

Sektorale Trennung macht Entwicklung ganzheitlicher Versorgungskonzepte für kranke Kinder und Jugendliche nicht immer einfach

Foto: Adobe Stock/Volodymyr



Die pädiatrische Versorgung hat viele Facetten: Ärztinnen und Ärzte für Kinder- und Jugendmedizin in der Grundversorgung begleiten ihre Patienten meistens über lange Zeiträume: vom Säuglingsalter über Kindheit und Pubertät bis hin zum jungen Erwachsenen. Sie betreuen normale kindliche und pubertäre Entwicklungen genauso wie Behinderungen oder chronische Erkrankungen. Und zeitgleich sind sie auch immer mit dem familiären und sozialen Umfeld der Kinder und Jugendlichen vertraut und befasst. Mit zunehmendem Kindesalter steigen die Kinder- und Jugendpsychiater bei der Versorgung mit ins Boot.

Das Zusammenspiel zwischen ambulantem und stationärem Bereich ist in beiden Fachbereichen wichtig. Die sektorale Trennung macht die Entwicklung ganzheitlicher medizinischer Versorgungskonzepte nicht immer einfach – insbesondere für Kinder und Jugendliche mit komplexen Krankheiten.

Erschwerend kommt noch hinzu: Chronisch kranke Jugendliche haben eine doppelte Problematik zu bewältigen. Sie müssen beim Erwachsenwerden ihre chronische Krankheit integrieren. Das ist auch für die medizinische Betreuung eine Herausforderung. Und: Die Jugendlichen müssen mit Erreichen ihrer Volljährigkeit von der ihnen bislang vertrauten Kindermedizin in die Erwachsenenmedizin überführt werden. Diese Transition bedeutet weit mehr als nur den Arzt zu wechseln. Transition ist ein längerer, multidisziplinärer Prozess, der die Jugendlichen in die neue Situation begleitet.

Der Sachverständigenrat empfahl in einem Sondergutachten bereits 2009 dem Gesetzgeber, den Organen der Selbstverwaltung, insbesondere dem Gemeinsamen Bundesausschuss, den medizinischen Fachgesellschaften sowie den Stellen für Qualitätssicherung, sich des Themas der Transition von chronisch erkrankten Kindern und Jugendlichen in die Erwachsenenversorgung gezielt anzunehmen. Transitionsprogramme, so der Sachverständigenrat, sollten auf Systemebene (Finanzierung), auf Ebene der Institutionen und auf der Ebene der Gesundheitsberufe ihren festen Platz haben.

KAMMER-STATISTIK KINDER- UND JUGENDMEDIZIN

Insgesamt 821 Ärzt*innen für Kinder- und Jugendmedizin sind bei der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz registriert (Stand 31.12.2020). 656 von ihnen sind berufstätig. Von ihnen arbeiten 364 im ambulanten Bereich; 244 in Kliniken. Die meisten von ihnen (224) sind im Alter zwischen 50 und 59 Jahren; weitere 305 sind 60 Jahre und älter.

Insgesamt 462 der 821 registrierten Ärzt*innen sind weiblich; von ihnen sind 386 berufstätig: 199 arbeiten im ambulanten und weitere 155 im stationären Bereich. (eng)

Vor zwei Jahren erschienen im Ärzteblatt (ÄB 3/19) bereits als Schwerpunktthema Beiträge zur Versorgung schwer chronisch kranker Menschen im Erwachsenenalter auf dem Hintergrund der Änderung des §119 SGB V und der darauffolgenden Gründung von medizinischen Zentren für Erwachsene mit Behinderung in Deutschland (Schmidt-Ohlemann, Peters, Bredel-Geissler et al).

Nun wirft das Ärzteblatt einen Blick auf die aktuelle Situation bei der Versorgung chronisch kranker Kinder in Rheinland-Pfalz und berichtet auch über Möglichkeiten und Probleme bei der Transition.

Gerade der Übergang von der Kinder- und Jugendmedizin in die Erwachsenenmedizin ist eine sensible Phase. Nach Meinung von Dr. Günther Stratmann, Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Pfalzkrankums, gibt es hier viel Verbesserungspotenzial: „Aber ich sehe nicht schwarz.“ Er sei sicher, dass neue Strukturen entstehen werden. Es fehle schließlich nicht an der Einsicht, sondern an der Initiative.

Wie viele andere Fachbereiche spüren auch die Kinder- und Jugendmedizin sowie die Kinder- und Jugendpsychiatrie den demografischen Wandel. Ärztlicher Nachwuchs ist mitunter schwer zu finden. Wie Dr. Lothar Maurer, Vorsitzender des Landesverbandes Rheinland-Pfalz des Berufsverbandes

der Kinder- und Jugendmedizin, berichtet, ist Versorgung flächendeckend derzeit zwar sichergestellt, „aber weiße Flecken zeigen sich allmählich“. Vor allem im Hunsrück und in der Eifel.

Zum Wohl der Kinder und Jugendlichen ist ferner das Jugendarbeitsschutzgesetz geschaffen worden. Die wichtigsten Hinweise finden sich ebenfalls hier.

Ines Engelmohr



Foto: Adobe Stock/RF BSIIP

KAMMER-STATISTIK KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE UND -PSYCHOTHERAPIE
 Insgesamt 113 Ärzt*innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sind bei der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz registriert (Stand 31.12.2020). 103 von ihnen sind berufstätig. Von ihnen arbeiten 49 im ambulanten Bereich; 47 in Kliniken. Die meisten von ihnen (37) sind im Alter zwischen 50 und 59 Jahren; weitere 29 sind 60 Jahre und älter.

