



Foto: © pmmart - Fotolia.com

# Fluchtzuwanderung und Pädiatrieversorgung – Anforderungen an die Infrastruktur und die Finanzierung der Kinder- und Jugendmedizin in Deutschland (Teil 1)

*Albrecht Goeschel, Markus Steinmetz und Michael Teumer*

In der seit letztem Sommer geführten Diskussion um die tatsächlichen oder vorgeblichen Zwänge und Ziele der deutschen und europäischen Flüchtlingspolitik werden die Kinder nur beachtet, wenn es darum geht, Mitleidsbilder zu fotografieren oder emotionale Reportagen zu schreiben. Weder für eine ausreichende Sprach- und Schulausbildung noch für eine nachhaltige Gesundheitsversorgung der minderjährigen Zuflüchter wurden die nötigen und die möglichen Masterpläne rechtzeitig, wenn überhaupt, erarbeitet. Das Hauptaugenmerk der Flücht-

lingspolitik richtet sich statt dessen auf eine möglichst rasche Verwertung der Flüchtlinge auf dem Arbeitsmarkt. Im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit steht daher die Gruppe der 18-45 Jahre alten Flüchtlinge.<sup>1</sup>

Demgegenüber soll in diesem Beitrag (in zwei Teilen) deutlich gemacht werden, dass die minderjährigen Zuflüchter der aktuellen und anhaltenden Fluchtwelle, aber auch die schon in den Jahren zuvor als Asylbewerber nach Deutschland gekommenen Kinder einen erheblichen und zügig anwachsenden Bedarf nicht nur in der Bil-

dung, sondern vor allem auch an Gesundheitsversorgung haben.

## Die medizinische Versorgung von ausländischen Kindern und Jugendlichen

Minderjährige Flüchtlinge kommen vor allem in den alten Bundesländern zu der in nicht wenigen großstädtischen Regionen zahlenstarken Gruppe der Kinder mit Migrationshintergrund hinzu und erhöhen deren Anteil an der Kinderbevölkerung weiter.<sup>2</sup> Die kinderheilkundliche Versor-

gung der Kinder mit Migrations- und Asylhintergrund wird in Zukunft vor allem in den westdeutschen Ballungsräumen zunehmen. Bis zum Jahre 2030 wird in Deutschland der Anteil der nicht-deutschen Kinder auf 29 Prozent angestiegen sein, d.h. es werden auf 100 deutsche Kinder 40 nicht-deutsche Kinder kommen. Eine wesentliche Ursache für diese Entwicklung ist das Kinderpotential der jüngsten und weiteren Fluchtwellen. Ohne diese würde der Anteil der nicht-deutschen Kinder bei etwa 7 Prozent stagnieren. Wenn man annimmt, dass die Hälfte der ausländischen Familien wieder abwandert, werden im Jahre 2032 immer noch 24 nicht-deutsche Kinder auf 100 deutsche Kinder kommen.

Während demnach die Zufluchtsstelle den Anteil der ausländischen Kinder noch einmal, nunmehr dramatisch, weil regional konzentriert, verstärken wird, geht der Kinderanteil an der Bevölkerung in Deutschland allgemein weiter zurück. Dies gilt für alle Bundesländer.

Ein abweichendes Bild zeigen lediglich die Großstadträume. Hier hält sich die Kinderanzahl gegenüber dem Ausgangsjahr 2002 auf einem höheren Niveau.<sup>3</sup> Besonders stabil ist der Kinderanteil in den Umlandgemeinden der Großstädte. Wegen der auf diese Umlandgemeinden zielenden sogenannten Stadt-Umland-Wanderung von überwiegend deutschen Familien wird dort der Anteil deutscher Kinder hoch bleiben.<sup>4</sup>

Gebiete	Prozent
Deutschland insgesamt*	34,6
Ballungsräume**	43,8 - 71,7
Berlin	43,8
Ruhrgebiet	47,5
Hamburg	47,7
Köln	53,0
Stuttgart	57,5
München	61,4
Frankfurt a. Main	71,7

