



**Gesund Aufwachsen von Kindern und
Jugendlichen – aktuelle
Herausforderungen**



Kinderkliniken: gestern – heute!?



Entwicklung der Kinderheilkunde in Deutschland

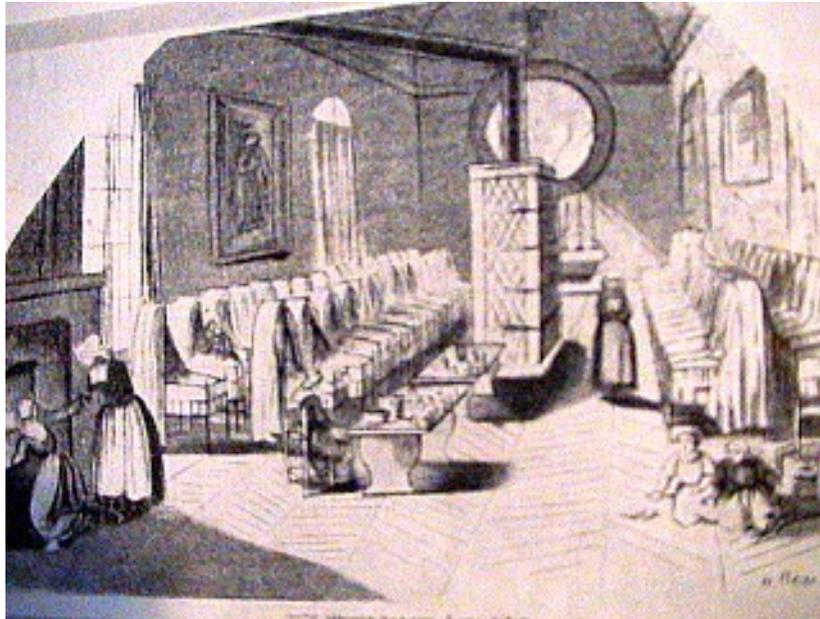
- die Bezeichnung "Kinderheilkunde" und "Kinderarzt" hat es schon im alten Indien gegeben, wo um 500 v. Ch. der berühmte Kinderarzt **Jivaka** wirkte
- die Ägypter, Römer und Griechen kannten die Bezeichnung nicht
- in Deutschland spricht zuerst der Augustinermönch **Abraham a Santa Clara** (1644-1709) von "Kinderärzten"

Entwicklung von Kinderkliniken in Deutschland

Bis zum Ende des 18. Jahrhunderts werden kranke Kinder in den Krankenhäusern stets mit Erwachsenen zusammen untergebracht. Denkschrift der Pariser Akademie der Wissenschaften (1785):

"...in je einem Krankenzimmer sind bis zu 100 Kranke zusammengedrängt. Es kommt vor, dass sich in einem Bette 8-9 Kinder zugleich befinden oder Erwachsene mit Kindern im gleichen Bett zusammenliegen. Ansteckende Krankheiten wie Masern, Blattern und Ruhr werden nicht abgesondert....".

Entwicklung von *Kinderkliniken* in Deutschland



im Jahr 1802 Gründung des ersten
Kinderkrankenhauses überhaupt in Paris:
das **Hôpital des enfants malades**

Als **erste deutsche Universitäts-
Kinderklinik** und damit als erstes deutsches
Kinderkrankenhaus wird 1829 in der
Berliner Charité eine Abteilung mit 30-45
Betten errichtet



Entwicklung von *Kinderkliniken* in Deutschland

1907: der ärztliche Kreisverein von Offenbach-Stadt erklärt die Bezeichnung "Kinderarzt" für *„nicht der Würde des ärztlichen Standes entsprechend“*.