Insgesamt 83 der 113 registrierten Ärzt*innen sind weiblich; von ihnen sind 76 berufstätig: 37 arbeiten im ambulanten und weitere 34 im stationären Bereich. (eng)

ANERKANNTE FACHARZTBEZEICHNUNGEN

Im Jahr 2020 wurden in Rheinland-Pfalz folgende Facharztbezeichnungen anerkannt:

- 23 für Kinder- und Jugendmedizin; darunter 17 Ärztinnen. 2018 waren es 28, darunter 22 Ärztinnen.
- 7 für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie; darunter 6 Ärztinnen. 2018 waren es 6, darunter 6 Ärztinnen. (eng)

Transition und Versorgung

chronisch kranker Kinder in Rheinland-Pfalz



Foto: Adobe Stock/by studio

Die langfristige, kontinuierliche Versorgung chronisch kranker Patientinnen und Patienten ist eine zentrale Aufgabe der Gesundheitsversorgung durch die Ärzteschaft. Hierdurch entstanden Möglichkeiten der Transition betroffener junger Erwachsener aus den Sozialpädiatrischen Zentren in entsprechende Strukturen in der Erwachsenenmedizin. Im Sozialpädiatrischem Zentrum (SPZ) können Kinder und Jugendliche behandelt werden, die eine integrierte, multiprofessionelle Diagnostik und Therapie benötigen. Die darüber indizierte Frühförderung ist eine originäre Aufgabe der Kommunen. In Rheinland-Pfalz wird dies modellhaft durch SPZs realisiert, die sämtlich auch über eine interdisziplinäre Frühförderstelle verfügen.

Recht auf interdisziplinäre Frühförderung wird nicht immer auf Anhieb entsprochen

Kinder mit Entwicklungsstörungen oder deren Entwicklung von Behinderung bedroht ist, haben gesetzlich ein Anrecht auf eine interdisziplinäre Frühförderung (§§46 und 79 SGB IX). Mit dem Bundesteilhabegesetz wurden Bedarfsermittlung und Leistungsansprüche präzisiert (Hüttmann, Gumbert Hrsg., 2019). Leider wird diesem Recht von einzelnen Kommunen nicht immer auf Anhieb entsprochen, so dass die beantragenden, damit oft überforderten Eltern dies dann rechtlich durchsetzen müssen.

Die gesetzlich geforderte gemeinsame, integrierte Versorgung mit enger Verzahnung von medizinischen Leistungen und heilpädagogischer Förderung wird auf diese Weise in besonderer Weise in Rheinland-Pfalz sichergestellt (Peters, Weiermann 2007).

Aufgrund der Verbindung von Frühförderung und SPZ in Rheinland-Pfalz liegt der Arbeitsschwerpunkt der Einrichtung in der Diagnostik, heilpädagogischen Begleitung sowie Therapie entwicklungsgestörter beziehungsweise hiervon bedrohter Kinder. Die Frühförderung endet gesetzmäßig beim Eintritt in die Schule, die dann eventuell pädagogische Maßnahmen im Sinne einer kognitiven Förderung (Förderschwerpunkt Lernen, gegebenenfalls auch Sprache), sozial-emotionale Unterstützung (Schule mit Förderschwerpunkt sozial-emotionale Entwicklung) oder als Schule für Kinder mit Körperbehinderung fungiert.

Für Kinder mit Störung der Sinneswahrnehmung (Sehen und Hören) gibt es spezifische Angebote. In Rheinland-Pfalz wird dies auch mit den Schwerpunktschulen realisiert. Darüber hinaus besteht selbstverständlich die Möglichkeit der inklusiven Beschulung in einer Regelschule.

Bei Fortbestehen relevanter Erkrankungen oder Entwicklungsprobleme finden in aller Regel weiterhin Termine im SPZ statt, wobei der Schwerpunkt auf medizinischen Themen sowie der familiären Betreuung und Beratung liegt. Dazu gehört ein entsprechender Austausch mit der Schule.

Bis zum Eintritt ins Schulalter dominieren Diagnosen aus dem Bereich der Entwicklungsstörungen und neurologischen Erkrankungen (z.B. ICD-10: F83, F80.x, F82.x, F83, G80.x, G81.x, G40.x), zunehmend auch soziale Probleme und Risiken.

Jeder Euro für Frühförderung erspart 17 Euro Folgekosten

Spätestens seit der legendären Langzeituntersuchung des Perry-Projektes durch den Nobelpreisträger James Heckman wissen wir, dass durch jeden investierten Euro in Frühfördermaßnahmen 17 Euro Folgekosten eingespart werden. „Für viele Kinder aus sozial benachteiligten Familien ist der Aufenthalt in einem gut ausgestatteten Kinderzentrum von schicksalhafter Bedeutung. Teilnehmen oder Nicht-Teilnehmen an einem Vorschulprogramm bedeutet für diese Kinder, in der Schule oder im Beruf erfolgreich zu sein oder zu scheitern und kriminell zu werden.“ Barnett, 1995.

Dies hat in der Vergangenheit auch zu Anpassungen im Bereich des SGB VIII beziehungsweise des Kinderschutzes geführt, z.B. dem Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG, §3f), das hier auch eine Zusammenarbeit zwischen Jugendamt, frühen Hilfen, SPZ und Frühförderung regelt.

Für kooperative Zusammenarbeit

Auch in der AWMF S3-Leitlinie Kinderschutz von 2019 ist die kooperative Zusammenarbeit gefordert. Die steigenden Anforderungen von Kindern mit Entwicklungsstörungen und die zunehmend komplexe Betreuung betroffener Familien hat sich auch in der Versorgung in der kinderärztlichen Praxis niedergeschlagen: Es wurde eine Stufendiagnostik mithilfe der Fachgesellschaft mit korrespondierenden sozialpädiatrischen Abrechnungsziffern (Schmid et al, 2015) etabliert. Bedauerlicherweise bestehen insbesondere in ländlichen Regionen reale Versorgungsengpässe mit teils langen Wartezeiten, wie sie auch aus anderen Disziplinen der Flächenversorgung bekannt ist (Meißner, 2011).

