

Aktuelle Situation der stationären Kinder- und Jugendmedizin in Deutschland

5. bundesweite Umfrage

Vergleich und Entwicklung 1993 bis 2009

Autoren:

Prof. Dr. med. Werner Andler, Datteln
(Pädiatrie)

Julia von Seiche-Nordenheim, Regensburg
(Psychosoziale Versorgung und Betreuung)

Wilfried Lübbers, Osnabrück
(Statistik, Koordination und Auswertung)

Hildegard Wewers, Osnabrück
(Kindergesundheitspflege)

Dr. med. Tobias Schuster, Augsburg
(Kinderchirurgie)



Wir danken der **Kroschke-Stiftung für Kinder** für die finanzielle Unterstützung dieser Veröffentlichung.

Inhalt

Die BaKuK - Bundesarbeitsgemeinschaft Kind und Krankenhaus e.V.	S. 3
Zur Umfrage	S. 4
Zur Darstellung der Ergebnisse	S. 5
Teilnahme der angeschriebenen Häuser und Abteilungen	S. 6
Ergebnisse in der Gesamtheit	S. 7
Zusammenfassende Einschätzung	S. 36
Die Ergebnisse im einzelnen	S. 43
- Klinikstrukturen	S. 43
- Ärztliche Versorgung	S. 46
- Pflegerische Versorgung	S. 49
- Therapeutische und andere Berufsgruppen	S. 51
- Psychosoziale Versorgung	S. 51
- DRG / CMI	S. 56
Schlussbetrachtung	S. 57
Anhang	S. 59
Mitglieder	S. 63
Vorstand	S. 64
Geschäftsstelle	S. 65

Die BaKuK - Bundesarbeitsgemeinschaft Kind und Krankenhaus e.V.

Aus der Idee heraus, die Kräfte solcher Fach-, Interessen- und Berufsverbände zu bündeln, die zum Thema "Kind und Krankenhaus" arbeiten, wurde 1992 die Bundesarbeitsgemeinschaft Kind und Krankenhaus - kurz BaKuK - gegründet. Erst durch die Zusammenarbeit auf der Ebene einer Bundesarbeitsgemeinschaft wurde es möglich, solche Interessen der mit der Krankenhausversorgung von Kindern und Jugendlichen befassten Gruppierungen gemeinsam zu vertreten, die verbandübergreifende Bedeutung haben.

So tritt die BaKuK mit ihren 25 Mitgliedsverbänden und Privatpersonen für das Recht von Kindern und Jugendlichen ein, die bestmögliche medizinische, pflegerische, therapeutische, pädagogische und psychosoziale Betreuung zu erhalten. Diesen Anspruch bezeichnet die BaKuK als fundamentales Recht von Kindern und Jugendlichen und legt es als Zielbeschreibung allen Aktivitäten des eingetragenen Vereins zugrunde. Damit will die BaKuK erreichen, dass sich die Krankenhäuser den Bedürfnissen der kranken Kinder und ihrer Familien anpassen.

Um eine auf Kinder und Jugendliche abgestimmte Betreuung zu erreichen, war es für die BaKuK Voraussetzung, zunächst den Ist-Zustand pädiatrischer und kinderchirurgischer Versorgung durch eine Umfrage zu ermitteln und durch Folgebefragungen die Entwicklung zahlenmäßig darzustellen. Diese Arbeit wurde 1994 mit der ersten Umfrage (Basis 1993) begonnen und seitdem alle vier Jahre, also jetzt mit der fünften Befragung auf Basis der 2009er-Zahlen fortgeführt.

In dieser Veröffentlichung, die im Wesentlichen wieder durch die Finanzierung der Kroschke Stiftung für Kinder ermöglicht wurde, werden die Ergebnisse der Umfrage aus 2009 ausführlich dargestellt und anhand der Gegenüberstellung zu den Basisdaten aus 1993, 1997, 2001 und 2005 die Entwicklung beschrieben. Die Ausführungen gliedern sich in die Kapitel:

Zur Umfrage

Auch die fünfte anonyme Befragung der BaKuK fand in Übereinstimmung mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft statt. Auf Grundlage des Beschlusses der Gesundheitsministerkonferenz 1997 in Saarbrücken, demnach Kinder und Jugendliche vorrangig in Kinderkliniken und -abteilungen behandelt werden sollen (Deutsches Ärzteblatt, B 2752, 1998), werden auch jetzt wieder die Landesministerien über die Veröffentlichung der Ergebnisse informiert.

Die vorliegende Umfrage gibt einen umfassenden Überblick über die Situation der stationären Pädiatrie und Kinderchirurgie und das Kind im Krankenhaus. Sie bietet darüber hinaus eine Grundlage für spätere Befragungen zum Zwecke einer linearen Betrachtung. Die Ergebnisse zeigen Stärken und Schwächen der stationären Kinder- und Jugendmedizin.

Die letzten vier Umfragen haben im Gegensatz zur Basisumfrage von 1993 auch den ambulanten Sektor beleuchtet. Dieser Umstand muss auch bei späteren Befragungen unbedingt berücksichtigt werden, da sich der Stellenwert der ambulanten Tätigkeit im Krankenhaus weiter erhöhen wird. Diese notwendige Tendenz wird aber durch die völlig unzureichende Finanzierung der ambulanten Tätigkeit im Krankenhaus schwer beeinträchtigt.

Die lineare Betrachtung der Umfragen zeigt, dass sich die tatsächlichen Veränderungen in allen Bereichen langsamer abspielen, als es der „gefühlten“ Veränderung entspricht.

Zur Darstellung der Ergebnisse

Die vorliegende Auswertung berücksichtigt beide Gruppen von Einrichtungen, die Pädiatrie und die Kinderchirurgie, und wird in dieser Auswertung wieder gemeinsam veröffentlicht. Zur leichteren Lesbarkeit werden die kinderchirurgischen Angaben durch *Kursivschrift* optisch abgesetzt.

Entsprechend der Arbeitsweise der BaKuK sind die Zahlenwerte der verschiedenen Themenkreise von den jeweiligen Vertretern der Mitgliedsverbände dargestellt und kommentiert (siehe Autoren).

Soweit es von Interesse sein konnte, wurden einige Fragestellungen nach neuen und alten Bundesländern aufgeschlüsselt oder Besonderheiten der Universitätskliniken berücksichtigt. Die Antworten aus Berlin sind in der Regel in den Gesamtzahlen enthalten und nur bei kinderchirurgischen Fragen z.T. dargestellt. Um Zuordnungen zu Klinikgrößen vornehmen zu können, wurden einige Angaben nach Fallzahl-Kategorien oder nach Bettanzahl-Kategorien ausgewertet und dargestellt. In besonderen gekennzeichneten Fällen wurden Werte auf die Gesamtzahl der Abteilungen/Kliniken hochgerechnet.

Für die Kinderchirurgie wurden Fallzahlen von nur 30 Kliniken angegeben, so dass sich die Auswertung der Fallzahlen auf 30 bzw. 38,5% aller 78 angeschriebenen Kliniken beschränken müssen. 2005 hatten 59% der kinderchirurgischen Kliniken teilgenommen. Die Tabellen enthalten jeweils die Gegenüberstellung der Zahlen aus den Jahren 1993, 1997, 2001, 2005 (im Normaldruck) und von 2009 im Fettdruckverfahren. Die Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH) listet 2010 98 Kliniken und Abteilungen auf.

Der Übersichtlichkeit wegen wurden die Angaben mit wenigen Ausnahmen als gerundete Werte ohne Dezimalstelle in den Tabellen aufgenommen und beziehen sich auf die jeweils verwertbaren Antworten (N).

Teilnahme der angeschriebenen Häuser und Abteilungen

351 Kinderkliniken/Abteilungen und 78 Abteilungen für Kinderchirurgie wurden angeschrieben, 169 bzw. 30 Fragebögen kamen zurück (Tabelle 1, Pädiatrie und Kinderchirurgie). Dieser Rücklauf mit gut 48%, bzw. über 38% (zum Vergleich: 2005 47 / 58 %) reicht für einen repräsentativen Querschnitt durch die stationären pädiatrischen und kinderchirurgischen Einrichtungen. Die Fragebögen wurden anonym ausgewertet.

Tabelle 1	Pädiatrie / Kinderchirurgie	
Allgemeine Zahlen 2009		
	N	%
angeschriebene Kinderkliniken / Abteilungen	351	100
Antworten	169	48,15
<i>angeschriebene kinderchirurgische Kliniken / Abteilungen</i>	78	100
<i>Antworten</i>	30	38,46

Ergebnisse in der Gesamtheit

Die 169 beteiligten Kinderkliniken und Kinderabteilungen umfassen 9.050 Betten, hochgerechnet auf alle Einrichtungen ergeben sich 18.908 Betten. Dies entspricht gegenüber 1993 einem Rückgang von 21%. *Von den 30 beteiligten kinderchirurgischen Einrichtungen waren 29 bezüglich ihrer Bettenzahl auswertbar, diese verfügen über insgesamt 751 Betten. Hochgerechnet auf 78 kinderchirurgische Einrichtungen ergäbe sich daraus eine Gesamtbettenzahl von 2.020 Betten. Gegenüber 1993 entspricht das einem Rückgang von 43%.*

Die Tabellen 2 (Pädiatrie) und 6 (*Kinderchirurgie*) geben die durchschnittliche Bettenzahl und die Gesamtfallzahl wieder.

Tabelle 2		Pädiatrie
Planbetten und Fallzahlen (absolut)		
2009		
Betten in 168 Kliniken / Abteilungen		9.050
hochgerechnet auf 351 Kliniken/ Abteilungen		18.908
durchschnittliche Bettenzahlen, hochgerechnet auf 351 Kliniken/ Abteilungen		53,87
alte Länder		62,23
neue Länder		35,72
Universitätskliniken		115,71
Fallzahl hochgerechnet auf 351 Kliniken /Abteilungen		929.383

Tabelle 6						Kinderchirurgie
Planbetten (absolut)						
	1993	1997	2001	2005	2009	
<i>Bettenzahl in 29 Kliniken/ Abteilungen</i>	<i>(N57) 2.468</i>	<i>(N61) 2.155</i>	<i>(N49) 1.665</i>	<i>(N46) 1.332</i>	(N29) 751	
<i>hochgerechnete Betten</i>	<i>(N82) 3.551</i>	<i>(N85) 2.984</i>	<i>(N84) 2.654</i>	<i>(N86) 2.490</i>	(78)2.020	
<i>durchschnittliche Bettenzahl gesamt</i>		35	34	29	26	
<i>alte Länder</i>		37	36	30	28	
<i>neue Länder</i>		32	29	26	12	
<i>Uni-Kliniken</i>		38	36	35	27	

Tabelle 3 (Pädiatrie) nimmt die Einteilung der pädiatrischen Einrichtungen nach ihrer Bettenzahl vor, während Tabelle 4 (Pädiatrie) die Einrichtungen nach ihrer Fallzahl charakterisiert.

Tabelle 3																			Pädiatrie			
Einstellung der Kliniken /Abteilungen nach Planbettenzahl (%der Häuser)																						
Betten	alle Kliniken / Abteilungen (N 168)					alte Länder (N 115)					neue Länder (N 53)					Uni-Kliniken (N 7)						
	1993	1997	2001	2005	2009	1993	1997	2001	2005	2009	1993	1997	2001	2005	2009	1997	2001	2005	2009			
< 30	18	18	16,4	22,7	20,8	13	9	8,8	9,6	10,4	28	33	31,4	45,8	43,4	3	0,0	0,0	0,0			
30-60	39	43	45,7	41,7	47,0	32	37	40,6	43,3	48,7	51	54	55,8	39,0	43,4	9	0,0	0,0	0,0			
61-100	24	24	25,0	25,2	22,6	30	33	33	32,7	27,0	12	8	9,3	11,9	13,2	16	31,8	26,7	57,1			
> 100	19	16	12,9	10,4	9,6	25	22	17,6	14,4	13,9	9	5	3,5	3,3	0,0	72	68,2	73,3	42,9			

Tabelle 4																			Pädiatrie			
Einteilung der Kliniken /Abteilungen nach Fallzahlen (% der Häuser)																						
Fallzahlen	alle Kliniken/ Abteilungen (N 162)					alte Länder (N 110)					neue Länder (N 52)					Uni-Kliniken (N 6)						
	1993	1997	2001	2005	2009	1993	1997	2001	2005	2009	1993	1997	2001	2005	2009	1997	2001	2005	2009			
<1500	35	35	25,5	25,3	20,4	18	13	11,3	7,4	9,1	68	67	52,4	54,2	44,2	4	0,0	0,0	0,0			
1500-3000	36	37	40,7	44,2	48,1	43	44	42,1	50,5	50,0	23	27	38,1	33,9	44,2	4	4,8	15,4	16,7			
3001-4500	17	15	21,0	22,7	22,8	23	22	27,7	31,6	28,2	7	4	8,3	8,5	11,6	24	42,9	38,5	33,3			
>4500	12	14	12,8	7,8	8,7	16	21	18,9	10,5	12,7	2	3	1,2	3,4	0,0	68	52,3	46,1	50,0			

Die Tabelle 5 (Kinderchirurgie) stellt die Art der Kliniken dar.

Tabelle 5					Kinderchirurgie															
Art der Kliniken/ Abteilungen (absolut)																				
	alle Kliniken/Abteilungen					alte Länder					neue Länder					Berlin				
	1993	1997	2001	2005	2009	1993	1997	2001	2005	2009	1993	1997	2001	2005	2009	1993	1997	2001	2005	2009
N	57	57	49	51	30		31	34	40	27		28	14	8	3		5	1	3	0
Fachabteilung an einer Universitätsklinik	20	20	16	15	10		9	10	10	10		6	5	4	0		3	1	1	0
selbständige Fachabteilung eines Kinderkrankenhauses	11	11	9	6	4		8	8	6	4		1	1		0					0
kinderchirurgische Abteilung an einem Krankenhaus	26	21	23	26	15		10	16	21	12		7	7	3	3		1		2	0
Belegabteilung		2		4	1		1		3	1		7		1	0					0
sonstige Art der Fachabteilung		11	1	0	0		3			0		7	1		0		1			0

Die Tabellen 6 und 7 (Kinderchirurgie) befassen sich mit der Aufschlüsselung der Bettenzahl (Planbetten) unter Berücksichtigung alte / neue Länder, Universität, und Klinikgröße und vergleichen diese mit 1993, 1997, 2001 und 2005.