Entwicklung der Kinderheilkunde in Deutschland

- Universitätskinderkliniken: Berlin, Leipzig, Wien, Prag, München und Würzburg
- an übrigen 14 Universitäten: keine Kinderkliniken!
- 1874 Denkschrift von **August Steffen**: Wichtigkeit der Kinderheilkunde wird anerkannt, eigene Kliniken und Professuren seien nicht nötig
- weitere Entwicklung damit gehemmt, eine gewisse Engstirnigkeit hat also in Deutschland historischen Boden
- um die Jahrhundertwende haben Schweden, Norwegen, Österreich-Ungarn, Frankreich und die Schweiz jene Forderungen erfüllt, um die in Deutschland immer noch gekämpft wird
- mit 50-jähriger Verspätung wird 1918 die Kinderheilkunde in der Prüfungsordnung für Mediziner verankert

Entwicklung der Kinderheilkunde in Deutschland

- Lehrstühle bleiben i.R.von Internisten besetzt: **E. Hensch** und **O. Heubner** waren ursprünglich für innere Medizin habilitiert
- mehrfach wurden in Deutschland ausländische Vertreter der Kinderheilkunde auf die Lehrstühle berufen: **A. Czerny**, **M. v. Pfaundler**, **E. Feer** und **Pirquet**
- die erste kinderärztliche Schule in Deutschland begründete **Otto Heubner** (1843-1926) aus Mühltröfz in Sachsen
- Heubners Nachfolger auf dem Berliner Lehrstuhl: **A. Czerny** = bedeutendste Persönlichkeit unter den deutschen Kinderärzten



Warum wird der Kinder- und Jugendarzt gebraucht?

- anatomisch-physiologische und pathophysiologische Besonderheiten verschiedener Altersgruppen im Unterschied zum Erwachsenenalter
- differenzierte Entwicklung des Kindes
- differierendes Erkrankungsspektrum
- psychisch-emotionale Situation

Aktuelle Situation

gesundheitspolitische Aspekte:

- abnehmende Anzahl von Kindern
- ungünstige Altersstruktur der Kinder- und Jugendärzte, besonders in den neuen Bundesländern
- Betreuung von Kindern durch Nichtpädiater in Praxis und Klinik
- wachsende Erwartungshaltung der Eltern
- Zersplitterung der fachlichen und berufspolitischen Aktivitäten

fachliche Aspekte:

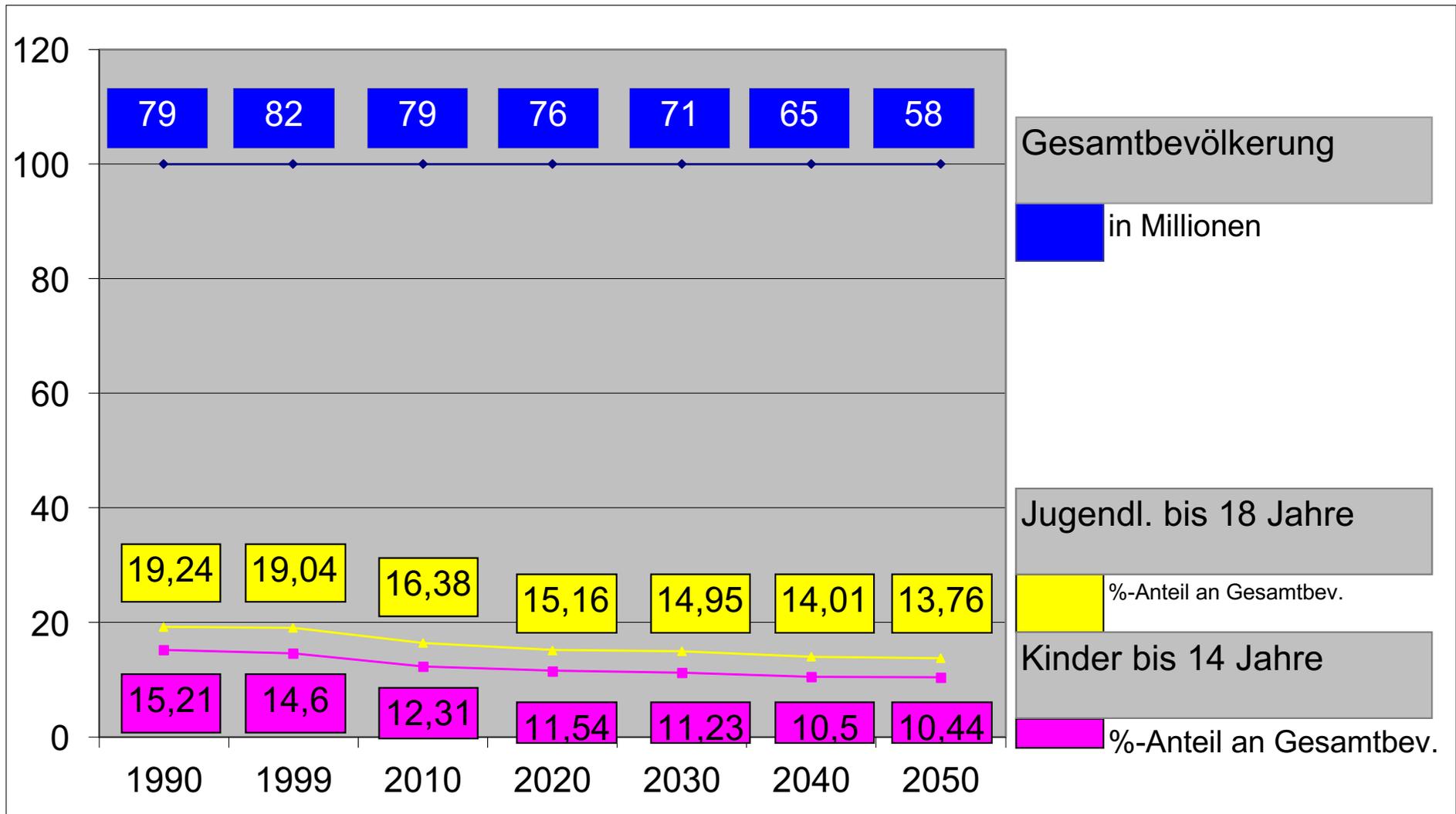
- zunehmendes Wissenspotential → erweiterte Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten
- verstärkte Spezialisierung
- wachsendes ambulantes Spektrum