Ab dem späten Kleinkind- beziehungsweise Schulalter werden viele Fälle mit Störung von Konzentration und Impulskontrolle vorgestellt, teils in Kombination mit Entwicklungsstörungen oder typischen Komorbiditäten. Diese Patientengruppe (v.a. ICD -10 F90 und F91.x) stellt in den meisten Einrichtungen die häufigste Hauptdiagnose dar. Dies spiegelt die Häufigkeit und auch überragende Bedeutung dieser Stö-

rungsbilder in der Versorgung wieder, wobei am SPZ auch schwere Fälle gesehen werden, die ambulant in der Praxis nur schwer versorgt werden können.

Die Versorgung erfordert eine enge Kooperation zwischen niedergelassenem Arzt und SPZ, die mittlerweile in Rheinland-Pfalz und auch Deutschland flächendeckend etabliert ist. Die Versorgung erfolgt gemäß § 119 SGB V auf Überweisung durch den niedergelassenen Arzt. Die Weiterbetreuung durch das SPZ ist dann von der festgestellten Störung beziehungsweise Diagnose abhängig.

Dies ändert sich beim Übergang in die Erwachsenenmedizin. Für sie wurden eigens Zentren geschaffen und sogar der §119 um den Absatz c (2) ergänzt: „Die Behandlung ... ist auf diejenigen Erwachsenen auszurichten, die wegen der Art, Schwere oder Komplexität ihrer Behinderung auf die ambulante Behandlung in diesen Einrichtungen angewiesen sind.“ Der Zugang ist klar definiert und leider eingeschränkt: Es muss in Rheinland-Pfalz ein Grad der Behinderung (GdB) von 70 oder höher und ein Merkzeichen vorliegen. Ferner muss die Grunddiagnose gemäß einer Liste dafür zugelassen sein. Für Patienten mit anderen Diagnosen bedarf es dann eines aufwendigen Antragsverfahrens ohne Versorgungsanspruch dafür.

Abbruch der Weiterbehandlung sorgt für Folgeprobleme

Ungelöst ist das Transitionsthema für zahlreiche SPZ-Patienten mit ADHS und den damit verbundenen Komorbiditäten. Die dann nicht mehr stattfindende Weiterbehandlung und der dann unvermeidliche Abbruch der medikamentösen und therapeutischen Maßnahmen ist mit hohen Folgeproblemen assoziiert (zum Beispiel Depression und Substanzmissbrauch, Philipsen, Döpfner, 2020). Hier besteht ein besonders hohes Transitionsgebot. Angesichts der teils nicht altersgerechten Reifeentwicklung dieser jungen Erwachsenen, Cleminshaw, 2020, stellt dies eine erhebliche Hürde und auch Risiken für diese Patientengruppe dar, weshalb eine frühzeitige aktive Vorbereitung auf die Transition besonders wichtig erscheint. Gegenwärtig gibt es allerdings nur unzulängliche Angebote.

Für Kinder mit schweren chronischen somatischen Erkrankungen, die jedoch nicht primär die Entwicklung betreffen, zum Beispiel kardiale, onkologische, nephrologische oder rheumatologische Patienten gibt es eine hohe Transitionserfordernis. Obwohl häufig ein passender GdB vorliegt, sind die entsprechenden Erkrankungen meist nicht in den entsprechenden Diagnoselisten abgebildet und die MZEBs nicht auf alle diese Erkrankungen ausgerichtet. Im SPZ-Bereich hat dies zu einer Ausweitung des Angebots geführt.

Erweitertes Versorgungsangebot in Mainz

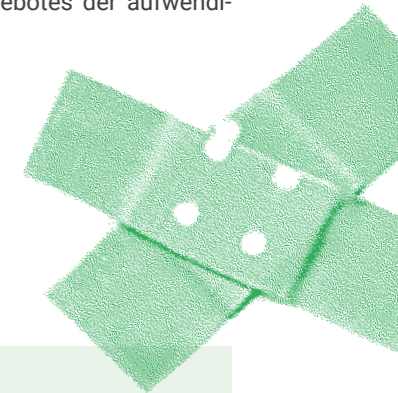
Durch die Einrichtung eines weiteren Standortes des SPZ an der Universitätsmedizin Mainz ist das Versorgungsangebot für chronisch kranke Kinder- und Jugendliche mit Erkrankungen aus den Bereichen der pädiatrischen Kardiologie, Onkologie, Pneumologie, Gastroenterologie, Endokrinologie, Nephrologie, Immunologie, Rheumatologie, Stoffwechsel sowie Pädaudiologie und Phoniatrie erweitert worden. Für die betroffenen Patienten, aber eben auch für die Familien als Ganzes, stellt das Angebot einer ganzzeitigen, multi-professionellen Versorgung an einem Ort, eine deutliche Verbesserung dar.

Diese Patientengruppe hat üblicherweise besondere Risiken mit Transition, die exemplarisch besonders bei Kindern und Jugendlichen mit Organtransplantation, aber auch bei Rheuma- und Diabetespatient*innen abgelesen werden können. Die Probleme bei der Transition führen grade bei kardiologischen und metabolischen Störungen häufig zur Weiterführung der Behandlung in der Kinderheilkunde. Hinsichtlich der notwendigen Entwicklung einer angemessenen Eigenverantwortung des Patienten für seine Erkrankung ist dies nicht unproblematisch.