Tabelle 6						Kinderchirurgie					
Planbetten (absolut)											
	1993		1997		2001		2005		2009		
Bettenzahl in 29 Kliniken/ Abteilungen	(N57) 2.468		(N61) 2.155		(N49) 1.665		(N46) 1.332		(N29) 751		
hochgerechnete Betten	(N82) 3.551		(N85) 2.984		(N84) 2.654		(N86) 2.490		(78)2.020		
durchschnittliche Bettenzahl gesamt			35		34		29		26		
alte Länder			37		36		30		28		
neue Länder			32		29		26		12		
Uni-Kliniken			38		36		35		27		

Tabelle 7												Kinderchirurgie		
Einteilung der Kliniken/Abteilungen nach Planbetten (absolut)														
Betten	1993		1997		2001			2005			2009			
	gesamt (N57)	gesamt (N61)	alte Länder	neue Länder	gesamt (N49)	alte Länder	neue Länder	gesamt (N48)	alte Länder	neue Länder	gesamt (N 29)	alte Länder	neue Länder	
<30	15	25	15	10	22	14	8	26	21	5	18	15	3	
30-60	33	33	16	17	25	19	6	21	18	3	10	10	0	
>60	9	3	2	1	2	2	0	1	1	0	1	1	0	

In Tabelle 8 (Kinderchirurgie) werden die Fallzahlen im stationären Bereich aufgeschlüsselt. Es liegen 57 auswertbare Antworten aus dem Jahr 1993, 57 Antworten aus dem Jahr 1997, 49 bewertbare Aussagen aus dem Jahr 2001, 46 aus 2005 und 26 aus dem Jahr 2009 vor. Die Gesamtfallzahl ist zwischen 1993 und 1997 um 2.304 Patienten, zwischen 1997 und 2001 um ca. 26.500 Patienten, zwischen 2001 und 2005 um 3.069 Patienten und zwischen 2005 und 2009 um 33424 Fälle zurückgegangen. Die Übersicht zeigt auch eine Einteilung der Kliniken nach Fallzahlen. Die Zahlen aus dem Jahr 2009 werden vergleichbar mit denen aus 2005 nach dem 1997 geänderten Schema beurteilt.

Tabelle 8						Kinderchirurgie	
Fallzahlen (absolut)							
nach Kliniken	1993 (N57)	1997 (N57)	2001 (N42)	2005 (N46)	2009 (N 26)		
alle Kliniken/Abt.	110.403	108.099	81.607	78.538	45.114		
Uni-Kliniken	36.086	35.485	27.752	26.693	14.921		
Nicht- Unikliniken	74.318	72.617	53.855	51.845	30.193		
nach Fallzahlen							
Bewertungsschema 1993	1993	1997	Bewertungs- schema 1997-2009	1997	2001	2005	2009
< 1.400	16	23	<1.500	28	17	21	11
1.400-2.000	17	14	1.500-3.000	23	20	23	14
< 2.000	24	20	3.001-4.500	5	4	2	0
			>4.500	1	1	0	1

Tabelle 9 gibt eine Übersicht über Verweildauer und Auslastung beider Fachbereiche an. Hier wurde neben der Verweildauer aller Kliniken eine Aufschlüsselung nach alten und neuen Ländern durchgeführt. Des Weiteren sind die Universitätskliniken getrennt aufgeführt.

Tabelle 9	Pädiatrie / Kinderchirurgie																			
Verweildauer (Mittelwert absolut) und Nutzungsgrad (Mittelwert relativ)																				
	Pädiatrie										Kinderchirurgie									
	Verweildauer (Tage)					Nutzungsgrad (%)					Verweildauer (Tage)					Nutzungsgrad (%)				
	1993	1997	2001	2005	2009	1993	1997	2001	2005	2009	1993	1997	2001	2005	2009	1993	1997	2001	2005	2009
alle Kliniken/Abt.	7,5	6,6	5,6	5,3	4,5	71,4	72,0	70,2	66,1	63,4	5,9	5,1	4,3	4,0	3,6	72,6	70,8	65,8	62,6	63,4
alte Länder	7,3	6,5	5,5	5,5	4,6	72,4	72,9	69,4	68,4	65,2		5,0	4,2	3,9	3,7		65,8	66,4	61,9	64,1
neue Länder	8,3	6,9	5,9	5,0	4,2	71,8	71,9	72,1	62,8	59,9		6,1	4,5	4,3	2,5		77,9	63,3	65,6	47,4
<30			5,2	4,4	3,9			69,2	65,4	67,3										
30-60			5,6	5,5	4,4			72,2	66,9	63,0										
61-100			5,8	5,4	4,9			73,3	65,9	61,3										
>100			6,3	6,2	5,7			73,3	65,5	61,6										
Uni- Kliniken	7,8	6,7	6,4	6,4	6,4	70,8	73,9	70,2	69,5	69,2		5,4	4,4	4,2	4,4		85,1	68,0	61,6	61,3

Tabelle 10 (Pädiatrie) gibt Auskunft über die Häufigkeit sozialpädiatrischer Zentren.

Tabelle 10	Pädiatrie				
Sozialpädiatrische Zentren (SPZ) (%der Häuser) (N 166)					
	SPZ				
	1993	1997	2001	2005	2009
alle Kliniken/Abteilungen	19	19	21	25	33
alte Länder	22	24	26	34	41
neue Länder	11	11	11	10	13

Die Tabellen 11 und 12 (Pädiatrie) geben Auskunft über die Strukturen der Einrichtungen bezüglich fachlich selbständiger Abteilungen (Tab. 11) und die Struktur des pädiatrischen neonatologischen Intensivbereichs (Tab. 12 und 12a), wobei Tab. 12a das Ergebnis einer Selbsteinschätzung darstellt.

Tabelle 11						Pädiatrie
Fachlich selbständige Abteilung (% der Häuser) 2009						
Fach	alle Kliniken/Abt.	alte Länder	neue Länder	Uni-Kliniken	<30 Betten	>100 Betten
Allergologie	9,6	12,4	3,8	28,6	2,9	25,0
Onkologie	11,4	12,4	9,4	71,4	2,9	37,5
Radiologie	13,3	16,8	5,7	57,1	5,7	50,0
Pneumologie	13,9	15,0	11,3	42,9	5,7	25,0
Endokrinologie	9,0	11,5	3,8	42,9	2,9	31,3
Diabetologie	15,1	16,8	11,3	42,9	11,4	37,5
Gastroenterologie	15,1	15,9	13,2	42,9	8,6	25,0
Kardiologie	15,7	19,5	7,5	57,1	5,7	31,3
Klinische Genetik	4,8	6,2	1,9	42,9	0,0	18,8
Neonatologie	30,7	35,4	20,8	57,1	11,4	56,3
Nephrologie	7,2	8,0	5,7	42,9	0,0	18,8
Neuropädiatrie	20,5	26,5	7,5	71,4	5,7	56,3
Psychosomatik	8,4	10,6	3,8	14,3	2,9	25,0
Rheumatologie/Immunologie	6,6	6,2	7,5	42,9	2,9	12,5

Tabelle 12														Pädiatrie	
Zur Intensivstation zusammengefaßte pädiatrisch/neonatologische Intensivplätze und Stationen im Schichtdienst besetzt (in % der Häuser) und durchschnittliche Anzahl von Neugeborenentransporten															
	Intensivstation					davon Schichtdienst					mittlere Anzahl Transporte				
	1993	1997	2001	2005	2009	1993	1997	2001	2005	2009	1997	2001	2005	2009	
alle Kliniken/Abteilungen	56	62	64,0	70,7	77,7	52	45	47,9	62,1	74,4	127	126	101	104	
alte Länder	72	78	74,4	84,6	89,4	51	45	55,5	70,5	79,2	194	172	171	138	
neue Länder	24	34	43,0	46,7	52,8	59	51	21,6	35,7	57,1	26	33	39	22	
Uni- Kliniken		75	54,5	80,0	71,4		96	83,3	91,7	100,0	242	264	330	289	

Tabelle 12a				Pädiatrie
Stufe der neonatologischen Versorgungsform (% der Häuser)				2009
	Level 1	Level 2	Perinataler Schwerpunkt	
alle Kliniken/Abteilungen	46,7	16,8	36,5	
alte Länder	60,3	15,5	24,2	
neue Länder	15,7	19,6	64,7	
<30 Betten	6,1	6,1	87,8	
30-60 Betten	34,2	27,8	38,0	
61-100 Betten	85,7	8,5	5,8	
>100 Betten	93,8	6,2	0,0	
Uni- Kliniken	100,0	0,0	0,0	

Tabellen 13 und 14 (Pädiatrie) zeigen den Grad der kinderchirurgischen Versorgung versus erwachsenenchirurgische Zusammenarbeit aus der Sicht der pädiatrischen Einrichtungen.

Tabelle 13 Pädiatrie										
Assoziation mit kinderchirurgischer Klinik/Abteilung oder nicht selbständigem Arzt für Kinderchirurgie (AKCh) im selben Klinikgelände (% der Häuser)										
	Kinderchirurgie					AKCh				
	1993	1997	2001	2005	2009	1993	1997	2001	2005	2009
alle Kliniken/Abt.	32	23	22,1	21,9	27,8	8	10	11,6	9,1	13,3
alte Länder	31	22	21,5	19,2	30,2	10	11	12,8	7,7	14,2
neue Länder	33	24	23,3	26,7	22,6	3	6	9,3	11,7	11,3
Uni-Kliniken	64	48	45,5	46,7	85,7	14	29	22,7	26,7	14,3

Tabelle 14 Pädiatrie				
Chirurgische Abteilung, in die bevorzugt verlegt wird (% der Häuser) 2009				
	Kinder- chirurgie	Erwachsenen- chirurgie	beides	keine Antwort
alle Kliniken/Abteilungen	20,5	42,2	9,0	28,3
alte Länder	16,8	43,4	8,0	31,8
neue Länder	28,3	39,6	11,3	20,8
Uni-Kliniken	42,8	0,0	0,0	57,2

Tabelle 15 (Kinderchirurgie) befasst sich mit den kinderchirurgischen Schwerpunkten und zeigt damit wesentliche Klinikstrukturen auf. In der Gesamtbewertung konnten alle 30 Kliniken ausgewertet werden. Sie werden verglichen mit den Angaben aus den Jahren 1993, 1997, 2001 und 2005. Die jeweilige Zahl gibt die Menge der auswertbaren Klinikantworten wieder. Es wurde eine Differenzierung für die Jahre 1997, 2001, 2005 und 2009 nach alten und neuen Bundesländern vorgenommen. Das Land Berlin wurde gesondert aufgeführt. Die Angaben der 10 Universitätskliniken aus dem Jahre 2009 wurden mit den Angaben der 14 Kliniken von 2005, der 16 Universitätskliniken von 2001 und der 20 aus 1997 verglichen.

Tabelle 15																						Kinderchirurgie			
Schwerpunkt kinderchirurgischer Kliniken /Abteilungen (Anzahl der Häuser, absolut)																									
Schwerpunkt	alle Kliniken/Abteilungen					alte Länder				neue Länder				Berlin				Uni-Kliniken							
	(N57) 1993	(N58) 1997	(N49) 2001	(N48) 2005	(N30) 2009	1997	2001	2005	2009	1997	2001	2005	2009	1997	2001	2005	2009	1997	2001	2005	2009				
Neonatalchirurgie	49	56	49	45	29	28	34	36	27	18	14	7	2	4	1	2	0	20	16	14	10				
Kinderurologie	45	52	43	41	26	24	29	32	23	18	13	7	3	4	1	2	0	13	10	12	8				
Neurochirurgie	25	32	23	18	10	12	15	14	10	16	7	3	0	1	1	1	0	7	6	3	2				
Thoraxchirurgie		49	36	41	20	24	24	33	19	16	11	6	1	4	1	2	0	20	14	14	10				
Abdominalchirurgie	57	58	49	47	30	31	34	37	27	21	14	8	3	5	1	2	0	20	16	14	10				
Kindertraumatologie	49	55	46	41	25	26	32	31	22	21	13	8	3	4	1	2	0	17	15	12	7				
Verbrennungskrankheiten		47	35	34	22	24	25	25	21	17	9	7	1	3	1	2	0	14	12	12	8				
Minimalinvasive Kinderchirurgie					26				24				2				0				10				
Operative Kinderonkologie					17				17				0				0				10				

Die Tabelle 19 (Kinderchirurgie) informiert über die ärztliche Versorgung innerhalb der kinderchirurgischen Kliniken. Dargestellt wird in Tabelle 19, wie viele Fachärzte und Ärzte in Weiterbildung in den Jahren 1993, 1997, 2001, 2005 und 2009 tätig waren. Weiterhin wird das Verhältnis der Fachärzte für Kinderchirurgie zu Ärzten in Weiterbildung gegenübergestellt. Außerdem wird der Frage nachgegangen, wie viele Patienten (Fallzahlen) der einzelne Arzt jährlich zu behandeln bzw. wie viele belegte Betten er zu versorgen hatte. Es erfolgte gleichzeitig eine Aufschlüsselung der ärztlichen Tätigkeit nach Kliniken in alten und neuen Bundesländern, gesondert von Universitätskliniken sowie eine Aufschlüsselung der gleichen Tätigkeit von Ärzten in Kliniken unterschiedlicher Größenordnung (differenziert nach der Bettenzahl).

Tabelle 19	Kinderchirurgie																					
Ärztliche Versorgung (Mittelwert, absolut)																						
	Fachärzte/ Kinderchirurgie				Ärzte in Weiterbildung				Ärzte in Praktikum		Fälle /Ärzte				belegte Betten/Arzt				Fachärzte/ Ärzte in Weiterbildung			
	1997	2001	2005	2009	1997	2001	2005	2009	1997	2001	1997	2001	2005	2009	1997	2001	2005	2009	1997	2001	2005	2009
alle Kliniken/Abt.		204	201	132		228	191	122		56	209	193	205	190	4,70	2,59	2,15	1,91	1,00	0,90	1,05	1,08
alte Länder	103	146	163	125	118	185	164	121	41	50	203	192	210	186	4,10	2,55	2,14	1,92	0,80	0,79	0,99	1,03
neue Länder	81	58	38	7	55	43	27	1	12	6	236	194	179	266	4,80	2,68	2,18	1,80	1,50	1,35	1,41	7,00
Uni-Kliniken	84	79	88	48	122	102	95	45	25	24	154	158	150	172	3,20	2,23	1,74	1,91	0,70	0,77	0,93	1,07
< 30 Betten	53	58	68	57	54	52	54	48	20	15									0,90	1,12	1,26	1,19
30-60 Betten	149	128	122	64	130	154	121	64	35	33									1,10	0,83	1,00	1,00
61-100 Betten	19	18	8	9	31	22	15	10	6	8									0,60	0,82	0,53	0,90

Erwartungsgemäß nimmt bei der Erfassung die Frage nach der Intensivbehandlung innerhalb der Deutschen Kinderchirurgie einen breiten Raum ein. Die Gesamtzahlen der Intensivbetten sowie die Angaben der Intensivbetten mit gleichzeitiger Beatmungsmöglichkeit werden in Tabelle 20 (Kinderchirurgie) wiedergegeben.

