eine andere Versorgungsstruktur als Kinder, die Vorsorge- oder Einstellungsuntersuchungen, Impfungen etc. benötigen. Diese Bereiche der Grundversorgung können ggf. auch in anderen als den klassischen

Versorgungsmodellen erbracht werden. Hier spielt die in der Pädiatrie so wichtige „Elternarbeit“ eine Rolle. In diesem Kontext kann z.B. eine Schulkrankenschwester oder eine Social Nurse eine wichtige Funktion einnehmen. Diese kann zwar eine pädiatrische Grundversorgung nicht ersetzen, aber eine wichtige Entlastung darstellen und darüber hinaus als Vertrauensperson über die medizinische Ebene hinaus fungieren. In Brandenburg wird das Thema Schulkrankenschwester gerade im Rahmen eines Projektes auf den Weg gebracht.¹²

Fazit

Eine Versorgungssituation, die optimale Voraussetzungen für die Gesundheit von Kindern und heranwachsenden Jugendlichen bieten soll, kommt heute an einer grundsätzlichen Überwindung der Sektorengrenzen nicht vorbei.

Nachfragen und Diskussion

Social Nurse

- Ist die Social Nurse vergleichbar mit Case- oder Care-Management?
- Nein, in nordeuropäischen Ländern ist die Social Nurse eine Mischung aus Krankenschwester und Sozialarbeiterin, die in die Familien geht, dort die Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen und standardisierte Untersuchungen zum Entwicklungsstand des Kindes macht. Das heißt, die Ausrichtung ist nicht primär ärztlich und medizinische sowie sozialversorgerische Aspekte sind miteinander verbunden. Eine spezialisierte ärztliche Untersuchung findet dann bei Auffälligkeiten statt. Dies ist meiner Meinung nach ein Weg, um dem Arztmangel zu begegnen.
- Es geht nicht darum, den Pädiater abzuschaffen, sondern um die Entwicklung alternativer Versorgungsmodelle vor dem Hintergrund regionalspezifischer Bedarfe. Entstehen ambulante Grundversorgungssysteme z.B. aus dem stationären Sektor in enger Kooperation mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst, ist das gut. Auch dafür gibt es erste Ansätze im Land Brandenburg.

Pädiater und Allgemeinmediziner

- Die Frage der Sektoren ist allgegenwärtig, sie begegnet uns bei jeder Zukunftswerkstatt. Meine Frage ist, meint

¹¹ <http://www.gbe-bund.de/pdf/GESBER2015.pdf>

¹² <http://www.mbj.s.brandenburg.de/sixcms/detail.php/bb1.c.462973.de>

„sektorenübergreifend“ nur die Versorgungsangebote in der Pädiatrie oder auch über die Pädiatrie hinaus?

- Wir als Kinderärzte sagen: „Erstens, ein Kind ist kein kleiner Erwachsener“ und zweitens: „Kinder gehören in die Hände des Kinderarztes“. Aber in den Regionen, wo die medizinische Versorgung mit Pädiatern trotz aller Versuche nicht gelingt, müssen andere Lösungen gefunden werden. Deshalb sind wir heute an einem Punkt, wo man sagt, man benötigt z.B. verbesserte Weiterbildungsstrukturen für Allgemeinmediziner für pädiatrische Inhalte.
- Im Antragsverfahren für die Jugendlichen-Rehabilitation ist es Alltag, dass bei den über Zwölfjährigen etwa die Hälfte der Befundberichte von Nichtpädiatern, v.a. von Hausärzten und Internisten, kommt.
- Im Sinne unserer Patienten müssen wir die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Allgemeinärzten anstreben. Für die Zukunft ist das unabdingbar. Wir haben z.B. in unserem Krankenhaus vor ca. 15 Jahren angefangen, mit niedergelassenen Kollegen aus dem allgemeinmedizinischen Bereich eine Fortbildung zu machen. Die Kollegen waren hoch interessiert und haben viel gelernt. Das ist der richtige Weg, wir müssen uns die niedergelassenen Allgemeinärzte zu Partnern machen. Die Ausbildung kann ruhig durch die niedergelassenen Kinderärzte vor Ort mit erfolgen, denn, wenn man sich kennt, ist die Überweisung oder die Zuweisung deutlich einfacher. Auch die Klinik hat bei uns durch diese Fortbildungen profitiert. Sich als Kinder- und Jugendärzte zu verweigern in dem Bereich, halte ich nicht mehr für zeitgemäß.
- Aber es gibt neue Kinder-Richtlinien, die verhindern, dass ein Allgemeinmediziner diese präventiven Maßnahmen an Kindern durchführen kann, weil er dafür nicht die Zeit hat.¹³
- Für niedergelassene Nicht-Pädiater sind Vorsorgeuntersuchungen ein lukratives Geschäft, da sie nicht-budgetiert sind. Deshalb würde ich eher ein anderes Konzept präferieren, das einen stationär arbeitenden Pädiater in die ambulante Versorgung einbindet.
- Es ist auch zu hinterfragen, warum der niedergelassene Allgemeinmediziner alle Kinder jeder Altersgruppe versorgen darf, während der niedergelassene Pädiater eine prozentuale Begrenzung hat, wie viele Erwachsene er behandeln darf. Das zeigt die KV-politische Wertung der Pädiatrie gegenüber anderen Fachrichtungen.

Lebenswelt und Familie

- Mich bewegt die Geschichte mit Blick auf die Kitas, weil ich wahrnehme, wie wenig die Kinderärzte mit den Kitas zu tun haben. Geht das von der Kapazität nicht? Denn da erreichen Sie die meisten Kinder und auch die Eltern.
- Die Kindergärten werden vom Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) untersucht und geimpft.
- Aber was ist, wenn es den gar nicht mehr gibt?
- Im Land Brandenburg untersucht der ÖGD alle Kinder im Alter von zweieinhalb bis dreieinhalb Jahren. Die Untersuchungsquote liegt bei rund 70 Prozent. Die Untersuchung findet in den Kitas statt. Eine zentrale Aufgabe des ÖGD ist auch die Beratung der Erzieher und Lehrer. Und hier ist auch eine Lücke: Es gibt für Kinder in Kitas keinen „Betriebsmediziner“, auch nicht für Kinder in Schulen. In anderen Ländern, z.B. in England, gibt es das. Auch diesbezüglich sollten wir unser System erweitern.
- Es gibt in Australien sog. Family Health Promotion Programs¹⁴: Im Rahmen dieses Gesundheitsprogramms geht ein Health Visitor in das häusliche Milieu und versorgt die Familien mit allen gesundheitlich wichtigen Dingen. Das ist über Jahrzehnte positiv evaluiert und hat sehr gute Erfolge erzielt. Wir benötigen auch Programme, die auf die Lebenswelt der Familie zielen.
- Familie ist ein wichtiges Thema: Kindergesundheit findet in den Familien statt und ich finde es gut, dass die Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser gesagt hat: „Es ist ein Qualitätsmarker, ob Eltern in das Setting mit einbezogen sind.“ Mein alter pädiatrischer Lehrer Burkhard Schneeweiß hat gesagt: „50 Prozent ist doch, dass wir die Eltern behandeln“, da stimmen alle Kinderärzte zu. Aber wenn man fragt, in welchem Setting das geschieht, dann wird es schwierig.
- Wir haben hier eine stark klinische, eine medizinische Sicht. Aber wir müssen uns auch fragen: Wer hat ebenfalls ein Interesse daran, dass Kinder gesund aufwachsen? Das ist die kommunale Gebietskörperschaft, in der die Kinder aufwachsen. Es müsste, gerade wenn es um Vernetzung geht, primär die Kommune ein sehr starkes Interesse daran haben, diese Vernetzungsleistung zu erbringen. Leider haben wir hier keine Stimme von Vertretern.

¹³ <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/15/>

¹⁴ <http://www.health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf/Content/nat-fram-ucfhs-html-background-australia-child>

9. Ergebnisse der zweiten Gruppenarbeitsphase

Vor dem Hintergrund der zusammengetragenen Ergebnisse der ersten Runde wurden die Teilnehmenden gebeten, in gleicher Gruppenzusammensetzung in der zweiten Runde mögliche Lösungsansätze zu erarbeiten und zu diskutieren. Die Ergebnisse wurden wiederum von den jeweiligen Moderatoren vorgestellt.

9.1 Fachkräfte: Bedarf, Ausbildung, Delegation

Moderation: Dr. Beatrix Schmidt, MBA, Chefärztin Kinderklinik St. Joseph-Krankenhaus Berlin



Allgemeine strukturelle Rahmenbedingungen in der Pädiatrie

Eine Ursache für die unzureichende Finanzierung der Pädiatrie ist das fehlende gesellschaftliche Bewusstsein für Kinder und deren besondere Bedürfnisse. Deshalb wäre ein erster wichtiger Schritt die Initiierung entsprechend groß angelegter, wirkungsvoller Kampagnen.

Auf politischer Ebene sollten Überlegungen zur Umverteilung der vorhandenen Ressourcen angestoßen werden. Für Kinder muss mehr Geld investiert werden als bisher, dies allein schon vor dem Hintergrund möglicher Folgekosten bei nicht adäquater medizinischer Versorgung in den ersten Lebensjahren.

Auch die Bewertung einzelner DRGs sollte überdacht werden, damit sich die Kinderkliniken mit ihren hohen Vorhaltekosten verlässlich finanzieren können.

Sicherstellung der pädiatrischen Grund- und Spezialversorgung

Bezogen auf die regionale Verteilung der Grund- und Spezialversorgung in der Pädiatrie bedarf es einer verbindlichen Regelung: Es müssen die tatsächlichen, regional unterschiedlichen Bedarfe berücksichtigt werden; sinnvoll wäre in einem ersten Schritt eine entsprechende Bedarfsanalyse durchzuführen. Vor diesem Hintergrund sollte ein gestuftes Versorgungskonzept mit einer flächendeckenden ambulanten Versorgung entwickelt werden.

Diskussionswürdig ist in diesem Zusammenhang, ob die Grundversorgung zwangsläufig durch Pädiater sichergestellt werden kann und muss. Vor dem Hintergrund, dass es zunehmend schwerer wird, eine flächendeckende Versorgung mit Pädiatern sicherzustellen, ist es auf jeden Fall notwendig, die pädiatrische Ausbildung der Allgemeinmediziner zu verbessern.

In den Regionen, in denen eine pädiatrische Spezialversorgung nicht gegeben ist, müssen Zugänge für die stationär arbeitenden Spezialisten zum ambulanten Sektor verbindlich geschaffen und ggf. mit Extraverträgen abgesichert werden. Auf der anderen Seite müssen auch die Spezialisten selbst flexibler einsatzfähig sein, um eine flächendeckende Versorgung zu ermöglichen, z.B. durch Angebote von regelmäßigen Sprechstunden in ländlichen Regionen. Denkbar sind auch Kooperationsmodelle mit Kliniken zur spezialärztlichen Versorgung mit Rückkehrgarantie für diejenigen Fachärzte, die sich daran beteiligen. Es muss einen Plan geben, wie im Notfallspezialisten erreicht werden können. Außerdem müssen die ambulante und die stationäre Notfallmedizin gleich finanziert werden.

Definition von Kernkompetenzen und Berufsbildern

Für den Erhalt der Kinderkrankenpflege muss gekämpft werden. Eine generalistische Pflegeausbildung wird abgelehnt. Die Kernkompetenzen der Pädiater und der anderen Fachkräfte sind weiter zu stärken und auszubauen.

Darüber hinaus müssen neue Tätigkeitsfelder definiert werden. Nur so ist gewährleistet, dass sich zum einen die Fachkräfte auf ihre jeweiligen Kernkompetenzen konzentrieren können, zum anderen die zunehmend heterogenen

Anforderungen in der Pädiatrie abgedeckt werden. Nötig sind neue zuarbeitende bzw. assistierende Berufsbilder in der Pädiatrie, z.B. könnte es speziell Fachkräfte für den Bereich Vorsorgeuntersuchungen geben. Des Weiteren wird vorgeschlagen, eine neue Berufsgruppe des Case Managers im medizinischen System zu etablieren, da immer mehr Familien Hilfe bei der Steuerung durch das System benötigen. In diesem Zusammenhang muss auch die Zusammenarbeit zwischen dem medizinischen und den sozialen/ psychosozialen Hilfesystemen ausgebaut und institutionalisiert werden.

Es bedarf einer Überarbeitung der bestehenden und der Entwicklung neuer Curricula. Hierzu ist die Einbindung der verschiedenen Fachgesellschaften notwendig, um zu einer gemeinsamen Lösung zu gelangen. Sinnvoll wäre es auch, verschiedene Weiterbildungen auf unterschiedlichen Levels anzubieten, sodass entsprechende Angebote auf nicht-akademischem, aber auch auf akademischem Niveau in Anspruch genommen werden können. Grundsätzlich ist eine Flexibilisierung der Qualifikationsmöglichkeiten, z.B. im Krankenhaus vor Ort, wünschenswert, um auch die Attraktivität des regionalen Standortes für die Fachkräfte zu steigern.

Die so geschaffenen verschiedenen Qualifikationsmöglichkeiten müssen mit einem differenzierten Vergütungssystem verbunden sein. Unklar ist, inwieweit es hierfür neuer gesetzlicher Vorgaben bedarf.

Arbeitsbedingungen der Pädiater

Sind Pädiater die „Hausärzte der Kinder“, muss für sie – genauso wie für die Allgemeinmediziner bereits gegeben – eine Förderung der Finanzierung von Weiterbildungsplätzen sichergestellt werden. In Mecklenburg-Vorpommern existiert bereits ein entsprechender Modellversuch dieser Art: Die KV Mecklenburg-Vorpommern und die AOK Nordost fördern die ambulante Weiterbildung zum Kinder- und Jugendarzt; eine Evaluation steht noch aus.¹⁵

Des Weiteren müssen intelligente und flexible Arbeitszeitmodelle angeboten sowie Möglichkeiten für ambulante Anstellungsverhältnisse und Teilzeitmodelle gefördert werden. Um auf der einen Seite die pädiatrische

Versorgung qualitativ hochwertig sicherzustellen, auf der anderen Seite attraktive Arbeitsbedingungen für pädiatrisch arbeitende Fachkräfte zu schaffen, wäre die Etablierung von Gesundheitszentren mit angeschlossener Tagesklinik eine zu verfolgende Vision. Hier könnte eine über die „normale“ ambulante Versorgung hinausgehende Bandbreite an Krankheiten behandelt werden. Bei entsprechenden regionalen Modellen sind die Kommunen stärker zu beteiligen.

Vernetzung und Kooperation als Basis

Alle Ideen basieren auf einer Förderung der Vernetzung und der Kooperation der verschiedenen Leistungsbereiche und Sektoren, incl. der Einbindung der Telemedizin. Hierfür bietet es sich aus regionaler Sicht an, die einzelnen Angebote und Akteure ggf. auch räumlich zueinander zu bringen. Beispielsweise könnten Praxen aufgebaut werden, in denen die Jugendhilfe regelmäßige Sprechstunden abhält. Grundsätzlich muss eine Transparenz über die bereits existenten Angebote, die z.T. nebeneinander bestehen, hergestellt und diese dann systematisch zusammengeführt werden. Erfolgreiche Projekte wie das der Babylotsen oder das Modell in Bayern mit der AOK und Pädiatern sind auf die Bundesebene zu bringen.¹⁶ Eine Einbeziehung der Kieferkliniken wäre außerordentlich wünschenswert.

9.2 Der Spagat zwischen Qualität und Erreichbarkeit

Moderation: Dr. Steffi Miroslau, Geschäftsführerin der Gesellschaft für Leben und Gesundheit mbH

Das Ziel: Schaffung eines Regionalkonzepts „Gesundheitskonferenz (90a)“

Um den Spagat zwischen Qualität und Erreichbarkeit in der pädiatrischen Versorgung zu meistern, bedarf es der Entwicklung eines übergeordneten Regionalkonzepts für definierte Regionen. Dies ist deshalb so wichtig, da mit den existierenden normativen Regelungen und Finanzierungssystemen die aktuellen Bedarfe nicht nachhaltig befriedigt werden können.

Ein abgestuftes Konzept muss entwickelt werden, das auf

¹⁵ www.aek-mv.de/

¹⁶ <http://www.seeyou-hamburg.de/seeyou-hilft/>; <https://bayern.aok.de/inhalt/kinder-und-jugendarztvertrag/>

die spezifischen Bedarfe einer Region zugeschnitten ist. Es gibt nicht ein Konzept, das für alle Regionen passt. Dabei sollte auf Erfahrungen anderer Regionen zurückgegriffen werden: So existieren z.B. bereits trans-sektoral angelegte regionale Gesundheitskonferenzen in Hessen¹⁷, in denen die regionalen Versorgungsprobleme diskutiert und mit allen Beteiligten Konzepte zu deren Lösung erarbeitet werden. Ziel ist es, diese Konzepte auf der Landesebene einzubringen.

Es wurde überlegt, ein Regionalkonzept konkret in einer Region an einem bestimmten Beispiel, z.B. chronische oder psychosomatische Erkrankungen durchzuspielen, um Erfolgsfaktoren und Hindernisse auf dem Weg zu einem tragfähigen Modell zu identifizieren. Hierzu könnte das 90a Gremium helfen, mittels der vorliegenden Daten eine passende Region zu identifizieren, die dann als Modellregion fungiert und z.B. über Mittel des Innovationsfonds finanziert wird.



Akteure und Steuerung

Hierzu ist es notwendig, dass alle Akteure – disziplinen-, berufs- und sektorenübergreifend – an der Gesundheitskonferenz und der Entwicklung eines Regionalkonzepts beteiligt werden, um Doppelstrukturen zu vermeiden: Neben der politischen Ebene, z.B. dem 90a Gremium und den Kommunen, sind dies die stationär und die ambulant tätigen Pädiater, die Kinderkrankenpflege, Hebammen, ÖGD, Frühe Hilfen, Verbände, Krankenkassen, KV, aber

auch Kindergärten und Schulen. Darüber hinaus sollten bestehende Strukturen aktiv eingebunden werden, um Synergieeffekte zu nutzen, z.B. das Netzwerk Gesunde Kinder oder das Bündnis Gesund Aufwachsen.¹⁸

Um die Nachhaltigkeit eines solchen Konzeptes sicherzustellen, bedarf es eines professionellen Projekt- und Prozessmanagements. Gerade hier gibt es im medizinischen Bereich Nachholbedarf, es muss professionelle Kompetenz eingebracht werden. Es ist notwendig, verbindliche Vorgaben für alle beteiligten Akteure sowie festgelegte und abgestimmte Pfade zu entwickeln, um das Konzept dauerhaft in einer Region zu implementieren.