Flächendeckende Versorgung ist noch nicht befriedigend.

Diese unterschiedlichen Schwerpunkte bei der Betreuung in SPZ und MZEB führen auch zu Unterschieden in den behandelten Patientenzahlen an den acht SPZs und fünf MZEBs in Rheinland-Pfalz, wobei die Fallzahlen der an den MZEBs behandelten Patienten auch in Vereinbarungen begrenzt wird. Ein noch nicht befriedigend gelöstes Problem ist die flächendeckende Versorgung von chronisch kranken Behindereten außerhalb der Ballungszentren. Viele SPZs und MZEBs haben genau wie die niedergelassenen Kollegen Probleme, ärztlichen Nachwuchs zu rekrutieren. Es betrifft in den SPZs/MZEBs auch alle anderen Berufsgruppen (Psychologen, Therapeuten, Pädagogen). Dies konterkariert die an sich geplante Verbesserung des Angebotes der aufwendigen Versorgung dieser Patienten.

Literatur bei den Autoren



Autoren

Foto: privat



Dr. Helge Gallwitz,
 Ärztlicher Leiter des SPZ an der Rheinhessenfachklinik Mainz, Landeskrankenhaus Mainz, 55122 Mainz, Hartmühlenweg 2-4

Foto: Universitätsmedizin Mainz



Dr. Frank Kowalzik, M.Sc.
 Leiter des Sozialpädiatrischen Zentrums (Standort Universitätsmedizin Mainz) Geschäftsführender Oberarzt des Zentrums für Kinder- und Jugendmedizin Universitätsmedizin Mainz 55131 Mainz, Langenbeckstr. 1

Foto: Engelmohr



Dr. Helmut Peters
 Ärztlicher Leiter i.R. des SPZ an der Rheinhessenfachklinik Mainz, Landeskrankenhaus Mainz, 55122 Mainz, Hartmühlenweg 2-4

Dr. Günther Stratmann:

Wir haben keine Erkenntnis-, sondern Umsetzungsprobleme

Mit Erreichen der Volljährigkeit entstehen für kranke Jugendliche oft Versorgungsprobleme. Dabei ist gerade der Übergang von der Kinder- und Jugendmedizin in die Erwachsenenmedizin eine sensible Phase. Nach Meinung von Dr. Günther Stratmann, Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Pfalzkrankums, gibt es hier viel Verbesserungspotenzial. Stratmann, der auch Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin ist, sieht aber keineswegs schwarz, wenn es um die Weiterentwicklung von Transition geht – auch wenn noch Hindernisse aus dem Weg geräumt werden müssen.

Wie ist die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung in Rheinland-Pfalz aufgestellt?

Die Situation hat sich in den vergangenen Jahren kontinuierlich verbessert. Früher war die Klinik in Klingenmünster der einzige Ansprechpartner für die stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung in ganz Rheinland-Pfalz. Das bedeutete auch, dass alle Betroffenen nach Klingenmünster kommen mussten; somit waren aber wegen der Entfernungen die Pflege der vertrauten sozialen Beziehungen während der Behandlungszeit nicht möglich. Dies hat sich kontinuierlich durch die Regionalisierung der Angebote geändert. Inzwischen sind die Krankenhausstandorte und somit die stationäre aber auch die ambulante und teilstationäre Versorgung relativ gut verteilt. Aber es gibt immer noch Landkreise und Flächen, die nicht alles anbieten können.

Gibt es ein ausreichendes Angebot oder müssen Betroffene lange auf einen Behandlungsplatz warten?

Es gibt inzwischen mehr niedergelassene Kolleg*innen in der Fläche. Aber das ist noch lange nicht vergleichbar mit beispielsweise der hausärztlichen Versorgung. Aber es hat in der psychotherapeutischen Versorgung Verbesserungen gegeben. Auch im ländlichen Raum; obwohl sich viele Niedergelassene um die Zentren gruppiert haben. Wir sind ein wachsendes Fach mit Optionen zur Niederlassung, doch trotzdem gibt es Engpässe, zeitnah an Behandlungstermine zu kommen. Hier ist sicher noch deutlich Luft nach oben.

Gibt es genügend ärztlichen Nachwuchs, um dem Bedarf in der Kinder- und Jugendpsychiatrie gerecht zu werden?

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie hat ganz klar ein Nachwuchsproblem. An den Universitäten ist es meist immer noch ein Orchideenfach. Man müsste einfach noch mehr Interesse hierfür wecken können. Der Bedarf an diesen Leistungen wächst.

Auch politisch ist das spürbar. Wenn im Landeskrankenhausplan Betten zugeteilt werden, dann ist es eher in unserem Bereich. Aber Betten alleine helfen nicht weiter. Wir müssten parallel zur steigenden Bettenzahl auch bei den Mitarbeiterzahlen mitwachsen können. Der Bedarf an Fachkräften ist groß. Es ist eine Herausforderung, diesen zu decken. Es ist schon lange nicht mehr so, dass man bei Ausschreibungen auf einen großen Bewerberstapel zurückgreifen kann.

Und die Möglichkeit, auf Kolleginnen und Kollegen aus der Europäischen Union zurückzugreifen, ist für unser Fach nicht immer einfach, denn eine hohe Sprachkompetenz ist für eine gute Diagnostik und Behandlung unentbehrlich. Psychotherapie vermittelt sich wesentlich auch über Sprache.



Dr. Günther Stratmann:

„Wir müssten parallel zur steigenden Bettenzahl auch bei den Mitarbeiterzahlen mitwachsen können.“

Foto: privat

Ich finde es auch nicht gut, dass die neue Weiterbildungsordnung für unser Fach kein Fremdjahr in Psychiatrie oder Kinder- und Jugendmedizin mehr vorsieht. In andere Fächer hineinzuschauen ist somit leider nicht mehr möglich, dies ist auch hinsichtlich der Entwicklung von Transitionsprozessen nicht gut.