Tabelle 20		Kinderchirurgie						
Intensivbehandlung (Anzahl der Plätze und Häuser, absolut)								
Plätze /Häuser	1993 (N57)	1997 (N62)	2001 (N49)	2001 Uni-Kliniken (N16)	2005 (N48)	2005 Uni-Kliniken (N15)	2009 (N30)	2009 Uni-Kliniken (N10)
<i>Intensivplätze, gesamt</i>		410	310	100	281	138	156	82
<i>Beatmungsplätze, gesamt</i>		288	215	78	217	118	149	79
<i>Kinderchirurgische Kliniken mit Intensivbetten</i>	46	49	39	12	31	12	16	6
<i>ohne Intensivbetten</i>	11	13	10	4	17	3	14	4
<i>mit Intensivbetten und Beatmungsplätze</i>		48	34	8	29	12	16	6

In der Tabelle 21 (Kinderchirurgie) findet man eine Auflistung der Häuser, in denen Intensivbetten zu einer Station zusammengefasst sind bzw. der Intensivstationen, die einen 24-Stundendienst aufrecht erhalten.

Tabelle 21		Kinderchirurgie			
Intensivstation (Anzahl der Häuser, absolut)					
Häuser	1993 (N57)	1997 (N62)	2001 (N49)	2005 (N48)	2009 (N30)
<i>mit Intensivstation</i>	19	54	39	31	19
<i>davon mit 24-Stunden Dienst</i>	22	44	24	26	18
<i>Intensivstation an Uni-Kliniken</i>		18	12	12	6
<i>davon mit 24-Stunden Dienst</i>		17	9	12	6

In Tabelle 22 (Kinderchirurgie) ist zusammengestellt, wie die überwiegend interdisziplinär geführten Intensivstationen geleitet werden.

Tabelle 22		Kinderchirurgie				
Organisation und Leitung der Intensivstation (Anzahl der Häuser absolut) (N26)						
	1993	1997	2001	2005	2009	
Organisation interdisziplinär	37	51	36	39	22	
Leitung: Pädiater	9	19	9	16	12	
Neonatologe	6	8	8	3	4	
Anästhesist	1	8	1	1	1	
Kinderchirurg	6	5	2	1	1	
Mehrere	13	11	16	18	8	

In Tabelle 23 (Kinderchirurgie) werden die durchschnittlichen ambulant erbrachten Operationsleistungen pro Jahr aufgezählt. Des Weiteren findet man eine Aufteilung der ambulant erbrachten Einzelleistungen in den jeweiligen Kliniken, differenziert nach alten und neuen Bundesländern sowie Universitätskliniken.

Tabelle 23		Kinderchirurgie							
Ambulant erbrachte Leitungen (% der Häuser) 2009									
	Durchschnittliche Anzahl der Eingriffe	Leistenhernie	Nabelhernie	Hodenhochstand	Phimose	Bakerzyste	Schnellender Daumen	Cystoskopie	Reflux-behandlung
alle Kliniken/Abteilungen	471	100,0	96,7	70,0	100,0	50,0	86,7	60,0	33,3
alte Länder	497	100,0	96,3	70,3	100,0	55,6	85,2	60,9	33,3
neue Länder	118	100,0	100,0	66,7	100,0	0,0	100,0	33,3	33,3
Uni-Kliniken	368	100,0	90,0	60,0	100,0	50,0	80,0	60,0	40,0

Als weiteres besonders interessierendes Thema finden in Tabelle 24 (Kinderchirurgie) die ambulant erbrachten Diagnostikleistungen ihren Niederschlag. Gefragt wird nach speziellen Leistungen im Rahmen der Ermächtigungsambulanz. Außerdem wird nach der Zulassung der Abteilung zur D-Arzt Tätigkeit gefragt.

Tabelle 24 Kinderchirurgie									
Ambulante Diagnostik (% der Häuser) 2009									
	Notfallambulanz	Ermächtigungsambulanz	kinderchirurgische Differentialdiagnostik	kinderchirurgische Sonographie	Kinderurologie (einschließlich Urodynamik)	Teilradiologie	Kindertraumatologie (Nach- und Weiterbehandlung)	Sprechstunde für brandverletzte Kinder	D-Arzt-tätigkeit
alle Kliniken/Abteilungen	96,7	90,0	90,0	66,7	66,7	36,7	83,3	60,0	86,7
alte Länder	96,3	92,6	88,9	62,9	66,7	37,0	81,3	62,9	85,2
neue Länder	100,0	66,7	100,0	100,0	66,7	33,3	100,0	33,3	100,0
Uni-Kliniken	90,0	100,0	80,0	80,0	60,0	30,0	70,0	60,0	80,0

In Tabelle 25 (Pädiatrie) wird auf die Anzahl der Ärzte in den pädiatrischen Einrichtungen, auf das Verhältnis von Fachärzten und Ärzten in der Weiterbildung, sowie auf Betten und Fallzahlen, die auf einen Arzt entfallen, eingegangen.

Tabelle 25 Pädiatrie																											
Ärztliche Versorgung (Durchschnittszahlen)																											
	Ärzte gesamt				Fachärzte				Ärzte in der Weiterbildung				Fälle/Arzt					Belegtes Bett/Arzt					Fachärzte/Ärzte in der Weiterbildung				
	1997	2001	2005	2009	1997	2001	2005	2009	1997	2001	2005	2009	1993	1997	2001	2005	2009	1993	1997	2001	2005	2009	1993	1997	2001	2005	2009
alle Kliniken /Abteil., hochgerechnet auf alle Einrichtungen (351)	5.421	5.813	5.452	5.618	3.018	2.774	2.648	2.539	2.403	3.039	2.804	3.080															
alle Kliniken /Abteil.		15,3	15,5	16,0		7,3	7,4	7,2		8,0	8,0	8,8	180	185	177	172	163	3,7	3,3	2,6	2,5	2,1	1,0	1,3	0,9	0,9	0,8
alte Länder	17,4	19,2	19,1	19,2		8,4	8,8	8,4		10,8	10,3	10,7	177	181	168	164	156	4,4	4,1	2,4	2,4	2,0	0,8	1,0	0,8	0,9	0,8
neue Länder	7,1	7,8	9,3	9,7		5,3	5,4	4,9		2,5	3,9	4,8	191	219	218	198	187	3,7	3,9	3,5	2,8	2,3	2,6	3,8	2,2	1,4	1,0
Uni-Kliniken	40,5	51,7	49,2	49,5		22,6	23,8	24,5		29,1	25,4	25,0	114	158	95	97	66	2,4	2,7	1,7	1,8	1,3	1,0	1,1	0,8	0,9	0,9
< 30 Betten	4,1	4,9	5,4	6,8		3	2,9	3,1		1,9	2,5	3,7			203	228	197			2,8	2,7	2,1		2,9	1,6	1,2	0,8
30-60 Betten	8,2	9,3	10,8	13,3		4,8	5,2	5,7		4,5	5,6	7,6			200	203	173			2,9	2,7	2,0		1,4	1,1	0,9	0,7
61-100 Betten	16,6	16,4	19,6	23,4		8,7	8,7	11,2		10,6	10,9	12,2			195	170	153			2,9	2,5	1,9		1,3	0,8	0,8	0,9
>100 Betten	34,6	48,6	44,0	34,7		22	22,6	16,1		26,6	21,4	18,7			111	124	139			1,8	2,2	2,2		1,1	0,8	1,1	0,9

Tabelle 26 gibt Auskunft über spezielle Sprechstunden in Kinderkliniken.

Tabelle 26																							Pädiatrie			
Spezialsprechstunden (ausgenommen sozialpädiatrische Zentren) (% der Häuser)																										
	alle Kliniken/Abt.				alte Länder				neue Länder				Uni-Kliniken				<30 Betten				>100 Betten					
	1997	2001	2005	2009	1997	2001	2005	2009	1997	2001	2005	2009	1997	2001	2005	2009	1997	2001	2005	2009	1997	2001	2005	2009		
Diabetologie	51,6	55,7	48,5	54,8	67,8	67,7	63,1	69,0	27,6	31,7	23,3	24,5	87,5	90,0	100,0	100,0	12,9	14,3	5,4	22,9	83,6	79,3	82,4	87,5		
Endokrinologie	22,3	35,4	33,7	37,9	45,1	45,1	45,6	49,6	14,7	15,9	13,3	13,2	90,6	90,0	100,0	100,0	1,6	4,8	2,7	8,6	74,5	82,8	82,4	75,0		
Kardiologie	39,8	44,7	42,3	39,8	52,8	53,7	49,5	46,0	19,8	26,8	30,0	26,4	87,5	85,0	86,7	100,0	11,3	14,3	13,5	8,6	69,9	75,9	82,4	75,0		
Kinder- u. Jugendpsychiatrie	12,4	13,4	11,0	15,7	16,2	14,6	13,6	20,4	6,0	11,0	6,7	5,7	25,0	25,0	20,0	42,9	3,2	9,5	0,0	5,7	29,1	31,0	29,4	37,5		
Nephrologie	27,5	24,0	23,9	22,3	33,7	28,0	26,2	24,8	17,4	15,9	20,0	17,0	81,2	75,0	80,0	100,0	6,5	2,4	8,1	5,7	63,6	51,7	52,9	43,8		
Neuropädiatrie	50,7	56,5	65,0	59,0	64,8	69,5	77,7	69,0	28,4	30,5	43,3	37,7	92,7	95,0	100,0	100,0	14,5	28,6	29,7	31,4	83,6	79,3	88,2	81,3		
Onkologie/Hämatologie	29,4	25,6	25,2	15,7	38,2	32,3	31,1	18,4	13,8	12,2	15,0	9,4	87,5	85,0	93,3	100,0	3,2	7,1	5,4	2,9	78,2	72,4	82,4	68,8		
Pulmonologie	35,4	38,6	39,3	42,2	44,2	48,8	51,5	50,4	21,6	18,3	18,3	24,5	84,4	90,0	93,3	100,0	11,3	11,9	18,9	14,3	78,2	86,2	82,4	75,0		
Rheumatologie	27,7	25,6	23,3	19,9	35,2	28,7	25,2	21,2	16,5	19,5	20,0	17,0	83,9	80,0	86,7	100,0	3,2	2,4	2,7	5,7	76,9	58,6	76,5	62,5		
Spina bifida	14,1	10,2	9,8	8,4	20,6	12,8	10,7	11,5	4,3	4,9	8,3	1,9	53,1	55,0	60,0	42,9	1,6	0,0	0,0	0,0	50,9	44,8	35,3	37,5		
Gastroenterologie			35,6	35,0			42,7	40,7			23,3	22,6			93,3	100,0			13,5	5,7			76,5	56,3		

In den Tabellen 27 bis 34 werden Aussagen über die pflegerische Ausstattung der pädiatrischen und kinderchirurgischen Einrichtung getroffen. Im Einzelnen befassen sich die Tabellen mit Planstellen des Pflegedienstes, deren durchschnittliche Zahlen nach alten und neuen Bundesländern aufgeschlüsselt und nach Art der Kliniken dargestellt werden. Es werden die Planstellen in Bezug zu den Fallzahlen gesetzt, sowie belegte Betten pro Pflegekraft bzw. Fallzahlen pro Pflegekraft gesetzt. Tabelle 33A stellt die Zahl der Kliniken mit Ausbildungsplätzen für Kinderkrankenpflege, deren Zahl von Absolventinnen und übernommenen Pflegekräften dar. Des Weiteren wird in Tabelle 33B eine Gegenüberstellung der Ausbildungsplätze zu den verschiedenen Klinikarten vorgenommen.

Tabelle 27 Pädiatrie/ Kinderchirurgie		
Planstellen des Pflegedienstes (absolut) 2009		
	Pädiatrie	Kinder- chirurgie
Anzahl der Kliniken/Abt.	153	26
Anzahl der Planstellen	7.700	592
Mittelwert 2009	50,3	22,8
Mittelwert 2005	52,4	28,0
Mittelwert 2001	58,5	29,6
Mittelwert 1997	57,9	38,6

Tabelle 28 Pädiatrie		
Durchschnittliche Planstellen des Pflegedienstes nach alten und neuen Ländern (absolut) 2009		
	Planstellen	Mittelwert
alte Länder (N103)	6.410	62,2
neue Länder (N50)	1.290	25,2

<i>Tabelle 29</i>		Kinderchirurgie
Durchschnittliche Planstellen im Pflegedienst nach alten und neuen Ländern (absolut) 2009		
	Planstellen	Mittelwert
<i>alte Länder (N25)</i>	586	23,4
<i>neue Länder (N1)</i>	6	6

<i>Tabelle 30</i>		Pädiatrie / Kinderchirurgie				
Planstellen des Pflegedienstes in pädiatrischen Kliniken und <i>kinderchirurgischen Fachabteilungen</i> (absolut) 2009						
Art der Klinik	N	Anzahl der Planstellen	Mittelwert	N	Anzahl der Planstellen	Mittelwert
Universitätskliniken	7	1.107	158,1	10	269	26,9
selbständige Kinderkrankenhäuser/ <i>selbständige kinderchirurgische Fachabteilung</i>	9	948	105,3	3	73	24,5
Kinderkliniken/ <i>-abteilungen /kinderchirurgische Kliniken in einem Krankenhaus</i>	136	5.635	41,4	12	243	19,5
Belegabteilung/ <i>sonstige kinderchirurgische Abteilung</i>	1	10	10,0	1	16	16,0

Tabelle 31		Pädiatrie	
Planstellen und Fallzahlen (absolut) 2009			
Fallzahlen	Anzahl Kliniken/Abt.	Anzahl Stellen	Mittelwert
<1.500	32	548	17,1
1.500-3.000	74	2.774	37,5
3.001-4.500	28	2.079	74,3
>4.500	12	1.449	120,8

Tabelle 32		Pädiatrie				
Pflegekraft pro belegte Betten/Fallzahlen (Mittelwert)						
	1993	1997	2001	2005	2009	
belegte Betten/Pflegekraft alle Kliniken/Abt.	0,85	0,78	0,71	0,75	0,66	
belegte Betten/Pflegekraft alte Länder			0,66	0,71	0,63	
belegte Betten/Pflegekraft neue Länder			0,86	0,88	0,81	
belegte Betten/Pflegekraft						
<30			0,92	0,97	0,77	
30-60			0,82	0,83	0,73	
61-100			0,74	0,73	0,62	
>100			0,62	0,66	0,58	
Fallzahlen/ Pflegekraft						
alle Kliniken	41	43	46,2	52,9	52,6	
<1.500			56,5	71,1	65,3	
1.500-3.000			52,8	59,9	60,5	
3.001-4.500			43,2	51,8	48,5	
>4.500			40,1	39,4	41,2	

