

# **Kinder- und Jugendmedizin in Mecklenburg-Vorpommern**

**Dr. Martin Albrecht, Prof. Dr. Thomas Kersting, IGES Institut**

Zentrale Ergebnisse der wissenschaftlichen Untersuchung  
Schwerin, 13. April 2015

1. Versorgungslage in der Kinder- und Jugendmedizin
2. Zukünftige Herausforderungen
3. Lösungsansätze

# 1. Versorgungslage in der Kinder- und Jugendmedizin

- Fehlende wissenschaftliche Grundlagen zum tatsächlichen Versorgungsbedarf.
  - Ausmaß Versorgungskapazitäten insgesamt vs. regionale Verteilung vorhandener Versorgungskapazitäten
- Stattdessen: statistische Kennziffern zu stationären und ambulanten Versorgungskapazitäten
- „Versorgungsgrade“ in der vertragsärztlichen Bedarfsplanung
  - Schwellenwerte zur Definition von Über-/Unterversorgung
  - Versorgungsbedarf nur rudimentär erfasst
- **Allein auf Basis der üblichen Kennziffern nur beschränkt Aussagen über Zugang zur kinderärztlichen Versorgung möglich.**

## Übliche statistische Kennziffern zeigen überdurchschnittlich große kinderärztliche Versorgungskapazitäten

- 164 Kinderärzte (119 vollzulassungs-/vollzeitäquivalent) in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung
  - Versorgungsgrad rd. 200%
  - 55 Kinderärzte je 100 Tsd. Einw. <18 J. (Bund: 43,5)
  
- 232 pädiatrische Betten je 100 Tsd. Einw. < 18 J. in 16 Krankenhäusern (zweithöchste Bettendichte)
  - überdurchschnittliche Krankenhaushäufigkeit, vor allem in Altersgruppe 1-5 Jährige

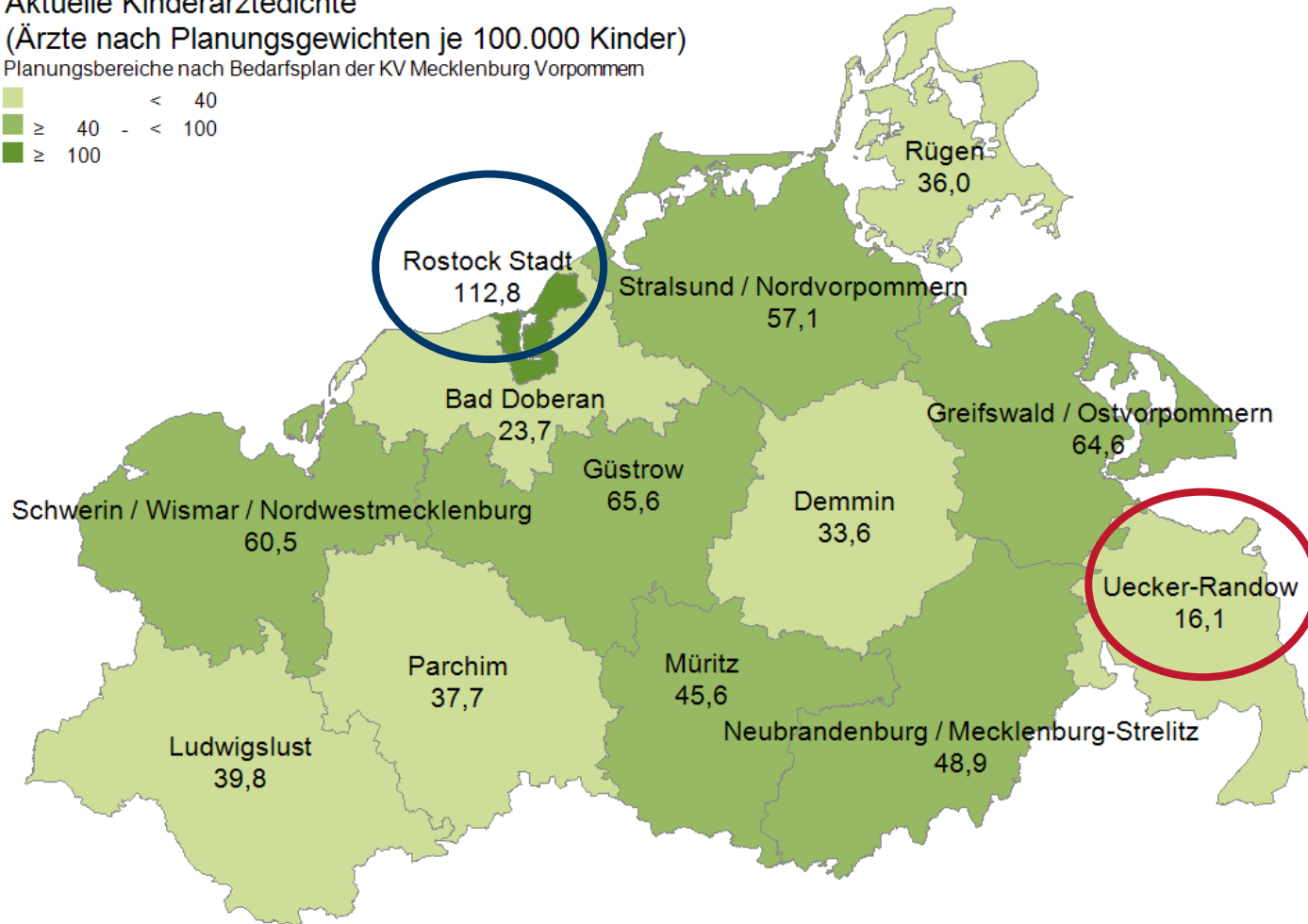
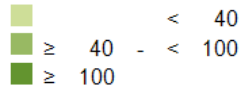
# Aktuelle Kinderarztdichte