Was kann man tun, um mehr Fachkräfte für das Fach zu begeistern?

Hier in Klingenmünster sind wir beispielsweise Modellklinik nach § 64b SGB V. Das heißt, wir können mitgestalten, die Versorgung psychisch kranker Menschen weiterzuentwickeln und innovative multiprofessionelle Behandlungen auch im häuslichen Umfeld anbieten. Das macht es auch für junge, dynamische Kräfte interessant und spannend.

„Es fehlt nicht an der Einsicht, sondern an der Initiative.“

Wie schätzen Sie die Versorgung von kranken Kindern und Jugendlichen ein, wenn diese wegen ihrer Volljährigkeit in die Erwachsenenmedizin überführt werden müssen?

Das Thema Transition begleitet mich schon sehr lange. Schwer entwicklungsbeeinträchtigte Kinder und Jugendliche erleben mit 18 Jahren große Probleme, weil in der Erwachsenenmedizin Behandlung anders konzipiert ist. Oft gibt es krisenhafte Zuspitzungen. Im stationären Bereich ist bei uns mit 18 Jahren leider Behandlungsschluss.

Das ist auch eine Kostenfrage. Es gibt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie höhere Tagessätze als im Erwachsenenbereich, weil wir ja die pädagogischen Ansätze einbeziehen und auch immer die Bezugspersonen mitbehandeln. Diese Behandlung ist mit dem 18. Lebensjahr auch noch nicht erledigt. 18 Jahre ist eine willkürliche Grenze. In der ambulanten Versorgung kann man noch bis zum 21. Lebensjahr weiterbehandeln. Doch auch die Grenze mit 21 Jahren ist für manche noch viel zu kurzgefasst.

Wo liegen die Probleme bei Transition?

Wir haben keine Erkenntnis-, sondern Umsetzungsprobleme. Beispielsweise wie wir die Übergaben regeln können. Es scheitert häufig an Zuordnungen, an der Finanzierung und an fehlenden gemeinsamen Konzepten.

Von wissenschaftlichen Gesellschaften ist schon vor einigen Jahren eine entsprechende Task Force initiiert und ein Konzeptpapier entwickelt worden. Dieses ruft zu mehr Forschung und zum Aufbau von intersektoralen Ansätzen auf. Das ist ins tägliche Versorgungsgeschehen noch nicht implementiert und auch noch nicht in der breiten Fläche angekommen. Hier haben wir unbedingt noch etwas zu tun. Zudem müssen wir fachliche Curricula für den Kinder- und den Erwachsenenbereich erarbeiten.

Was muss geschehen, damit sich Transition verbessert?

Unsere Strukturen und unsere Forderungen könnten politisch noch besser unterstützt werden. Vieles ist abhängig von unserem persönlichen Einsatz. Oft ist in der Politik zwar die Erkenntnis da, aber genauso oft gibt es nur Absichtserklärungen. Und Transition ist auch mit Kosten verbunden. Gute Versorgung gibt es nun mal nicht eben so. Sie kostet Geld. Transition muss sich ganz pragmatisch gesehen auch finanziell abbilden. Und genau hier bewegen wir uns in einem Spannungsfeld.

Für welche Krankheitsbilder ist Transition besonders wichtig?

Beispiel ADHS: Rund 60 Prozent der Kinder und Jugendlichen haben Auswirkungen auch im Erwachsenenalter, aber sie werden nicht mehr behandelt.

Beispiel schwere Entwicklungsstörungen oder Autismus: Es gibt für Kinder Strukturen, doch mit 21 Jahren ist auf einmal alles zu Ende. Es ist zwar besser geworden, aber es reicht nicht aus.

Schwere psychiatrische Erkrankungen beginnen im Jugendalter. Beispiel Schizophrenie: Wer sie mit 25 Jahren diagnostiziert bekommt, hat oft schon Jahre zuvor prodromale Symptome im Jugendalter und in der Adoleszenz, und es gibt deutliche Neigungen zur Chronifizierung. Wir müssen dies früher erkennen und behandeln.

Wie klappt das Zusammenspiel zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor?

Wir müssen bei der Versorgung mit Niedergelassenen zusammenarbeiten und gemeinsam den ambulanten und stationären Behandlungsweg weiterentwickeln. Hierfür müssen auch Anreize entstehen. Sonst bleibt es nur bei dem Interesse und geht nicht tiefer und nicht weiter. Auch dürfen wir nicht nur auf Hochschulambulanzen setzen.

Wir müssen auch gemeinsam die Übergabe von Patienten definieren: Was ist vonnöten und muss definitiver beschrieben werden? Es gibt noch keine Strukturen, die diesen Prozess begleiten.

Und wir müssen mehr Forschung und mehr Studien machen: Was ist erforderlich, um zwei Sektoren zusammenzubringen? Ich möchte, dass mehr Vernetzung über Klinikgrenzen hinweg entsteht.

Wie funktioniert der Transitions-Austausch?

Der Wissenstransfer funktioniert zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Erwachsenenpsychiatrie noch nicht so gut, das betrifft sowohl die organisatorischen aber auch die inhaltlichen Aspekte.

„Wir sind ein wachsendes Fach. Trotzdem gibt es Engpässe, zeitnah an Behandlungstermine zu kommen.“

Sind Sie zuversichtlich, dass ins Transitions-geschehen Bewegung kommen wird?