Kooperation und Zusammenarbeit

Die Tragfähigkeit eines solchen Konzepts basiert auch darauf, dass die Pädiater ihrer Kernkompetenz nachgehen können und von anderen Aufgaben entlastet werden. Dies kann z.B. über sogenannte Lotsen erfolgen oder durch die Qualifizierung einer „Kinder-AGnES“, analog zu den bestehenden AGnES-Modellprojekten.¹⁹ Auch der Einsatz von Telemedizin ist gerade in ländlichen Regionen sinnvoll. Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Stärkung der Kinderkrankenpflege: Zum einen geht es um die Attraktivitätssteigerung des Berufsbildes durch die Fokussierung auf Kernkompetenzen und ggf. den Ausbau von Verantwortung mit einhergehender besserer Bezahlung. Zum anderen wird die Etablierung eines generalistischen Pflegeberufs abgelehnt. Auch Kooperationen sind ein wichtiger Baustein: zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor, aber auch mit anderen Beteiligten der Region und mit universitären Einrichtungen.

Finanzierung

Mit allen Beteiligten ist über Möglichkeiten der nachhaltigen Finanzierung nachzudenken. Wie wird z.B. damit umgegangen, wenn Kliniken stationäre Betten zugunsten einer tagesklinischen Ausrichtung aufgeben. Es müssen neue Lösungen geschaffen werden, da die aktuellen Regelungen keinen Anreiz für die Etablierung eines entsprechenden Systems bieten.

¹⁷ <https://www.regionale-gesundheitskonferenz.de/>

¹⁸ <http://www.netzwerk-gesunde-kinder.de/>; <http://www.buendnis-gesund-aufwachsen.de/>

¹⁹ <http://www.aek-mv.de/>; <http://www.masqf.brandenburg.de/cms/detail.php/bb1.c.348257.de>

In der Psychiatrie gibt es das sog. Regionalbudget – inwieweit sind ähnliche Konstellationen für die pädiatrische Versorgung einer Region denkbar? In Brandenburg werden derzeit 21 Kinderkliniken mit siebenstelligen Beträgen finanziert. Zu überlegen wäre, wie dieses – vorhandene – Geld im System anders verteilt werden könnte (jenseits von bestimmten Fallzahlen und Fallschwere), um medizinisch hochwertig und nachhaltig die pädiatrische Versorgung sicherzustellen. Können die finanziellen Ressourcen „gepoolt“ für die pädiatrische Versorgung zur Verfügung gestellt werden? Welche Möglichkeiten bieten Verträge im Rahmen der Besonderen Versorgung (§140a SGB V)? Welche anderen Möglichkeiten der Finanzierung gibt es (z.B. Sicherstellungszuschläge für Kinderabteilungen bessere Bewertungen der DRGs, besondere Zusatzentgelte, Erlösungleiche, Zentrumszuschläge)?

9.3 Prozesse: Steuerung, Optimierung, Vernetzung

Moderation: Prof. Dr. med. Thomas Erler, Chefarzt und Ärztlicher Direktor am Klinikum Westbrandenburg



Rahmen

Ich möchte nicht die Inhalte meiner Vorredner wiederholen und mich auf wenige Dinge, die sich wie ein roter Faden durch unsere Gruppendiskussion gezogen haben, fokussieren. Grundsätzlich gilt es, die ländlichen Regionen

attraktiver zu gestalten, z.B. durch das Angebot interessanter Weiterbildungsmöglichkeiten. Auch der ÖGD ist für Nachwuchskräfte zunehmend unattraktiv. Hier ist zu überlegen, ob bei Nichtbesetzung der Pädiaterstellen im ÖGD diese nicht z.B. an das Krankenhaus abgegeben werden können, um von dort den Dienst sicherzustellen. Verbunden mit dieser Idee ist allerdings das Problem der Verdienste und Hierarchien (Fachkraft kann nicht mehr verdienen als Vorgesetzter).

Regionales Kinder- und Jugendgesundheitszentrum

Eine sinnvolle Versorgungsstruktur, die Kindergesundheitsleistungen im weitesten Sinne vorhält, ist ein regionales Kinder- und Jugendgesundheitszentrum oder Kindergesundheitshaus, in dem in Abhängigkeit von den regionalen Bedingungen und Bedarfen unterschiedliche Disziplinen, Organisationen, Akteure zusammenarbeiten. Hier können sich Bereiche des ÖGD ebenso wiederfinden wie tagesklinische Versorgungsmöglichkeiten oder Angebote der pädiatrischen Grundversorgung.

Ziel ist es, unter einem gemeinsamen Dach eine Versorgungsstruktur zu schaffen, die möglichst einen Großteil der Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen abbildet. Bestehende Konzepte und Projekte ließen sich unter so einer gemeinsamen Struktur ebenfalls regionalspezifisch einbinden, z.B. das der Babylotsen in Berlin²⁰. Ein konkretes Beispiel in Berlin, das in diese Richtung geht, ist das „Sozialhaus“ in Spandau, in dem sich u.a. der ÖGD, ein niedergelassener Pädiater, die Bibliothek und weitere Akteure befinden. Der Senat hat hierzu eine Machbarkeitsstudie in Auftrag gegeben.

Rahmenbedingungen beachten

Bei Rückgriff auf Projekte und Konzepte anderer Länder muss berücksichtigt werden, dass hier auch kulturelle Unterschiede zum Tragen kommen, sich z.B. die Frage stellt, ob Familien in Deutschland ähnliche Angebote annehmen würden. Grundsätzlich kann eine neue Versorgungsstruktur nicht ohne begleitende Maßnahmen in eine Region eingeführt werden. Gleichwohl muss auch die Diskrepanz zwischen der Erwartung der Bevölkerung nach einer optimalen, der bestmöglichen Versorgung und

²⁰ <https://babylotse.charite.de/>

der im SGB V genannten, notwendigen und ausreichenden Versorgung diskutiert werden.

Kooperationsbereitschaft als zentrale Voraussetzung

Um eine gemeinsame Struktur tragfähig aufzubauen und nachhaltig zu betreiben, bedarf es einer gegenseitigen

Achtung und Toleranz, einer Kooperationsbereitschaft, die an vielen Stellen noch entwicklungsfähig ist. Dies soll ein Appell an uns alle sein in diesem System: Wenn wir zusammen etwas erreichen wollen, bedarf es der Bereitschaft, sich aufeinander einzulassen.

10. Abschluss und Verabschiedung

Moderation: Elimar Brandt, PflegeZukunfts-Initiative e.V., Mitglied des Expertenkreises des Handlungsfeldes 3



Die große Frage am Ende einer Zukunftswerkstatt ist immer, was passiert mit den Ergebnissen. Da habe ich mich bei der ersten Zukunftswerkstatt sehr weit aus dem Fenster gelehnt und dann hinterher gehört, so geht das nicht, das schaffen wir alles gar nicht. Jede Zukunftswerkstatt wird sorgfältig dokumentiert; diese Informationen werden verteilt, disseminiert, nicht nur im Handlungsfeld, sondern auch in den 90a Gremien, den Krankenhausplanungsgremien, in den Landesgesundheitskonferenzen etc. Auch die letzten beiden Zukunftswerkstätten haben Einfluss genommen, das Thema Geriatrie und das Thema Notfallversorgung. Sie haben Eingang gefunden in Überlegungen zur Krankenhausplanung, aber auch in Projektideen zum Innovationsfonds.

Auch die Ideen der heutigen Zukunftswerkstatt werden auf sehr fruchtbaren Boden fallen. Allerdings ist es so, dass wir bei der ersten Zukunftswerkstatt sehr euphorisch aus der Veranstaltung kamen und dachten, wir könnten tatsächlich selbst operativ etwas umsetzen. Hier sind unsere Möglichkeiten begrenzt. Was wir Ihnen aber gerne anbieten, ist, Sie zu unterstützen, wenn Sie an einem der aufgeworfenen Themen und Ideen weiterarbeiten möchten, Partner suchen etc. Wenn Sie z.B. eine Arbeitsgruppe initiieren wollen, um einen Projektantrag in Richtung Innovationsfonds zu stellen, wenn Sie Mitstreiter suchen, sprechen Sie uns an und wir helfen Ihnen weiter. Außerdem werden Sie mit der Dokumentation auch noch einen Evaluationsbogen bekommen, in dem Sie die Möglichkeit haben, uns die weitere Entwicklung nach der

Zukunftswerkstatt bei Ihnen in diesem Bereich mitzuteilen: Wo sind Projekte angedacht, welche Fragen sollten noch diskutiert werden, welche Schritte haben Sie vielleicht unternommen etc.? So bekommen wir noch einmal die Chance, Sie zu unterstützen.

Nach so einem Tag tut es mir richtig leid, dass ich selbst nicht mehr verantwortlich für so eine Krankenhausgruppe bin. Ansonsten würde ich morgen alle Pädiater zusammenholen und mit denen überlegen, was aus den heute erarbeiteten Ergebnissen konkret gemacht werden kann. Was mir sehr bedeutungsvoll ist, ist die Frage nach den neuen Berufsbildern. Mit der Kompetenz der Mediziner und der Pflege sollte es uns gelingen, neue Berufsbilder zu entwickeln, die Aus- und Weiterbildungen zu überdenken. Wir brauchen mehr Ideen, um aus den klassischen, vielleicht engen Berufsbildern herauszukommen. Auch die Frage der regionalen Vernetzung ist ein wichtiges Thema, die Vernetzung der regionalen Player unter einer übergeordneten Zielsetzung. Es darf nicht dazu kommen, dass sich die einzelnen Akteure in Konkurrenz befinden oder sich gegenseitig bekämpfen, sondern sie müssen die Notwendigkeit erkennen, an einem Strang zu ziehen. Es geht darum, was für Kinder wichtig ist, aber auch was für Erwachsene und was für die altgewordene Generation. Dies sind alles Dinge, die sich aus dieser Werkstatt heraus entwickelt haben.

Außerdem haben Sie mich heute überzeugt: Ich bin eigentlich ein Anhänger der Generalistik, aber heute habe ich das nochmal gelernt, dass wir diesen Schritt noch einmal genau überlegen sollten. Meine Tochter ist selbst Kinderkrankenschwester und mit der muss ich immer diskutieren. Die wird sich freuen, wenn ich aus der Zukunftswerkstatt komme und ihr heute etwas anderes erzähle, weil ich etwas dazugelernt habe. Es ist in diesem Bereich vielleicht doch notwendig, dass wir die spezialisierte Ausbildung beibehalten.

Ich danke allen, die bei der Vorbereitung und Umsetzung der Zukunftswerkstatt so tatkräftig mitgewirkt haben, ich danke den Referenten und Moderatoren und Ihnen allen für Ihre Mitarbeit heute. Also nochmal ganz herzlichen Dank für Ihr Engagement, für die Fröhlichkeit, die Freundlichkeit und dass wir auch so kreativ miteinander hier arbeiten konnten.

11. Anhang

11.1	Ergebnisse der Gruppenarbeit	40
11.2	Teilnehmerliste	44
11.3	Materialien zu den Vorträgen	45

Einleitung

Dr. Jens Schick, MPH, Sprecher des Handlungsfeldes 3, Mitglied des Vorstandes der Sana Kliniken AG

Quo vadis Kinder- und Jugendmedizin in Deutschland?

Dr. med. Karl-Josef Eßer, Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V.

Flächendeckende pädiatrische Notfallversorgung in Westfalen-Lippe

Dr. med. Burkhard Lawrenz, Vorsitzender des Landesverbandes Westfalen-Lippe im Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. (BVKJ), Mitglied der Leitlinien- und der Screening-Kommission der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin (DGKJ)

Beispiel I (Brandenburg): Modell einer sektorenübergreifenden, pädiatrischen Versorgung in einer Flächenregion

Prof. Dr. med. Thomas Erler, Chefarzt und Ärztlicher Direktor am Klinikum Westbrandenburg GmbH

Beispiel II (Brandenburg): Regionalkonzept pädiatrische Versorgung am Beispiel der GLG Gesellschaft für Leben und Gesundheit mbH

Dr. Steffi Miroslau, Geschäftsführerin der Gesellschaft für Leben und Gesundheit mbH

Beispiel III (Berlin): Die Tagesklinik: Komplementäre Versorgungsform an der Schnittstelle ambulanter und stationärer Pädiatrie

Prof. Dr. Volker Stephan, Chefarzt am Sana Klinikum Berlin-Lichtenberg

11.1 Ergebnisse der Gruppenarbeit

Fachkräfte: Bedarf, Ausbildung, Delegation

Themenvorschläge	Priorisierung
Forschung + Lehre in der ambulanten pädiatrischen Grundversorgung analog der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)	
Personalschlüssel/ Personalbedarf Pädiatrie im Vergleich zur Erwachsenenmedizin	•••
Arbeitszeitmodelle	•
Pflegeberufereformgesetz	•
Förderung der pädiatrischen FA-Weiterbildung analog der der Allgemeinmedizin	•
Neben Lotsen im psychosozialen System sind eben solche im medizinischen System gefragt	••
Versorgung mit Spezialisten in der Pädiatrie	••
Pflegemangel	•••
Neue Berufsbilder	•

Tabelle A1: Themenvorschläge der Teilnehmenden und deren Bewertung

Themenfelder	Inhalte
Personalschlüssel/ Personalbedarf Pädiatrie im Vergleich zur Erwachsenenmedizin	<ul style="list-style-type: none"> • 30% mehr Personal • Pädiatrie „teuer“ Finanzierung? • Bewusstsein für Kosten • Bewusstsein für Bedürfnisse von Kindern • Hohe Vorhaltekosten • Kinder werden nicht als „Besonderes“ gesehen
Pflegemangel	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegemangel besonders in Städten • Auf dem Land: Ausbildungsplätze werden besetzt für Pflege NOCH • Wenig Karriereperspektive • Schlechte Rahmenbedingungen und Bezahlung • Anforderung an Berufsbild: Tätigkeiten fremd der Kernkompetenz • Ausbildung anpassen • Zeitdruck!
Neben Lotsen im psychosozialen System sind eben solche im medizinischen System gefragt	<ul style="list-style-type: none"> • Case Management: Begleitung von Patienten als neuer Beruf • Pfade gegen Doppelstrukturen
Versorgung mit Spezialisten in der Pädiatrie	<ul style="list-style-type: none"> • Willkürliches und intransparentes Gesamtsystem • Steuerung durch KV • Sektorengrenzen
Neue Berufsbilder	<ul style="list-style-type: none"> • Entlastung, Delegation, um Berufe zu entlasten
Förderung der pädiatrischen FA-Weiterbildung analog der der Allgemeinmedizin	<ul style="list-style-type: none"> • Förderprogramm für Allgemeinmedizin • Weiterbildungsplätze • Pädiater für Grundversorgung = gleiche Rechte • Modellversuch Mecklenburg Vorpommern • Gesamtinfrastruktur Familien
Arbeitszeitmodelle	<ul style="list-style-type: none"> • Andere Anspruchshaltung: mehr Work-Life-Balance • Teil der Lösung
Pflegeberufereformgesetz	<ul style="list-style-type: none"> • Wir sind GEGEN Generalistik
Forschung +Lehre in der ambulanten pädiatrischen Grundversorgung analog der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)	

Tabelle A2: Ergebnisse der ersten Gruppenarbeitsphase

Themenfelder	Lösungsvorschläge
Personalschlüsse/ Personalbedarf Pädiatrie im Vergleich zur Erwachsenenmedizin	<ul style="list-style-type: none"> • Kampagne für gesellschaftliches Bewusstsein incl. Eltern • Umverteilungen Ressourcen • Folgekosten bedenken bei schlechter medizinischer Versorgung • Andere Bewertung DRGs?
Pflegemangel	<ul style="list-style-type: none"> • Neue Tätigkeitsfelder und Berufe • Verschiedene Weiterbildungswege (3 Stufigkeit): 10.Klasse/ Studium
Neben Lotsen im psychosozialen System sind eben solche im medizinischen System gefragt	<ul style="list-style-type: none"> • Case Management: Begleitung von Patienten als neuer Beruf • Kooperation Medizin Sozialarbeit • Transparenz herstellen für Sozialsysteme
Versorgung mit Spezialisten in der Pädiatrie	<ul style="list-style-type: none"> • Ambulante spezialärztliche Versorgung mit Extra-Verträgen (ohne KV) • Notfallversorgung: Krankenhaus und Niedergelassene – gleiches Geld für gleiche Arbeit • Stufenversorgung • Flächendeckende Grundversorgung • Flexible Spezialisten • Zugang von KH-Spezialisten auch zur ambulanten Versorgung • Netzwerk; Kooperationen; Verbund; Telemedizin • Kooperationsmodell mit Rückkehrgarantie
Neue Berufsbilder	<ul style="list-style-type: none"> • Versorgungspersonen • Assistenten für Ärzte und Pflege • Ausbildung Allgemeinmedizin? • Kernkompetenz stärken für Kinderärzte
Förderung der pädiatrischen FA-Weiterbildung analog der der Allgemeinmedizin	<ul style="list-style-type: none"> • Förderung der Finanzierung der Facharztweiterbildung Pädiater analog Allgemeinmedizin
Arbeitszeitmodelle	<ul style="list-style-type: none"> • Anstellungsmöglichkeit mit interessanter Tätigkeit • Teilzeitmodelle • Regionale Modelle, Einbindung Kommune
Pflegeberufereformgesetz	<ul style="list-style-type: none"> • Wir sind GEGEN Generalistik
Forschung + Lehre in der ambulanten pädiatrischen Grundversorgung analog der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)	