Anzahl Kinderärzte je 100.000 Einwohner <18 Jahre

## Aktuelle Kinderärztedichte

(Ärzte nach Planungsgewichten je 100.000 Kinder)

Planungsbereiche nach Bedarfsplan der KV Mecklenburg Vorpommern



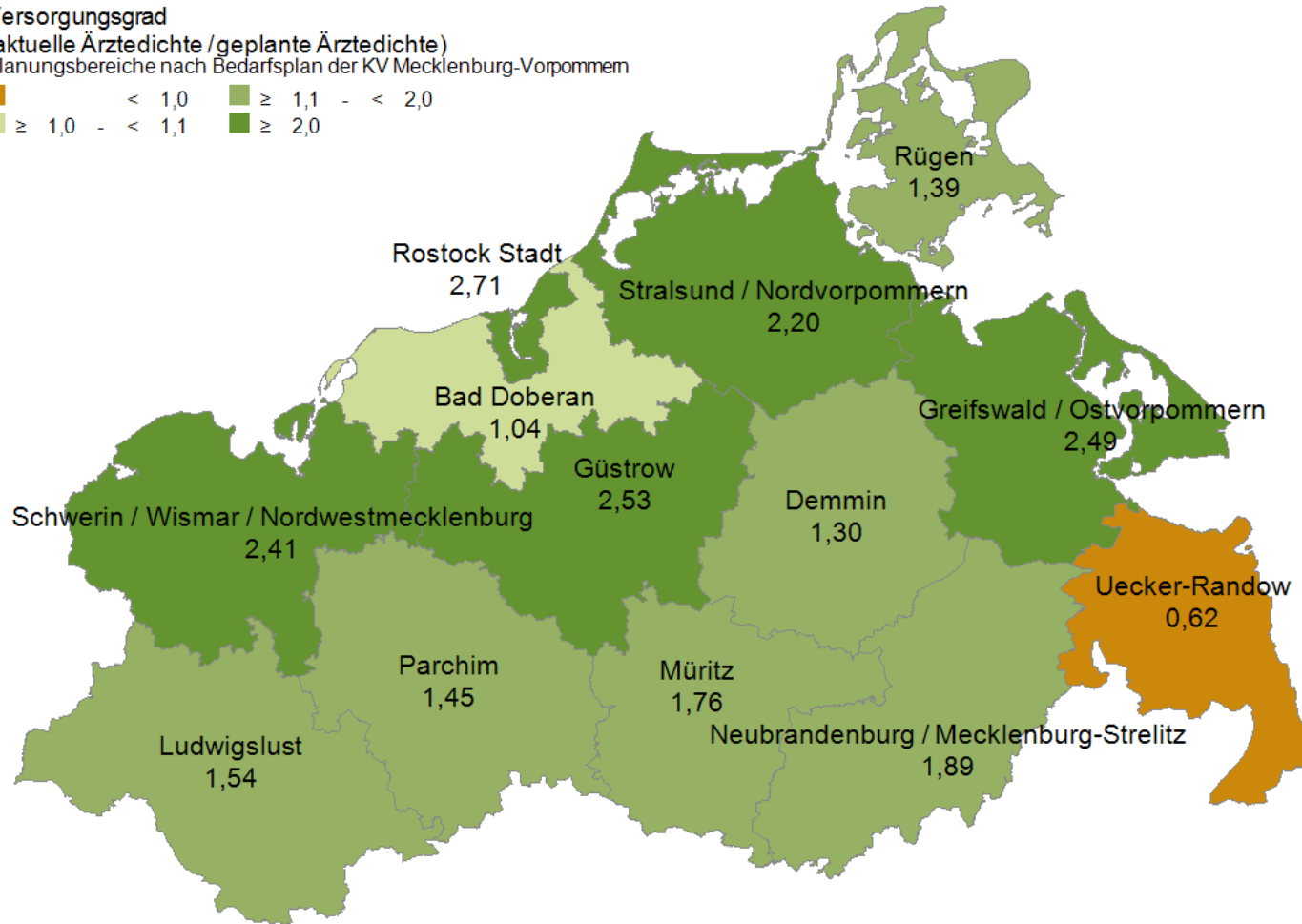
Quelle: IGES auf Basis der Arztsuche der KV MV und Statist. Landesamt MV  
Standorte Kinderärzte 2014, Anzahl Kinder <18 Jahre zum 31.12.2010