Ja, ich sehe nicht schwarz. Auch wenn es noch nicht in der Breite angekommen ist. Ich bin mir sicher, dass neue Strukturen entstehen werden. Es fehlt schließlich nicht an der Einsicht, sondern an der Initiative. Ich glaube auch nicht, dass uns jemand ernsthaft hierbei hindern will. Es sind aber Hürden zu nehmen.

Wir brauchen noch mehr Offenheit, mehr institutionelle Strukturen und mehr intersektorale Zusammenarbeit, um flexibler zu werden und um über Fachgrenzen hinweg gute Konzepte zu entwickeln.

Das Gespräch führte Ines Engelmohr



Dr. Lothar Maurer: Kinder- und Jugendmediziner brauchen viel Geduld bei der Nachfolgesuche

Foto: Adobe Stock/Ewa Leon

Die Kinder- und Jugendmedizin muss im ambulanten Bereich einige Herausforderungen meistern. Wie in vielen anderen Facharztgruppen auch, ist der Altersdurchschnitt bei den niedergelassenen Kinder- und Jugendmedizinern hoch. Und die Aussicht, einen Praxisnachfolger zu finden, ist meist ernüchternd gering. Dr. Lothar Maurer ist Vorsitzender des rund 460 Mitglieder starken Landesverband Rheinland-Pfalz des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendmedizin. Der Kinderarzt, der seine Praxis in Frankenthal hat, gibt Einblick in die Sorgen seiner Kolleginnen und Kollegen:

Wie sehen Sie insgesamt die Kinder- und Jugendmedizin in Rheinland-Pfalz aufgestellt?

Die kinderärztliche Versorgung ist landesweit noch gut aufgestellt.

Trifft das auf städtische und ländliche Regionen gleichermaßen zu?

Es ist schon ein gewisses Stadt-Land-Gefälle bemerkbar. In den ländlichen Bereichen gibt es in der Tat Herausforderungen. Hier sind einige Kassenarztsitze für Kinder- und Jugendmediziner frei. Nachfolger sind oft schwer zu finden. Ich kenne hier in der Region ein paar Kinderarztpraxen, die bereits seit einigen Jahren Nachfolger suchen. Das sind an sich tolle, gutgehende Praxen, aber trotzdem findet sich keiner, der sie übernehmen will.

Nachfolgersuche dauert oft Jahre

Das Traurige dabei ist nicht nur, dass es zu Versorgungslücken kommen wird. Auch für die Praxisinhaber, die aus Altersgründen ausscheiden möchten, hat das Folgen. Sie machen meist über die Altersgrenze hinaus weiter, weil sie ihre Patienten nicht im Stich lassen wollen. Doch sie beginnen oft während der langen Nachfolgersuche, ihre Sprechstunde zu reduzieren. Sie fahren ihr Angebot allmählich runter, weil sie im Alter weniger arbeiten möchten. Mit weniger Patienten sinkt aber logischerweise auch der Praxisumsatz. Und das hat dann wiederum zur Folge, dass der Praxiswert sinkt. Für den Arzt ist dies ein ziemlicher Verlust, denn der Praxisverkauf ist meist als wichtige Rentenanlage einkalkuliert.

Wie ist das Zusammenspiel in der kinder- und jugendärztlichen Versorgung zwischen dem ambulanten und stationären Bereich?

Bei uns in der Region ist die Kooperation zwischen niedergelassenen Kinderärzten und den umliegenden Krankenhäusern sehr gut. Wir pflegen hier gemeinsam den kurzen Draht und können uns somit auch rasch austauschen und schnell handeln.



Dr. Lothar Maurer:

„Bei uns in der Region ist die Kooperation zwischen niedergelassenen Kinderärzten und den umliegenden Krankenhäusern sehr gut.“

Foto: privat

Ist die Versorgung flächendeckend sichergestellt oder gibt es weiße Flecken?

Es zeigen sich allmählich weiße Flecken. Vor allem im Hunsrück und in der Eifel. Ansonsten ist die Versorgung flächendeckend.

„Weiße Flecken gibt es vor allem im Hunsrück und in der Eifel.“

Gibt es genügend kinderärztlichen Nachwuchs?

Nein, den gibt es leider nicht. Wir sehen Engpässe auf uns zukommen, weil in den nächsten Jahren altersbedingt mehr Kinderärzte aufhören als junge nachrücken werden.

Hinzu kommt, dass die Pädiatrie immer weiblicher wird. Das ist zwar gut, hat aber auch zur Folge, dass wir insgesamt mehr Ärztinnen und Ärzte brauchen, um den Bedarf zu decken.

„Es gibt leider nicht genügend kinder- und jugendmedizinischen Nachwuchs.“

cken. Denn die meisten Ärztinnen möchten aus familiären Gründen lieber Teilzeit als Vollzeit arbeiten. Unserer Erfahrung nach möchte zudem die überwiegende Zahl der Kinderärztinnen lieber in einem Angestelltenverhältnis arbeiten als selber in die Selbstständigkeit zu gehen.

Behandeln Sie Jugendliche weiter, selbst wenn diese volljährig werden?

In Einzelfällen machen wir das. Das betrifft meist Krankheitsbilder wie die Muskeldystrophie, Trisomie 21 und andere schwere geistige oder körperliche Behinderungen.

Wie klappt es mit der Finanzierung dieser Leistungen, wenn Sie die betroffenen Jugendlichen trotz Volljährigkeit weiter behandeln?

Das klappt problemlos. Es gibt hierfür einen formlosen Antrag auf Weiterbehandlung an die Kassenärztliche Vereinigung. Voraussetzung ist eine ärztliche Bescheinigung fehlender psychischer oder physischer Reife. Wenn man dies begründen kann, wird es auch unbürokratisch genehmigt.