Tabelle A3: Ergebnisse der zweiten Gruppenarbeitsphase

Der Spagat zwischen Qualität und Erreichbarkeit

Themenvorschläge	Priorisierung
Organisation der pädiatrischen Notfallversorgung/ Sicherstellung der Notfallversorgung außerhalb der Sprechstunde	
Pädiatrische Versorgung außerhalb des Metropolenraums	●●●●
Stärkung regionaler Versorgungsstrukturen für chronisch kranke Kinder und Kinder mit Behinderung	
Die Kinder- und Jugendmedizin hat typischerweise einen großen Anteil an Rettungsstellenpatienten mit im Vergleich zur Erwachsenenmedizin wesentlich geringeren Konversationsraten (Vorhaltekosten)	
Stationär vs. ambulant: Der neue Mix in Ballungsräumen und in der Fläche	●●
Finanzierungsprobleme der Pädiatrie – Fokus Klinik	●●●●
Flächendeckende Versorgung ambulant + stationär unter Vermeidung zu großer Entfernungen für die Patienten	●●●●●●●●
Erreichbarkeit im ländlichen Raum	
Aufsuchende Sozialpädiatrie als Modell für Brandenburg	●●●●
Versorgung chronisch kranker Kinder in Stadt und Land	●●●
Familienzentrierte Interaktionstherapie bspw. nach IntraAct-Plus/Psychomotorik	●●●●
Fläche: Gesundheitszentren mit Tageskliniken	●●●
Schnittmengen und Übergänge SGB V – SGB VIII (Jugendhilfe)	
Einbeziehung des ÖGD (Schnittstelle Praxis/Schule; Frühförderstellen)	●

Tabelle A4: Themenvorschläge der Teilnehmenden und deren Bewertung

Themenfelder	Inhalte
<ul style="list-style-type: none"> Flächendeckende Versorgung ambulant + stationär unter Vermeidung zu großer Entfernungen für die Patienten Finanzierungsprobleme der Pädiatrie – Fokus Klinik Schnittmengen und Übergänge SGB V – SGB VIII (Jugendhilfe) 	<ul style="list-style-type: none"> Zusammenarbeit <ul style="list-style-type: none"> ÖGD Tagesklinik Regionale Versorgungsverbünde Innovationsfonds Pfade Daten aus allen 3 Bereichen (LGA) Stationär – ambulant – kommunal

Tabelle A5: Ergebnisse der ersten Gruppenarbeitsphase

Themenfelder	Lösungsvorschläge
1. Regionalkonzept „Gesundheitskonferenz“ 90a!	<ul style="list-style-type: none"> Teilnehmer: <ul style="list-style-type: none"> Krankenhäuser Niedergelassene Pädiater Kinderkrankenpflege, Hebammen ÖGD, Frühe Hilfen Verbände, Krankenkassen, KV Kommune, Kindergärten, Schule
	<ul style="list-style-type: none"> z.B. Uckermark, Niederlausitz + MASGF → Konzept an konkretem Beispiel
	<ul style="list-style-type: none"> „Bündnis Gesund Aufwachsen“ / „Netzwerk gesunde Kinder“
	<ul style="list-style-type: none"> Chronische Erkrankungen/ Psychosomatik
	<ul style="list-style-type: none"> Nachhaltigkeit!
	<ul style="list-style-type: none"> Projektmanagement!
„Entlastung des Systems“	<ul style="list-style-type: none"> „Kinder“AGNES Tagesklinik, wenn ausreichend finanziert Telemedizin (auch nach Berlin) Kinderarzt zuständig? Lotsen
Zielsetzung: flächendeckende Versorgung aufrechterhalten!	<ul style="list-style-type: none"> → Kooperation → was machen wir wo? → Regionalbudget, IV-Verträge → Kinderkrankenschwestern! → Sicherstellungszuschlag, DRG†, ZE → Erlösausgleich, Zentrenzuschlag

Tabelle A6: Ergebnisse der zweiten Gruppenarbeitsphase

Prozesse: Steuerung, Optimierung, Vernetzung

Themenvorschläge	Priorisierung
Wie gehen wir mit der im Krankenhausplan genannten Normauslastung für die Kinder- und Jugendmedizin von 75% (Bayern 70%) um?	●
Eine zunehmend spezialisierte Medizin erfordert transparente Pfade in der medizinischen Versorgung (und deren Möglichkeiten)	●●●●
Stärkung regionaler Versorgungsstrukturen für chronisch kranke Kinder und Kinder mit Behinderung	●●●
Einbindungsmöglichkeiten pädiatrischer Abteilungen in die ambulante Versorgung	●●●●●●●●
Rehabilitation in der Kinder- und Jugendmedizin	●●●●●
Kinderrehabilitation	●
Kooperation Praxis + Klinik + Universität	
Vernetzung kommunal mit dem ÖGD → Bedarfsplanung	●●●●●
„Elterarbeit“ in der Pädiatrie Gemeinsame Konzepte: (Erwachsenen-Psychiatrie, Jugendhilfe)	●●●●●
Aufsuchende Sozialpädiatrie Vernetzung statt Kleinstaaterei	
Grundlegende Voraussetzung: regionaler Ansatz	●●

Tabelle A7: Themenvorschläge der Teilnehmenden und deren Bewertung

Themenfelder und Inhalte

FA-Standard in ambulanter Betreuung?
Grundversorgung (medizinische Fachkraft) Spezialisierte pädiatrische Versorgung
Objektive Versorgungssituation zwingt zur Überwindung von Sektorengrenzen
Schnittstelle ambulant – stationär birgt Informationsverlust
Social Nurse Schulkrankenschwester
Flächenversorgung <ul style="list-style-type: none"> • Ambulant • Stationär?
Regionalkonzepte kommunaler Träger
Bis wann in pädiatrischer Betreuung?

Tabelle A8: Ergebnisse der ersten Gruppenarbeitsphase

Lösungsvorschläge

Regionale Kinder- und Jugendzentren: <ul style="list-style-type: none"> • ÖGD • Tagesklinik • Grundversorgung
besondere Rolle der Kinderklinik/Abteilung
Regionales Zentrum für Kinder- und Jugendgesundheit
Attraktivität Standort BB
Attraktive WB-Stellen
ÖGD-Sackgasse? Für ärztlichen Nachwuchs
Babylotse in Berlin

Tabelle A9: Ergebnisse der zweiten Gruppenarbeitsphase

11.2 Teilnehmerliste

Titel	Name, Vorname	Institution
	Balkow, Romy	Berlin Partner für Wirtschaft und Technologie GmbH
	Baumgardt, Bettina	Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Landes Brandenburg
	Bergemann, Torben	AOK Nordost
	Brändle, Wiltrud	Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Landes Brandenburg
	Brandt, Elimar	Borghardt Stiftung zu Stendal
	Capito, Gina	Berlin Partner für Wirtschaft und Technologie GmbH
Dr.	Eggens, Ulrichs	Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg
Prof. Dr.	Eggert, Angelika	Charité - Universitätsmedizin Berlin
	Eisenla, Thomas	AHG Klinik Beelitz-Heilstätten
Dr.	Ellsäßer, Gabriele	Landesgesundheitsamt Brandenburg
Prof. Dr.	Erler, Thomas	Klinikum Westbrandenburg
Dr.	Eßler, Karl-Josef	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V
	Franz, Helge	Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung, Berlin
	Hartwig-Tiedt, Almuth	Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Landes Brandenburg
Dr.	Hellwig, Bernhard-Martin	Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung, Berlin
	Jacob, Michael	Verband der Ersatzkassen e.V.
Dr.	Jäger-Roman, Elke	Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin
Dr.	Karpinski, Hendrik	Klinikum Niederlausitz
	Kohl, Svea	BIG direkt gesund
	Kreuz, Bärbel	Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V., Landesverband Brandenburg
	Kuhse, Bastian	ZukunftsAgentur Brandenburg
Dr.	Lawrenz, Burkhard	Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V., Landesverband Westfalen-Lippe e.V.
Dr.	Lehmann, Bianca	Agenon
	Leyh, Gabriela	Barmer GEK
Dr.	Mähl, Ruth	Sana Krankenhaus Templin
Dr.	Miroslau, Steffi	Gesellschaft für Leben und Gesundheit mbH
Dr.	Müller-Schlüter, Karin	SPZ Ruppiner Kliniken
	Mylord, Harald	Berlin Partner für Wirtschaft und Technologie GmbH
Dr.	Namaschk, Gabriele	Kinder- und Jugendgesundheitsdienst Bezirksamt Spandau
Dr.	Panzer, Axel	DRK Westend
	Reichel, Detlef	Niedergelassen
Prof. Dr.	Rossi, Rainer	Vivantes Klinikum Neukölln
	Rothenpieler, Dirk	Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung, Berlin
	Russak, Jasmin	Berlin Partner für Wirtschaft und Technologie GmbH
Dr.	Schick, Jens	Sana Kliniken AG
	Schildhauer	
	Schmidt, Dagmar	AOK Nordost
Dr.	Schmidt, Beatrix	Sankt Joseph Krankenhaus Tempelhof
	Schwark, Andreas	Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
	Sens, Stefan	Landeskrankenhausgesellschaft Brandenburg
	Sitsch, Andrea	Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Landes Brandenburg
Prof. Dr.	Stephan, Volker	Sana Klinikum Lichtenberg
	Stutzig, Andreas	Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Landes Brandenburg
	Untze, Petra	Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Landes Brandenburg
	Wieling, Andreas	IKK Brandenburg und Berlin
Dr.	Wrede, Brigitte	Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung, Berlin
	Zaske, Michael	Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Landes Brandenburg
	Ziezow, Heike	Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Landes Brandenburg
	Zingel-Lang, Elke	Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung, Berlin



© Oksana Krzimina/Shutterstock

Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung 2016 Die Zukunft der Kinder- und Jugendmedizin in Metropole und Fläche



EUROPÄISCHE UNION

Europäischer Fonds für
regionale Entwicklung

Gefördert aus Mitteln der Länder Berlin und Brandenburg und der Investitionsbank Berlin,
kofinanziert von der Europäischen Union – Europäischer Fonds für Regionale Entwicklung.

Handlungsfelder des Masterplans Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg

Clustermanagement Team

HF 1

Biotechnologie und
Pharma

HF 2

Medizintechnik

HF 3

Neue
Versorgungsformen
und Rehabilitation

HF 4

Gesundheitsförderung,
Prävention und
Gesundheitstourismus

Integrativthema - Fachkräfte

Integrativthema – Ansiedlung und Bestandsentwicklung

Integrativthema - Internationalisierung

Integrativthema - E-Health

Integrativthema – Alternde Gesellschaft

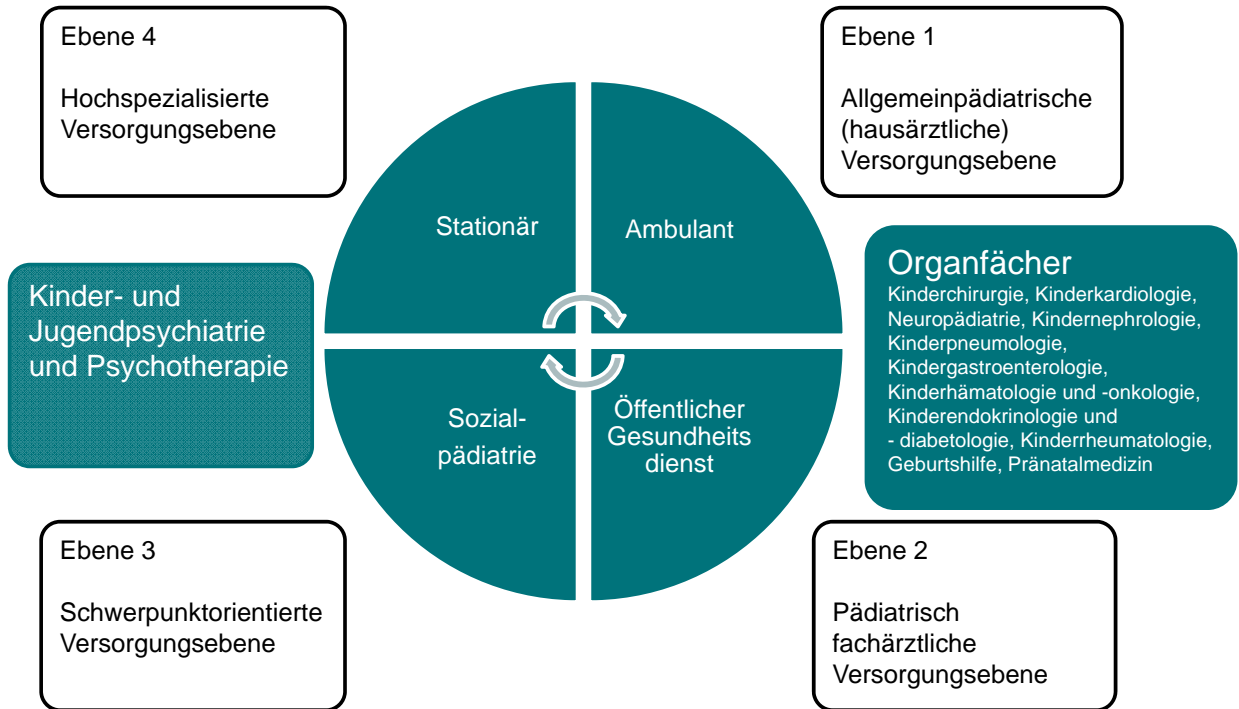
Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung



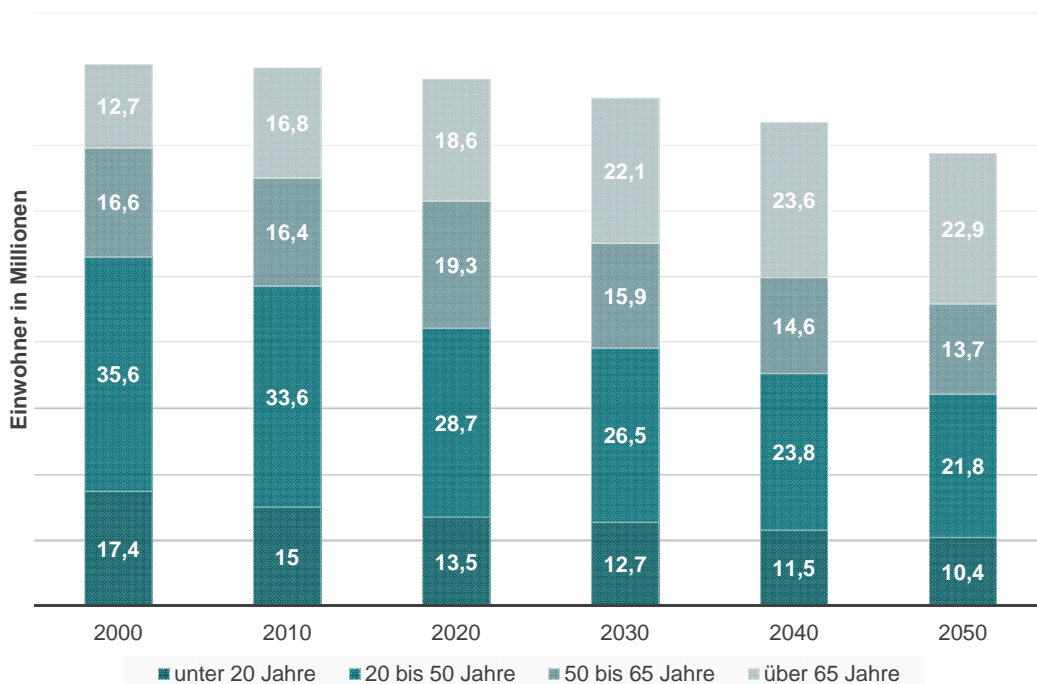
Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung



Kinder- und Jugendheilkunde



Prognostizierte Entwicklung der Altersstruktur in Deutschland von 2010 bis 2050



Quelle: GfK, ID 163252

✓ gesundheitliche Lage von Kindern und Jugendlichen hat sich in den letzten Jahrzehnten verbessert

aber:

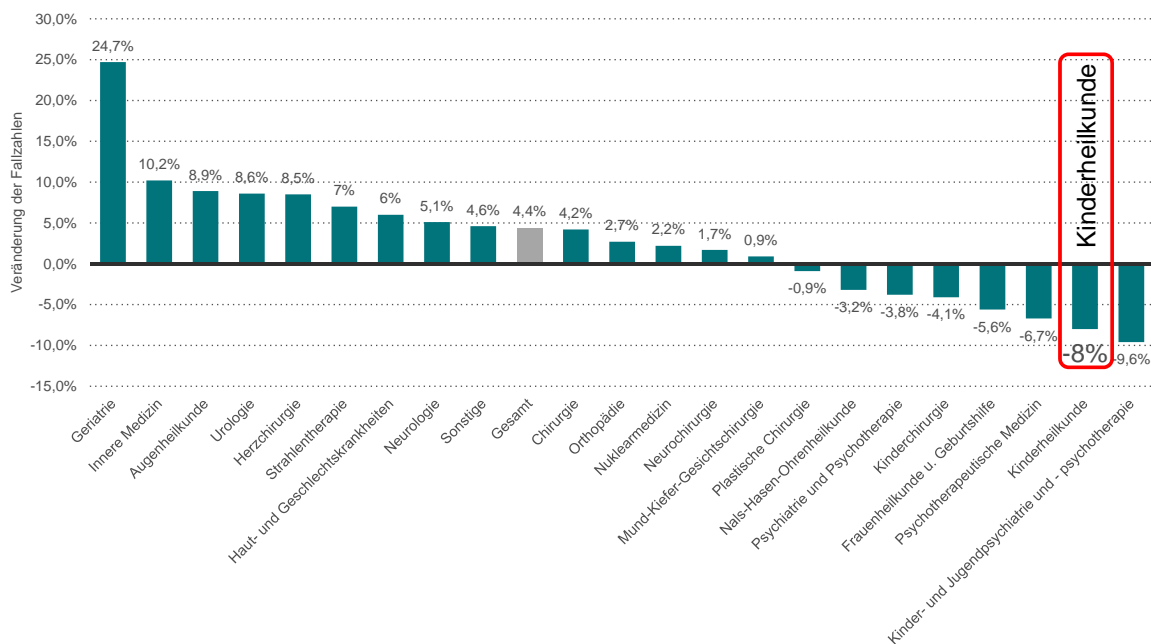
- Verschiebung des Krankheitsspektrums
von den akuten zu den chronischen Erkrankungen und
von den somatischen zu den psychischen Gesundheitsstörungen