Abb. 1: Anteil von Kleinkindern mit Migrationshintergrund an allen Kleinkindern

\*) Kleinkinder unter 5 Jahren 2014

\*\*) Kleinkinder bis 3 Jahre 2008

Quelle: Jahnke - Global News, Abb. 18096, 18099

Diese Prognose wurde vor der jüngsten Flüchtlingswelle erstellt. Mit dieser ist nun von einem deutlich schwächeren Rückgang des Kinderanteils an der Bevölkerung, dafür aber in den Ballungsräumen von einem Anstieg an ausländischen Kindern auszugehen (Abb. 1). Insbesondere in den westdeutschen Großstädten stellen demnach die Kinder mit Migrations- bzw. Asylhintergrund eine wachsende Klientel dar. Die andere Morbidität dieser Kinder verlangt zudem eine qualitative Veränderung in der pädiatrischen Versorgung.

Kinder werden definitorisch einem Migrationshintergrund zugeordnet, wenn die Eltern Nichtdeutsche, (Spät-)Aussiedler oder in Deutschland geborene Ausländerkinder sind.<sup>5</sup> Einem Asylhintergrund werden Kinder zugeordnet, wenn sie als Minderjährige mit Eltern oder unbegleitet Asylantrag entsprechend der Genfer Flüchtlingskonvention gestellt haben. Als Asylkinder gelten aber auch Minderjährige oder Minderjährige, die geduldet sind.<sup>6</sup>

Unzutreffend wäre es, Migranten- und Asylkinder ausschließlich als gesundheitlich defizitäre Personengruppe zu betrachten. Neben ihren gruppenspezifischen und lebenssituativen zusätzlichen gesundheitlichen Risiken weisen Migrations- und Asylkinder auch protektive gesundheitliche Potentiale auf, wie beispielsweise einen ausgeprägten Familienzusammenhalt.<sup>7</sup>

## Morbiditätsprofil der Kinder mit Asyl-, Migrations- und Armutshintergrund

Nach der weitgehenden Grenzöffnung im letzten Jahr hätte insbesondere für die Kinder die Gesundheitsversorgung durch einen entsprechenden Masterplan ohne langwierige Vorarbeiten vorbereitet werden können. Die Versorgungsforschung hat in den zurück liegenden Jahren eine ausreichende Zahl von Publikationen und Analysen über die spezifische Epidemiologie und Morbidität von Kindern mit Migrations- und Asylhintergrund vorgelegt, auf deren Grundlage ein bedarfsgerechtes Versorgungsangebot bereitgestellt werden kann.

Nach einer bereits im Jahr 1990 vorgelegten Untersuchung zu den dringlichen Gesundheitsproblemen auch der ausländischen Kinderbevölkerung<sup>8</sup> hat der 2007 erschienene Kinder- und Jugendgesundheitsurvey auch den Status von Migranten miteinfassend<sup>9</sup> und damit wichtige Aufschlüsse über die Gesundheits- und Versorgungslage dieser Kinder geliefert. Seit 2008 liegt au-

Untergruppen	Prozent
Jungen	9,0
Mädchen	5,3
Niedriger sozioökonomischer Status	12,2
Mittlerer sozioökonomischer Status	6,4
Hoher sozioökonomischer Status	3,5

Abb. 2: Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen\*

\*) Elternbewertete Kinder und Jugendliche von 3-17 Jahren anhand SDQ - Fragebogen

Quelle: Studiengruppe für Sozialforschung e.V.: Gesundheitsarmut bei Kindern in Bayern. Tagungsbeitrag für die Ev. Akademie Tutzing, Marquartstein März 2010

ßerdem eine ausführliche und gesonderte Darstellung des Robert Koch-Institutes und des Statistischen Bundesamtes zur Gesundheit dieser Kinder und Jugendlichen vor.<sup>10</sup>

## Asylkinder

Zur gesundheitlichen Lage der im Zuge der Fluchtwelle seit 2015 nach Deutschland gekommenen minderjährigen Asylbewerber liegen bisher nur Einzelberichte vor. Wünschenswert wäre, die Gesundheitsrisiken der anhaltenden Massenunterbringung in behelfsmäßig eingerichteten und ausgestatteten Aufnahmeeinrichtungen zu überwachen und zu erfassen. Kinder sind in diesen Einrichtungen besonders häufig von Magen-Darm-Infektionen, Zahnproblemen, Krätze, Läusen etc. betroffen.<sup>11</sup>