Tabelle 33a		Pädiatrie				
Ausbildung in der Kinderkrankenpflege, Absolventinnen (Mittelwert, absolut und relativ)						
	1993	1997	2001	2005	2009	
Anzahl der Kliniken	167	174	110	62	94	
Anzahl der Ausbildungsplätze	6.761	7.038	4.435	2.008	2.278	
Mittelwert	40	40	40	32	29	
Anzahl der Kliniken	163	168	85	60	69	
Abschlüsse	2.709	2.874	1.620	985	917	
Mittelwert	17	17	19	16	13	
Anzahl Kliniken	155	161	82	50	63	
Anzahl der übernommenen Absolventinnen/Absolventen	900	910	564	199	256	
Mittelwert	6	6	7	4	4	
übernommenen Absolventinnen/Absolventen in %	33,2	31,6	34,8	20,2	27,9	

Tabelle 33b		Pädiatrie	
Ausbildende Krankenhäuser (% der Häuser) und mittlere Zahl der Ausbildungsplätze 2009			
	%	Mittlere Zahl	
alle Kliniken/Abt.	58,4	29	
alte Länder	71,8	31	
neue Länder	29,4	16	
Uni-Kliniken	100,0	58	

Tabelle 34		Pädiatrie		
Ausbildungsplätze, Absolventinnen/Absolventen (absolut und relativ) 2009				
Art der Kliniken	Ausbildungs- plätze	Absolventinnen /Absolventen	Übernommene Absolventinnen/ Absolventen	
	absolut	absolut	absolut	in %
Universitätskliniken	292	81	24	29,6
selbständige Kinderkrankenhäuser	588	173	62	35,8
Kinderkliniken/- abteilungen an einem Krankenhaus	1.398	663	170	25,6

Die Tabellen 35 für die Pädiatrie und 36 für die Kinderchirurgie geben eine Übersicht über therapeutische Berufsgruppen, die zum einen als besetzte und zum anderen als verfügbare Planstellen benannt sind.

Tabelle 35		Pädiatrie								
Besetzte Planstellen für andere Berufsgruppen (Gesamtzahl und Mittelwert absolut) 2009										
	N	Gesamt- zahl	alle Kliniken/ Abt.	alte Länder	neue Länder	Uni- Klinik	<30	30-60	61-100	>100
Diätassistentin	166	91	0,55	0,65	0,30	1,86	0,31	0,41	0,83	1,06
Dipl. Psychologinnen	166	166	1,00	1,29	0,38	3,14	0,29	0,75	1,91	1,75
Ergotherapeutinnen	166	76	0,46	0,58	0,19	1,00	0,34	0,33	0,69	0,69
Erzieherinnen	166	161	0,97	1,19	0,53	2,86	0,43	0,78	1,34	2,19
Krankeng./Physioth.	166	216	1,30	1,50	0,87	2,71	0,40	1,11	1,91	2,69
Lehrerinnen	166	111	0,68	0,74	0,51	2,86	0,11	0,37	1,14	2,06
Logopädinnen	166	47	0,28	0,40	0,04	0,43	0,06	0,27	0,49	0,44
Motopädinnen	166	12	0,07	0,09	0,02	0,00	0,00	0,04	0,14	0,25
Musik/Kunsttherap.	166	18	0,11	0,14	0,04	0,43	0,03	0,08	0,17	0,25
Naturwissensch.	166	6	0,04	0,06	0,02	0,57	0,00	0,00	0,14	0,06
Sozialarbeiterinnen	166	99	0,60	0,72	0,34	2,00	0,43	0,43	0,91	1,31

<i>Tabelle 36</i>		<i>Kinderchirurgie</i>							
Besetzte Planstellen für andere Berufsgruppen (Mittelwert, absolut) 2009									
	<i>N</i>	<i>Gesamt- zahl</i>	<i>alle Kliniken/ Abt.</i>	<i>alte Länder</i>	<i>neue Länder</i>	<i>Uni- Kliniken</i>	<i><30</i>	<i>30-60</i>	<i>61-100</i>
<i>Diätassistentin</i>	30	18	0,60	0,63	0,33	0,70	0,61	0,60	1,10
<i>Dipl. Psychologinnen</i>	30	21	0,70	0,67	1,00	0,80	0,67	0,80	1,10
<i>Ergotherapeutinnen</i>	30	8	0,27	0,30	0,00	0,45	0,06	0,06	1,10
<i>Erzieherinnen</i>	30	29	0,97	0,93	1,33	1,30	0,78	1,40	1,10
<i>Krankeng./Physioth.</i>	30	43	1,43	1,52	0,67	1,40	1,56	1,20	5,00
<i>Lehrerinnen</i>	30	25	0,83	0,93	0,00	1,60	0,39	1,70	1,10
<i>Logopädinnen</i>	30	5	0,17	0,15	0,33	0,20	0,06	0,03	1,10
<i>Motopädinnen</i>	30	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<i>Musik/Kunsttherapeuten</i>	30	3	0,10	0,11	0,00	0,20	0,11	0,10	0,00
<i>Naturwissenschaftlerinnen</i>	30	7	0,23	0,26	0,00	0,70	0,00	0,70	0,00
<i>Sozialarbeiter/Sozialpädagoginnen</i>	30	23	0,77	0,78	0,67	0,90	0,72	0,80	2,00

Zum Thema Schule für Kranke gibt Tabelle 37 Auskunft, und die Anzahl der Einrichtungen mit Besucherkindergärten wird in Tabelle 38 abgebildet. Die nachfolgende Tabelle 39 stellt die Anzahl der Fälle dar, in denen Eltern mit aufgenommen wurden. Über Altersgrenzen für besuchende Geschwister und Freunde gibt Tabelle 40 Auskunft.

Tabelle 37		Pädiatrie / Kinderchirurgie								
Schule für Kranke (% der Häuser)										
	Pädiatrie					Kinderchirurgie				
	1993	1997	2001	2005	2009	1993	1997	2001	2005	2009
alle Kliniken/Abt.	60	60	57	57	50	77	74	86	77	77
alte Länder	70	65	65	66	59		77	91	78	85
neue Länder	40	50	42	41	31		73	71	75	0
Uni-Kliniken	100	97	100	100	100		85	100	100	90

Tabelle 38		Pädiatrie / Kinderchirurgie	
Besucherkindergarten (% der Häuser)			
2009			
	Pädiatrie	Kinderchirurgie	
alle Kliniken/Abt.	15,9	46,7	
alte Länder	20,5	48,1	
neue Länder	5,7	33,3	
Uni- Kliniken	28,6	30,0	
<30	2,9	50,0	
30-60	6,3	40,0	
61-100	31,4	100,0	
>100	53,3	0,0	

Tabelle 39 Pädiatrie / Kinderchirurgie		
Mitaufgenommene Eltern (% der Fälle) 2009		
	Pädiatrie	Kinderchirurgie
alle Kliniken/ Abt.	47,5	54,9
alte Länder	52,1	55,1
neue Länder	38,8	53,3
Uni- Kliniken	44,5	54,4

Tabelle 40 Pädiatrie / Kinderchirurgie				
Altersgrenzen für besuchende Geschwister/Freunde (% der Häuser) 2009				
	Pädiatrie		Kinderchirurgie	
	alle Kliniken/Abt.	Uni-Kliniken	alle Kliniken/Abt.	Uni-Kliniken
	(N159)	(N7)	(N29)	(N10)
Häuser ohne Altersbegrenzung	78,0	85,7	79,3	80,0
Häuser mit Altersbegrenzung	22,0	14,3	20,7	20,0
davon 1-5 Jahre	40,0	0,0	33,3	0,0
6-11 Jahre	25,7	0,0	33,3	50,0
12 - 14 Jahre	25,7	100,0	16,7	0,0
> 14 Jahre	0,0	0,0	16,7	50,0

Tabelle 41 gibt Auskunft über die Anzahl der unterschiedlich abgerechneten DRG´s und des CMI.

Tabelle 41		Pädiatrie
Anzahl der unterschiedlich abgerechneten DRG´s und Case Mix Index (Mittelwert) 2009		
	DRGs	CMI
alle Kliniken/Abt.	194	0,733
alte Länder	220	0,774
neue Länder	143	0,644
Uni-Kliniken	305	1,269
<30 Betten	122	0,571
30-60 Betten	187	0,699
61-100 Betten	247	0,880
>100 Betten	285	0,941

Die Tabelle 42 informiert über vollstationär behandelte Kinder in Erwachsenenabteilungen bis 2007, für spätere Jahre stehen keine Zahlen mehr zur Verfügung, jedoch kann erwartet werden, dass sie sich nicht wesentlich geändert haben (Angaben des statistischen Bundesamtes).

Tabelle 42 Pädiatrie	
Vollstationäre behandelte Kinder < 15 in Deutschland	
Jahr	Anteil Kinder im Erwachsenenabteilung (%)
1995	34,9%
1996	33,7%
1997	30,9%
1998	30,8%
1999	29,2%
2000	27,7%
2001	27,1%
2002	35,0%
2003	36,0%
2004	31,1%
2005	32,7%
2006	32,6%
2007	32,5%

Im Anhang finden Sie die Antworten auf unsere Fragen, die tabellarisch erfasst aber analog der früheren Auswertungen nicht kommentiert wurden, weil sie für sich sprechen.

Zusammenfassende Einschätzung

Pädiatrie

Die Ergebnisse spiegeln die große Bandbreite der Klinikgrößen wider.

Abteilungen mit weniger als 30 Betten machen heute in den neuen Bundesländern weiterhin nahezu die Hälfte der Einrichtungen aus (Tab. 7), wobei es durchaus große Unterschiede gibt. Die Zahl kleiner Abteilungen ist besonders in Thüringen und Sachsen verhältnismäßig hoch. Diese große Zahl sehr kleiner Abteilungen beinhaltet die Gefahr weiterer Schließungen. Es bleibt zu hoffen, dass die Neuordnung am Ende zu einem einigermaßen gesunden Kompromiss zwischen flächendeckender Versorgung, die geografische und verkehrstechnische Gesichtspunkte berücksichtigen muss und ökonomisch haltbaren Abteilungen führt. Man muss sich darüber im Klaren sein, dass ein Verzicht auf flächendeckende Versorgung dazu führen kann, dass noch mehr Kinder und Jugendliche im Erwachsenenkrankenhaus behandelt werden.

Die Zahl der jährlich aufgenommenen Patienten ist ein aussagekräftigerer Parameter für die Größe einer Einrichtung (Tab. 4).

Hier sind die Unterschiede zwischen neuen und alten Bundesländern genau so deutlich wie hinsichtlich der Planbettenzahl. Fast die Hälfte der Einrichtungen in den neuen Bundesländern liegt mit ihrer Fallzahl unter 1.500 pro Jahr, einige Abteilungen auch unter 750 pro Jahr.

Kassenärztliche Vereinigungen behindern den Ausbau der Vernetzung von ambulanter und stationärer Krankenversorgung.

Zur Größe einer Einrichtung gehört aber auch ihr Anteil an der ambulanten Versorgung im Sinne von Notfallambulanzen, Spezialambulanzen und Instituten (Tab. 26). Dies um so mehr als politisch die Vernetzung von ambulanter und stationärer Krankenversorgung weiterhin sehr intensiv beworben wird. In dieser Hinsicht sind jedoch in den letzten 30 Jahren kaum Fortschritte erzielt worden.

Die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten in den Spezialdisziplinen sind von der Kapazität der jeweiligen Klinik abhängig, sozusagen von ihrer Manövriermasse. Je größer die Einrichtung desto häufiger finden sich Spezialsprechstunden, die an den Universitätskliniken naturgemäß häufiger angesiedelt sind. Wahrscheinlich hängen mit der Abhängigkeit von der Betten- oder Fallzahl auch die relativ spärlichen ambulanten Möglichkeiten der Einrichtungen in den neuen Bundesländern zusammen.

Die Befragung ergab auch, dass die ambulante Tätigkeit ganz überwiegend im Sinne einer Ermächtigung von Ärzten geregelt ist, seltener im Sinne einer Institutsermächtigung. An den Universitätskliniken herrscht die ambulante Tätigkeit im Sinne der Poliklinik vor, obwohl auch hier bis zu einem gewissen Grad persönliche Ermächtigungen eine Rolle spielen.

Ein wichtiger Parameter ist die Verweildauer (Tab. 9), die vom Kostenträger besonders genau betrachtet wird und in den letzten 20 Jahren halbiert wurde. Sie hat keinesfalls die Talsohle erreicht.

Das Zusammenspiel von Fallzahlen, Bettenreduzierung und rückläufige Verweildauer hat in den vergangenen Jahren zu einer weit gehenden Konstanz der Auslastung geführt, die allerdings im Jahre 2009, bezogen auf alle Kliniken und Abteilungen einen Tiefpunkt erreicht hat, besonders in den neuen Bundesländern. Sie liegt weit unterhalb der von den jeweiligen Landesregierungen propagierten Richtzahlen. Dies wird auf jeden Fall weiteren Bettabbau nach sich ziehen.

Klinikstrukturen

Aus der Umfrage geht hervor, dass sich viele Einrichtungen und Subdisziplinen fachlich verselbstständigt haben (Tab 11). Erwartungsgemäß existieren solche selbstständigen Abteilungen bevorzugt an Universitätskliniken. Es ist klar, dass die Bereitschaft zur Einrichtung von Abteilungen mit der Größe einer Klinik zusammenhängt. Aus ökonomischen Gründen werden Abteilungen auch wieder aufgehoben. Fachlich selbstständig geführte Abteilungen finden sich hauptsächlich in den Bereichen der Neonatologie und Neuropädiatrie in nennenswerten Größenordnungen. In den letzten Jahren ist eine Zunahme von psychosomatischen Abteilungen zu beobachten.

Sozialpädiatrische Zentren finden sich heute in 33 % der befragten Einrichtungen mit einem deutlichen geringeren Prozentsatz von nur 13 % in den neuen Bundesländern (Tab. 10). Es sei aber hinzugefügt, dass Sozialpädiatrie in

vielen Einrichtungen einen hohen Stellenwert hat, auch wenn ein eigenes Sozialpädiatrisches Zentrum formal nicht existiert.