# Versorgungsgrad Kinderärzte

## aktuelle vs. geplante Kinderärztedichte, 2014

Versorgungsgrad  
(aktuelle Ärztedichte / geplante Ärztedichte)  
Planungsbereiche nach Bedarfsplan der KV Mecklenburg-Vorpommern

■ < 1,0    ■ ≥ 1,1 - < 2,0  
■ ≥ 1,0 - < 1,1    ■ ≥ 2,0



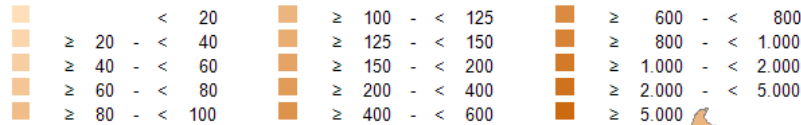
Quelle: IGES auf Basis der Arztsuche der KV MV und Statist. Landesamt MV

- Soll-Vorgaben der Bedarfsplanung zur Kinderarztdichte basieren auf Arzt-Einwohner-Verhältnis zum 31.12.1990 (ohne neue Bundesländer)
  - allein historisch begründet, nicht durch gemessenen Versorgungsbedarf
- Kinderärzte – im Unterschied zu Hausärzten – nicht kleinräumig (22 Mittelbereiche), sondern auf Kreisebene geplant (13 Planungsbereiche)
  - Umlandversorgung durch Kinderärzte in großen Städten wird unterstellt
- ➔ **Lücken im Zugang zur kinderärztlichen Versorgung und dadurch bedingte Versorgungsdefizite?**
  - weitergehende Untersuchungen z.B. zu Erreichbarkeit, ambulantes Potential in stationärer (Notfall-) Versorgung