Auch der Impfstatus ist bei den Asylkindern lückenhaft.<sup>12</sup> Häufig können die erforderlichen Nachimpfungen erst nach wochenlangen Wartezeiten nachgeholt werden.<sup>13</sup> Ähnlich lange warten die Asylkinder auf die Behandlung von Mundgesundheitsmängeln.<sup>14</sup> Im Vordergrund aber stehen bei der Berichterstattung zur spezifischen Morbidität der Asylkinder die seelischen Störungen infolge der erlebten Fluchttumstände.<sup>15</sup> Über 30 und mehr Prozent seelisch gestörter, insbesondere traumatisierter Asylkinder werden in der Literatur angegeben.<sup>16</sup>

Die Boulevardpresse berichtet von sexuellem Missbrauch bzw. Kinderprostitution als eigenständigem gesundheitlichem Risiko von Flüchtlingskindern. Vor allem in Italien sollen viele tausende von unbeglei-

teten Asylkindern „verschwundenen“ sein. Auch habe die Prostitution von Minderjährigen zugenommen, um den Lebensunterhalt der Familien zu finanzieren.<sup>17</sup>

In Bezug auf die Genitalverstümmelung (Beschneidung) bei Mädchen und Jungen wird es dann zu ernsthaften Konflikten zwischen den Traditionen und Riten der Herkunftsländer der Asylkinder und dem Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit in Deutschland kommen, wenn die geflüchteten Familien Arztpraxen oder Krankenhäuser zu derartigen Operationen veranlassen oder gar nötigen wollen. Schon der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey hat bei türkischen Knaben eine weit überdurchschnittliche Beschneidungshäufigkeit verzeichnet.<sup>18</sup> Das Hilfswerk Misereor hat sich im Frühjahr 2016 veranlasst gesehen, die Bundesregierung zu einem wirksamen Vorgehen gegen weibliche Genitalverstümmelung aufzufordern.<sup>19</sup>

### Migrationskinder

Zu Recht verweist die vom Robert Koch-Institut und vom Statistischen Bundesamt vorgelegte Untersuchung über die Zusammenhänge von Migration und Gesundheit bei Kindern darauf, dass nur ein Teil der Gesundheitsrisiken und -defizite bei Migranten „externer“ Natur ist. Dies gilt für ethnisch-genetische Dispositionen, kulturspezifische Konzepte von Gesundheit und Krankheit, Ernährungs- und Gesundheitsverhalten oder Folgen von Versorgungsdefiziten im Herkunftsland.<sup>20</sup> Die Mehrzahl der Gesundheitsrisiken und -defizite sind die gleichen, die auch für Kinder aus deutschen Armutsfamilien gelten, sozusagen „interner“ Natur: Einkommensmangel, Arbeitslosigkeit, Wohn- und Wohnumfeldnachteile, Bildungsnachteile.<sup>21</sup> Die sozio-ökonomischen Benachteiligungen betreffen also beide Kindergruppen gleichermaßen; man kann für sie in den westdeutschen

Ballungsräumen von einer Morbiditätshäufung ausgehen.<sup>22</sup>

Bei Migrationskindern findet man eine überdurchschnittliche Säuglings-Sterblichkeit und eine Häufung von Tuberkulose, Adipositas, Diabetes und Karies als Folge unterentwickelter Vorsorgeorientierung in den Familien.<sup>23</sup> Ein erhöhtes Risiko für Unfälle und Verletzungen besteht schon für Kleinkinder, besonders ausgeprägt aber für männliche Schulkinder aus dem türkisch-libanesischen Raum. Hier treffen ursächlich beeinträchtigte Wohnverhältnisse und hohe Siedlungsdichte ohne ausreichende Bewegungsmöglichkeiten und Freiflächen einerseits mit expressiven Verhaltenstraditionen und riskantem Spielverhalten männlicher Kinder andererseits zusammen.<sup>24</sup> Weibliche Schulkinder mit türkischem Hintergrund sind eine Risikogruppe für Adipositas, aber auch für Anorexia, seelische Störungen, insbesondere auch für Suizidversuche. Die Vermutung liegt nahe, dass hierfür Konflikte zwischen traditionellen Familienidealen und westlich-moderner Gesellschaftsrealität oder zwischen autoritären Familienstrukturen und libertären Alltagsroutinen verantwortlich sind – noch verschärft durch Einkommensmangel und Arbeitslosigkeit.<sup>25</sup>