Ergebnisse der KiGGS-Studie*

- mindestens jedes 8. Kind von einer chronischen Gesundheitsstörung betroffen
 - häufigste chronische Erkrankung: obstruktive Bronchitis (13,3 %)
 - Häufigkeit von Bronchialasthma in den vergangenen 25 Jahren verdreifacht
 - 15 % der Kinder übergewichtig, davon 6,3 % adipös
 - Anstieg von Übergewicht um 50 % ggü. 1985-1999
 - Hinweise auf emotionale bzw. Verhaltensauffälligkeiten bei 15 % der Kinder
- chronische und psychische Erkrankungen haben i.d.R. einen höheren Versorgungsaufwand
 - **eine Rückgang der Zahl der Kinder bedeutet nicht automatisch einen Rückgang des Versorgungsbedarfs**

* Daten aus dem bundesweit repräsentativen Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS), 2007/2008, Kinder- und Jugendliche zw. 3 – 17 Jahren

Prognostizierte Entwicklung der Fallzahlen* in deutschen Krankenhäusern nach Fachbereichen im Zeitraum 2014 bis 2025



Quelle: Accenture; Institute for Healthcare Business; RWI Essen; ID 318712

Institutionelle Ressourcen (stationärer Bereich)



- Die flächendeckende, qualitativ hochwertige Krankenhausversorgung von Kindern in Deutschland ist ernsthaft gefährdet
- Kinderkliniken sind Verlierer in einem System, das die Bedürfnisse des Kindes als Patient nicht ausreichend berücksichtigt
- Laut Prof. Dr. Wagner, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) ist die Sorge berechtigt, aus finanziellen Gründen bald keine Kinderstation mehr in der Nähe zu haben

Quelle:
http://www.dgkj.de/service/meldungsarchiv/meldungen/2014/presseinfo_rettet_die_kinderstation

Gründe für die finanzielle Notlage in der stationären Kinder- und Jugendmedizin



- Hohe Vorhaltekosten, um stets das volle Leistungsspektrum bereitzustellen, samt Ausstattung und Personal (in der Erwachsenenmedizin liegt dieser Anteil bei ca. 25%, in der Pädiatrie bei 40% - eine Differenz von 15%, die die Existenz vieler Kinderkrankenhäuser bedroht)
- Da der stationäre Aufenthalt bei Kindern nicht zuletzt aus psychologischen Gründen auf die geringstmögliche Zeit beschränkt wird, unterschreiten etwa 25-30 Prozent der stationären Behandlungen die untere Grenzverweildauer, was mit hohen Abschlägen für die Erlöse des Krankenhauses verbunden ist
- Keine Fallzahlsteigerung in der Pädiatrie, die wie in der Erwachsenenmedizin zu mehr Einnahmen und Rentabilität führt
- sehr große Bandbreite der Erkrankungen (für einige Leistungen mit geringen Fallzahlen gibt es zudem keine eigenen, adäquat kalkulierten Fallpauschalen)

Quellen:
<http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/stellungnahme-patientenwohl-als-ethischer-masstab-fuer-das-krankenhaus.pdf>
http://www.dgkj.de/uploads/media/DGK_Flyer_Kinderstation_3.pdf
http://www.dgkj.de/service/meldungsarchiv/meldungen/2014/presseinfo_rettet_die_kinderstation

Gründe für die finanzielle Notlage in der stationären Kinder- und Jugendmedizin



- Das Krankenhausstrukturgesetz das am 01.01.2016 in Kraft getreten ist berücksichtigt den besonderen Bedarf und die besonderen Belange von Kindern nicht:
 - höherer Pflegeaufwand
 - längere Gesprächszeiten mit den Angehörigen,
 - ein höherer Zeitaufwand bei Untersuchungen (zum Beispiel beim Röntgen)
 - psychosoziale Betreuung insbesondere auch bei chronischen Krankheiten
- Ein geforderter Zuschlag Kindergesundheit ist nicht umgesetzt worden
- Die Bundesregierung geht davon aus, das Krankenhausträger auch dann eine Kinderstation weiter betreiben, wenn diese nicht mehr kostendeckend ist
- Nach Schätzungen der Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland (GKinD) könnten bis zu 40 Kinderstationen in den kommenden Jahren von einer Schließung bedroht sein

Quelle:
<http://www.mittelbayerische.de/region/regensburg-stadt-nachrichten/mit-kranken-kindern-wird-nichts-verdient-21179-art1369726.html>

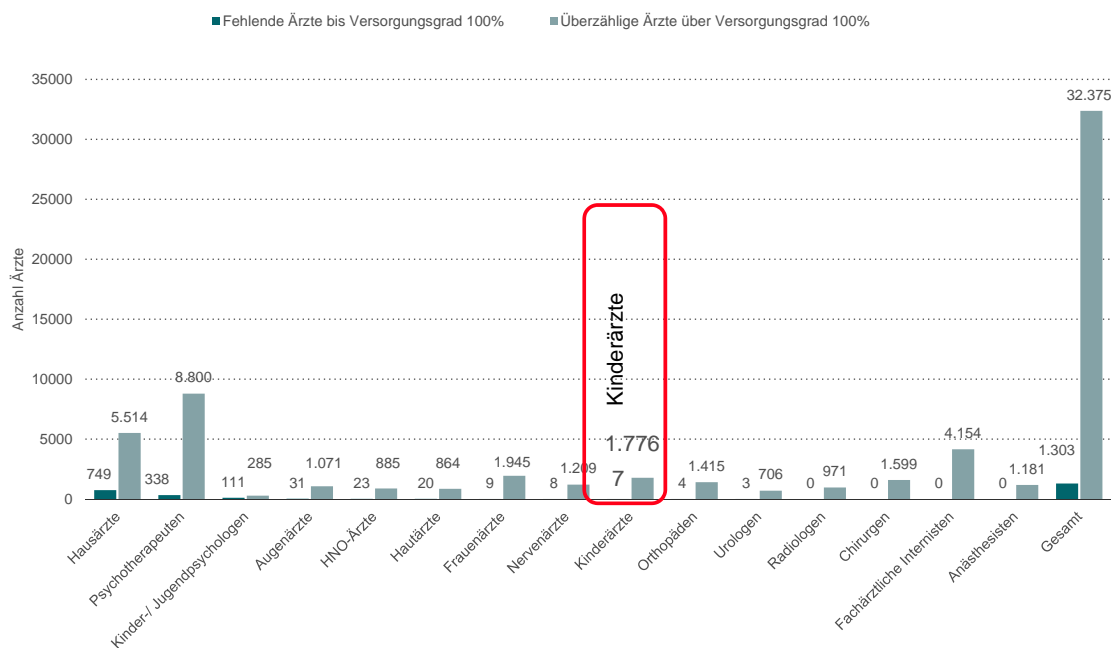
Berliner Kinder- und Jugendärzte in Berlin und Brandenburg zum 31.12.2015



	Gesamt	darunter ohne ärztl. Tätigkeit	Berufstätig	davon niedergelassen	stationär
Berlin:	1.316	478	838	293	328
Brandenburg:	689	325	364	174	145

Quellen: Landesärztekammer Brandenburg, Ärztekammer Berlin

Versorgungslage bei Haus- und Fachärzten in Deutschland nach Facharztgruppen im Jahr 2014



Quelle: vdek; ID 321882

Versorgungslage bei Haus- und Fachärzten in Deutschland nach Facharztgruppen im Jahr 2014

- Nach der Bedarfsplanung fehlen - gemessen an einem Versorgungsgrad von 100 Prozent - in Deutschland 1.303 Ärzte, davon 7 Kinderärzte; dem steht die Zahl von 32.375 überzähligen Ärzten (davon 1.776 Kinderärzten) vor allem in den Ballungsräumen gegenüber
- in einzelnen Regionen besteht eine deutliche Überversorgung, in anderen Regionen eine deutliche Unterversorgung - vor allem in Brandenburg

Quelle: vdek; ID 321882

In der Arztgruppe Kinderheilkunde

Pritzwalk-Wittstock/ Dosse	bestehende Unterversorgung
Eberswalde	drohende Unterversorgung
Finsterwalde	drohende Unterversorgung
Templin	drohende Unterversorgung

- Die KVBB und Krankenkassenverbände im Land Brandenburg förderten die Ansiedlung von VertragsärztenInnen in unterversorgten Regionen Brandenburgs im Jahr 2015 bis zu einer Höhe von 50.000 Euro

Quelle: <https://www.kvbb.de/presse/pressemitteilungen/newsdetail/article/bis-zu-50000-euro-zuschuss-kv-und-krankenkassen-foerdern-ansiedlung-von-aerzten/49/archive/>

Geburten in Brandenburg und Berlin (2014)

Gebiet	Insgesamt Anzahl	je 1.000 Einwohner*
Brandenburg a.d.H.	614	8,6
Cottbus	807	8,1
Frankfurt (Oder)	437	7,6
Potsdam	1.870	11,5
Barnim	1.355	7,8
Dahme-Spreewald	1.238	7,7
Elbe-Elster	670	6,3
Havelland	1.236	8,0
Märkisch-Oderland	1.469	7,8
Oberhavel	1.635	8,0
Oberspreewald-Lausitz	773	6,8
Oder-Spree	1.320	7,4
Ostprignitz-Ruppin	753	7,6
Potsdam-Mittelmark	1.575	7,6
Prignitz	502	6,5
Spree-Neiße	812	6,9
Teltow-Fläming	1.362	8,5
Uckermark	911	7,5
Berliner Umland	8.050	8,7
weiterer Metropolenraum	11.289	7,4
Land Brandenburg	19.339	7,9
Berlin	37.368	10,8
Deutschland	714.927	8,8

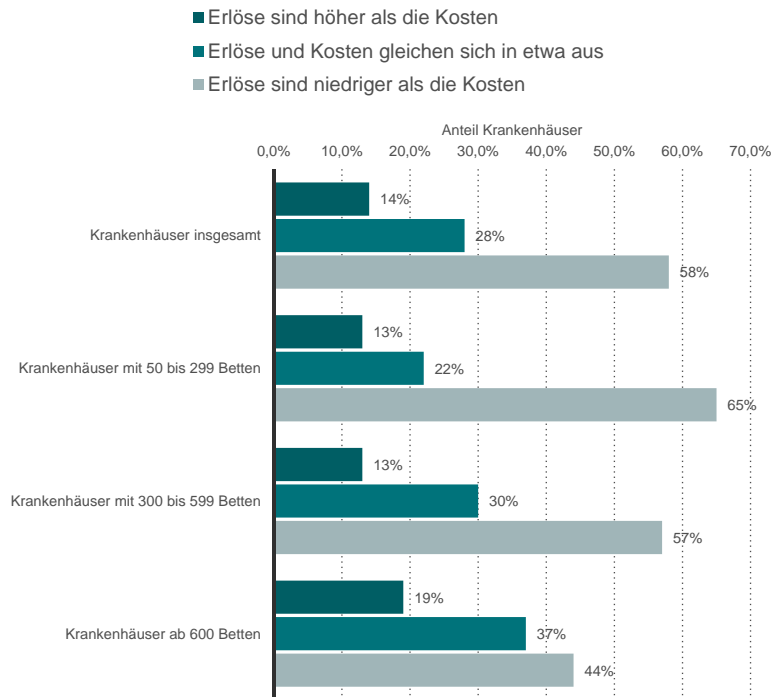
Entwicklung der Geburten

- in Berlin
von 33.393 (2010) auf 38.030 (2014)
- in Brandenburg
von 18.954 (2010) auf 19.112 (2014)

* Geburtenziffer

Quelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg; LGA

Wirtschaftlichkeit der geburtshilflichen Abteilungen deutscher Krankenhäuser nach Krankenhausgröße



- Ergebnisse einer Umfrage unter 284 deutschen Krankenhäusern zur Wirtschaftlichkeit geburtshilflicher Abteilungen nach Krankenhausgröße aus dem Jahr 2013
- Rund 65 Prozent der Krankenhäuser mit 50 bis 299 Betten teilten mit, mit ihrer geburtshilflichen Abteilung Verluste zu erwirtschaften

Quelle: Deutsches Krankenhausinstitut; ID 425601

Institutionelle Ressourcen (stationärer Bereich)

- Für die große Anzahl kleinerer Krankenhäuser in Berlin (weniger als 150 Betten) wird es zunehmend schwieriger werden, eine ausreichende Kompetenz und ein ausgeglichenes Kosten-Erlös-Verhältnis vorzuhalten
- Trotz der demografischen Entwicklung ging die Anzahl von Kindern, die eine stationäre Versorgung benötigen, nicht zurück, sondern blieb relativ konstant
- Nach den Angaben der Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland und der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin wurde seit 1991 fast jede fünfte Kinderabteilung geschlossen, vier von zehn Betten in der stationären Kinder- und Jugendmedizin wurden gestrichen
- Jochen Scheel, Geschäftsführer der Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland (GKinD), rechnete im Bundesausschuss vor, dass eine kleine Kinderabteilung mit knapp zwölf Vollkräften, spezialisierten Ärzten und Pflegern sowie Präsenzdiensten leicht auf Fixkosten in Millionenhöhe komme. Um die hohen Gesamtkosten auszugleichen, seien mindestens 2.000 zu behandelnde Fälle in der Kinderabteilung nötig, alles darunter sei unwirtschaftlich.

Quellen:
http://www.dgkj.de/service/meldungsarchiv/meldungen/2014/presseinfo_rettet_die_kinderstation
<http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/stellungnahme-patientenwohl-als-ethischer-massstab-fuer-das-krankenhaus.pdf>

Vernetzung von ambulanter und stationärer Kinder- und Jugendmedizin



- Weiterentwicklung pädiatrischer interdisziplinärer Versorgungsformen
- Bildung regionaler Versorgungsnetze (Kinderkliniken, pädiatrische Praxen, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kinderchirurgie)
- Einführung von standardisierten Mitteilungen von Klinik an den niedergelassenen Arzt und andersrum (Klinik-Aufnahme, Entlassung, Einweisung)
- Aufbau einer gemeinsamen elektronischen Fallakte bei chronisch kranken Kindern und Jugendlichen
- Aufbau fester Kooperationen
- Erarbeitung gemeinsamer Qualitätsindikatoren (Vernetzung der Ergebnisse, Outcomemessung, Patientenmonitoring)
- Mehr Einbeziehung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes bei der der Entwicklung von neuen Konzeptionen für die Pädiatrie

Quelle:
http://www.dgkch.de/images/dgkch/Dokumente_oeffentlich/Positionspapier/Thesen_DAKJ_050312.pdf



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Dr. Jens Schick
Mitglied des Vorstandes der Sana Kliniken AG
Sprecher des Handlungsfeldes 3 „Neue Versorgungsformen und Rehabilitation“
info@healthcapital.de

© Berlin Partner für Wirtschaft und Technologie GmbH (2016).
Alle Rechte vorbehalten.

Flächendeckende pädiatrische Notfallversorgung in Westfalen-Lippe

Dr. med. Burkhard Lawrenz

Arnsberg/Westfalen (Sauerland)

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Neonatologe

Landesverbandsvorsitzender Westfalen-Lippe im BVKJ

Sprecher im Ausschuss Prävention und Frühtherapie des BVKJ

Mitglied der Leitlinien- und der Screening-Kommission der DGKJ

Ausgangslage in WL Ende der Neunziger

GNO: Gemeinsame Notfalldienst-Ordnung v.KVWL+ÄKWL

NFD: Notfalldienst

„Organisierter“ NFD:

Mi 13 - 7 Uhr, Sa, So + Feiertage 8 – 8/7 Uhr

**Kombinierter Sitz- und Fahrdienst in der eigenen Praxis /
von zu Haus, allgemein / alle Fachgruppen, kleine Bezirke**

„Inseln“ mit fachärztlichen NFD

Fortschritte Anfang 2000

„Kollegialer“ NFD: Mo, Di, Do 19 - 7 Uhr, Fr 19 – 8 Uhr

„Inseln“ mit Notfallpraxen isoliert oder an Kliniken

Poolärzte

„Inseln“ mit päd. NFD, Sprechzeiten 10 - 13 + 17 - 19 Uhr

Die Hälfte der Patienten ging dennoch in die Klinik

**Auch nachts wurde mal der Niedergelassene, mal der
Klinikarzt geweckt**

Dr. med. Burkhard Lawrenz

3

2005: Fortschritte im Sauerland

Kooperation mit Kinderabteilung in Arnsberg

**Pädiatrische NFP in ehemaligem Schwesternwohnheim,
200m entfernt von der Kinderabteilung**

**Niedergelassene Pädiater übernehmen die ambulante
Notfall-Versorgung von 9.30 - 13 und 16 – 19 Uhr**

**Klinikärzte können währenddessen in Ruhe Visiten und
Stationsarbeit machen**

Außerhalb dieser Zeiten übernimmt die Klinik

Dr. med. Burkhard Lawrenz

4

2009: neue GNO in WL

Reformziele der KVWL:

Verminderung der Dienstbelastung, auch wegen zunehmender Nachwuchsprobleme

Verminderung der Inanspruchnahme des NFD durch größere NFD-Bezirke

NFP an Kliniken mit Sitzdienst, getrennter Fahrdienst

Zusätzliche NFD: Pädiater, Augen- und HNO-Ärzte

Dr. med. Burkhard Lawrenz

5

2009: Notdienst-Reform in WL

Ausweitung des NFD auf Freitag ab 13 Uhr

Kooperation mit Kliniken: grundsätzlich zuständig von 22 bis 8 Uhr

Allgemeine und fachärztliche NFD sind Ansprechpartner ab 18 / 13 / 8 Uhr

Dr. med. Burkhard Lawrenz

6

Strukturen in Westfalen-Lippe

Drei Regierungsbezirke: Arnsberg, Detmold, Münster

Viele Kreise und kreisfreie Städte

Ballungsräume: Ruhrgebiet, Münster

Ausgedehnte ländliche Bezirke mit dünner Besiedelung

Dr. med. Burkhard Lawrenz

7

Probleme im pädiatrischen NFD

Kliniken und Arztstühle ungleichmäßig verteilt

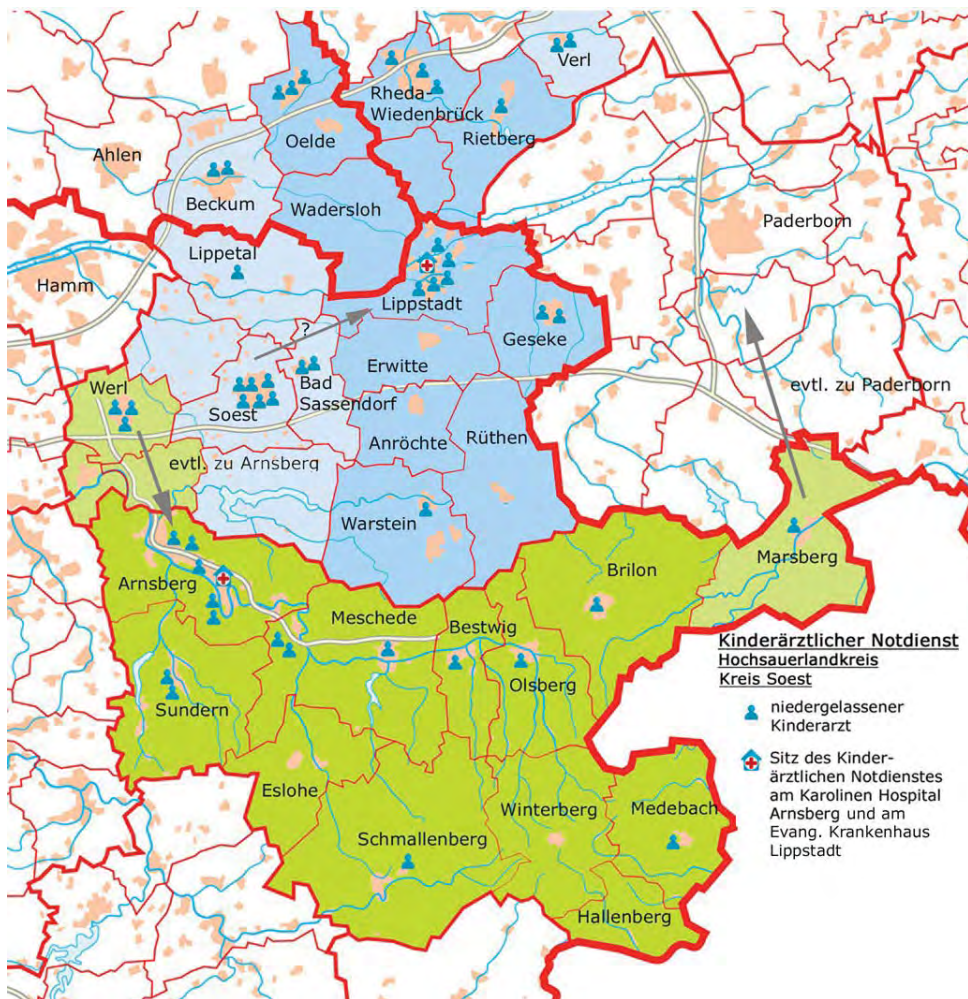
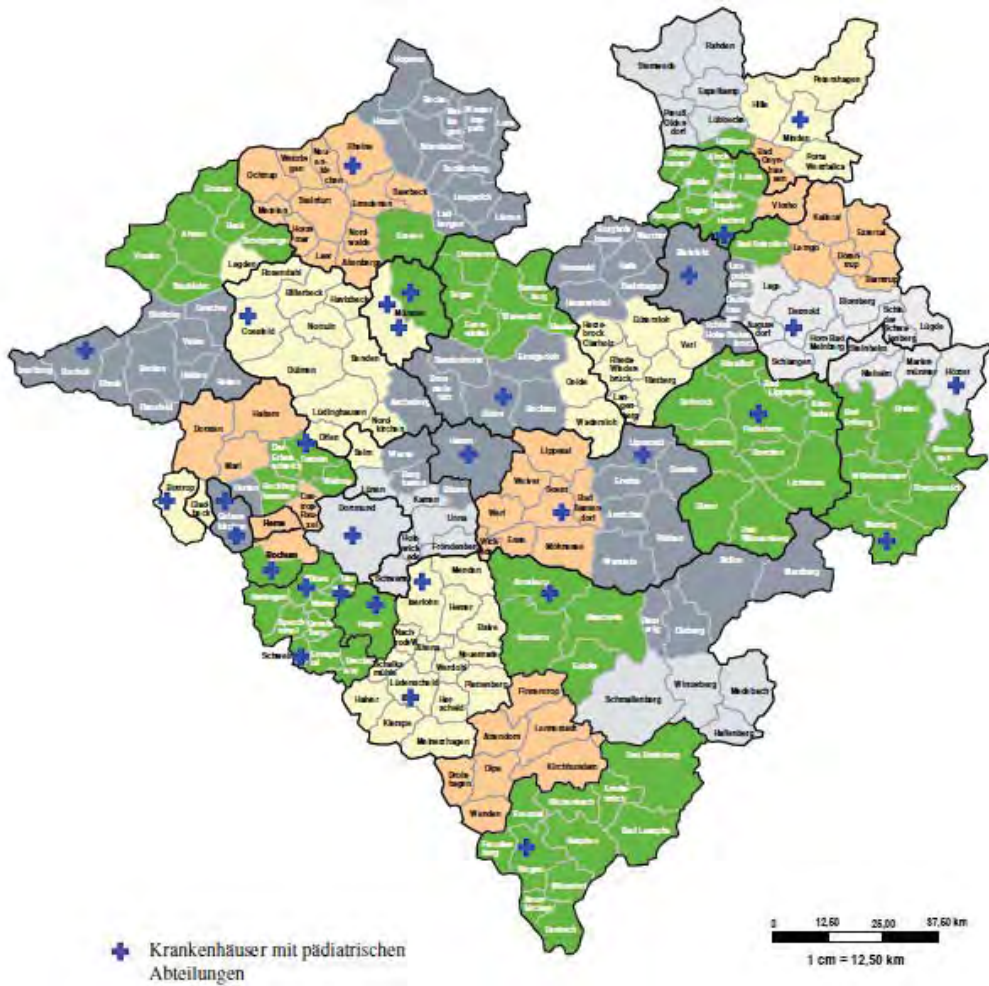
In Ballungsräumen zu viele Kliniken, um an jeder Klinik einen NFD aufrecht zu erhalten

In ländlichen Gebieten oft exzentrische Lage der Kliniken und rückläufige Zahl der teilnehmenden Pädiater

Vertreter und Poolärzte gesucht!

Dr. med. Burkhard Lawrenz

8



Probleme im pädiatrischen NFD

Höhere Dienst-Frequenz als im allgemeinen NFD (dort 4-5 Sitzdienste + 2-3 Fahrdienste im Jahr!)

In Großstädten viele Pädiater, selten NFD, hohe Patientenzahlen, hoher Stressfaktor, hohe Einnahmen

Im ländlichen Bereich wenig Pädiater, häufig NFD, geringere Patientenzahlen, geringere Einnahmen

Dr. med. Burkhard Lawrenz

11

Stadt-Land-Gefälle im päd. NFD

In der Großstadt:

Durchgehend hohes Patientenaufkommen, die Zeiten von 8 / 13 / 18 bis 22 Uhr werden meist durchgehend von den Niedergelassenen abgedeckt

Auf dem Land:

Der pädiatrische NFD ist ein zusätzliches Angebot und beschränkt sich teils auf Kernzeiten (die übrigen Zeiten von 8 bis 22 Uhr werden durch die Kliniken abgedeckt).

Dr. med. Burkhard Lawrenz

12

Päd. NFD auf dem Land und in der Stadt

Auf dem Land:

**Fallzahlen von 30 bis 100 Patienten in 7 Stunden am
Wochenende, 10 – 30 Patienten in 3 Stunden am
Nachmittag und 0 – 10 Patienten in vier Stunden abends**

In der Großstadt:

**Fallzahlen von 150 - 250 Patienten in 14 Stunden am
Wochenende, 40 bis 80 Patienten in 9 Stunden am
Nachmittag und 15 - 30 Patienten in 4 Stunden abends**

Chancen durch den pädiatrischen NFD

Sinnvolle Arbeitsteilung:

**In Kernzeiten macht der Niedergelassene die Ambulanz
und der Klinikarzt die Visite**

**Nachts wird nur der geweckt, der am nächsten Morgen
nach Hause gehen kann**

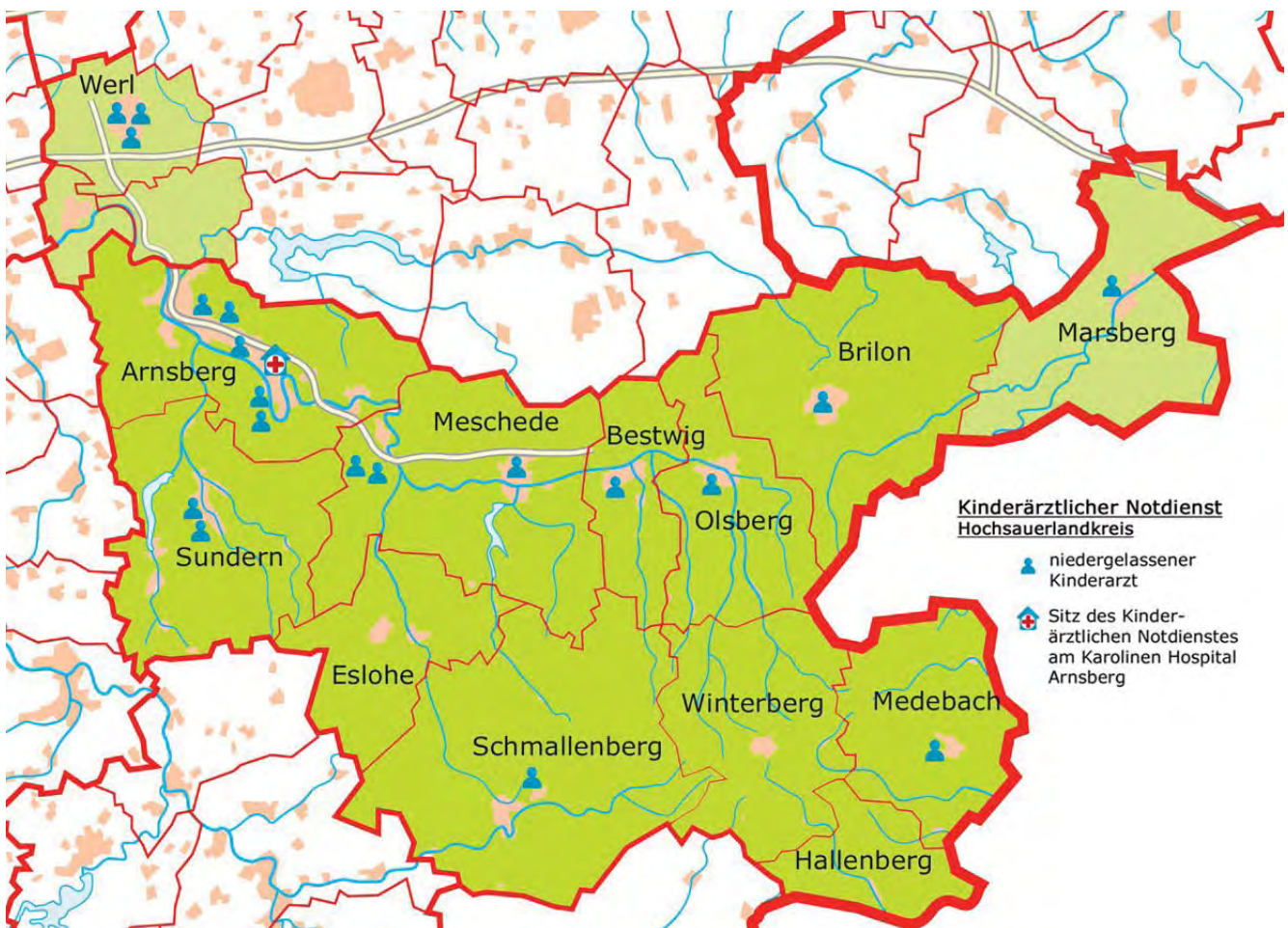
Bessere Zusammenarbeit:

**Insbesondere wenn NFP und pädiatrische Abteilung Tür
an Tür / Wand an Wand liegen**

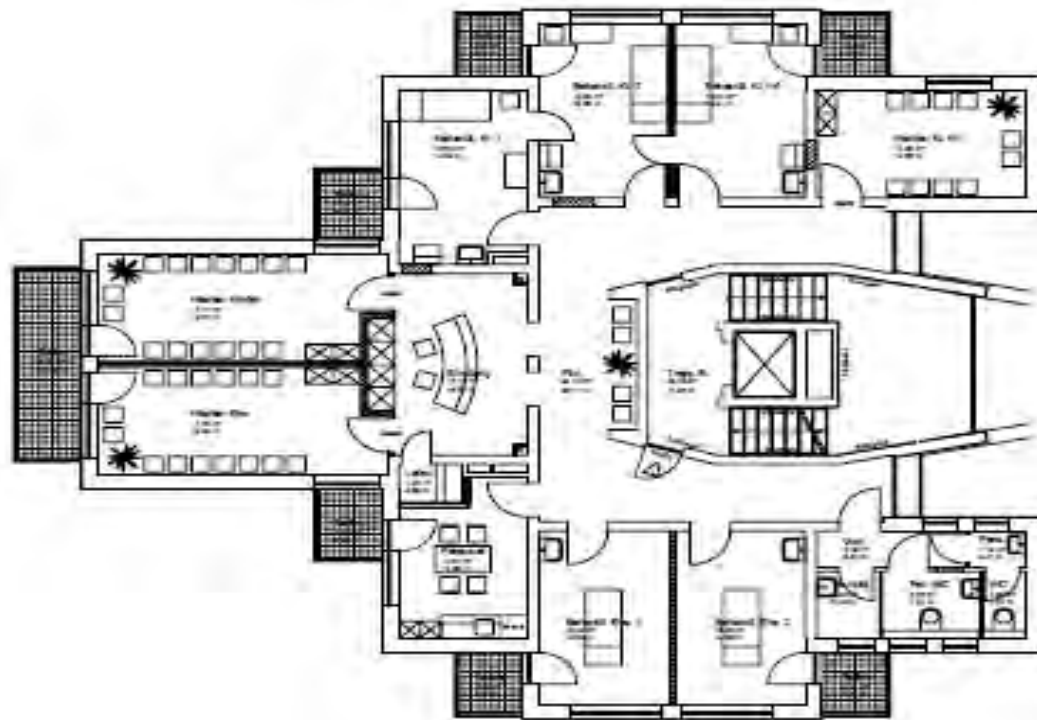
Noch Fragen ?



15



Gemeinsame Notfallpraxis Arnsberg



Dr. med. Burkhard Lawrenz

17



Kinder- und jugendmedizinischer

Notfalldienst

niedergelassener Ärzte

für den Hochsauerlandkreis

am Karolinen-Hospital Arnsberg-Hüsten

Stolte Ley 5, 59759 Arnsberg

Telefon: 02932 / 9 52 17 10

Sprechzeiten:

Sa, So und Feiertage 9.30 bis 13 Uhr und 16 bis 19 Uhr

Mi und Fr 16 bis 19 Uhr

Mo, Di, Do 18 bis 21 Uhr

Dezentraler Dienst, **nicht** in der Notfallpraxis: Über die Telefonnummer **116 117** (Bereitschaftsdienst-Zentrale) erfahren Sie die Handynummer des diensthabenden Kinder- und Jugendarztes.

Dr. med. Burkhard Lawrenz

18

Übrige Zeiten

Zu allen übrigen Zeiten wenden Sie sich bitte direkt an das Karolinen-Hospital unter der Telefonnummer **02932 / 9 52 10 10**.

Bereitschaftsdienst-Zentrale

Die Bereitschaftsdienst-Zentrale erreichen Sie unter **116 117**, kostenlos bei mobil und Festnetz, ohne Vorwahl.

Notarzt

Befinden Sie sich in einer **lebensbedrohlichen Notfallsituation** wenden Sie sich bitte sofort an die Rettungsleitstelle unter der **Telefonnummer 112**.



DEUTSCHE GESELLSCHAFT
FÜR KINDER- UND JUGENDMEDIZIN e.V.

Quo vadis Kinder- und Jugendmedizin in Deutschland?

Die Zukunft der Kinder- und Jugendmedizin in Metropole und Fläche

Dr. K.-J. Eßer, Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin
Land Brandenburg: Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung
30.11.2016



DEUTSCHE GESELLSCHAFT
FÜR KINDER- UND JUGENDMEDIZIN e.V.

Gliederung

- Schwerpunktthemen der Pädiatrie im 21. Jahrhundert
- Wild cards
- Anforderungen an die Pädiatrie
- Stationäre Versorgung
- Zukunft der Pädiatrie



DEUTSCHE GESELLSCHAFT
FÜR KINDER- UND JUGENDMEDIZIN e.V.

Schwerpunkthemen der deutschen Pädiatrie im 21. Jahrhundert

- Spezialisierte Leistungen (Onkologie, Seltene Erkrankungen, Palliativmedizin u.a.)
- Neonatologie, pädiatrische Intensivmedizin
- Psychosomatik
- Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Neue Morbiditäten (Sozialpädiatrie)
- Kinderchirurgie
- Forschung Kindergesundheit
- Prävention
- U.a.



DEUTSCHE GESELLSCHAFT
FÜR KINDER- UND JUGENDMEDIZIN e.V.

TABLE 2 Wild-Card Trends Identified Through the VOP 2020

Domain	Example
Societal changes	<p><u>Large pandemic or major disease</u></p> <p>World famine or drought</p> <p>A disaster necessitating resettlement</p> <p><u>War on US soil</u></p>
Health advances	<p><u>Gene therapy able to provide true and effective cures</u></p> <p>Change in birth rates</p> <p>Universal health insurance</p> <p>Cure for autism</p>
Economics	<p>US and global economies collapse</p> <p>Greater disparities between rich and poor</p> <p>Decline or exponential increase in cost of higher education</p>
Work-life balance	<p>Access to high-quality child care with job security</p> <p>Implementation of a 56-h week for residents</p> <p>Changes in family planning policies</p>

American Academy of Pediatrics: Vision of Pediatrics 2020 Task Force



Pediatrics 2010, 126:971



DEUTSCHE GESELLSCHAFT
FÜR KINDER- UND JUGENDMEDIZIN e.V.



Wild cards der Pädiatrie in Deutschland

- Geburtenzahlen
- Nettoabnahme von Kindern in der Gesamtbevölkerung (?)
- Steigende Bedeutung seltener und chronischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen
- Neue Morbiditäten (Asthma, Adipositas, ADHS, ...)
- Steigende Bedeutung von Prävention
- Armut-Bildung-Gesundheit
- U.a.