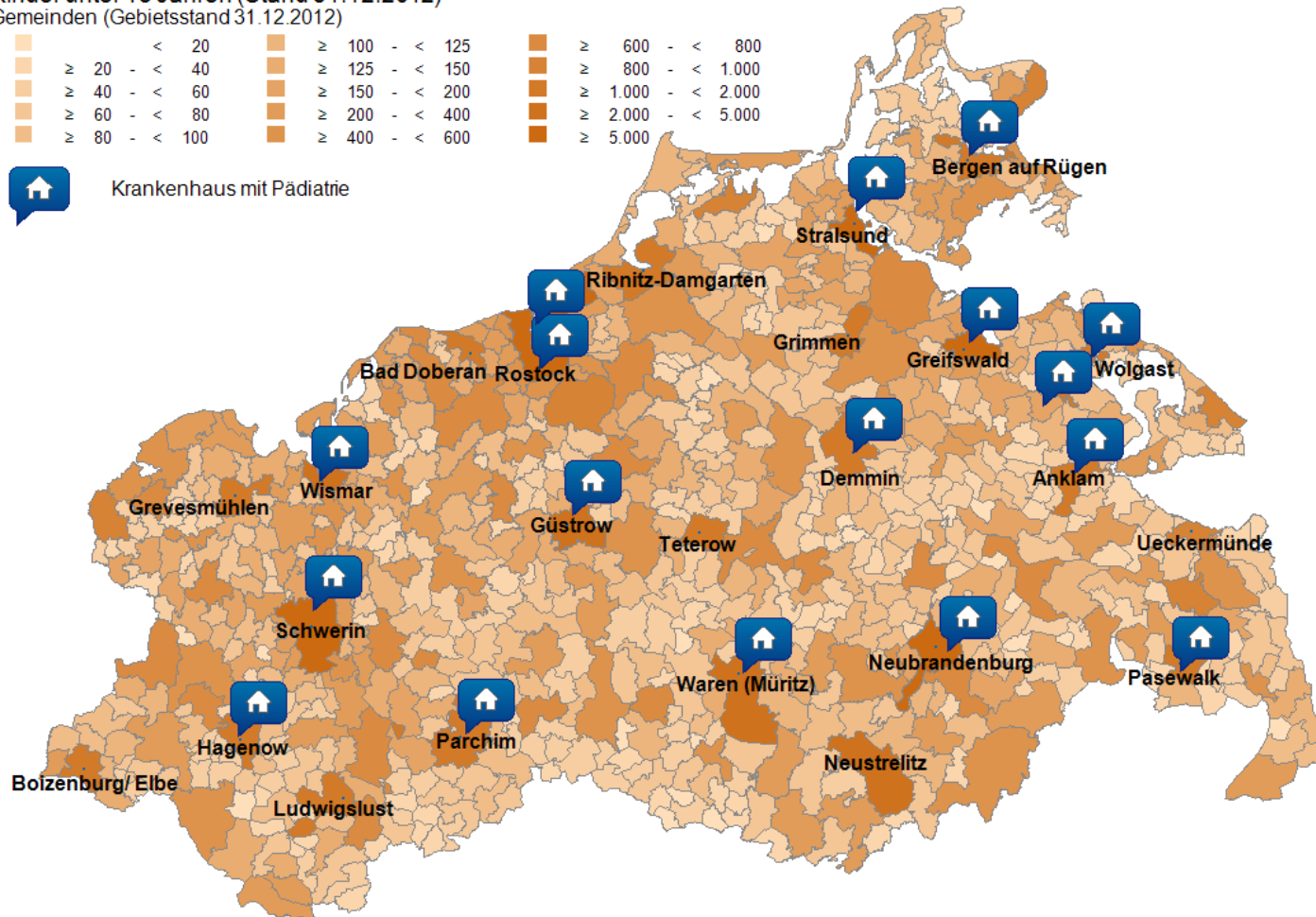


# Krankenhäuser mit pädiatrischer Fachabteilung, 2014

Kinder unter 15 Jahren (Stand 31.12.2012)  
Gemeinden (Gebietsstand 31.12.2012)