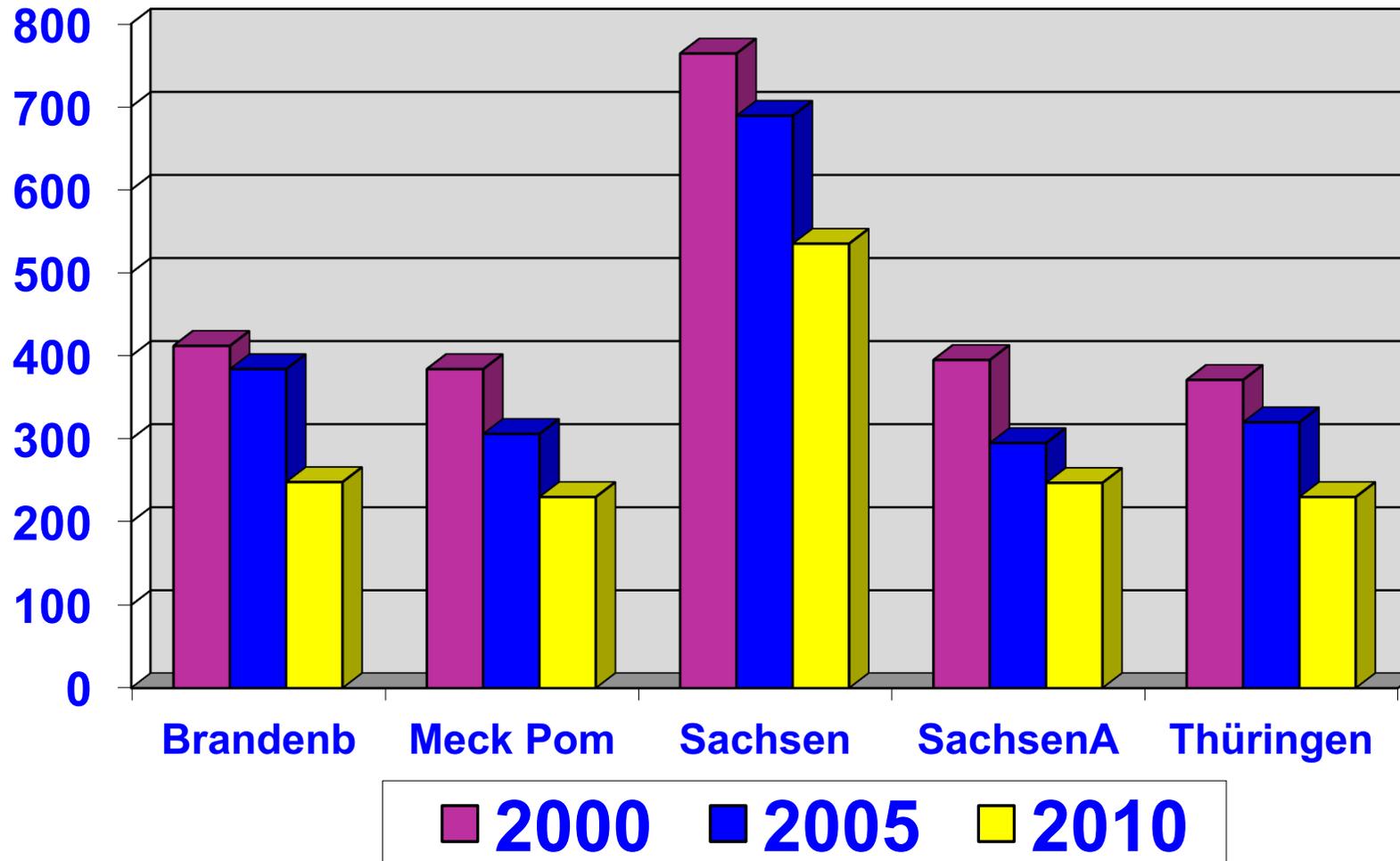
Demographie

- die Anzahl der Kinder und Jugendlichen in Deutschland und deren prozentualer Anteil an Gesamtbevölkerung nehmen im zeitlichen Trend ab
- **2009** lebten in Deutschland **13.473.000** Kinder und Jugendliche (0-17 Jahre)
- bereits in 2020 reduziert sich der Anteil der 0- bis 17-Jährigen je nach Berechnungsmodell um 6,5 bis 9,4 %
- die Bevölkerungsentwicklung ist in Deutschland regional verschieden; in den neuen Bundesländern bspw. stärkerer Rückgang bei den 0- bis 17-Jährigen
- soziale Lebenslagen bestimmen Anforderungen an medizinische Versorgung
- weniger Kinder sollen besser medizinisch versorgt werden