Im Bereich der Intensivmedizin sind mehr Kliniken dazu übergegangen, Intensivplätze zu Intensivstationen zusammenzufassen (Tab. 12). Auch der Anteil dieser Einrichtungen, die einen Schichtdienst im Intensivbereich betreibt hat zugenommen. Interessant ist die Selbsteinsetzung der Einrichtungen bezüglich der Stufe der neonatologischen Versorgungsform (Tab. 12a). Im Rahmen der lebhaften Diskussionen um die Frühgeborenenversorgung bleibt abzuwarten, welche Struktur am Ende formal anerkannt wird.

An der Assoziation mit kinderchirurgischen Einrichtungen hat sich in den letzten Jahren nicht viel geändert (Tab. 13).

Immerhin sind 60 % der pädiatrischen Einrichtungen ohne kinderchirurgische Präsenz.

Sie müssen ihre Patienten entweder in weit entfernte kinderchirurgische Abteilungen verlegen oder mit Erwachsenenkliniken kooperieren. Dies kann im Einzelfall angemessen sein, darf aber nach dem Verständnis von Kinderärzten und Kinderchirurgen nicht die Regel sein. Hier klaffen aber Option und Realität weit auseinander (Tab. 14).

Personelle Ausstattung

Für das ärztliche Personal gibt es kein festes Regelwerk. Umso größer ist die Streubreite in pädiatrischen Einrichtungen, auch wenn sie nach Bettenzahl oder Fallzahl vergleichbar sind. Die Erhebung zeigt, dass die Zahl der Ärzte gegenüber der letzten Erhebung wenig verändert ist (Tab. 25).

Die Zahl der belegten Betten bzw. Fälle pro Arzt zeigt eine deutlich rückläufige Tendenz. Bei diesen Betrachtungen ist aber zu bedenken, dass die ambulante Tätigkeit einer Klinik bei derartigen Berechnungen zu Unrecht unberücksichtigt bleibt.

Die Streubreite der Anzahl der Ärzte/Pflegekräfte ist in Einrichtungen vergleichbarer Größenordnungen enorm.

Interessant ist das Verhältnis von Fachärzten und Ärzten in Weiterbildung, das bezogen auf alle Einrichtungen weitgehend konstant geblieben ist. Die Diskrepanz zwischen alten und neuen Bundesländern ist weiter rückläufig und fast an die Verhältnisse in den alten Bundesländern angeglichen. Hier haben die Einrichtungen weiterhin eine Verpflichtung, einen Mittelweg zwischen der Ausbildung von Kinderärzten und der Notwendigkeit zur weiteren Spezialisierung, die einen erhöhten Bedarf an Fachärzten bedingt, zu finden.

Auch die Breite der Anzahl der Pflegekräfte ist in Einrichtungen vergleichbarer Größenordnungen enorm (Tab. 32). Die Zahl der belegten Betten pro Pflegekraft hat sich gegenüber der Vorbefragung verringert, während die Anzahl der Fälle pro Pflegekraft wenig verändert ist.

Mitaufnahme von Angehörigen

Über alle Einrichtungen gesehen hat der Prozentsatz der mit aufgenommen Eltern seit 1997 kontinuierlich zugenommen und liegt zuletzt bei 47,5 Prozent. Auch hier gleichen sich allmählich die neuen Länder an. Was die besuchenden Geschwisterkinder oder Freunde der Patienten betrifft ist der Prozentsatz der Häuser ohne Altersbegrenzung inzwischen auf 78 Prozent angestiegen.

DRG-System und Case-Mix-Index

Durch zunehmende Erfahrung konnte jetzt erstmals die Anzahl der abgerechneten DRG richtig angegeben werden. Der Mittelwert liegt für alle Einrichtungen inzwischen bei 194. Die Anzahl ist stark abhängig von der Größe der Abteilungen und Kliniken und liegt in den Universitätskliniken erwartungsgemäß am höchsten.

Der Case-Mix-Index (CMI) lag bei allen Einrichtungen im Durchschnitt bei 0,733, bei den Abteilungen unter 30 Betten bei 0,571. In Universitätskliniken war der CMI erwartungsgemäß am höchsten und betrug 1,269 (Tab. 41). Beim CMI kommt es auch auf die dritte Stelle hinter dem Komma an. In vielen Kliniken ist zwar die Fallzahl angestiegen, aber dafür der CMI zurückgegangen, das heißt man hat mehr Patienten aufgenommen und die Fallzahl erhöht bei gleichzeitig rückläufiger Fallschwere.

Kinderchirurgie

Bei der Betrachtung der Angaben über die "**Planbetten**" in der Deutschen Kinderchirurgie muss festgestellt werden, dass die im Jahr 1993 noch auf 3551 hochgerechneten Betten der 84 Kliniken bereits im Jahre 1997 auf 2984 und im Jahr 2001 auf 2654 reduziert worden waren. 2005 nahm diese Zahl um gut 6% weiter ab, für 2009 wurde jetzt ein weiterer Rückgang um 19% hochgerechnet.. Die rückläufige Tendenz, dargestellt in den Tabellen 6 und 7, hat sich also kontinuierlich fortgesetzt. Die jetzt ermittelte Zahl an Planbetten von 2020 entspricht in etwa jener der von der DGKCH 2010 veröffentlichten Aufstellung aller Kinderchirurgischen Abteilungen und Kliniken (2012 Planbetten inklusive eigener Intensivbetten). Allerdings bleiben die bereits vielerorts prinzipiell auch interdisziplinär genutzten Betten unberücksichtigt.

Anteilmäßig haben weniger größere Kliniken (30-60 Betten) an der Umfrage teilgenommen, ob dies eine weitere Umwandlung von sogenannten größeren Häusern in kleinere Abteilungen repräsentiert, bleibt unklar. Das Verhältnis der unterschiedlichen „**Arten**“ **der Kliniken** ist gleich geblieben (Tabelle 5). Die großen Kliniken mit über 60 Betten sind weiterhin praktisch kaum noch anzutreffen. Schlüsselte man die Kliniken nach ihren absoluten Fallzahlen auf, so findet man auch hier die gleiche Tendenz. Unübersehbar ist die Entwicklung für die geringere Zahl der stationären Patienten kleinere Einheiten vorzuhalten. Erfreulich ist dabei lediglich, dass das verbleibende Platzangebot, dem Zeittrend folgend, offenbar für die Mitaufnahme der Eltern genutzt werden kann: 2005 waren bei 48,4% Eltern mitaufgenommen, 2009 bei 54,9% der Fälle (Vergleiche Tab. 39).

Mit einem weiteren Rückgang der Betten ist zu rechnen, selbst bei nahezu gleichbleibender Fallzahl. Trotz demographischer Entwicklung ermöglichen die kurze **Verweildauer**, der (kinder-)chirurgische Fortschritt, modernere Aufnahme- und Entlassmanagement und die weitere Umwandlung kurzer stationärer Eingriffe in ambulante Eingriffe eine weitere Effizienz und somit Bettenreduzierung. 2006 wurden etwa in Bayern die Betten um 13,5% gegenüber 2005 reduziert.

Bei der Betrachtung der Gesamtkliniken weisen die absoluten **Fallzahlen** ebenfalls deutlich in diese Richtung. Wurden im Jahr 1997 noch 108 099 Patienten in 57 Kliniken behandelt, so lag die Zahl im Jahre 2001 noch bei 81 607, entsprechend einem Rückgang um 24,5%. Bei Betrachtung der Zahlen von 2005 sieht man, dass eine weitere Reduzierung um 4% stattgefunden hat. Es wurden in 46 Einheiten 78 538 Patienten behandelt. Bis dahin hatte sich der Rückgang jedoch entsprechend einer gewissen Stabilisierung bzgl. der stationären Versorgung der Patienten verlangsamt.

Für 2009 wurden nur 45114 Fälle ermittelt, was einem Rückgang um 42% entspräche, hervorzuheben ist aber die mit 26 kleine Zahl auswertbarer Kliniken. Daten z.B. großer Kliniken aus den neuen Ländern waren nicht eingegangen. Bei der Betrachtung `Fälle pro Klinik` wäre gegenüber 2005 ein Zuwachs von 1,6% der stationären Patienten zu ermitteln. Die Zahlen erlauben meiner Ansicht nach keinerlei zuverlässige Aussage über die zahlenmäßige Entwicklung der stationären kinderchirurgischen Versorgung. Auch sind keine Rückschlüsse über die Entwicklung der Operationszahlen möglich, insbesondere auch unter Berücksichtigung der Tatsache, dass eine Reihe operierter Kinder als „pädiatrischer“ Patient aus der Klinik entlassen werden mussten.

Die **Verweildauer**, die zwischen 1997 und 2001 noch deutlich rückläufig war, ist jetzt noch mal um einen halben Prozentpunkt zurückgegangen und scheint sich bei 3,5 Tagen einzupendeln. Lagen die Kinder im Schnitt 1993 noch 5,9 Tage, so betrug die Liegedauer 2005 noch 4 Tage, für 2009 ergeben sich 3,6 Tage. Die bis 2005 ersichtliche Tendenz zu kürzeren Liegezeiten in den alten Bundesländern im Vergleich zu den neuen Ländern, stellt sich 2009 umgekehrt dar: 2,5 Tage in den neuen Bundesländern gegenüber 3,7 in den alten Ländern. Die Liegedauer in den Universitätskliniken ist nahezu unverändert bei 4,4 geblieben. Der Nutzungsgrad („Belegung“) ist mit 63,4% im Wesentlichen unverändert. Entgegen 2005 sind die Betten in den neuen Ländern schlechter ausgenutzt (47,4%). Der Nutzungsgrad der Universitätskliniken ist unverändert geringgradig niedriger als der der nicht universitären kinderchirurgischen Einrichtungen.

Es gilt darauf hinzuweisen, dass dieser auf klassische Weise “ermittelte“ Nutzungsgrad letztlich auch bestimmte Erforderlichkeiten an Patientenzimmern wie (zunehmende?) Isolierungsmöglichkeiten etc. unberücksichtigt lässt.

Mit einer Bettenreduzierung darf nicht automatisch ein Personalabbau korrelieren mit der Gefahr der Reduzierung des Behandlungsspektrums. Die Abteilungen hätten das Risiko, auf eine Oberarztposition im Sinne eines weisungsungebundenen Einmannbetriebes in untergeordneter Stellung hinuntergefahren zu werden. Die resultierende Leistungsverminderung führt zu Qualitätseinbrüchen und damit zu erheblichen Lücken bei der angestrebten flächendeckenden kinderchirurgischen Versorgung. Auch gerät durch diese Politik die ordnungsgemäße Weiterbildung im Fach Kinderchirurgie erheblich in Gefahr.

Zunehmend ist es erforderlich, Kinder nicht mehr am Tage vor der durchzuführenden Operation, sondern erst am Operationstage aufzunehmen (dabei handelt es sich durchaus nicht nur um kleinere Eingriffe, sondern auch um größere Routineeingriffe, bei denen die Diagnostik praestationär durchgeführt werden kann). Ein Teil der fachärztlichen Versorgung der Kinder durch Klinikärzte verschiebt sich dadurch zunehmend in den ambulanten Bereich. Bei gleich

bleibendem Diagnostik- und Therapiespektrum der Klinik werden durch diese Veränderungen immer weniger Betten innerhalb der Klinik benötigt.

Die Ergebnisse im Einzelnen

Klinikstrukturen

Pädiatrie

Aus der Umfrage geht hervor, dass viele Einrichtungen Subdisziplinen fachlich verselbständigt haben (Tab. 11).

Erwartungsgemäß existieren solche selbständigen Abteilungen bevorzugt an Universitätskliniken. Es ist klar, dass die Bereitschaft zur Einrichtung von Abteilungen mit der Größe einer Klinik zusammen hängt. Aus ökonomischen Gründen werden Abteilungen auch wieder aufgehoben.

Fachlich selbständig geführte Abteilungen finden sich hauptsächlich in den Bereichen der Neonatologie und Neuropädiatrie in nennenswerten Größenordnungen. In den letzten Jahren ist eine Zunahme von psychosomatischen Abteilungen zu beobachten.

Sozialpädiatrische Zentren finden sich heute in 33% der befragten Einrichtungen mit einem deutlich geringeren Prozentsatz von nur 13% in den neuen Bundesländern (Tab. 10). Es sei aber hinzugefügt, dass Sozialpädiatrie in vielen Einrichtungen einen hohen Stellenwert hat, auch wenn ein eigenes sozialpädiatrisches Zentrum formal nicht existiert.

Im Bereich der Intensivmedizin sind mehr Kliniken dazu übergegangen, Intensivplätze zu Intensivstationen zusammenzufassen (Tab. 12). Auch der Anteil dieser Einrichtungen, die einen Schichtdienst im Intensivbereich betreiben, hat zugenommen. Interessant ist die Selbsteinschätzung der Einrichtungen bezüglich der Stufe der neonatologischen Versorgungsform (Tab. 12a).

Im Rahmen der lebhaften Diskussionen um die Frühgeborenenversorgung bleibt abzuwarten, welche Struktur am Ende formal anerkannt wird.

An der Assoziation mit kinderchirurgischen Einrichtungen hat sich in den letzten Jahren wenig verändert (Tab. 13). Immerhin sind fast 60% der pädiatrischen Einrichtungen ohne kinderchirurgische Präsenz. Sie müssen ihre Patienten entweder in weit entfernte kinderchirurgische Abteilungen verlegen oder mit Erwachsenen-einrichtungen kooperieren.

Dies kann im Einzelfall angemessen sein, darf aber nach dem Verständnis von Kinderärzten und Kinderchirurgen nicht die Regel sein. Schließlich sitzen sie im selben Boot. Hier klaffen Option und Realität weit auseinander (Tab. 14).

Kinderchirurgie

Die absolute Fallzahl, wie auch die Verweildauer und die Ausnutzung der einzelnen Abteilung, sagt nichts über ihre eigentliche Leistungsfähigkeit aus, wie wir bereits bei früheren Befragungen festgestellt haben. Die Strukturen der einzelnen kinderchirurgischen Kliniken sprechen hier eine deutliche Sprache.