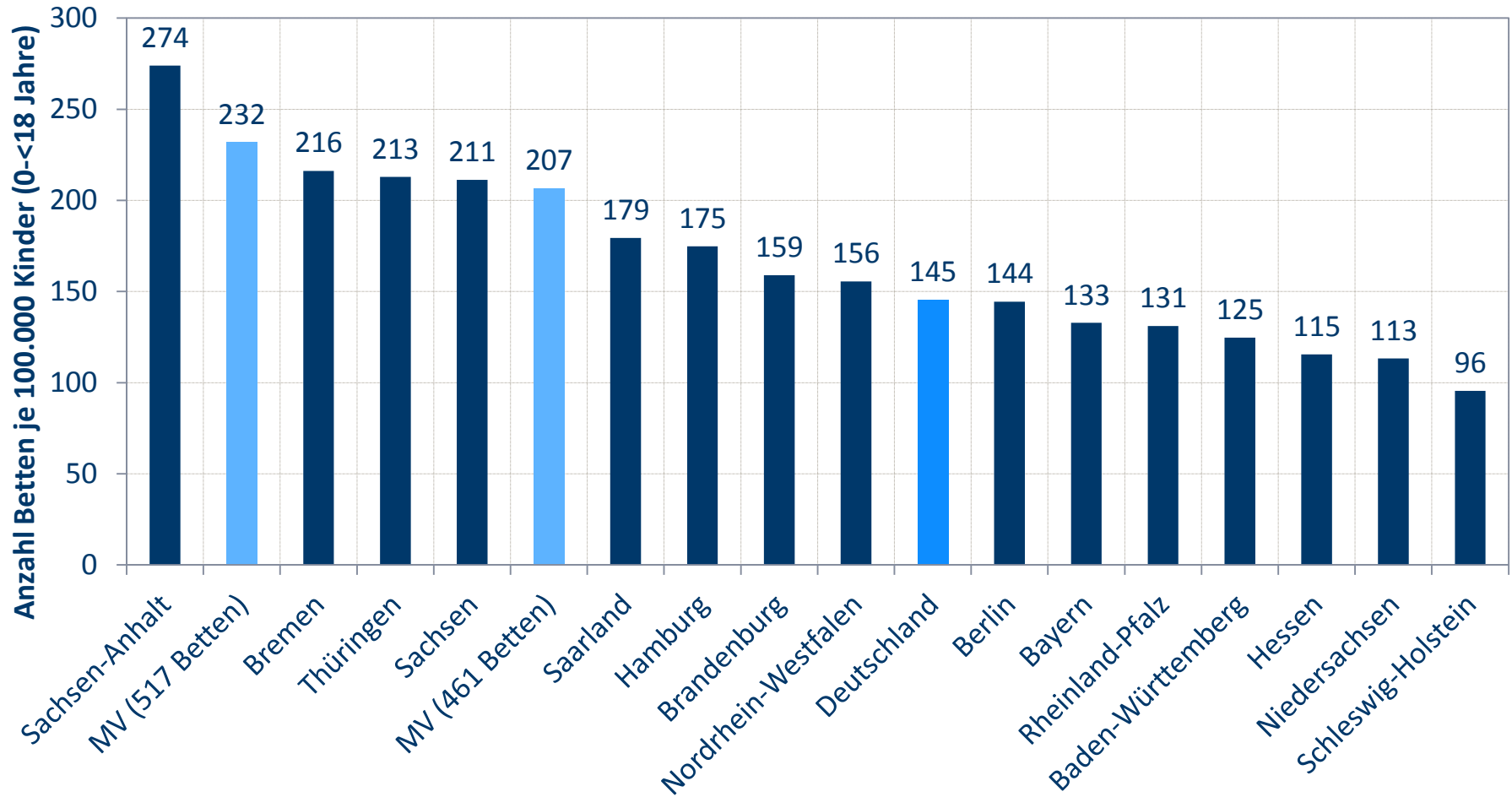
Krankenhaus mit Pädiatrie



Quelle: IGES auf Basis von Daten des MAGS

# Bettendichte in Fachabt. Kinderheilkunde

Betten je 100.000 Einwohner (<18 Jahre), 2013



Quelle: IGES auf Basis von Daten des MAGS

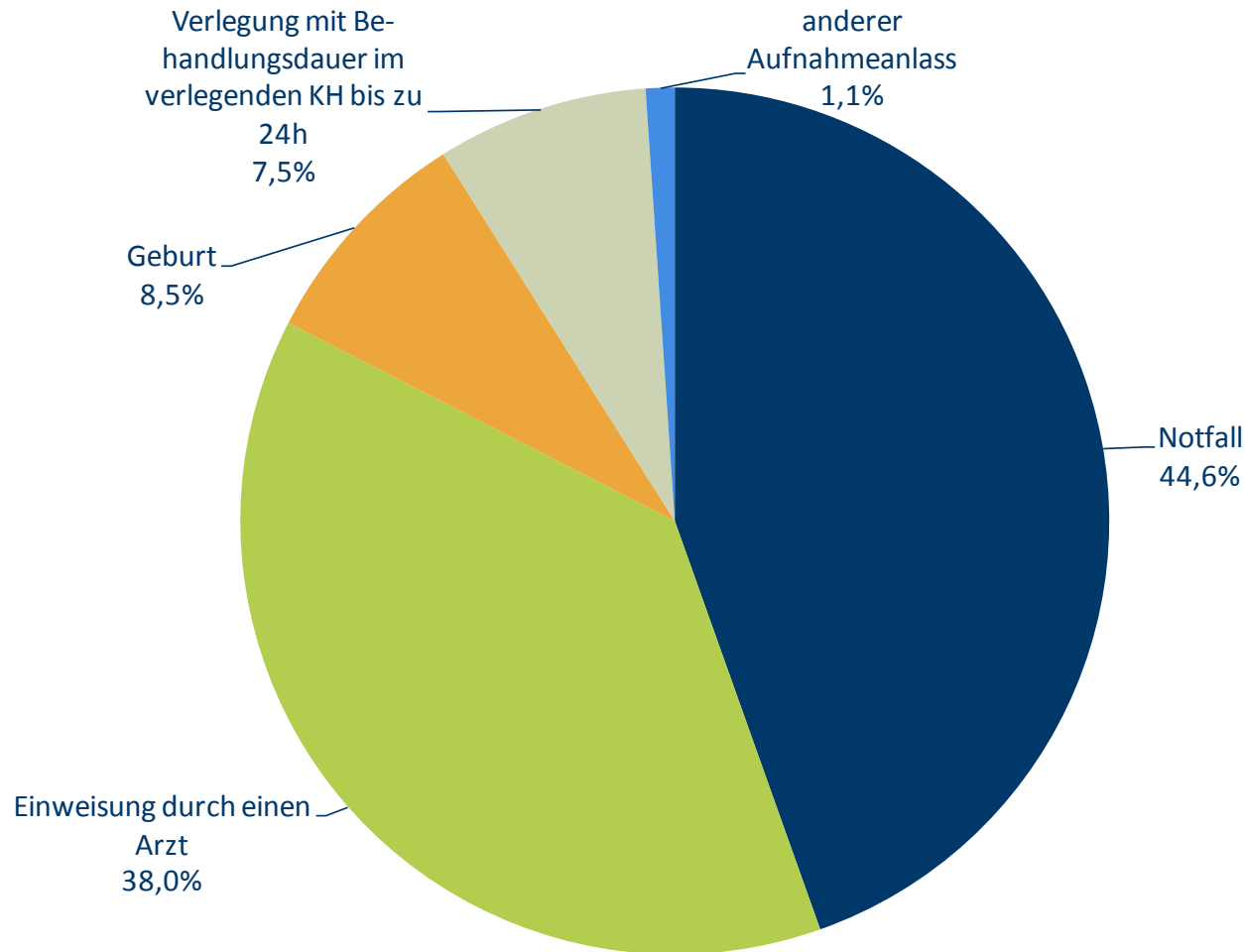
# Betten und Fälle in der Kinderheilkunde, 2008/2013

Fachrichtung	Anzahl Betten		Veränderung	Anzahl Fälle		Veränderung
	2008	2013		2008	2013	
Gynäkologie / Geburtshilfe	689	525	-23,8%	37.947	36.173	-4,7%
Kinderchirurgie	114	77	-32,5%	5.943	6.076	+2,2%
Kinderheilkunde	562	461	-18,0%	25.977	25.370	-2,3%
Kinder- und Jugendpsychiatrie	162	171	+5,6%	1.496	1.642	+9,8%

Quelle: IGES auf Basis von Daten des MAGS

# Verteilung nach Aufnahmeanlass

## Krankenhausfälle 0-18-Jährige, 2013



Quelle: IGES auf Basis von Daten des MAGS

## 2. Zukünftige Herausforderungen

- Aktuell rd. 190.000 Kinder (<15 Jahre), knapp 20% wohnen in Schwerin und Rostock.
- Starker Rückgang der Kinderzahl bis 2030 auf rd. 170.000 (-10%).
- Regionale Verteilung: zunehmende Konzentration auf städtische Zentren.
- In Landkreisen daher Rückgänge viel stärker (z.B. Mecklenburgische Seenplatte -30%).

# Veränderung der Anzahl Kinder <15 J.

Prognose nach Kreisen, 2030 ggü. 2013



Quelle: IGES auf Basis Statistisches Landesamt MV

- Aktuelle Bedarfsplanung entspricht Rückgang der Kinderzahl
  - nur noch 59 bis max. 65 Kinderärzte (ggü. 119 aktuell)
- Aber Sicherstellung eines flächendeckend patientennahen Zugangs zu Kinderarztpraxen immer schwieriger
  - Praxen in dünner besiedelten Gebieten kaum noch wirtschaftlich betreibbar.
- Gilt auch für kleinere geburtshilfliche/pädiatrische Fachabteilungen von **Krankenhäusern** in ländlichen Regionen.
  - Mindestanforderungen an Strukturqualität schwieriger zu erfüllen (Facharztstandard)
  - oft als erstes von Schließungen betroffen