Wie funktioniert landesweit Transition, wenn Jugendliche mit speziellem medizinischem Versorgungsbedarf von der Pädiatrie zur Erwachsenenmedizin wechseln müssen?

Mit Transition haben wir hier keine Probleme. Das funktioniert gut. Bei einigen Erkrankungen wie beispielsweise ADHS besprechen wir den Übergang mit den Eltern schon mindestens ein halbes Jahr bevor ihr Kind volljährig wird. Wir haben Listen von weiterführenden Behandlern und geben diese den Eltern. Ebenso bekommen sie die Inhalte der Patientenakte, damit der Übergang reibungslos klappt. Wir haben eher ein ganz anderes Problem.

Welches ist das?

Es geht hier um die gesunden Jugendlichen, die schon seit vielen Jahren bei uns in der Praxis sind und bei Volljährigkeit zu einem Hausarzt wechseln müssen. Sie finden aber meist keinen, weil die Hausarztpraxen hier bei uns bereits überfull sind. Das klappt meist nur dann, wenn sie über ihre Eltern bei einem Hausarzt mit übernommen werden können.

Ich verstehe das nicht so ganz, denn bei diesen jungen Erwachsenen handelt es sich ja um recht attraktive Patienten: Sie sind jung und gesund und haben aus betriebswirtschaftlicher Sicht zudem ein bisschen was von scheinverdünendem Aspekt.

Wie erleben Sie die Pandemiezeit aus kinderärztlicher Sicht?

Es gibt Untersuchungen, wonach 0,17 Kinder andere Menschen in Schulen oder Kitas anstecken. Wenn es in diesen Bereichen also zu Infektionen kommt, sind es unserer Erfahrung nach meist Lehrer und Erzieher, die anstecken. Und wenn Kinder erkranken, dann sind sie zum Glück auch nicht so schwer krank wie ältere Erwachsene. Aus kinderärztlicher Sicht sind Kinder sicher nicht die Infektionstreiber.

Derzeit behandeln wir überwiegend Unfälle, chronisch kranke Kinder oder machen die Vorsorgeuntersuchungen. Wir haben kaum Kinder mit Infekten in unseren Praxen wie es sonst in dieser Jahreszeit typischerweise der Fall ist. Das ist ganz sicher ein positiver Nebeneffekt der AHA-Regeln.

„Kinder sind sicher nicht die Infektionstreiber in der Corona-Pandemie.“

Welche Corona-Auswirkungen gibt es in den Praxen?

Die Pandemie-Folgen spüren die Kinder- und Jugendärzte ziemlich deutlich. Viele Eltern nehmen derzeit mit ihren chronisch kranken Kindern und Jugendlichen keine Arztbesuche wahr. Bundesweit registrieren wir einen Corona-bedingten Rückgang der Behandlungen zwischen 20 und 40 Prozent. Wenn wir weniger Patienten behandeln, sinkt natürlich auch die Scheinzahl und somit geht der Umsatz in den Praxen zurück. Und das wiederum führt zu weniger Gewinn. Für manche kleineren Kinderarztpraxen ist das durchaus zum Problem geworden.

Würden Sie sich nochmal für das Gebiet Kinder- und Jugendmedizin entscheiden?

Ja, auf alle Fälle. Es ist einfach ein toller Beruf, der viel Freude macht.

Das Gespräch führte Ines Engelmoor

Foto: Adobe Stock/HL_Ko



ARZT

Jugendarbeitsschutzgesetz

soll vor Gesundheits- und Entwicklungsstörungen bewahren

JUGEND

D

Ziel des Jugendarbeitsschutzgesetzes (JArbSchG) ist es, junge Menschen, die in einem Ausbildungs- oder Arbeitsverhältnis stehen und noch nicht 18 Jahre alt sind, vor einer Gefährdung ihrer Gesundheit oder einer Störung in ihrer Entwicklung zu bewahren. Das JArbSchG regelt unter anderem das Beschäftigungsverbot für Kinder unter 15 Jahre, die Arbeitszeit, Beschäftigungsverbote und -beschränkungen für Jugendliche im Alter von 15 bis 18 Jahren sowie entsprechende Pflichten für die Arbeitgeber von Jugendlichen.

LINKS

Die Gesetze zum Jugendarbeitsschutz und zur Jugendarbeitsschutzuntersuchungsverordnung gibt es hier:

JArbSchG:
<https://www.gesetze-im-internet.de/jarbschg/>

JArbSchUV:
<https://www.gesetze-im-internet.de/jarbschuv/BJNR022210990.html>

DIE GRUNDREGELN

Als Kind im Sinne dieses Gesetzes ist, wer noch nicht 15 Jahre alt ist. Jugendlicher ist, wer 15, aber noch nicht 18 Jahre alt ist.

Die maximale tägliche Arbeitszeit beträgt in der Regel acht Stunden, die maximale wöchentliche Arbeitszeit 40 Stunden.

Jugendliche dürfen nur zwischen 6.00 und 20.00 Uhr beschäftigt werden. Ausnahmen gelten beispielsweise für Landwirtschaft, Bäckereien sowie Gast- und Schaustellergewerbe oder mehrschichtige Betriebe.

Samstags- und Sonntagsarbeit ist nur in bestimmten Branchen zulässig zum Beispiel in Krankenanstalten, Alten- und Pflegeheimen sowie im ärztlichen Notdienst. Ein Jugendlicher darf nur beschäftigt werden, wenn er innerhalb der letzten vierzehn Monate von einem Arzt untersucht worden ist (Erstuntersuchung) und wenn er dem Arbeitgeber diese von einem Arzt ausgestellte Bescheinigung vorlegen kann.