Die in zahlreichen Herkunftsländern praktizierte, teilweise religiös legitimierte Genitalverstümmelung von Mädchen und Jungen ist in Deutschland trotz neuer Gesetzgebung ein nur scheinbar „gelöstes“ Problem. Bei Jungen mit türkischem Migrationshintergrund schlägt sich die traditionelle Praxis von Zirkumzisionen in weit überdurchschnittlichen Häufigkeiten von (geduldeten) operativen Beschneidungen nieder.<sup>26</sup> Bei weiblichen Kindern ist Genitalverstümmelung weiterhin strafbar. Die deutsche Kinder- und Jugendmedizin lehnt die Beschneidung von männlichen Kindern trotz legalistischer Scheinlösung ab.<sup>27</sup>

Erwähnt werden sollte aber, dass die Migrationskinder auch über schützende Potentiale verfügen. Sie leiden zum Beispiel deutlich seltener an chronischen Erkrankungen.<sup>28</sup>

### Armutskinder

Mittlerweile herrscht in der epidemiologischen Versorgungsforschung weitgehend Übereinstimmung dahingehend, dass Einkommens- und Deprivationsarmut, Abhängigkeit von Sozialhilfe etc. sowie auch Regionaldisparitäten Risikofaktoren für die Gesundheit auch bei Kindern darstellen.<sup>29</sup> Neben den mit Einkommensarmut unmittelbar verbundenen Beeinträchti-