## Veränderung der Morbidität

- Sozioökonomische Einflussfaktoren des kinderärztlichen Versorgungsbedarfs.
- Verschiebung des Krankheitsspektrums (relativ mehr chronische und psychische Erkrankungen)
  - erfordert mehr interdisziplinäre Koordination vor Ort

## Ärztlicher Nachwuchs

- Mehr als 1/5 freiberuflich tätiger Pädiater in MV > 60 Jahre.
- (Nach-)Besetzung von Praxissitzen und Arztstellen in Kliniken zunehmend schwierig
  - Nachwuchs präferiert größere Städte, feste Arbeitszeiten, umfangreiche Weiterbildungsmöglichkeiten etc.

# 3. Lösungsansätze

- Maßnahmen **gegen entstehende Angebotslücken** in der ambulanten kinderärztlichen Versorgung
- **Optimierung von Angebotsstrukturen** bei knapper werdenden Ressourcen und ländlichen Regionen
- **Kein Lösungsansatz ist „kostenlos“ und reicht allein aus.**

## Finanzielle Förderung

- Breites Spektrum an Fördermöglichkeiten bereits vorhanden, aber fokussiert auf hausärztliche Versorgung  
→ Kinderärzte gleichrangig behandeln.
- Bedarfsplanung: Definition (drohender) kinderärztlicher Unterversorgung sollte sich von „Versorgungsgraden“ lösen

## Neue Praxisformen

- Ärztlicher Nachwuchs wünscht: geregelte Arbeitszeiten, Teilzeitarbeit, mehr Teamarbeit, wenig finanzielles Risiko  
→ MVZ, Berufsausübungsgemeinschaften
- Zweigpraxen, KV-Eigeneinrichtungen (Filialpraxen)

# Maßnahmen gegen entstehende Angebotslücken (2)

---

## Einbindung von Allgemeinmediziner\*innen

- Weiterbildung/Zusatzqualifikationen und/oder Koordination mit Pädiatern (z.B. telemedizin. Konsile)
- Aber: „Landarztmangel“ betrifft Hausärzte ebenso

## Delegation/Substitution ärztlicher Leistungen

- Entlastung niedergelassener Kinderärzte und Vergrößerung des Einzugsgebiets (u.a. Hausbesuche)
- NÄPAs, „Kindergemeindeschwestern“

## Öffentlicher Gesundheitsdienst

- planbare Untersuchungen in Rahmen der Gesundheitsvorsorge (z.B. U-Untersuchungen), Impfungen
- zu festen Terminen in Kitas, Schulen etc. → Angebotsstrukturen müssen nicht in Fläche vorgehalten werden
- Aber: überwiegend akute Inanspruchnahme kinderärztlicher Versorgung und Unterfinanzierung/Personalmangel im ÖGD.

## Ambulante Versorgung in Krankenhäusern

- VSG: verpflichtende Öffnung der Krankenhäuser bei (drohender) Unterversorgung auf Antrag
- Aber: Krankenhäuser in ländlichen Regionen haben ähnliche Probleme (Wirtschaftlichkeit, Nachwuchs).

## Zentralisierung ärztlicher Versorgungsangebote

- Erhöhung der Wirtschaftlichkeit durch größere Einzugsgebiete und Fallzahlen
- Flankierung durch **mobilitätserhöhende Maßnahmen**
  - angebotsseitig: Delegation/Substitution, Telemedizin
  - nachfrageseitig: Patientenfahrerservices (Patienten-/Anrufbusse, Landarzttaxi), Ausbau kommunaler Nahverkehr
- Fachärztliche **Weiterbildung**: Kooperationen mit größeren Kliniken
  - Personalgestellung, Außenstelle, Rotationsmöglichkeiten