Sinkende Kinderzahlen in Deutschland



Sinkende Anzahl von Kinderärzten in Deutschland

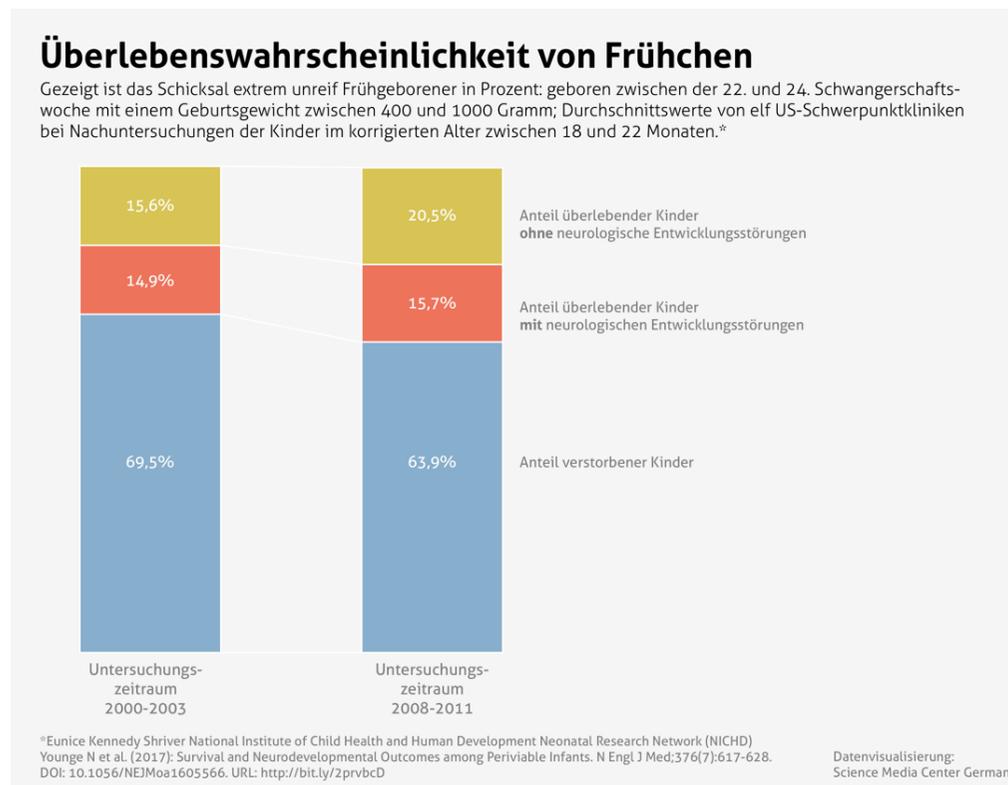


Epidemiologie

- Krankheitsspektrum im Kindes- und Jugendalter unterliegt Wandel (neue Morbidität) → Zunahme bei chronischen sowie bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen
- krankheitsbegünstigende Einflussfaktoren und Erkrankungsrisiko sind auch bei Kindern und Jugendlichen eng mit sozialer Lebenslage verknüpft
- mit zunehmender sozialer Benachteiligung (Sozialer Status, Armut, finanzielle Rahmenbedingungen, Bildungsferne, Migrationshintergrund) steigt das Risiko für eine Erkrankung (wenige Ausnahmen)
- Verschiebung innerhalb des Krankheitsspektrums + verstärkende soziale Probleme = erhöhter quantitativer Betreuungsaufwand
- gleichzeitig stellen sich neue inhaltliche Herausforderungen für die ambulante und stationäre kinder- und jugendmedizinische Versorgung