*Die **Leistungsfähigkeit und das Spektrum** einer Kinderchirurgischen Klinik oder Abteilung sind unmittelbar mit der Nähe zur Pädiatrie verbunden. Erfreulicherweise waren 2009 41,6% der befragten Pädiatrischen Kliniken und Abteilungen mit einer Kinderchirurgischen Klinik (27,8%) oder einem nichtselbständigen Arzt für Kinderchirurgie (13,3%) assoziiert, 10% mehr als 2005 (Tabelle 14). Diese Nähe scheint in den alten Ländern (44,4%) besser realisiert als in den neuen Ländern (33,9%). 100% der befragten Uni-Kliniken gaben eine entsprechende Assoziation an, 85,7% mit einer Kinderchirurgischen Einrichtung, 14,3 mit einem nichtselbstständigen Arzt für Kinderchirurgie.*

Die Frage, in welche chirurgische Abteilung bevorzugt Kinder aus der Pädiatrie verlegt werden, liefert stellenweise erschreckende und z.T. nicht nachvollziehbare Daten: 42,2% aller Pädiatrischen Einrichtungen verlegen demnach bevorzugt in die Erwachsenen-chirurgie, 20,5% in kinderchirurgische Einheiten, 9% in beides und 28,3% (!) dokumentierten „keine Antwort“. Für die Universitäten sind 42,8% Verlegung in die Kinderchirurgie ermittelt worden, 57,2% lieferten „keine Antwort“. Selbstverständlich sollten alle zu behandelnden Kinder möglichst in einer pädiatrischen oder kinderchirurgischen Klinik liegen, was eine auch operative Behandlung durch einen kompetenten Erwachsenenmediziner nicht ausschließen muss.

*In den Tabellen 15 und 16 findet man, die von den einzelnen kinderchirurgischen Kliniken angegebenen **Schwerpunkte**. Man erkennt, dass die meisten der 30 ausgewerteten Einrichtungen die Abdominalchirurgie (30), die Neugeborenenchirurgie (29), speziell die Minimalinvasive Kinderchirurgie (26%), die Kinderurologie (26) und die*

Kindertraumatologie (25) betreiben. Deutlich geringer ist die Zahl der Kliniken, die Patienten mit Kinderneurochirurgischen Krankheitsbildern operieren. Sie hat im Vergleich zu den vorangegangenen Befragungen aber nicht weiterhin abgenommen. Der Befragung gemäß sind es nur noch 10 Kliniken (30%). Auch die nur 10 ausgewerteten Unikliniken bieten historisch - und strukturbedingt nicht alle Subspezifizierungen der Kinderchirurgie an: 2 die Neurochirurgie, 7 die Kindertraumatologie und 8 die Kinderurologie. Echte Kooperationen, etwa auf dem Gebiet der kraniospinalen Kinderchirurgie (inklusive der Versorgung von Kraniosynostosen) blieben unberücksichtigt. Die Anzahl der Kliniken, die sich mit Verbrennungskrankheiten befassen, ist im Wesentlichen unverändert. 10 kinderchirurgische Kliniken sind als Verbrennungsschwerpunkte gemeldet und die Behandlung von ausgedehnten Verbrennungen liegt überwiegend in diesen Einheiten. Zur Behandlung der Schwerbrandverletzten benötigt die entsprechende Abteilung einen Versorgungsauftrag durch die jeweilige Bezirksregierung.

Auch die Befragung im Jahre 2009 zeigt, dass trotz kleinerer Bettenzahlen die Klinikstruktur vielschichtig sein kann. Bei geschickter Personalpolitik kann unverändert ein breites Versorgungsspektrum vorgehalten werden, wenn innerhalb dieser Abteilungen Kollegen mit unterschiedlicher Spezialisierung innerhalb der Kinderchirurgie tätig sind. Die tägliche Praxis zeigt, dass diese Einheiten den Ansprüchen ihres Versorgungsauftrages durchaus gerecht werden.

Erwartungsgemäß wird die spezielle operative Kinderonkologie von allen Unikliniken angeboten, ebenso von 100% der 30-60 Betten vorhaltenden Kliniken, von 86% der Kliniken mit 1500 bis 3000 Fällen pro Jahr und von 30% der Kliniken mit weniger als 30 Betten. Insgesamt (alle befragten Kliniken) gehört die operative Kinderonkologie in 56% zum Spektrum.

Die Betrachtung der Tabelle 17 deckt einen weiteren Tatbestand auf. In vielen Krankenhäusern existieren neben einer selbständig vorgehaltenen Kinderchirurgie zusätzliche Abteilungen, in denen ebenfalls Kinder operiert werden. Erwartungsgemäß liegen die Hals-Nasen-Ohren-, ophthalmologischen-, orthopädischen- und herzchirurgischen Abteilungen an der Spitze. Mit diesen Fächern hat sich eine gute Kooperation entwickelt, da Erkrankungen dieser Fachgebiete in der Regel nicht von den Kinderchirurgen behandelt werden. Stellenweise ist aufgrund der Seltenheit des operativen Eingriffs (z.B. PDA-Ligatur) und der gleichzeitigen hohen Spezifität die Versorgungssicherheit durch eine echte interdisziplinäre Zusammenarbeit zu gewährleisten. Bei der Auswertung im Vergleich zum Jahre 2005, zeigt sich bei den Hauptarbeitsgebieten keine für die Kinderchirurgie ungünstige Entwicklung. Die Zahl der Abteilungen, die z.B. speziell Kindertraumatologie und Kinderurologie betreiben, hat nicht abgenommen.

Ärztliche Versorgung

Pädiatrie

Für das ärztliche Personal gibt es kein festes Regelwerk. Um so größer ist die Streubreite in pädiatrischen Einrichtungen, auch wenn sie nach Bettenzahl oder Fallzahl vergleichbar sind. Die Erhebung zeigt, dass die Zahl der Ärzte gegenüber der letzten Erhebung wenig verändert ist (Tab. 25).

Die Zahl der belegten Betten bzw. Fälle pro Arzt zeigt eine deutlich rückläufige Tendenz. Bei diesen Betrachtungen ist aber zu bedenken, dass die ambulante Tätigkeit einer Klinik bei derartigen Berechnungen zu Unrecht unberücksichtigt bleibt.

Die Streubreite der Ärzte/Pflegekräfte ist in Einrichtungen vergleichbarer Größenordnungen enorm.

Interessant ist das Verhältnis von Fachärzten und Ärzten in Weiterbildung, das bezogen auf alle Einrichtungen weitgehend konstant geblieben ist. Die Diskrepanz zwischen alten und neuen Bundesländern ist weiter rückläufig und fast an die Verhältnisse in den alten Bundesländern angeglichen. Hier haben die Einrichtungen weiterhin eine Verpflichtung, einen Mittelweg zwischen der Ausbildung von Kinderärzten und der Notwendigkeit zur weiteren Spezialisierung, die einen erhöhten Bedarf an Fachärzten bedingt, zu finden.

Kinderchirurgie

*Die Zahl, der in den kinderchirurgischen Kliniken durchschnittlich tätigen Ärzte hat sich, bezogen auf die Anzahl der befragten Kliniken, nicht geändert (Tabelle 18). Die Zahl der Ärzte in **Weiterbildung** zum Kinderchirurgen betrug 2009 4,4 pro Klinik im Vergleich zu 2005 mit 4,1. Für die Fachärzte ergaben sich 4.0 pro Klinik im Vergleich zu 3.9 2005 (Durchschnitt!). Gemessen an der Bewerbersituation erfreut sich das Fach zunehmender Beliebtheit. Das Modell einer „Ein-Mann-Kinderchirurgie“, bedingt etwa durch das Anforderungsprofil Pädiatrischer Abteilungen (Stichwort Perinatalzentrum) verhindert allerdings eine gute Weiterbildung zum Kinderchirurgen.*

Die oben bereits geschilderte Situation der Verlegung chirurgisch zu behandelnder Kinder in nicht-kinderchirurgische Einheiten (42,2% aller Pädiatrischen Einrichtungen verlegen demnach bevorzugt in die Erwachsenen Chirurgie) trägt

ebenfalls zu einer erschwerten Weiterbildung zukünftiger Kinderchirurgen bei. Auch wenn 2005 hier noch 65% angegeben wurden, hat sich wahrscheinlich nicht wirklich etwas zum Besseren entwickelt, nachdem die Positivaussage - in 20,5% Verlegung in die Kinderchirurgie - gleich geblieben ist (2005: 21%), ein Drittel lies die Frage unbeantwortet! Die Formulierung von 2005 „Die Kinderchirurgie leidet unter der mangelnden Unterstützung, insbesondere seitens der Pädiatrie“ soll nicht in gleichem Maße für 2009 gelten; dennoch, die vielerorts als Begründung angeführte fehlende Flächendeckung ist haltlos vor dem Hintergrund, dass selbst Neugeborene eine Operation durch dafür nicht spezialisierte Erwachsenenchirurgen erhalten, trotz einem kinderchirurgischen Zentrum in 30-50km Reichweite.

Umgekehrt geben Kinderchirurgen Kinder mit nicht chirurgischen Erkrankungen grundsätzlich in eine pädiatrische Behandlung. Kein Kinderchirurg käme auf die Idee, einen kindlichen Patienten in eine Erwachsenenabteilung zu verlegen. Da die von der Kinderchirurgie angestrebte flächendeckende Versorgung so nicht erreicht werden kann, scheint es dringend geboten, junge Kollegen für das Fach Kinderchirurgie zu motivieren. Die Weiterbildungsordnung bietet durch ihren common trunc, der von allen chirurgischen Fächern gegenseitig anerkannt wird, die Möglichkeit, auch aus anderen chirurgischen Fächern ohne Zeitverlust in die Kinderchirurgie überzuwechseln. Die sich bei der Weiterbildung daraus ergebenden kurzen Wechselzeiten sind geeignet, junge Kollegen für die Kinderchirurgie zu mobilisieren.

Das Verhältnis Fachärzte zu Ärzten in Weiterbildung weist derzeit einen Faktor von 1,1 auf, der im Jahre 2001 0,9 und 2005 1,05 betrug. In den alten Bundesländern hat sich der Faktor mit 1,03 leicht erhöht, wohingegen sich in den neuen Bundesländern verhältnismäßig noch weniger Ärzte und Ärztinnen in kinderchirurgischer Weiterbildung befanden (Faktor 7,00), was möglicherweise an der unterrepräsentativen Beteiligung der Universitätskliniken der neuen Ländern bei der Befragung 2009 liegt. Interessant ist, dass die kleinen und mittelgroßen Kliniken bzgl. Weiterbildung (Verhältnis Facharzt zu Arzt in Weiterbildung) kaum schlechter abschneiden, als die Unikliniken (Tabelle 19).

Offenbar haben die mittelgroßen Abteilungen die Chance zur umfassenden Weiterbildung deutlich genutzt. Der nach wie vor hohe Stand der Weiterbildung in den kleineren Abteilungen liegt vermutlich in der Tatsache, dass die ursprünglich mittelgroßen Abteilungen ihr Weiterbildungspotential bei der Reduktion der Betten beibehalten haben.

*In der Befragung von 2001 wurde erstmals nach Schwerpunkten im Rahmen der **ambulanten Diagnostik** gefragt, welche möglich wird durch praestationäre Diagnostik, oder Diagnostik im Rahmen der **Ermächtigungsambulanz**, so auch 2009 (Tabelle 23 und 24).*

Demnach betreiben fast alle (96,7%) der ausgewerteten Kliniken eine Notfallambulanz. In 90% der kinderchirurgischen Kliniken besteht eine Ermächtigungsambulanz, die es ermöglicht, eine kinderchirurgische Differentialdiagnostik durchzuführen. Für die alten Länder wurden 92,6%, für die neuen Länder 66,7% ermittelt. Zu den diagnostischen Leistungen zählen kinderurologische Untersuchungen, einschließlich der Urodynamik (60 - 66,78% der Kliniken), sonographische kinderchirurgische Untersuchungen (66,7% der Kliniken), kinderradiologische Untersuchungen (36,7% der Kliniken). Die Kinderchirurgische Sonographie ist in den neuen Ländern mit 100% überdurchschnittlich häufig anzutreffen. Das gleiche gilt für die kindertraumatologische Nach- und Weiterbehandlung, hier wurde für alle Kliniken ein Wert von 83,3% gegenüber 100% in den neuen Ländern ermittelt. 86,7 % (Zunahme gegenüber 2005) der kinderchirurgischen Kliniken sind außerdem zur D-Arzt-Tätigkeit zugelassen. Eine Sprechstunde für schwerbrandverletzte Kinder findet sich bei 60% der kinderchirurgischen Kliniken. Vielerorts existierende pädiatrisch plastische Sprechstunden und z.B. eine Kraniospinale bzw. Kinderneurochirurgische Sprechstunde finden keine Berücksichtigung in der Befragung.

Werfen wir noch einen Blick auf die **ambulant erbrachten Operationsleistungen** (Tabelle 23). Durchschnittlich führten kinderchirurgische Kliniken 2009 426 Operationen ambulant durch, was einem Zuwachs gegenüber 2005 von 10,6% bedeutet. Die alten Bundesländer operieren deutlich mehr ambulant (497), als die neuen Bundesländer (118). Der Unterschied hat im Vergleich zu 2005 sogar zugenommen. Betrachtet man die Tabelle 23, so sieht man, dass Leistenhernien, Nabelhernien, Hodenhochstände, Phimosen, Bakercysten, schnellender Daumen und Cystoskopien in der überwiegenden Zahl (zwischen 75 und 96%) ambulant durchgeführt werden. Lediglich die Behandlung des Vesicoureteralen-Refluxes durch Unterspritzung wird noch zögerlich ambulant gehandhabt. Im Gegensatz zu 2005 wird diese Behandlungsform nun in gleicher Häufigkeit ambulant vorgenommen wie in den alten Ländern.

Die **Intensivbehandlung** kinderchirurgischer Patienten erfolgt gemäß der Auflistung der 98 Kliniken, Abteilungen und Belegabteilungen durch die DGKCH unterschiedlich strukturiert: es gibt „eigene Intensivbetten“, Intensivbetten „in der Pädiatrie“, in der „Neonatologie“ und Intensivbetten „je nach Bedarf“, wobei die Kooperation mit der Pädiatrie insgesamt unübersehbar ist. 254 Intensivbetten lassen sich zählen. Zum Vergleich: im Jahr 1997 waren es 410 Betten, von denen 157 in 20 Universitätskliniken untergebracht waren. 1997 konnten gleichzeitig 288 Kinder beatmet werden. Diese Zahl der Intensivbetten war seitdem in den allgemeinen Krankenhäusern kontinuierlich auf zuletzt 281 (2005) Intensivplätze zurückgegangen. Auch wenn gemäß Tabelle 20 absolut gesehen weniger Kliniken angegeben hatten, über Intensivbetten zu verfügen, so ist das Verhältnis Intensivbett pro Klinik mit 5,2 (2009) im wesentlichen gleich geblieben im Vergleich zu 5,8 im Jahr 2005. Für die Universitäten ergeben sich aktuell 8,2 Intensivbetten pro Klinik gegenüber 9,2 (2005). Die ebenfalls in Relation zu sehenden Beatmungsplätze haben leicht zugenommen. Verfügten 2005 64% aller

Häuser und 80% der Unikliniken über eine Intensivstation, so waren es 2009 63% aller Häuser und 60% der Unikliniken, am ehesten erklärbar durch eine weitere Organisationsform in Form interdisziplinärer Intensivstationen bzw. selektionsbedingt (kleine Anzahl der Rückmeldungen).