Zudem muss er ein Jahr nach Aufnahme der Beschäftigung von einem Arzt nachuntersucht worden sein (erste Nachuntersuchung). Berufsschule ist Arbeitszeit. (eb)

Die Untersuchung kann bei jedem approbierten Arzt/jeder approbierten Ärztin innerhalb Deutschlands stattfinden. In der Regel werden die entsprechenden Untersuchungen durch die Hausärzte der Jugendlichen oder Fachärzte ihrer Wahl durchgeführt.

Die gesundheitliche Betreuung von Jugendlichen ist in den §§ 32 bis 46 des JArbSchG geregelt. Das JArbSchG sieht bei den ärztlichen Untersuchungen Erstuntersuchungen und Nachuntersuchungen vor (Tab. 1).

Unter Berücksichtigung der Krankheitsvorgeschichte einschließlich einer anamnestischen Befragung des Jugendlichen ist auf der Grundlage einer eingehenden Untersuchung zu beurteilen,

- ob die Gesundheit oder die Entwicklung des Jugendlichen durch die Ausführung bestimmter Arbeiten oder durch die Beschäftigung während bestimmter Zeiten gefährdet wird,
- ob besondere der Gesundheit dienende Maßnahmen einschließlich Maßnahmen zur Verbesserung des Impfstatus erforderlich sind,
- ob eine außerordentliche Nachuntersuchung erforderlich ist. (§ 37 JArbSchG)

Die Durchführung der ärztlichen Untersuchungen nach dem JArbSchG wird durch die Jugendarbeitsschutzuntersuchungsverordnung (JArbSchUV) geregelt. In der Anlage der Verordnung finden sich unter anderem Formulare für die Erhebungsbögen für die Untersuchungen nach dem JArbSchG, den Untersuchungsbogen, die ärztliche Mitteilung an den Personensorgeberechtigten und die ärztliche Bescheinigung für den Arbeitgeber, die der Arzt beziehungsweise die Ärztin ausfüllen muss.

Zur Vorbereitung der Erst- oder Nachuntersuchung erhält der Jugendliche einen Erhebungsbogen, der vom Personensorgeberechtigten ausgefüllt und von diesem und dem Jugendlichen unterschrieben dem Arzt vorgelegt werden soll.

Auch bei der Jugendarbeitsschutzuntersuchung unterliegt der Arzt beziehungsweise die Ärztin der ärztlichen Schweigepflicht und teilt den Sorgeberechtigten nichts mit, was ihm der beziehungsweise die Jugendliche anvertraut hat.

Die Untersuchung selbst besteht in der Regel aus:

- Messung der Körpergröße, des Gewichtes und des Blutdrucks,
- körperlicher Untersuchung
- Hör- und Sehtest
- Urin-Schnelltest
- Beratung des beziehungsweise der Jugendlichen
- Ausstellung der ärztlichen Mitteilung und der ärztlichen Bescheinigung

Die Kosten für die Jugendarbeitsschutzuntersuchung werden vom jeweiligen Bundesland getragen.



Autor

Univ.-Prof. Dr. Dipl. Ing. Stephan Letzel
 Direktor des Instituts für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin der Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Foto: Engelmohr

JArbSchG	Ärztliche Untersuchung	Untersuchungsfristen
§ 32	Erstuntersuchung	Ein Jugendlicher, der in das Berufsleben eintritt, darf nur beschäftigt werden, wenn er innerhalb der letzten vierzehn Monate von einem Arzt untersucht worden ist (Erstuntersuchung) und dem Arbeitgeber eine von diesem Arzt ausgestellte Bescheinigung vorliegt. Dies gilt nicht für eine nur geringfügige oder eine nicht länger als zwei Monate dauernde Beschäftigung mit leichten Arbeiten, von denen keine gesundheitlichen Nachteile für den Jugendlichen zu befürchten sind.
§ 33	Erste Nachuntersuchung	Ein Jahr nach Aufnahme der Beschäftigung ist eine ärztliche Bescheinigung vorzulegen, dass der/die Jugendliche untersucht worden ist (erste Nachuntersuchung). Die Nachuntersuchung darf nicht länger als drei Monate zurückliegen.
§ 34	Weitere Nachuntersuchungen	Nach Ablauf jedes weiteren Jahres nach der ersten Nachuntersuchung kann sich der Jugendliche erneut nachuntersuchen lassen (weitere Nachuntersuchungen).
§ 35	Außerordentliche Nachuntersuchungen	Der Arzt soll eine außerordentliche Nachuntersuchung anordnen, wenn eine Untersuchung ergibt, dass <ul style="list-style-type: none"> • ein Jugendlicher hinter dem seinem Alter entsprechenden Entwicklungsstand zurückgeblieben ist, • gesundheitliche Schwächen oder Schäden vorhanden sind, • die Auswirkungen der Beschäftigung auf die Gesundheit oder Entwicklung des Jugendlichen noch nicht zu übersehen sind.
§ 36	Ärztliche Untersuchung und Wechsel des Arbeitgebers	Wechselt der Jugendliche den Arbeitgeber, so darf ihn der neue Arbeitgeber erst beschäftigen, wenn ihm die Bescheinigung über die Erstuntersuchung und, falls seit der Aufnahme der Beschäftigung ein Jahr vergangen ist, die Bescheinigung über die erste Nachuntersuchung vorliegen.
§ 38	Ergänzungsuntersuchungen	Kann der Arzt den Gesundheits- und Entwicklungsstand des Jugendlichen nur beurteilen, wenn das Ergebnis einer Ergänzungsuntersuchung durch einen anderen Arzt oder einen Zahnarzt vorliegt, so hat er die Ergänzungsuntersuchung zu veranlassen und ihre Notwendigkeit schriftlich zu begründen.