- Prävention, gemeinwesenbezogene Gesundheitsversorgung und ortsnahe Koordinierung der Akteure werden zunehmend bedeutsam

„Neue“ bzw. aktuelle Morbiditäten in Kinderkliniken Deutschlands

■ Intensivmedizin/Neonatologie



„Neue“ bzw. aktuelle Morbiditäten in Kinderkliniken Deutschlands

- Chronische Erkrankungen; z.B. Häma/Onko, CF, CED, rheumatischer Formenkreis u.a.



„Neue“ bzw. aktuelle Morbiditäten in Kinderkliniken Deutschlands

■ Palliativmedizin



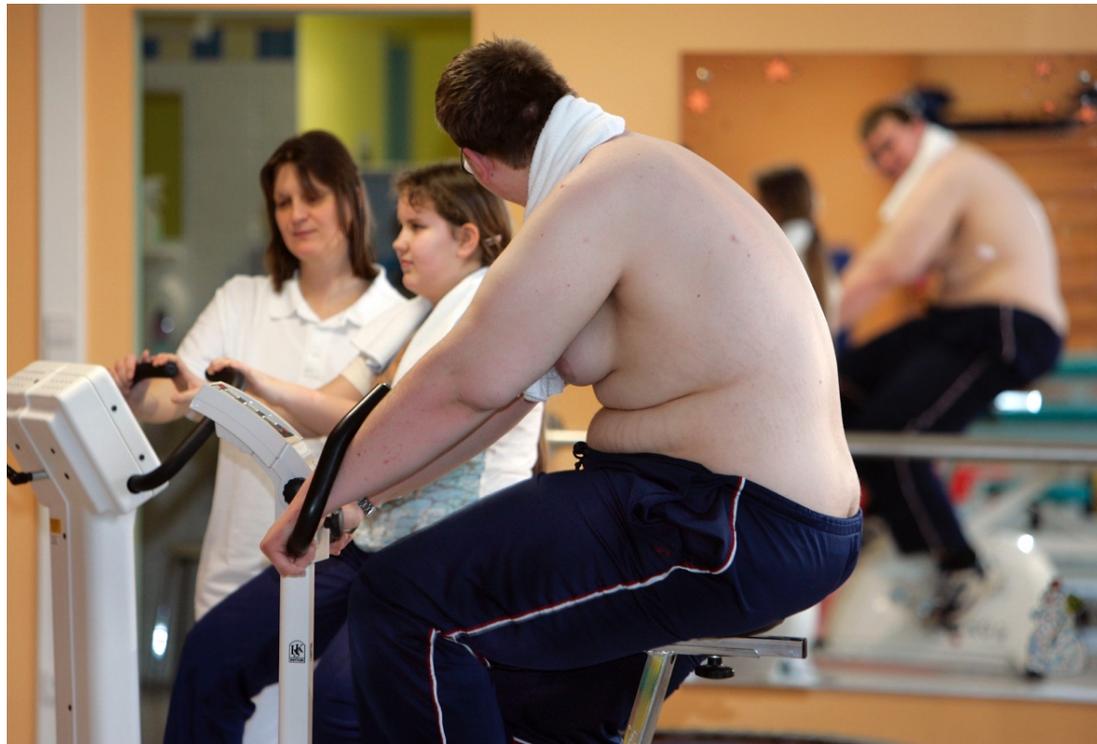
„Neue“ bzw. aktuelle Morbiditäten in Kinderkliniken Deutschlands

- Psychosomatische
Krankheitsbilder (Sozialpädiatrie)



„Neue“ bzw. aktuelle Morbiditäten in Kinderkliniken Deutschlands

- verhaltensabhängige Störungen (z.B. Adipositas, Essstörungen); Substanzmissbrauch, gestörtes Sozialverhalten u.a.