100% der angegebenen Intensivstationen halten erwartungsgemäß (aber gebessert im Vgl. zur Befragung 2005) einen 24-Dienst vor (Tabelle 21). Es überwiegt deutlich die pädiatrisch-neonatologische Leitung der überwiegend „interdisziplinär organisierten“ Intensivstationen.

Pflegerische Versorgung

Im Folgenden wird die Situation der pflegerischen Versorgung in bundesdeutschen Kliniken und Kinderabteilungen dargestellt.

Betrachtet wird die Personalausstattung mit Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegern in der Pädiatrie und der Kinderchirurgie. Wie in den Vorjahren wird auch die Situation der Ausbildung in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege dargestellt. Es wird konkretisiert, wie viele Einrichtungen eine Kinderkrankenpflegeschule angeschlossen haben sowie die Anzahl der Solventinnen und Solventen.

In Tabelle 27 ist die Anzahl besetzter Planstellen im Pflegedienst dargestellt. Hier ist ein mäßiger Rückgang der Planstellen in der Pädiatrie zu verzeichnen und ein deutlicher Rückgang in der Kinderchirurgie. Eine positive Auswirkung des Sonderprogramms Pflege stellt sich 2009 nicht dar. Wie schon in den Vorjahren ist wieder ein großer Unterschied zwischen alten und neuen Bundesländern zu verzeichnen. Vergleicht man die Gesamtplanstellen ist zu beachten, dass die Struktur der Kinderkliniken und Kinderabteilungen in den neuen Bundesländern sich deutlich von den Strukturen der Kinderabteilungen in den alten Bundesländern unterscheiden. Wichtig für eine Bewertung ist das Fallzahl- und belegtes Bettenverhältnis zur Pflegekraft, was sich in den Tabellen 31 und 32 findet.

Aus Tabelle 30 wird deutlich, welche Abteilung wie viel Pflegekräfte beschäftigt -differenziert nach Universitätsklinik, selbständiger Kinderklinik mit selbständiger kinderchirurgischen Abteilung, Kinderklinik / -abteilung mit kinderchirurgischer Abteilung in einem Krankenhaus sowie Belegabteilung.

Die meisten Pflegefachkräfte sind in den Universitätskliniken beschäftigt, gefolgt von den selbständigen Kinderkrankenhäusern mit kinderchirurgischer Fachabteilung. Der Mittelwert in der kinderchirurgischen Fachabteilung zeigt durchgehend eine Reduzierung zur Erhebung 2005.

Differenziert man die Planstellen der Pflegekräfte in pädiatrischen Kliniken und Fachabteilungen entsprechend der Fallzahlen, so wird deutlich, dass die höchste Anzahl an Beschäftigten des Pflegedienstes in wenigen Krankenhäusern (12) zu finden ist, die eine sehr hohe Fallzahl haben.

Ein deutlicher Unterschied besteht wie in den Vorjahren in der Zuordnung belegte Betten pro Pflegekraft in den alten und neuen Bundesländern. Deutlich ist insgesamt ein Rückgang der belegten Betten pro Pflegekraft.

Interessanterweise ist eine Reduktion des belegten Bettes pro Pflegekraft zu verzeichnen über alle Klinikgrößen hinweg, während die Fallzahl pro Pflegekraft sich eher an dem Wert des Vorjahres orientiert, teilweise bei hohen Fallzahlen sogar angestiegen ist.

Trotz Rückgang der belegten Betten pro Pflegekraft ist von einer weiteren Arbeitsverdichtung auszugehen, da die Fallzahlen pro Pflegekraft sich seit den Erhebungen kontinuierlich erhöht haben.

Ausbildung Gesundheits- und Kinderkrankenpflege

Von allen an der Umfrage teilnehmenden pädiatrischen Kliniken verfügen 58,4 % über eine Gesundheits- und Kinderkrankenpflegeschule. Dies ist im Vergleich zur Vorumfrage ein deutlicher Anstieg, der sich in der Anzahl der Ausbildungsplätze auch leicht positiv erkennbar wiederfindet. Tabelle 33b verdeutlicht, dass die mittlere Zahl der Auszubildenden pro Krankenhaus mit Ausbildungsmöglichkeit sich insbesondere in den neuen Bundesländern deutlich reduziert hat (2005: 25 – 2009: 16).

Die Anzahl übernommener Absolventinnen und Absolventen ist deutlich angestiegen. Gegenüber 2005 wurden zum Beispiel in den selbständigen Kinderkliniken 13 % mehr Absolventinnen in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege übernommen und in Kinderklinikenabteilungen an einem Krankenhaus 5 % mehr.

Unbeschadet der vorherigen Befragungen bilden die Kinderabteilungen/-kliniken die einem allgemeinen Krankenhaus angeschlossen sind, zahlenmäßig die meisten Pflegekräfte aus.

Markant ist der Rückgang der Absolventinnen an den Unikliniken von absolut 233 auf 81, also um 60%. Dies findet nur bedingt eine Erklärung durch die geringere Anzahl der ausbildenden Unikliniken (Rückgang um 30%).

Therapeutische und andere Berufsgruppen

Im Bereich der Pädiatrie gab es für therapeutische und andere Berufsgruppen durchaus unterschiedliche Entwicklungen. So hat sich die Zahl der Dipl. Psychologinnen deutlich, die der Sozialarbeiterinnen leicht erhöht, während bei den Erzieherinnen, Physiotherapeutinnen und Lehrerinnen ein Rückgang zu verzeichnen ist. Bei den großen Kliniken (>100) ist der Rückgang bei allen Berufsgruppen zu sehen (Tabelle 35).

Die Entwicklung in der Kinderchirurgie wird in Tabelle 37 dargestellt.

Leider lassen sich die Zahlen auf Grund der deutlich geringeren Teilnehmer nicht wirklich kommentieren.

Psychosoziale Versorgung

Die Themenkreise der psychosozialen Versorgung und Betreuung führen auf:

- a) Schule und Besucherkindergarten,**
- b) Mitaufnahme Angehöriger,**
- c) Besuchszeitenregelungen und**
- d) vorbereitende Informationen und Gespräche**

Berufsgruppen zur psychosozialen Betreuung sind in Kapitel "Therapeutische und andere Berufsgruppen" aufgeführt.

a) Schule und Besucherkindergarten

Schule für Kranke:

Wie Tabelle 37 zeigt, ist der prozentuale Anteil von Schulen für Kranke an pädiatrischen Kinderkliniken und -abteilungen mit 7% stärker gesunken als in den Vergleichszeiträumen zuvor, *an kinderchirurgischen Einrichtungen ist er erfreulicherweise mit 77% gleich geblieben*. Die Unterschiede zwischen den neuen und alten Bundesländern sind im pädiatrischen Bereich im Abstand prozentual gesehen annähernd gleich geblieben. *In den kinderchirurgischen Einrichtungen der neuen Bundesländer kam es zu einem eklatanten Abfall von 75% aller Einrichtungen in 2005 auf Null in der jüngsten Abfrage. Hier gilt es auf jeden Fall, eine genaue Ursachenforschung zu betreiben*. Auch bei den Uni-Klinika gibt es einen Abwärtstrend: waren es bei der 2005-Umfrage noch 100% aller Uni-Klinika, die eine Schule für Kranke anboten, sind es jetzt nur noch 90%.

Das Fehlen einer schulischen Betreuungsmöglichkeit in den Kindereinrichtungen hat langfristig fatale Folgen für die Kinder: es erschwert die Wiedereingliederung von Kindern nach einem Krankenhausaufenthalt in ihre bisherige Schulklasse, kann damit zu einer zusätzlichen Belastung der Kinder und ihrer Familien führen (Stichwort: Nachhilfe) und kann zu gravierenden Brüchen in Bildungs- und somit Erwerbs-Biographien führen. .

Besucherkindergarten:

Wie Tabelle 38 zeigt, sind Besucherkindergärten an 15,9 % der pädiatrischen bzw. 46,7 % der kinderchirurgischen Einrichtungen vorhanden. Im Mittel sind diese Betreuungsangebote an fünf Tagen pro Woche geöffnet.

Eine stärkere Förderung von Besucherkindergärten, in denen gesunde Geschwister stundenweise betreut werden, kann helfen, die Belastung der mitbetreuenden Eltern zu verringern, damit mehr Zeit für die Betreuung der kranken Kinder zu ermöglichen sowie den Geschwisterkindern, die zweifelsohne auch im Alltag unter dem Krankenhausaufenthalt leiden, ein wenig Freiraum zu verschaffen.

b) Mitaufnahme Angehöriger

Der Anteil von aufgenommenen Angehörigen hat sich in den letzten Jahren deutlich erhöht. Lag er bei der ersten Umfrage 1997 in der Pädiatrie noch bei ca. 30 % der stationär betreuten Kinder, sind es in 2009 bereits 47,5%. Fast die Hälfte aller pädiatrisch stationär aufgenommenen Kinder können von Angehörigen begleitet werden. Dieser steigende Trend ist in kinderchirurgischen Abteilungen noch deutlich ausgeprägter, vor allem bei Einrichtungen in den neuen Bundesländern.

Im Vergleich zu früheren Umfragen holen nun die Uni-Klinika bei der Mitaufnahme deutlich auf: Hier ist die Anzahl der mit aufgenommenen Angehörigen um 5% auf 44,5% in der Pädiatrie bzw. *um über 14% auf 54,4% in der Kinderchirurgie* gestiegen.

Eine weitere positive Steigerung zeigt sich bei dem Angebot, dass die Eltern auch über Nacht bei ihrem Kind bleiben können. 99,4% aller pädiatrischen Abteilungen bieten diese Möglichkeit an. Ganz erfreulich ist die Entwicklung in den neuen Bundesländern: hier wurde die Möglichkeit von 93,3 auf 100% ausgeweitet. Gleiches trifft für die Uni-Klinika zu: waren es in 2005 noch 80% der Häuser, die die Mitaufnahme anboten, sind es jetzt ebenfalls 100%.

Medizinisch indizierte Mitaufnahme: 96,4 % der Mitaufnahmen erfolgten aus medizinischer Indikation und eröffnen damit Eltern die Möglichkeiten, gesetzliche Regelungen in Anspruch zu nehmen, die außerhalb der allgemeinen Krankenhausleistungen gewährt werden. Hierunter fallen die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall (Kinderkrankengeld) und die Haushaltshilfen, die Krankenkassenleistungen sind.

Weitere Indikationen beruhen auf sozialpsychologischen Gründen, Schwere der Erkrankung des Kindes, Lebensalter des Kindes oder Entfernung zum Wohnort der Eltern (siehe Tabellen im Anhang).

Bemerkenswert bei diesen Angaben ist die Tatsache, dass die Indikationen basierend auf der Entfernung zum Wohnort gestiegen sind, was wahrscheinlich darauf beruht, dass das Angebot an zentralen Versorgungsstellen für spezielle, seltene Diagnosen gestiegen ist. Eine weitere Steigerung zeigt sich bei der Indikation basierend auf dem Lebensalter des Kindes. Hier greift offensichtlich eine gemeinsame Intervention bei den Kassen, das Lebensalter für die Mitaufnahme zu erhöhen.

Unterbringung mit aufgenommener Eltern: 92,2 % der befragten pädiatrischen Häuser bieten die Unterbringung der Eltern auf Liegen im Zimmer des Kindes an, was eine Steigerung von gut 3% bedeutet. Im Zusammenhang mit dieser

Steigerung ist wohl dementsprechend das Angebot von Mutter-Kind-Zimmern um ca. 3% gesunken, nämlich von 59,2 % auf 57,8 % in den pädiatrischen Kliniken. In anderen Gebäuden des Klinik-Komplexes können immerhin noch zu 35,5.% eine Übernachtungsmöglichkeit für die Eltern angeboten werden. Grundsätzlich steht die Möglichkeit der Unterbringung mit aufgenommenen Eltern auch in direktem Zusammenhang mit den baulichen Gegebenheiten. Ein erfreulicher Trend ist bei den Uni-Kliniken zu verzeichnen: hier bemüht man sich offenbar, die Eltern die nahe wie möglich bei ihrem kranken Kind unterzubringen. 100% aller Uni-Kliniken bieten primär die Unterbringung im gleichen Zimmer an.

c) Besuchszeitregelung

Für Eltern: Zeitliche Einschränkungen bei den Besuchszeiten für Eltern sind in den letzten Jahr-zehnten deutlich abgebaut worden. So bieten inzwischen nahezu alle pädiatrischen Kliniken für Eltern offenen Besuchszeiten an, i.e. 95,8%. Auch bei den Häusern, die zeitliche Einschränkungen vorgeben, ist die Anzahl erfreulicherweise von 9,2% auf 3% gesunken.

Grundsätzlich sei allerdings an dieser Stelle festgehalten, dass der Begriff „Besuchszeit für Eltern“ an sich ein Anachronismus ist. Eltern sind Teil des Behandlungsteams und keine Besucher, erst recht in den ersten Stunden und Tagen nach der Aufnahme. Zeitregelungen beginnen erst bei längerfristigen Aufenthalten zu greifen.

Für andere Personen: auch hier ist ein positiver Aufwärtstrend zu beobachten. Immer mehr Einrichtungen bieten offene Besuchszeiten an (knapp 60%), immer weniger Häuser machen zeitliche Einschränkungen (37,4%). Offenbar tragen die Einrichtungen hier dem Umstand Rechnung, dass eventuell aus Gründen des Arbeitsplatz-Erhaltes oder der Entfernung zum Wohnort der Familie die Eltern nicht mehr die ganze Zeit bei ihrem kranken Kind sein können und Mitglieder ihres sozialen Netzwerkes diese Aufgabe dann übernehmen.

Für Kinder: Erfreulicherweise setzt sich in diesem Bereich ein positiver Trend ganz deutlich fort. Das Erkennen der großen Bedeutung, die die Aufrechterhaltung wichtiger altersgemäßer Kontakte für die kleinen Patienten hat, spiegelt sich in den gestiegenen Prozentzahlen von Häusern ohne Altersbegrenzung für besuchende Geschwisterkinder und Freunde wieder.

In der Pädiatrie sind inzwischen an 78% aller Häuser keine Beschränkungen mehr anzutreffen, im Vergleich dazu war es 2005 noch an 73,4% aller Häuser der Fall.

In den kinderchirurgischen Abteilungen hingegen sind die Zahlen im Vergleich zu 2005 annähernd konstant geblieben.