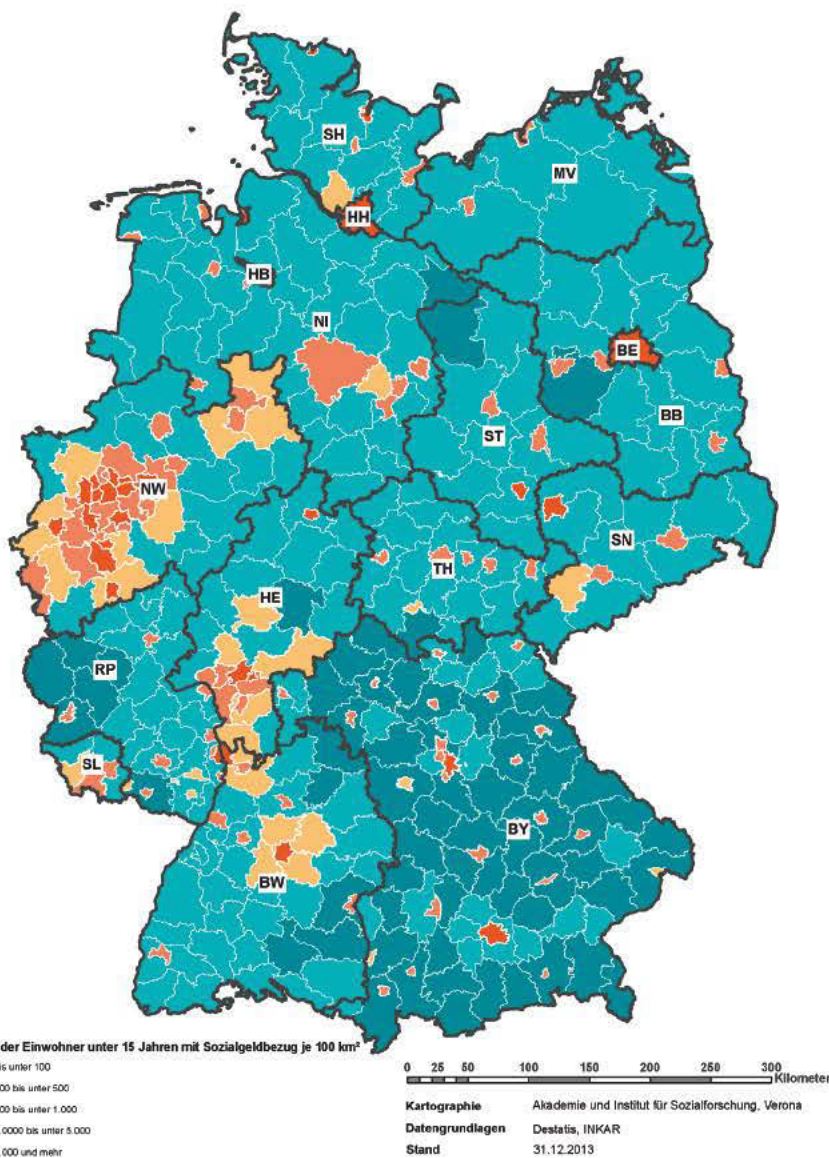


Abb. 3: Armutskinder-Dichte

gungen wie unzureichende Ernährung und Bekleidung sind es gerade auch die für die armen Familien typischen Wohnverhältnisse und Wohnlagen, die die Gesundheit der Kinder beeinträchtigen: Beengte Wohnverhältnisse mit Überbelegung, Schadstoffbelastung der Raumluft, Wohnlagen an vielbefahrenen und lärm-belasteten Hauptstraßen, hochverdichtete Bebauung mit ungenügenden Freiflächen und erhöhter Unfallgefahr.<sup>30</sup>

Ein weiterer Risiko- und Morbiditätsfaktor für Armutskinder sind die im deutschen Schulsystem angelegten hohen sozioökonomischen Selektionsbarrieren. Diese verfestigen ein ungünstiges Gesundheitsverhalten, etwa bei der Ernährung oder bei der Zahnpflege,<sup>31</sup> vor allem aber verstärken sie ein schlechtes Gesundheitsbefinden durch die Wiederholung und Verfestigung von Erfahrungen der Zurückweisung und des Ausgeschlossenseins.<sup>32</sup> Die Probleme der sozialen Ausgrenzung bzw. ungenügenden sozialen Unterstützung und Auffälligkeiten im Verhalten haben in der Armutsbevölkerung in Deutschland noch eine gerne übersehene geschlechterpolitische Dimension. Bei allen Anhaltsgrößen wie zum Beispiel Verhaltensauffälligkeiten zeigen Knaben ebenso wie die Kinder mit dem niedrigeren sozialen Status die ungünstigeren Werte, die weiblichen Kinder und die Kinder mit dem höheren sozialen Status die günstigeren Werte (Abb. 2).

Insgesamt ist zu beachten, dass die Gruppen der Kinder mit Migrationshintergrund und der Kinder in Armut sich innerhalb der Bevölkerung in Deutschland überlagern. Der Anteil von Grundversicherungsempfängern nach SGB II, d.h. von Hartz IV-Empfängern, liegt in der Bevölkerung mit Migrationshintergrund im Vergleich zu allen Altersgruppen deutlich höher als der Anteil von Hartz IV-Empfänger-