DEUTSCHE GESELLSCHAFT
FÜR KINDER- UND JUGENDMEDIZIN e.V.



Anforderungen an die deutsche Pädiatrie im 21. Jahrhundert

- Demographische Entwicklung berücksichtigen
- Epidemiologie/Epigenetik/Globalisierung einbinden
- Personelle Ressourcen (Medizin wird weiblich) aktivieren
- Institutionelle Ressourcen entwickeln (KH, Gesundheitszentren, MVZs, Versicherungswesen usw.)
- Sozialmedizin betreiben (mit Prävention)
- Qualität sichern (digital health, MWBO, Fortbildung)
- Finanzierung ambulante/stationäre Pädiatrie sichern (Sicherstellungszuschlag)
- Flächendeckende Versorgung sichern



DEUTSCHE GESELLSCHAFT
FÜR KINDER- UND JUGENDMEDIZIN e.V.

Stationäre Versorgungsstrukturen

- Notfallambulanzen (30/40 Regel)
- Basisversorgung stationär(30/40 Regel)
- Basisversorgung ambulant
- Spezialisierte ambulante Versorgung
- Sozialpädiatrie/Psychosomatik/Trauma-Ambulanzen
- Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Kinderchirurgie
- Hochspezialisierte Versorgung/Perinatalogie
- Geburtskliniken/Neonatalogie

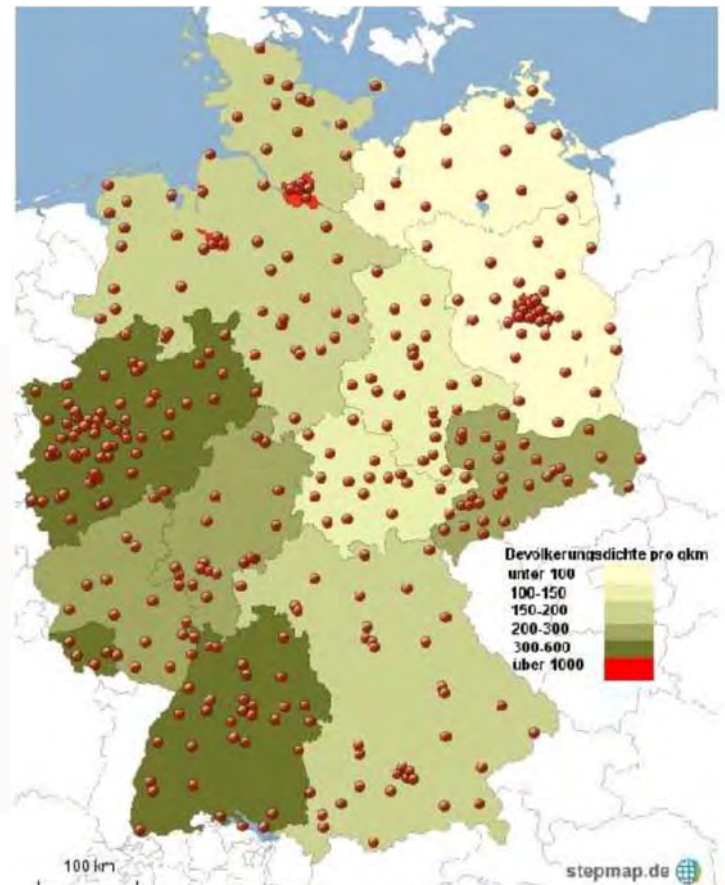


DEUTSCHE GESELLSCHAFT
FÜR KINDER- UND JUGENDMEDIZIN e.V.

Regionale Verteilung von Kinderkrankenhäusern, Kinderkliniken und Kinderabteilungen in Deutschland

„Eine Erreichbarkeit von Kinderkliniken, außerhalb von vital gefährdeten Zuständen, von 30 km oder 40 Minuten wird für ausreichend gehalten.“

Erhöhte regionale Deprivation =
Erhöhte Inanspruchnahme
medizinischer Leistungen

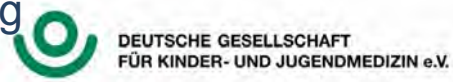


Quelle: DAKJ, Zukunftskommission 2016

Quelle: DAKJ (eigene Berechnung)

Fazit:

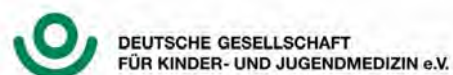
- Bedarfsgerechte Zentralisierung und Finanzierung der Versorgung/Sicherstellungszuschlag
- Erhalt der Kinderkrankenpflege
- Kooperation von großen und kleineren Kinderkliniken
- Vernetzung ambulanter und stationärer Versorgung
- Gesundheitszentren/MVZs/Einzelpraxis
- Prävention (1000 Tage; ÖGD; Schulschwester, „Gesunde Städte“, Frühe Hilfen, Soziale Prävention)
- Forschungsgebiet Kindergesundheit
- Musterweiterbildungsordnung
- Familien-/Patientenorientierung
- Usw.



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit



Abbildungs-/Bildrechte liegen (wenn nicht anders angegeben) bei DGKM e.V.



Modell einer Sektoren übergreifenden, pädiatrischen Versorgung in einer Flächenregion



Prof. Dr. Thomas Erler

www.klinikumwestbrandenburg.de

KV Regio – Med Praxis und KV Regio-Med Bereitschaftspraxis

Neue Kooperationsmodelle in pädiatrisch
unterversorgten Regionen



www.klinikumwestbrandenburg.de

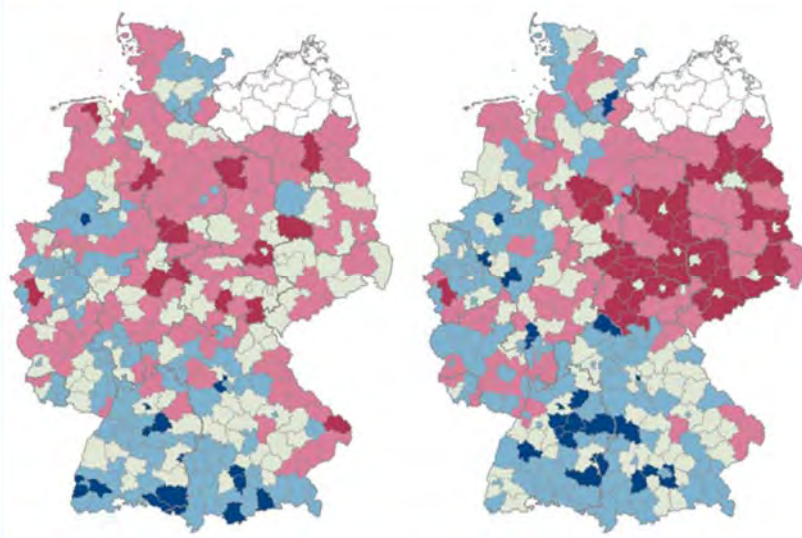
Problem:

unterversorgte Regionen in Flächenland;
Grenznähe



www.klinikumwestbrandenburg.de

Kinderärztedichte



Aktuelle Ärztedichte gegenüber relativem Bedarf
Plankreise, Klasseneinteilung nach Grad der Abweichung

- deutlich niedriger (14)
- niedriger (111)
- ausgewogen (106)
- höher (112)
- deutlich höher (15)

Geplante Ärztedichte gegenüber relativem Bedarf
Plankreise, Klasseneinteilung nach Grad der Abweichung

- deutlich niedriger (38)
- niedriger (81)
- ausgewogen (89)
- höher (127)
- deutlich höher (23)

Mecklenburg-Vorpommern hat die jeweiligen Daten nicht zur Verfügung gestellt.
Quelle: Faktencheck Gesundheit 2014, Daten und Berechnung IGES Institut.

Berlin

www.klinikumwestbrandenburg.de

Möglichkeiten ambulanter Tätigkeit aus Sicht der Klinik

- Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)
- Ermächtigungssprechstunde
- Ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V und nach § 120
- Institutsermächtigung, Hochschulambulanz
- Tagesklinische (teilstationäre) Versorgung
- vor- und nachstationäre Betreuung
- Niedergelassener Kollege im Angestelltenverhältnis
- sog. 311-er Einheit
- **KV Regio-Med Praxis bzw. -Bereitschaftspraxis**



www.klinikumwestbrandenburg.de

Die rechtliche Grundlage für die Eigeneinrichtungen der KVBB ist der § 105 SGB V

§ 105 Förderung der vertragsärztlichen Versorgung

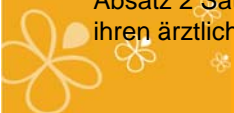
(1)

Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben mit Unterstützung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen entsprechend den Bedarfsplänen alle geeigneten finanziellen und sonstigen Maßnahmen zu ergreifen, um die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zu gewährleisten, zu verbessern oder zu fördern; zu den möglichen Maßnahmen gehört auch die Zahlung von Sicherstellungszuschlägen an Vertragsärzte in Gebieten oder in Teilen von Gebieten, für die der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen die Feststellung nach § 100 Abs. 1 und 3 getroffen hat. Zum Betreiben von Einrichtungen, die der unmittelbaren medizinischen Versorgung der Versicherten dienen, oder zur Beteiligung an solchen Einrichtungen bedürfen die Kassenärztlichen Vereinigungen des Benehmens mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen. Die in den Einrichtungen nach Satz 2 erbrachten ärztlichen Leistungen sind aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung zu vergüten.

.

(5)

Kommunen können mit Zustimmung der Kassenärztlichen Vereinigung in begründeten Ausnahmefällen eigene Einrichtungen zur unmittelbaren medizinischen Versorgung der Versicherten betreiben. Ein begründeter Ausnahmefall kann insbesondere dann vorliegen, wenn eine Versorgung auf andere Weise nicht sichergestellt werden kann. Sind die Voraussetzungen nach Satz 1 erfüllt, hat der Zulassungsausschuss die Einrichtung auf Antrag zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung mit angestellten Ärzten, die in das Arztregister eingetragen sind, zu ermächtigen. § 95 Absatz 2 Satz 7 bis 10 gilt entsprechend. In der kommunalen Eigeneinrichtung tätige Ärzte sind bei ihren ärztlichen Entscheidungen nicht an Weisungen von Nichtärzten gebunden.



www.klinikumwestbrandenburg.de

KV – Regio Med Praxis in Brandenburg

- Voraussetzung: freier KV-Sitz, kein Bewerber für freien Sitz
- Einvernehmen mit Krankenkassen
- Träger: Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
- verantwortlich für: Bereitstellung der Räume, medizinisches Hilfspersonal, gerätetechnische Ausstattung, Computersoftware, Geschäftsführung incl. Abrechnung, Anstellung von Ärzten
- mindestens 20 Stunden pro Woche Sprechstunden
- Sitz kann variabel geteilt werden; Verhandlungssache
- Bedingung: Wirtschaftlichkeit


www.klinikumwestbrandenburg.de

1. Beispiel einer kinderärztlichen KV - Regio Med Praxis

(Stadt Forst, Lausitz)



www.klinikumwestbrandenburg.de



Die Vorteile auf einen Blick!

- Sicherstellung einer wohnortnahen ambulanten Gesundheitsversorgung, insbesondere in ländlichen Regionen
- Bedarfsgerecht und regional spezifisch
- Bündelung von Kompetenzen und Ressourcen durch Verzahnung von ambulanten und stationärem Bereich
- Aktive Beteiligung von regionalen Kooperationspartnern
- Unterstützung niedergelassener Vertragsärzte vor Ort, keine Konkurrenz
- Anreiz zur Niederlassung im Land Brandenburg für ambulante Tätigkeit ohne finanzielle Verpflichtung
- Vereinbarkeit von Beruf und Familie durch flexible Arbeitszeitmodellen
- Konzentration auf Kernkompetenz: Behandlung von Patienten
- Entlastung beim Bereitschaftsdienst
- Standorterhalt von Krankenhäusern der Grundversorgung
- Bereitstellung sachlicher und personeller Infrastruktur


KVBB
Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg

Die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg steht für die ambulante medizinische Versorgung im Land Brandenburg. Gemeinsam mit ihren rund 3.700 niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten garantiert sie eine hohe Versorgungsqualität.

Die Sicherstellung der medizinischen Versorgung ist eine zentrale Aufgabe. Um diese gewährleisten zu können, kooperiert die KVBB kontinuierlich neue, innovative Lösungen, die bewährte Maßnahmen ergänzen. So wird der sich stetig verändernden Versorgungssituation Rechnung getragen. Gleichzeitig eröffnen diese Ansätze neue Tätigkeitsfelder und Möglichkeiten für Ärzte und Psychotherapeuten.

KVRegioMed
Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg

KV RegioMed Programm - Ein Baukasten für die Zukunft



Maßnahmen zur Sicherstellung der ambulanten, wohnortnahen medizinischen Versorgung im Land Brandenburg

So erreichen Sie uns:
Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
Gregor-Mendel-Straße 10/11, 15469 Potsdam

Telefon: 0 331 2309 - 345
Telefax: 0 331 2309 - 236
E-Mail: info@kv-regio-med.de

Redaktionschluss: März 2014




www.klinikumwestbrandenburg.de

KV RegioMed Programm

Das KV RegioMed Programm ist ein von der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg entwickeltes Maßnahmenpaket, zur Sicherstellung der ambulanten, wohnortnahen medizinischen Versorgung im Land Brandenburg. Es bietet einen neuen Ansatz, der über die bisherigen Sicherstellungsmaßnahmen der KVBB hinausgeht:

Das beliebig erweiterbare Programm besteht aus Modulen, die bei Bedarf miteinander kombiniert werden können - wie bei einem Baukasten. Für Regionen mit Versorgungsstrukturdefiziten enthält es somit immer die passende Lösung.



Baukasten für die Zukunft.

KVRegioMed ZENTREN

Das 2010 gegründete KV RegioMed Zentrum Bad Belzig ist das Pilotprojekt für die KV RegioMed Zentren. Es verkörpert die Idee, die vertragsärztliche Versorgung zu verbessern, indem man die ambulante und stationär vorhandene Ressourcen für eine ergänzende, wohnortnahe Versorgungsstruktur nutzt. D. h. niedergelassene Vertragsärzte und Krankenhausärzte ergänzen gemeinsam das bestehende regionale Versorgungsangebot stundenweit durch spezielle ambulante Sprechstunden.


KVRegioMed PRAXEN

Mit den KV RegioMed Praxen verfolgt das Programm die direkte Versorgungssicherung an einem Ort. Beispielsweise werden in unterversorgten Regionen zur Abgabe stehende Praxen von der KV als Eigenrichtung übernommen und betrieben. Potenzielle Praxisnachfolger können somit ohne finanzielle Verpflichtung ambulant tätig sein. Die Möglichkeit der eigenen Niederlassung steht immer offen. Im Januar 2013 eröffnete in Joachimsthal die erste KV RegioMed Praxis. Hier wurde eine Allgemeinpraxis durch die KVBB übernommen und eine Ärztin angestellt.

KVRegioMed BEREITSCHAFTSPRAXIS


Am 01.01.2013 eröffnete die erste allgemeine ärztliche KV RegioMed Bereitschaftspraxis am St. Josefs-Krankenhaus in Potsdam, sie bietet ambulante Versorgung bei akuten, aber nicht lebensbedrohlichen Erkrankungen außerhalb der regulären Sprechzeiten am Abend, am Wochenende und an Feiertagen. Für die Patienten ist das ein zusätzlicher Service und die Rettungswachen der Potsdamer Krankenhäuser werden entlastet. Die als Pilotprojekt gestartete Bereitschaftspraxis

Erste KV RegioMed Bereitschaftspraxis, Neue 7, Ebene 1



ist mittlerweile fester Bestandteil der Regelversorgung. Sie dient als „Überbrücke“ für weitere Einrichtungen dieser Art im Land Brandenburg.

Im Dezember 2012 folgte am Carl-Thiem-Klinikum in Cottbus die zweite KV RegioMed Bereitschaftspraxis. Neben der allgemeinmedizinischen Notfallprechstunde wurde das Versorgungsangebot zusätzlich um eine kinderärztliche Bereitschaftspraxis erweitert.