Die positiven Entwicklungen bezüglich der Aufhebung der Altersbegrenzung für Besucherkinder in den zurückliegenden vier Jahren sind eindeutig. Es wäre wünschenswert, wenn die Häuser mit eingrenzenden Altersregelungen die positiven Erfahrungen solcher Einrichtungen nutzen, die auf eine generelle Altersbegrenzung verzichten.

d) Vorbereitende Informationen und Gespräche

In dieser Fragestellung wurde nach Informations- und Beratungsmöglichkeiten zur Vorbereitung und Erleichterung eines Krankenhausaufenthaltes für Kinder und Eltern gefragt. Abgesehen vom Internet-Angebot, steht bei allen pädiatrischen Kliniken das ärztliche Gespräch mit 80,7% an erster Stelle.

In gut 60% aller pädiatrischen Einrichtungen werden nach Angaben der Häuser seitens der Pflege vorbereitende Gespräche geführt. Informationsbroschüren werden inzwischen eher genutzt als „Tage der Offenen Tür“. Letzteres ist offenbar sehr zeit-, kosten- und personalintensiv. Daher bietet man wahrscheinlich lieber gezielt Besichtigungsmöglichkeiten für Kindergärten und Schulen an.

Signifikant für unser Zeitalter der elektronischen Medien ist die enorme Prozentzahl der Darstellung im Internet, die in 2005 zum ersten Mal abgefragt wurde. Zwischen 90,6% (neue Länder) und 89,4% (alte Länder) aller Häuser nutzen diesen Weg der Beratung und Information über ihr Spektrum. Dass die Unikliniken hier nunmehr bei 100% liegen, verwundert nicht.

Etwas stagnierend ist die Zahl bei den Hinweisen auf Selbsthilfegruppen mit einem Mittelwert von 47,6% bei allen Kliniken bzw. einem etwas gefallen Wert von 66,7% bei den Uni-Klinika. Hier gilt es zum Wohle der Patienten eine engere Zusammenarbeit mit den Selbsthilfegruppen für chronische Erkrankungen auf beiden Seiten anzuregen.

Generell gestiegen ist die Prozentzahl der Häuser, die mit dem Aktionskomitee Kind im Krankenhaus (AKIK) zusammen arbeiten. Dies erklärt sich wohl daraus, dass das AKIK nicht nur Hilfestellung beim Umgang mit den betroffenen Familien anbietet, sondern sich in den letzten Jahren auch zunehmend für den Erhalt einer

flächendeckenden, wohnortnahen stationären Versorgung von Kindern im vorpolitischen Raum als Lobbyist engagiert. Liegt genau hierin eventuell auch die Erklärung für bedenklichen Rückgang der Kooperation mit AKIK von 26,6% auf Null bei den Uni-Klinika?

Hier besteht eindeutig Handlungsbedarf, um gerade auch bei den hochspezialisierten Versorgungszentren eine Sensibilität für die psychosozialen Bedürfnisse von kranken Kindern und ihren Familien zu pflegen. Schließlich klagt die Mehrzahl der Eltern über Verhältnisse in Uni-Klinika.

Zum Themenkomplex „Psychosoziale Versorgung“ sind Tabellen im Anhang angefügt.

DRG-System und Case-Mix-Index

Durch zunehmende Erfahrung konnte jetzt erstmals die Anzahl der abgerechneten DRG richtig angegeben werden. Der Mittelwert liegt für alle Einrichtungen inzwischen bei 194. Die Anzahl ist stark abhängig von der Größe der Abteilungen und Kliniken und liegt in den Universitätskliniken erwartungsgemäß am höchsten.

Der Case-Mix-Index (CMI) lag bei allen Einrichtungen im Durchschnitt bei 0,733, bei den Abteilungen unter 30 Betten bei 0,571. In Universitätskliniken war der CMI erwartungsgemäß am höchsten und betrug 1,269 (Tab. 41). Beim CMI kommt es auch auf die dritte Stelle hinter dem Komma an. In vielen Kliniken ist zwar die Fallzahl angestiegen, aber dafür der CMI zurückgegangen, das heißt man hat mehr Patienten aufgenommen und die Fallzahl erhöht bei gleichzeitig rückläufiger Fallschwere.

Schlussbetrachtung

Diese vorliegende Umfrage gibt wieder einen umfassenden Überblick über die Situation der stationären Kinderheilkunde und Kinderchirurgie unter Einbeziehung der psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Sie bietet darüber hinaus eine Grundlage für spätere Befragungen zum Zwecke einer linearen Betrachtung. Die Ergebnisse zeigen Stärken und Schwächen der stationären Versorgung in Pädiatrie und Kinderchirurgie.

In der Pädiatrie findet sich seit 1993 ein kontinuierlicher Rückgang der Betten- und Fallzahlen, ebenso auch der Verweildauer. Im aktuellen Beobachtungszeitraum kam es erstmals zu einer Erhöhung der Fallzahl. Betriebswirtschaftlich gesehen wird diese Entwicklung durch die Abnahme der Fallschwere wett gemacht. Hier handelt es sich um eine der „Nebenwirkungen“ des DRG-System.

Die Auslastung der Einrichtungen hat trotz Fallvermehrung wegen der Verweildauerverkürzung weiter abgenommen und nähert sich allmählich trotz Bettenreduzierung der 60 % Marke.

Die Quotienten von Fällen bzw. belegten Betten pro Arzt ist rückläufig. Dies gilt auch für das Verhältnis von belegten Betten pro Pflegekraft.

Insbesondere in den neuen Bundesländern ist die Zahl kleiner und sehr kleiner Einrichtungen weiterhin hoch. Hier sollte bei der Neuordnung unbedingt darauf geachtet werden, einen gesunden Kompromiss zwischen flächendeckender Versorgung, Strukturqualität und ökonomisch haltbaren Abteilungen zu finden. Die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten in Spezialdisziplinen sind von der Kapazität der jeweiligen Klinik abhängig.

Die letzten Umfragen haben auch den ambulanten Sektor beleuchtet. Dieser Umstand muss bei späteren Befragungen unbedingt berücksichtigt werden, da sich der Stellenwert der ambulanten Tätigkeit im Krankenhaus weiter erhöhen wird. Diese notwendige Tendenz wird aber durch die völlig unzureichende Finanzierung der ambulanten Tätigkeit im Krankenhaus schwer beeinträchtigt. Beispielsweise hat sich der berühmte Paragraf 116 b als Flop erwiesen. Mehr Vertrauen darf in den Paragrafen 120 des neuen Krankenhausgesetzes zur Finanzierung pädiatrischer Spezialambulanzen in Kliniken gesetzt werden.

Die lineare Betrachtung der Umfragen zeigt, dass sich die tatsächlichen Veränderungen in allen Bereichen meist langsamer abspielen als es den „gefühlten“ Veränderungen entspricht.

Unsere Sorge um den Anteil von stationär behandelten Kindern und Jugendlichen in Erwachseneneneinrichtungen muss auf andere Weise beleuchtet werden. Sie ist mit einer Umfrage in den Kinderkrankenhäusern nicht zu beurteilen. In diesem Kontext sind wir auf die Zahlen des statistischen Bundesamtes angewiesen (Tab. 42). Allerdings ist zu berücksichtigen, dass dieses Zahlenwerk etwa seit dem Jahre 2002 die gesunden Neugeborenen in den geburtshilflichen Kliniken für diese Abteilungen zählt, was das Bild verzerrt. Wenn wir diese Kinder herausrechnen reduziert sich der Prozentsatz von kranken Kindern in Erwachseneneneinrichtungen um etwa $\frac{1}{3}$, sodass der „wahre“ Anteil von Kindern in Erwachsenenkrankenhäusern eher bei 20 % bewegt. Zudem ist zu beachten, dass ein großer Teil dieser Kinder in HNO-Abteilungen liegt. Wir haben auch die Möglichkeit im lokalen Bereich aktuelle Zahlen von den Krankenkassen zu erhalten, die sehr aufschlussreich sein können. Trotz allem müssen wir diese Entwicklung weiter im Auge behalten.

Der Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz von 1997 hat uns immerhin ein Instrument in die Hand gegeben, mit dem wir argumentieren können und das in vielen Veröffentlichungen auch von Krankenkassen Berücksichtigung findet.

Anhang

Art der Kliniken 2009				Pädiatrie	
	Universitätsklinik	Selbständiges Kinderkrankenhaus	Kinderabteilung an einem Krankenhaus	Belegabteilung	
alle Kliniken	7	9	152	1	
alte Länder	6	9	100	1	
neue Länder	1	0	52	0	

Trägerschaft (absolute Zahlen)												Pädiatrie	
	staatlich			freigemeinnützig			privat			keine Zuordnung			
	2001	2005	2009	2001	2005	2009	2001	2005	2009	2001	2005	2009	
alle Kliniken	148	94	83	84	48	61	21	20	25	5	2	0	
alte Länder	94	56	52	68	40	51	9	7	13	4	1	0	
neue Länder	54	38	31	16	8	10	12	13	12	1	1	0	

Werden in Ihrem Krankenhaus Kinder oder jugendliche (0-18 Jahre) in Erwachseneneinrichtungen stationär behandelt? (Anzahl der Häuser absolut) 2009								Pädiatrie	
Kinder in Erwachseneneneinrichtungen									
	Ja	HNO	Orthopädie	Chirurgie/ Unfallchirurgie	Innere	Urologie	sonstige		
alle Kliniken	86	49	22	68	39	37	28		
alte Länder	53	34	15	40	25	27	18		
neue Länder	33	15	7	28	14	10	10		
Universitätskliniken	6	5	5	5	2	4	2		

Gibt es in der Klinik einen Sozialdienst? (%der Häuser) 2009		Pädiatrie
alle Kliniken		94,6
alte Länder		94,7
neue Länder		94,3
Uni- Kliniken		100,0

Welche Unterbringungsmöglichkeiten bieten Sie den Eltern an? (Anzahl der Häuser in %) 2009				Pädiatrie
	Liegen im Zimmer	Mutter-Kind-Einheiten	In anderen Gebäuden der Klinik	
alle Kliniken	92,2	57,8	35,5	
alte Länder	93,8	49,6	40,7	
neue Länder	88,7	75,5	24,5	
Uni-Kliniken	100,0	66,7	66,7	

Welche der möglichen Indikationen führen zur kostenlosen Mitaufnahme von Eltern? (Anzahl Häuser in %) 2009					Pädiatrie
Indikationen zur kostenlosen Mitaufnahme					
Medizinische Indikation	Sozialpsychologische Gründe	Lebensalter des Kindes	Entfernung zum Wohnort	Schwerergrad der Erkrankung	
96,4	78,9	95,2	54,2	86,1	

Können Sie dem Wunsch der Eltern, über Nacht bei ihrem Kind zu bleiben, in der Regel entsprechen? (%der Häuser)		Pädiatrie
2009		
		Ja
alle Kliniken		99,4
alte Länder		99,1
neue Länder		100,0
Universitätskliniken		100,0

Welche Besuchzeiten existieren in Ihrer Klinik? (Anzahl der Häuser in %)		Pädiatrie	
2009			
	Besuchszeiten für		
	Eltern	andere Personen	
offene Besuchzeiten	95,8	59,8	
zeitlich eingeschränkt	3,0	37,4	
keine Angabe	1,2	3,0	

Welche Informations- und Beratungsmöglichkeiten bieten Sie Eltern und Kindern zur Vorbereitung und Erleichterung des Klinikaufenthaltes an? (% der Häuser)										Pädiatrie
2009										
	Ärztliche Vorbereitungs- gespräche	Pflegerische Vorbereitungs- gespräche	Klinikführung für Eltern/Kinder	Stations- besichtigungen für Eltern/Kinder	Tage der offenen Tür	Informations- broschüre	Besichtigungs- möglichkeiten für Schulen/Kindergärte n	Hinweise auf Selbsthilfe- gruppen	Zusammenarbeit mit dem Aktionskomitee Kind im Krankenhaus (AKiK)	Internet
alle Kliniken	80,7	60,8	59,0	63,9	78,9	81,3	75,3	47,6	19,9	89,9
alte Länder	78,8	61,1	61,1	62,8	76,1	83,2	82,3	56,6	23,0	89,4
neue Länder	84,9	60,4	54,7	66,0	85,0	58,5	60,4	28,3	13,2	90,6
Uni-Kliniken	83,3	66,7	50,0	50,0	50,0	100,0	66,7	66,7	0,0	100,0

Mitglieder der BaKuK

Stand Februar 2011

Aktionskomitee Kind im Krankenhaus
Bundesverband e.V. (AKIK)
Arbeitsgemeinschaft Spina Bifida und Hydrocephalus
Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V.
Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V.
Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland (BeKD) e.V.
Bundesverband "Das Frühgeborene Kind" e.V.
"Das fröhliche Krankenzimmer e.V." – Aktion des Deutschen Ärztinnenbundes e. V.
Deutsche Akademie für Kinderheilkunde und Jugendmedizin e. V.
Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie e.V.
Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin e.V.
Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V.
Deutscher Verband für Physiotherapie, Zentralverband der Physiotherapeuten/Krankengymnasten (ZVK) e.V.
eigenes leben – Hilfen für Kinder mit Schmerzen oder lebensverkürzenden Erkrankungen e.V.
Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland (GKinD) e.V. Gesellschaft für
Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin e.V.
Kindernetzwerk e.V.
Vereinigung leitender Kinderärzte und Kinderchirurgen Deutschlands
Christine Grotensohn
Birgit Stubner
Dr. med. Lutz Hempel
Dietrich Schacht
Dr. med. Michael Scharnetzky

Vorstand der BaKuK

lt. Mitgliederversammlung vom 12.06.2009

Vorsitzender Prof. Dr. med. Werner Andler
Vereinigung leitender Kinderärzte
und Kinderchirurgen Deutschlands

Stv. Vorsitzende Julia von Seiche-Nordenheim
Aktionskomitee Kind im Krankenhaus
Bundesverband e.V. (AKIK)

Schatzmeister Andreas Wachtel
Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser
und Kinderabteilungen in Deutschland
(GKinD) e.V.

Schriftführerin Hildegard Wewers
Berufsverband Kinderkrankenpflege
Deutschland (BeKD) e. V.

als weitere Mitglieder:

Beate Koob
Deutscher Verband für Physiotherapie,
Zentralverband der Physiotherapeuten/
Krankengymnasten (ZVK) e.V.

Prof. Dr. med. Raimund Schmid
Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V.

Dr. med. Tobias Schuster
Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie e.V.

Geschäftsstelle

Wilfried Lübbers
c/o Kinderhospital Osnabrück
Iburger Str. 187
49082 Osnabrück
Tel: 0541/5602112
Fax: 0541/5602110
E-Mail: luebbers@kinderhospital.de