Institutionelle Ressourcen (stationärer Bereich)

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

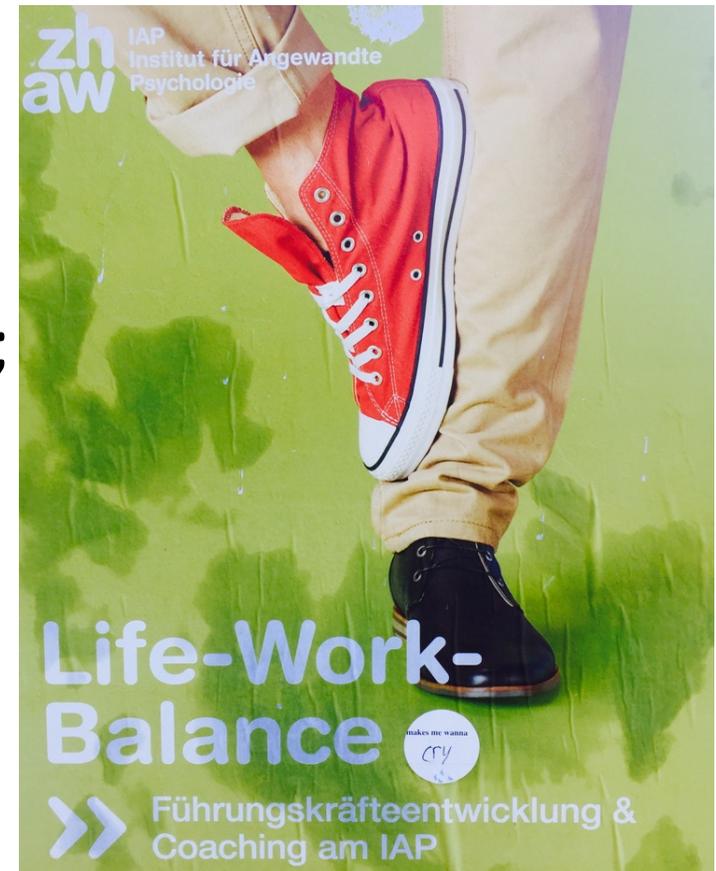
Veränderte Erwartungshaltung von Eltern

- Kinderarzt soll möglichst 7/24 erreichbar sein
- schmerzfreie Diagnostik und Therapie
- Anwendung umfassender Diagnostikmethoden
- kurze Behandlungsdauer
- stationären Aufenthalt vermeiden; kurze VWD
- detaillierte Auskünfte
- Internetwissen („Dr. Google“)



Veränderte Erwartungshaltung des Mediziner Nachwuchses

- Y-Generation (nach 1980 geboren):
lehnen Hierarchien ab
- streben kaum Karriere an
- wünschen sich geregelte
Arbeitszeiten: nine-to-five-job;
flexible Arbeitszeiten
- Medizin ist weiblich
- Work-life-balance



Fazit - Prognose

- sinkende Kinderzahl könnte sich mit rückläufiger Kinderärztezahl etwa die Waage halten
- Mehrheit der Kinderärzte in Kliniken tätig → flächendeckendes, ambulantes Kinderärztenetz ist in Frage gestellt
- Zahl der Kinderkliniken wächst nicht!
- ambulante Kinderbetreuung liegt wieder verstärkt in Händen von Allgemeinmedizineren → spezialisierte Betreuung von Kindern wird vernachlässigt → wachsende Bedeutung der stationären Kinderheilkunde → hier: kürzere VWD (≈ 4 Tage)
- steigende Kosten und höhere Spezialisierung im stationären Sektor erfordert Zentrumsbildung

Vielen Dank fürs Zuhören!