KVRegioMed PATIENTENBUS

Im Landkreis Märkisch-Oderland rollt seit Dezember 2011 der erste KV RegioMed Patientenbus. Dieser über den öffentlichen Nahverkehr organisierte Fahrdienst befördert einmal wöchentlich Patienten zu den Arztpraxen in Buckow und Müncheberg. Insbesondere die ältere, wenig mobile Bevölkerung in den umliegenden Ortschaften hat jetzt wieder die Möglichkeit, eigenständig ihre Ärzte und Therapeuten aufzusuchen. Gleichzeitig werden die Ärzte bei ihren Hausbesuchen entlastet.



www.klinikumwestbrandenburg.de



November 2014:

Der Märkische Bote

Premiere bei ärztlicher Versorgung in Forst:

Forst (mk). Das sich Fachärzte in eigenen Praxen niederlassen wird zumindest in ländlichen Regionen immer seltener. Das hat auch die Kreisstadt Forst zu spüren bekommen. Ein Jahr lang dauerte die Suche nach einem Kinderarzt. Am Montag war es soweit. Die Fachärzte Dr. med. Alexandra Röhrich und Lars Geerds nahmen ihre Arbeit auf. Dass 30 Patienten bereits am Vormittag die Praxis besuchten, zeigt, wie hoch der Bedarf an der fachärztlichen Versorgung ist. Verwaltungsvorstand Sven Zuber erklärte, dass 2700 Kinder und Jugendliche in der Rosenstadt leben. Die Lösung sieht so aus: Die Lausitz-Klinik Forst stellt die Räume im Medizinischen Versorgungszentrum. Angestellt sind die beiden Ärzte bei der Kassenärztlichen Vereinigung und das Cottbuser Carl-Thiem-Klinikum ermöglichte, dass die beiden Ärzte aus dem Cottbuser Klinikum nun auch in Forst ambulant tätig werden können. Beide Ärzte teilen sich die Forster Stelle und arbeiten so eine Woche in Cottbus und eine Woche in Forst. „Ich hätte mich aus wirtschaftlichen Bedenken nie in Forst niedergelassen“, erklärt Kinderarzt Lars Geerds, der sich bereits auf die neue Erfahrung in der ambulanten Versorgung freut. Thomas Erler, Chefarzt für Kindermedizin im CTK sieht in dem Zurverfügungstellen der Fachärzte ein Zeichen, dass beide Kliniken auch in der Zukunft gut zusammenarbeiten werden. Die nun fehlende Stelle im CTK wurde mit einem Assistenzarzt besetzt.

www.klinikumwestbrandenburg.de

2. Modell der pädiatrischen Notfallversorgung

KV Regio-Med Bereitschaftspraxis



Bereitschaftsdienst im CTK unter einem Dach

Kinderarzt-Praxis ab heute ebenfalls im Haus 7 des Cottbuser Carl-Thiem-Klinikums

www.klinikumwestbrandenburg.de

Ausgangssituation

- hoher Anteil ambulanter Patienten in Zentraler Notaufnahme (ZNA) des Schwerpunktkrankenhauses



Entscheidung

- Einrichtung einer KV-Regio-Med-Bereitschaftspraxis neben ZNA, direkt im Krankenhaus
- Erweiterung um Bereitschaftspraxis für Kinder
- Sprechstundenzeiten:
 - Mo + Die + Do: 18 – 20 Uhr
 - Mi + Frei: 13 – 18 Uhr
 - Sonn- und Feiertage: 8 – 18 Uhr



Zwischenfazit:

- Praxis seit 1,5 Jahren in Betrieb
- 2 Fachärzte der Klinik mit je 20 Stunden pro Woche
- täglich zwischen 30 – 45 Patienten
- regionale, pädiatrische Versorgung wird wohnortnah gewährleistet
- parallel NG-Versorgung in benachbarter Geburtshilfe
- steigende Zahl von Klinikzuweisungen



www.klinikumwestbrandenburg.de



www.klinikumwestbrandenburg.de



**Regionalkonzept pädiatrische Versorgung
am Beispiel der GLG
Gesellschaft für Leben und Gesundheit mbH
Spagat zwischen Qualität und Erreichbarkeit**

Dr. med. Steffi Miroslau, Geschäftsführerin

**Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung 2016
„Die Zukunft der Kinder- und Jugendmedizin
in Metropole und Fläche“**

Berlin, 30. November 2016



- 1. IST-Situation: Positive Entwicklung, aber**
- 2. Sich abzeichnende Defizite**
- 3. Was sollte getan werden (Ausblick)**
- 4. Zusammenfassung**

Studien zur Kindergesundheit

- KIGGS
- Robert Bosch Stiftung
- Notwendigkeit einer ganzheitlichen Förderung

Sozialpolitische Bedeutung

Prof. Bertram:
„Wohlbefinden von Kindern und kleine Lebenskreise“
„Netzwerk Gesunde Kinder“

*Kinderheilkunde
Kinderpsychosomatik
Kindernotfallversorgung
Perinatalzentren*

Medizinische Versorgung von Kindern
Grundversorgung – Spezialisierte Versorgung

Change-Management-Phasen (P. Kotter)

1. Dringlichkeit aufzeigen
2. Führungsteam aufbauen
3. Visionen und Strategien entwickeln
4. Die Vision kommunizieren
5. Hindernisse aus dem Weg räumen
6. Kurzfristige Erfolge sichtbar machen
7. Veränderung weiter antreiben
8. Veränderung in der Unternehmenskultur verankern

INGA DREYER 03.08.2014 00:12 UHR
RED. BAD FREIENWALDE, FREIENWALDE-RED@MOZ.DE

Stadt plant Petition in Sachen Kinderarzt

Wriezener (MOZ) Knapp ein Dutzend Unterstützer der Wriezener Eltern-Initiative "Wir kämpfen für einen Kinderarzt" sind am Donnerstagabend vom Marktplatz bis zum Wriezener Rathaus gezogen. Ihre Sprecherin Jana Böde zeigte sich enttäuscht, dass nicht mehr Menschen gekommen waren. Ihre waren die Reaktionen auf ihre Ansprache bei der Einwohnerfragestunde der Stadtverordnetenversammlung umso ermutigender.

INGA DREYER 24.07.2014 06:52 UHR
RED. BAD FREIENWALDE, FREIENWALDE-RED@MOZ.DE

Eltern kämpfen für Kinderarzt

Nachdem Rosemarie Tetzner im Frühjahr dieses Jahres in Rente gegangen ist, wissen sie nicht mehr, wo sie ihre Kinder medizinisch betreuen lassen können, berichtet Jana Böde. Nottfälle werden behandelt, aber wohin sollen sie sich für die U-Untersuchungen wenden? Da die Kinderarztpraxen in der Umgebung aus allen Nähten platzen, fahren viele Eltern bis nach Eberswalde oder Frankfurt (Oder).

05.02.2009

Land pocht auf Schließung der Geburtsstation

Eberswalde/Prenzlau Die Gynäkologische Abteilung und die Geburtshilfe in Prenzlau sollen in der Planungsperiode 2009 bis 2013 geschlossen werden. Das leitet sich aus einem Bescheid der Landesregierung ab. Diese ist dem Krankenhauskonzern Gesellschaft für Leben und Gesundheit (GLG) in der Vorwoche zugestellt worden, wie jetzt bekannt geworden ist.

KINDERÄRZTLICHE VERSORGUNG

Durchhalten im sozialen Brennpunkt

Dr. med. Detlev Geiß ist der letzte Kinderarzt in Köln-Chorweiler. Bislang hat der 63-Jährige noch keinen Nachfolger gefunden. Für niedergelassene Ärzte wird es immer schwieriger, sich in ärmlichen Stadtteilen zu halten.

Deutsches Ärzteblatt | Jg. 108 | Heft 46 | 18. November 2011

1. Dringlichkeit aufzeigen



Gesellschaft für Leben und Gesundheit mbH
Ein Unternehmen der Landkreise Barnim, Uckermark und der Stadt Eberswalde

Nordkurier

Wirtschaftliche Probleme

Kinderklinik in Anklam vor dem Aus

ANKLAM - 22.09.2015 - ...

Erst die Wochenend-Schließungen, jetzt das Aus. Die Anklamer Kinderstation schließt. Entsprechende Informationen des Nordkurier bestätigte die Uniklinik am Dienstagvormittag.



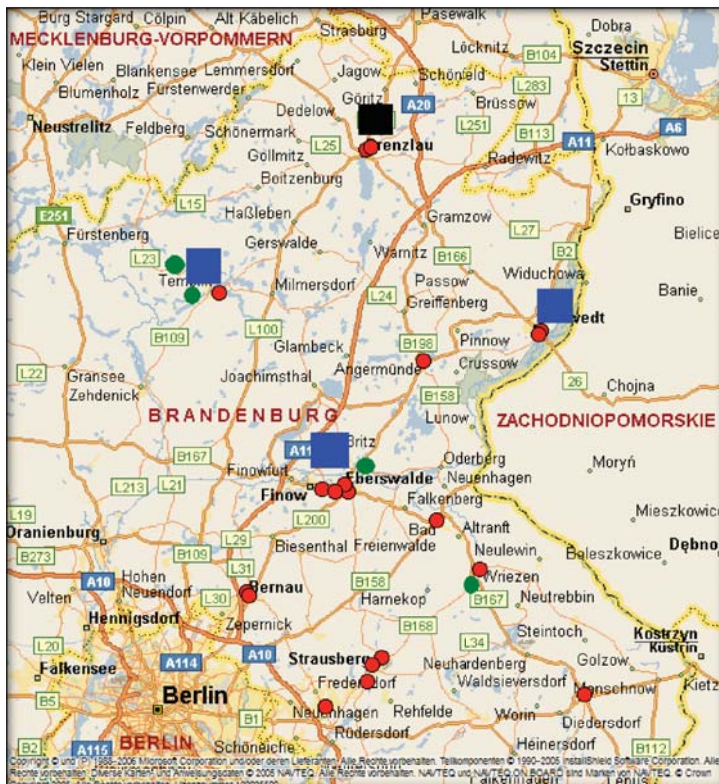
Die Schließungen zum Wochenende sollten nur eine Übergangslösung sein. Jetzt wird die Kinderstation in Anklam doch komplett geschlossen.

Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung
Berlin, 30. November 2016

IST-Situation



Gesellschaft für Leben und Gesundheit mbH
Ein Unternehmen der Landkreise Barnim, Uckermark und der Stadt Eberswalde



(Barnim, Uckermark, Märkisch-Oderland)

- Kinderärzte 2014
- Kinderärzte nicht bzw. nicht adäquat nachbesetzt
- Kinderklinikstandorte
- Kinderklinik Prenzlau seit 2010 geschlossen

Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung
Berlin, 30. November 2016

IST-Situation (Einzugsgebiet 60 km)



Klinikärzte

Perinatalzentrum Eberswalde: 14 Kinderärztinnen/ ärzte

Niedergelassene Kinderärzte 27 Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin

Seit 2012 Nachbesetzung 4 Praxen mit Kinderärzten nicht gelungen

Nicht identisch nachbesetzte Kinderarztsitze 2011 bis 2016

Titel	Vorname	Name	PLZ	Stadt	Straße	Disziplin Arzt	weg seit:
Dipl.-Med.	Heidrun	Dehmel	17268	Templin	Dargersdorfer Str. 13a	FÄ für Allgemeinmedizin/Kinderärztin	2015
Dr. med.	Ursula	Lischka	17279	Lychen	Kirchplatz 8	FÄ für Allgemeinmedizin/Kinderärztin	2012
Dipl.-Med.	Sabine-Beate	Lucke	16225	Eberswalde	Heegermühler Str. 45a	FÄ für Allgemeinmedizin/Kinderärztin	2014

aktuell nachbesetzt mit:

Praxis Dehmel: Herr Dr. Reichert (FA für Allgemeinmedizin/HA)
 Praxis Lischka: Frau Schößler (FÄ für Allgemeinmedizin/HÄ)
 Praxis Lucke: Herr Dr. Dashti (FA für Innere Medizin/HA)

bisher nicht nachbesetzt:

Titel	Vorname	Name	PLZ	Stadt	Straße	Disziplin Arzt	weg seit:
Frau	Rosemarie	Tetzner	16269	Wriezen	Wilhelmstr. 5	FÄ für Kinder- u. Jugendmedizin	2015

Altersstruktur

18 von 27 Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin sind 60 Jahre und älter!

Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung
 Berlin, 30. November 2016

IST-Situation



Fachärzterverteilung nach Regionstypen

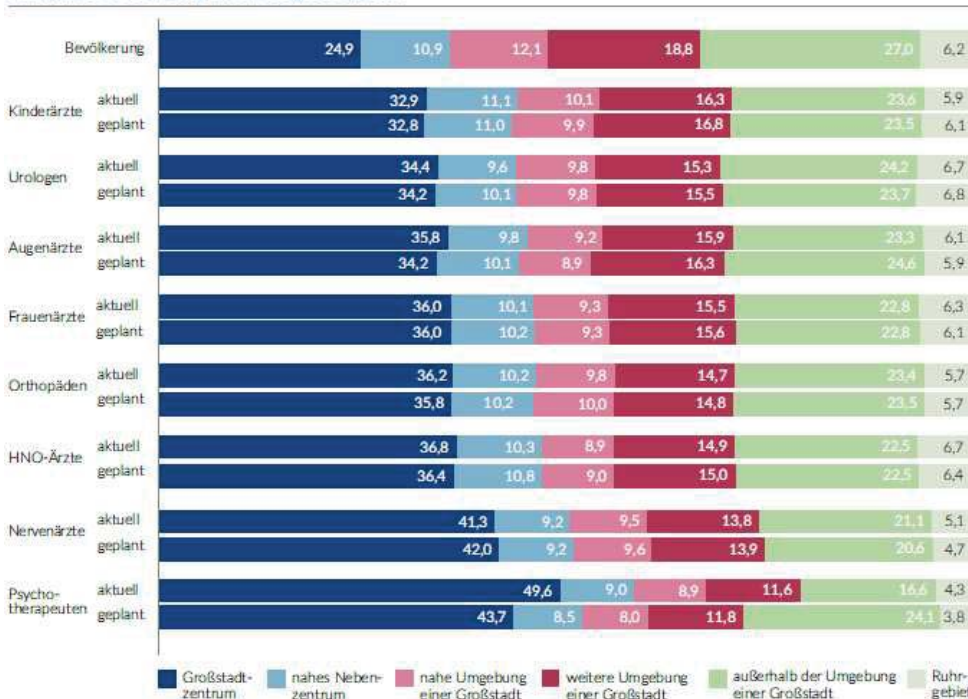


Abbildung 1 | Angaben in Prozent | Quelle: Faktencheck Gesundheit 2014/2015.

BertelsmannStiftung

Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung
 Berlin, 30. November 2016

Verhältniszahlen bei Fachärzten (Stadt versus Land) gemäß Bedarfsplanungsrichtlinie

Arztgruppe	Großstadt *	Ländlicher Raum*	Abweichung
Augenärzte	1:13.399	1:20.664	+54%
Frauenärzte	1:3.733	1:6.042	+62%
HNO-Ärzte	1:17.675	1:31.768	+80%
Kinderärzte	1:2.405	1:3.859	+60%
Nervenärzte	1:13.745	1:31.183	+127%
Orthopäden	1:14.101	1:23.813	+69%
Psychotherapeuten	1:3.079	1:5.953	+93%
Urologen	1:28.476	1:47.189	+66%

* Verhältnis Arzt: Einwohner, absolut

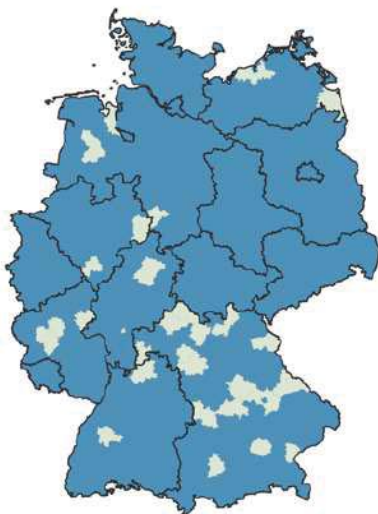
Tabelle 1 | Quelle: Eigene Darstellung

BertelsmannStiftung

Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung
 Berlin, 30. November 2016

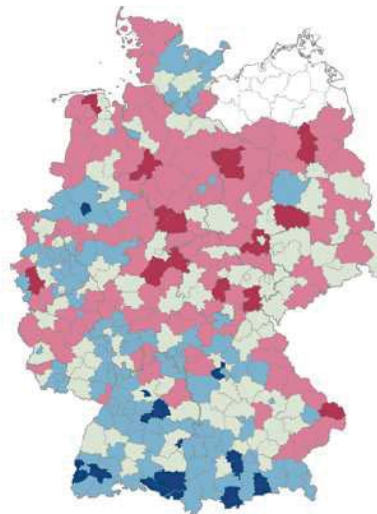
Kinderärztedichte: Vergleich Bedarfsplanung und eigene Berechnungen

Versorgungsgrade laut Bedarfsplanung
 Plankreise



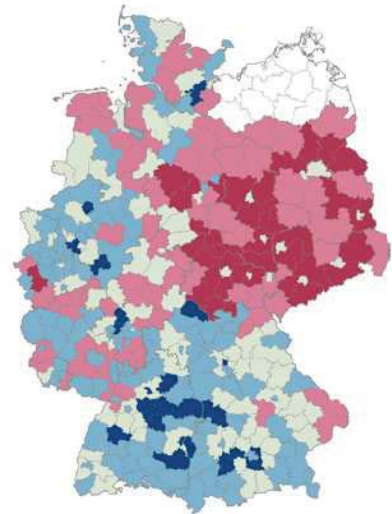
- unversorgt: < 50% (0)
- normal versorgt: 50% - < 110% (31)
- überversorgt: ≥ 110% (340)

Aktuelle Ärztedichte gegenüber Bedarfsindex
 Plankreise, Klasseneinteilung nach Grad der Abweichung



- deutlich niedriger (14)
 - niedriger (111)
 - ausgewogen (106)
 - höher (112)
 - deutlich höher (15)
- Mecklenburg-Vorpommern hat die jeweiligen Daten nicht zur Verfügung gestellt

Geplante Ärztedichte gegenüber Bedarfsindex
 Plankreise, Klasseneinteilung nach Grad der Abweichung



- deutlich niedriger (38)
 - niedriger (81)
 - ausgewogen (89)
 - höher (127)
 - deutlich höher (23)
- Mecklenburg-Vorpommern hat die jeweiligen Daten nicht zur Verfügung gestellt

Abbildung 2 | Quelle: GKV-Spitzenverband, Faktencheck Gesundheit 2014, Daten und Berechnung IGES Institut.

BertelsmannStiftung

1. Dringlichkeit aufzeigen

Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung
 Berlin, 30. November 2016

Sich abzeichnende Defizite

Notfallversorgung

24 Stunden, 365 Tage, 0-18 Jahre

(Frühgeborene, ca. 10% der Neugeborenen, Ertrinkungsunfälle, Verschlechterung des Allgemeinzustandes während des stationären Aufenthaltes u. v. m.)

Wie können wir das aufrechterhalten und verbessern?