## Sektorenübergreifende Planung

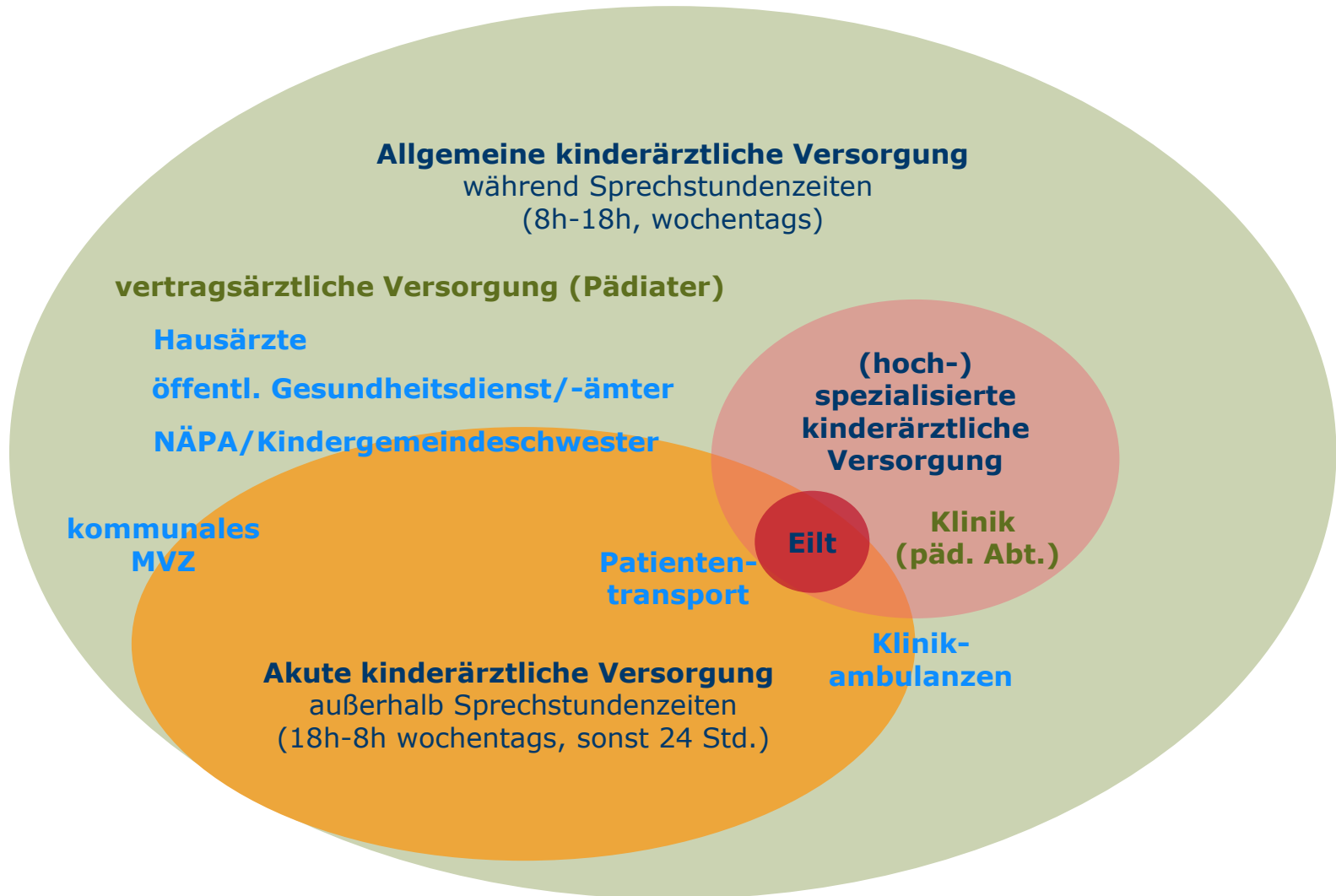
- Zu vermeiden: Aufgabe Praxen/Abteilungen in peripheren Regionen und Konkurrenz Niedergelassene und Kliniken um tendenziell sinkende Fallzahlen in Zentren
- Landesgremium nach §90a SGB V, Konzertierte Aktion beim MAGS, regionale Gesundheitskonferenzen

## Entwicklung eines umfassenden Zuweisungssystems

- überwiegend akute Inanspruchnahme, hoher Notfall-Anteil
- Vernetzung unterschiedlicher Notfallsysteme (Feuerwehr, KV-Bereitschaftsdienst, Notaufnahme Krankenhäuser)
  - zentrale Notrufnummer und Leitstelle
  - zentraler Nachweis über Betten- und Transportkapazitäten
- Minimierung der Inanspruchnahme außerhalb des Zuweisungssystems (Triagefunktionen stärken)



# Versorgungs- und Dringlichkeitsstufen der kinderärztlichen Versorgung



IGES Institut  
Dr. Martin Albrecht

**[www.iges.de](http://www.iges.de)**