1. Dringlichkeit aufzeigen

Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung
Berlin, 30. November 2016

Sich abzeichnende Defizite

Verschiebung des Leistungsspektrums

zu chronischen Erkrankungen:

Grundversorgung versus
spezialisierte Versorgung

zu psychosomatischen Erkrankungen:

mit sozialer Beeinflussung:
z. B. psychische Störungen bei
niedrigem Sozialstatus x3

zu Sprachstörungen:
x2

bei Schuleingangsuntersuchungen

Trennung ambulante und stationäre Versorgung

Wird gerade in der Pädiatrie der Realität nicht mehr gerecht

1. Dringlichkeit aufzeigen

Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung
Berlin, 30. November 2016

1. IGES-Gutachten „Kinder- und Jugendmedizin in Mecklenburg Vorpommern vom 19.03.2015
2. Strategiepapiere der Berufsverbände, Krankenkassen, Ministerien
 - „Perspektiven für die Kinderkliniken“, Dr. Karl-Josef Eßer, 12.09.2014
 - Hartmannbund-Umfrage „Nur noch wenige Medizinstudenten wünschen sich eine Einzelpraxis“, Anke Eisfeld, KV-Blatt 09.2012
 - BertelsmannStiftung, Ärztedichte, Spotlight Gesundheit 03/2015
 - Kassenärztliche Bundesvereinigung „Entwicklungen der Medizinischen Versorgungszentren“, 31.12.2015
 - Künftige Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung in Brandenburg, Stand: 10.09.2012, Bettina Baumgardt, Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie
 - Zukunft der Medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, Arbeitspapier des BVKJ unter Einbeziehung der DGAAP und der DAKJ
 - Pressemitteilung „Unsere Kinder sind unsere Zukunft“, 20.09.2015, Aktionskomitee Kind im Krankenhaus
 - Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg, 30.06.2016, „Planung Kinder- und Jugendmedizin“
 - Sicherstellung und Verbesserung der ambulanten Versorgung – Verteilungsgerechtigkeit in der Vergütung, Reformoptionen des GKV-Spitzenverbandes, Positionspapier beschlossen vom Verwaltungsrat am 27.11.2013
 - Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e. V., Thesen zur Analyse und Zukunftsszenario der flächendeckenden medizinischen Versorgung der Kinder und Jugendlichen in Deutschland, März 2012
 - Positionspapier der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e. V., „Frühe Betreuung und Kindergesundheit“, 08.03.2016
 - „Versorgungsforschung in der Pädiatrie“, Zentrum für pädiatrische Forschung, Universität Leipzig, Prof. Dr. med. Wieland Kiess
3. Geschäftsführung, Verwaltungsdirektoren, Pflegedienstleitung, Strategieabteilung, Kinderklinik, Niedergelassene Kinderärzte
4. Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung

2. Führungsteam aufbauen

Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung
Berlin, 30. November 2016

Was sollte getan werden

Fachkräftemangel

- Personalentwicklungskonzept GLG (speziell Werner Forßmann Krankenhaus)
 - Ausbildung von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin
 - 2 Kollegen > MVZ Eberswalde
 - 1 Kollegin > Niederlassung Eberswalde ab 01.01.2017
 - Arbeitszeitmodelle mit „Elternpausen“, Grundversorgung und Spezialisierung, Teilzeitmodelle, 2x0,5 VK ÖGD, u.v.m.
 - Erhöhung Ausbildungsstelle Kinderkrankenpflege, neonatologische Spezialisierung
 - Stipendiatenunterstützung
 - 48 Medizinstudenten erhielten Stipendium, davon
 - > 7 ausgeschieden
 - > 19 studieren noch
 - > 22 arbeiten in der GLG mbH

3. Visionen und Strategien entwickeln

Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung
Berlin, 30. November 2016

Was sollte getan werden

- PJ-Ausbildung (Lehrkrankenhaus der Charité)
- Kooperationsverträge mit ortsansässigen Schulen (18 Ausbildungsberufe)
- Telemedizin
- Etablierung Kinderchirurgie/ Zentrum für Vaskuläre Malformationen (ZVM)
 - Leuchtturm (300-400 Patienten mit angeborenen Gefäßmissbildungen international)
 - Erfahrung in der Notfallmedizin 0-18 Jahren deutlich gestiegen
 - „Vielfalt“ – interessant für Personalentwicklung, 14 Tage Hospitation in New York



(v.l.n.r.): Assoc. Prof. Przemyslaw Przewratil M.D., Ph.D. (Department of Pediatric Surgery & Oncology Vascular Anomalies Laboratory Medical University of Lodz), Prof. Dr. Milton Waner (Vascular Birthmark Institute, Lenox Hill Hospital, New York), Dr. Teresa O (Vascular Birthmark Institute, Lenox Hill Hospital, New York), Dr. med. Lutz Meyer (Zentrum für Vaskuläre Malformationen, Werner Forßmann Krankenhaus, Eberswalde), Prof. Chung, Ho Yun M.D., Ph.D., Executive Director Ex officio Chairman- Dept. of Plastik & Reconstructive Surgery (Kyungpook National University Hospital & Kyungpook National University, School of Medicine, Daegu, South KOREA)

3. Visionen und Strategien entwickeln

Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung
Berlin, 30. November 2016

Was sollte getan werden

Qualität (Krankenhausstrukturgesetz: Qualität > 300x erwähnt)

- Qualitätssicherungs-Konferenz 28./29. September 2016
- Instrumente:
 - sektorübergreifende Qualitätssicherung
 - Mindestanforderungen
 - Mindestmengen
 - Erhöhung Patientensicherheit
 - Patientenbefragung
 - Zweitmeinungsverfahren
- aber auch:
 - Regionalkonzept

3. Visionen und Strategien entwickeln

Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung
Berlin, 30. November 2016

Regionalkonzept

- **Grundversorgung:**
Facharztausbildung (komplette Weiterbildungsermächtigung 5 Jahre) (Stipendiaten, PJ, Facharztausbildung – Bleiben in der Region)
- **Subspezialisierung:**
Neonatologie, Gastroenterologie, Diabetologie, Sonografie, EEG, Pulmologie, Schlafmedizin, Kinderkardiologie (Neuropädiatrie u.a.m.)
- **Psychosomatik:**
Kooperation Kinder- und Jugendpsychiatrie Martin Gropius Krankenhaus GmbH (stationär Eberswalde, Tageskliniken Prenzlau, Bernau)

Psychosomatik in der Pädiatrie

Wie ist die Lage in Deutschland?

- Damit sind **gerade frühe Investitionen** in “kognitive emotionale und soziale Fähigkeiten“ der Kinder besonders sinnvoll. (B.P. Robra)
- ADHS nimmt nicht mehr zu
- Behandlungszahlen bei Ki. +Ju. von 2005 auf 2030 werden um 18% abnehmen (?)
„Die Abteilungsstruktur der Krankenhäuser wird angepasst werden müssen“
- KH – Beh. (14-17 J) R 10 **Bauchschmerzen** auf Platz 3 (14.980 „Fälle“)
(11.300 Mädchen, 3.700 Jungen)



Quelle: Klinikum Niederlausitz GmbH, Dipl.-Med. Hendrik Karpinski, Geschäftsführer

Die „neuen Morbiditäten“

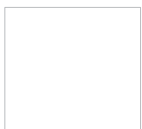
In 1993 klar von AAP adressiert:

- Neue Kompetenzen bei Pädiatern zu entwickeln
- Gesprächsführung (skills)
- Grundlegendes Modell für mental health etablieren
- Ressourcen umverteilen

*Quelle: Klinikum Niederlausitz GmbH,
Dipl.-Med. Hendrik Karpinski,
Geschäftsführer
AAP, 1993 Pediatrics 92: 731-3*

Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung
Berlin, 30. November 2016

Unsere Versorgungslandschaft



Psychologie
Psychotherapie
Psychiatrie



„somatische Medizin“



psychosomatische Medizin

*Quelle: Klinikum Niederlausitz GmbH,
Dipl.-Med. Hendrik Karpinski,
Geschäftsführer*

Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung
Berlin, 30. November 2016

Was sollte getan werden

Beispiel sozialpädiatrische Zentren

(Neuruppin, Potsdam, Cottbus, Frankfurt (Oder))

- Kinderdiabetologie
- Kinderkardiologie

Letzte Prüfungen im Land
Brandenburg:

Neuropädiatrie: 13.05.2015

Kinderdiabetologie: 16.06.2010

Kinderkardiologie: 25.10.2016



Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung
Berlin, 30. November 2016

Was sollte getan werden

➤ Etablierung berufsbegleitender Weiterbildung zum Teil in Zusammenarbeit mit der Akademie der Gesundheit Berlin/Brandenburg e. V.

- langjährige Zusammenarbeit Perinatalzentren (Klinikum Barnim GmbH, Werner Forßmann Krankenhaus in Eberswalde, Sana Krankenhaus Templin, Asklepios Klinikum Uckermark in Schwedt, Krankenhaus Märkisch-Oderland GmbH mit dem Klinikum Strausberg)
- AHA-Reanimationskurse, Teamschulung, videogestützt
- DEGUM III-Kurse Sonografie in Kooperation mit der Krankenhaus Märkisch-Oderland GmbH

Was sollte getan werden

➤ Kommunikation, Zusammenarbeit

- a) im Fachbereich
- Zusammenarbeit mit Zentren der Maximalversorgung unter diesem Aspekt sehr positiv, z. B. Kinderonkologie
 - zwischen den Klinikstandorten: Perinatalzentrum
 - mit den Niedergelassenen: Pädiatertag
 - Netzwerk Gesunde Kinder (+ Ärzte/ Schwestern)
 - damus – Verein für Gesundheit und Leben Nord-Ost Brandenburg e. V.
 - „Kinder von körperlich kranken Eltern“
 - „Spenden für Menschen in außergewöhnlicher Belastungssituation“



4. Die Vision kommunizieren

Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung
Berlin, 30. November 2016

Was sollte getan werden

- b) in der GLG mbH
- Geschäftsführung
 - Verwaltungsdirektion
 - Pflegedienstleitung
 - Chefarztkonferenz
 - Kinderklinik
- c) MASGF: Unterstützung Perinatalzentren (Treffen am 19. Juli 2016)
- d) Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigung
- e) Zukunftswerkstatt

4. Die Vision kommunizieren

Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung
Berlin, 30. November 2016

- „Kultur der ganzheitlichen Entwicklung“
(*Wer das eine will, muss das andere mögen!*)
 - Anspruchsvolles Konzept einschließlich personeller und wirtschaftlicher Konsequenzen

- „Vorleistungen“ nicht gegenfinanziert
 - GBA Perinatalzentrum
 - Ausbildung (Neoschwester)
 - Ärztliche Personalentwicklung ohne Planungssicherheit (stationär/ ambulant)

IGES-Gutachten Mecklenburg- Vorpommern

Erfolg im ländlichen Raum: Regionalkonzept! = Betrachtung des Gesamtkonzeptes

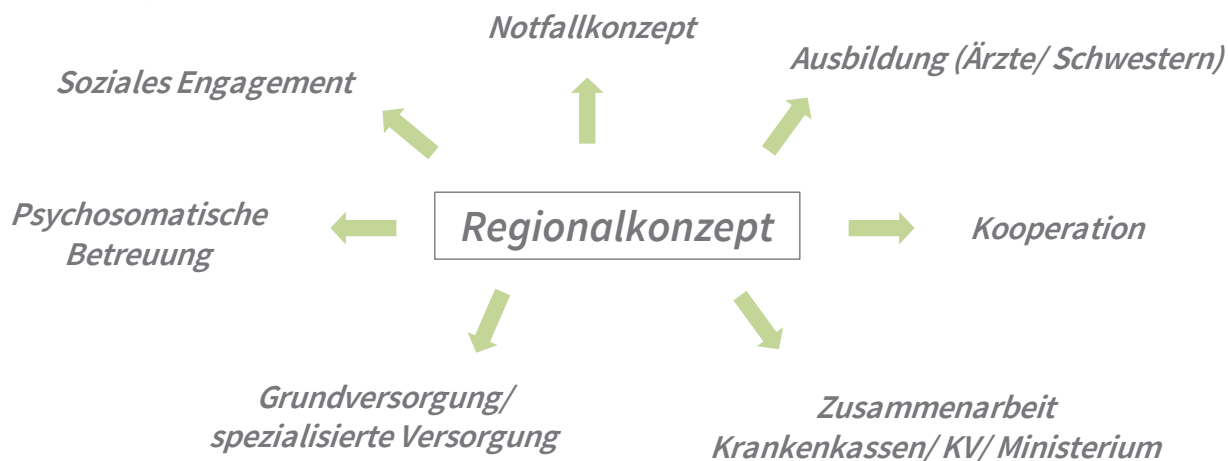
Quelle: IGES

„Für die verstärkte Zusammenarbeit zwischen dem stationären und ambulanten Sektor existiert...eine Vielzahl von Optionen.“

„Eine sektorübergreifende Planung ist allerdings nur durch gemeinsame Gremien und eine gemeinsame Sicherstellungs-/ Versorgungsverantwortung für die beiden Sektoren möglich.“

IGES-Gutachten Mecklenburg- Vorpommern

Wie wird die Grundversorgung, die Notfallversorgung, die spezialisierte Versorgung (Kind mit Typ I-Diabetes, Kind mit Asthma...) und die psychosomatische Betreuung qualitativ und erreichbar weiter unterstützt?
24h/ 7 Tage!



„Vom Besten lernen“

- Psychosomatische Versorgung (Klinikum Niederlausitz GmbH „IntraAct Plus“)
- Zukunftswerkstatt

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit



Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung
Berlin, 30. November 2016



Kindertagesklinik

Komplementäre Versorgungsform an der Schnittstelle
ambulanter und stationärer Pädiatrie

Volker Stephan



Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung, 30.11.2016, Berlin



Kinderklinik Lindenhof



Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung, 30.11.2016, Berlin



Sana Klinikum Lichtenberg

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin



Stationäre Struktur



Kennzahlen 2015:

115 Betten, 6850 stat. Patienten, 3,2 Tage Verweildauer in Pädiatrie
25 FA, davon 7 OA, 10 Assistenten, Psychologen und therapeutisches Personal
(Physio./Ergo./Pädagogen/Logo., Musiktherapie)

Bereiche

- ✓ Pädiatrische Intensivmedizin
- ✓ Neonatologie
- ✓ Drei allgemeinpädiatrische Stationen mit Schwerpunkten
Endokrinologie / Diabetologie,
Neuropädiatrie/Pneumologie/Allergologie/Gastroenterologie
- ✓ Psychosomatik (in Kooperation mit CÄ Dr. May, KJP am KEH)
- ✓ Kinderchirurgie (CA Dr. Noatnik)

Rettungsstelle (ca. 26200 Pat. in 2015)

Sozialpädiatrisches Zentrum (4350 Patienten in 2015)

- ✓ Neuropädiatrie
- ✓ Diabetes mellitus, Endokrinologie
- ✓ Adipositas "Mops fidel"

Spezialsprechstunden

- ✓ Pulmologie /Allergologie/Mukoviszidose
- ✓ Endokrinologie
- ✓ Nephrologie
- ✓ Hämostaseologie
- ✓ Langzeitbeatmung

Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung, 30.11.2016, Berlin



Fallbericht: Ei-Allergie

- ✓ Säugling mit Neurodermitis, Einführung von Ei in Ernährung ?
- ✓ Durchführung eines oralen Provokationstestes vor Nahrungsumstellung
- ✓ Nach 0,2 g Ei systemische allergische Reaktion
 - Behandlung und Stabilisierung nach 15 min
 - Training der Notfallbehandlung mit Eltern
 - Ernährungsberatung und Entlassung



Fallbericht: Kopfschmerz

- ✓ 14 jähriger Jugendlicher mit Kopfschmerzen seit zwei Monaten
- ✓ Durchführung eines Standard-Algorithmus bestehend aus:
Anamnese einschl. Analyse des Kopfschmerzkalender,
neuropädiatrische Untersuchung, EEG, cerebrale Bildgebung,
augenärztliches Konsil, HNO-Untersuchung, psychologische
Evaluation, ggf. Anleitung zu Bewältigungsstrategien

Die Lösung: Tagesklinik



- ✓ Aufenthalt von 8 – 16 Uhr, Mo. - Fr.
- ✓ max. 6 Pat. pro Tag, Verweildauer 2,3 Tage
- ✓ Facharzt, drei Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen,
Betreuung u.a. durch Psychologin und Therapeuten der Klinik
(Physio./Ergo./Pädagogen/Logo., Musiktherapie)
- ✓ Strukturierte diagnostische und therapeutische „Programme“ nach
meist kurzfristiger (+/- 1 Woche) Terminvergabe

Behandlungsspektrum

Diagnostik

- endokrinologische/diabetologische Funktionsdiagnostik
- neuropädiatrische Funktionsdiagnostik
- Bildgebung mit Sedierung/Narkose
- Endoskopie der Atemwege/Verdauungsorgane
- Nahrungsmittelprovokationen
- Abklärung Kopfschmerz, Bauchschmerzen, Dystrophie...
- Jahres-Check-up bei chron. Erkrankungen wie z.B. Mukoviszidose

Therapie

- Diabetikerschulungen
- Fütterungstraining bei Mutter-Kind-Interaktionsstörungen
- Botulinumtoxin-Behandlungen
- Kurzinfusionen von Antibiotika und „Biologicals“

Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung, 30.11.2016, Berlin



Ausblicke

Rose is a rose is a rose is a rose...

Sacred Emily, Gertrude Stein, 1913

Erweiterung des Leistungsspektrums durch z.B.

- ✓ neurologische Rehabilitation
- ✓ Eltern - Kind- Intensiv-Schulungen
- ✓ Akutbehandlung von Neurodermitis, Gastroenteritis, Asthma

Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung, 30.11.2016, Berlin



Vielen Dank !

Impressum

Herausgeber

Cluster Gesundheitswirtschaft Berlin-Brandenburg – HealthCapital
c/o Berlin Partner für Wirtschaft und Technologie GmbH
Fasanenstraße 85
10623 Berlin
info@healthcapital.de
www.healthcapital.de

Dokumentation, redaktionelle Bearbeitung und Layout

AGENON – Gesellschaft für Forschung und Entwicklung im Gesundheitswesen mbH
Kaustraße 21
14163 Berlin

Bildnachweise

Titel: Bild Arzt untersucht Jungen © Brocreative/Shutterstock.com; Bild Neugeborenes © Ivolodina/Shutterstock.com; Bild Mädchen mit Teddy © Oksana Kuzmina/Shutterstock.com
Veranstaltungsfotos: © Konstantin Gastmann/Berlin Partner
Abbildungen 1 und 2: eigene Darstellung

Kontakt

Handlungsfeldmanagement des Handlungsfeldes 3 „Neue Versorgungsformen und Rehabilitation“
Harald Mylord, Berlin Partner für Wirtschaft und Technologie GmbH, Tel.: 030 46302 526, Mail: harald.mylord@berlin-partner.de

© Alle Rechte vorbehalten Februar 2017



EUROPÄISCHE UNION

Europäischer Fonds für
regionale Entwicklung

Gefördert aus Mitteln der Länder Berlin und Brandenburg, der Investitionsbank Berlin; kofinanziert von der Europäischen Union – Europäischer Fonds für Regionale Entwicklung.



HealthCapital
BERLIN BRANDENBURG



EUROPÄISCHE UNION

Europäischer Fonds für
regionale Entwicklung

Gefördert aus Mitteln der Länder Berlin und Brandenburg, der Investitionsbank Berlin; kofinanziert von der Europäischen Union –
Europäischer Fonds für Regionale Entwicklung.