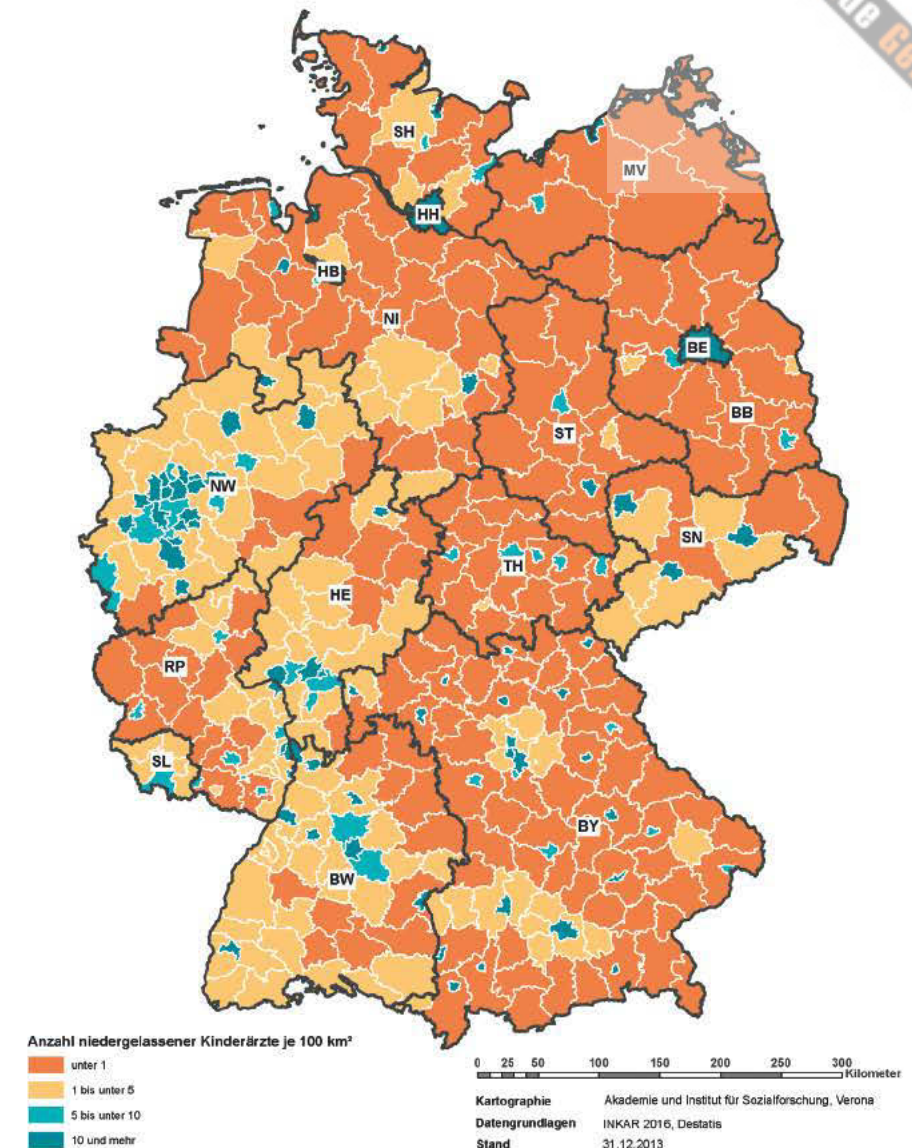


Abb. 4: Kinderarzt-Dichte

gern an den entsprechenden Altersgruppen der Gesamtbevölkerung in Deutschland.<sup>33</sup> Der Anstieg des Armutsrisikos in den letzten zwei Jahrzehnten konzentriert sich

daher in wachsendem Maß auf Kinder mit Migrationshintergrund und neuerdings auch auf Asylkinder.<sup>34</sup> Übrigens haben auch Familien mit Kindern unter 15 Jahren ein deutlich höheres Armutsrisiko als die Gesamtbevölkerung.<sup>35</sup>

Wie die Abbildung 3 zeigt, konzentrieren sich die wachsenden Zahlen von armen Migrationskindern vor allem in den Stadtstaaten und in den westdeutschen Ballungsräumen.<sup>36</sup>

### Qualitätsverfall der Gesundheitsversorgung der Kinderbevölkerung

Im zurückliegenden Jahrzehnt hat sich die Kritik an der Kindergesundheitspolitik in Deutschland erkennbar verstärkt und verschärft. Regierung, Parteien und Kassen wird vor allem ein gezielter Abbau der

Jahre	Kinderheilkundliche Betten je 10.000 Kinder**	Sonstige Krankenhausbetten je 10.000 Einwohner***
1970	16,7	89,7
1995	13,0	90,4
Abweichung 1995 gegenüber 1970 in Prozent	-22,2	+0,7

Abb. 5: Bettenabbau in der Kinderheilkunde

\*) Alte Bundesländer

\*\*) Personen im Alter bis unter 20 Jahre

\*\*\*) Personen im Alter von 20 und mehr Jahren

Quelle: Studiengruppe für Sozialforschung e.V.: Zentrum für Kindergesundheit: Arbeitsvorschlag, Marquartstein Januar 2003

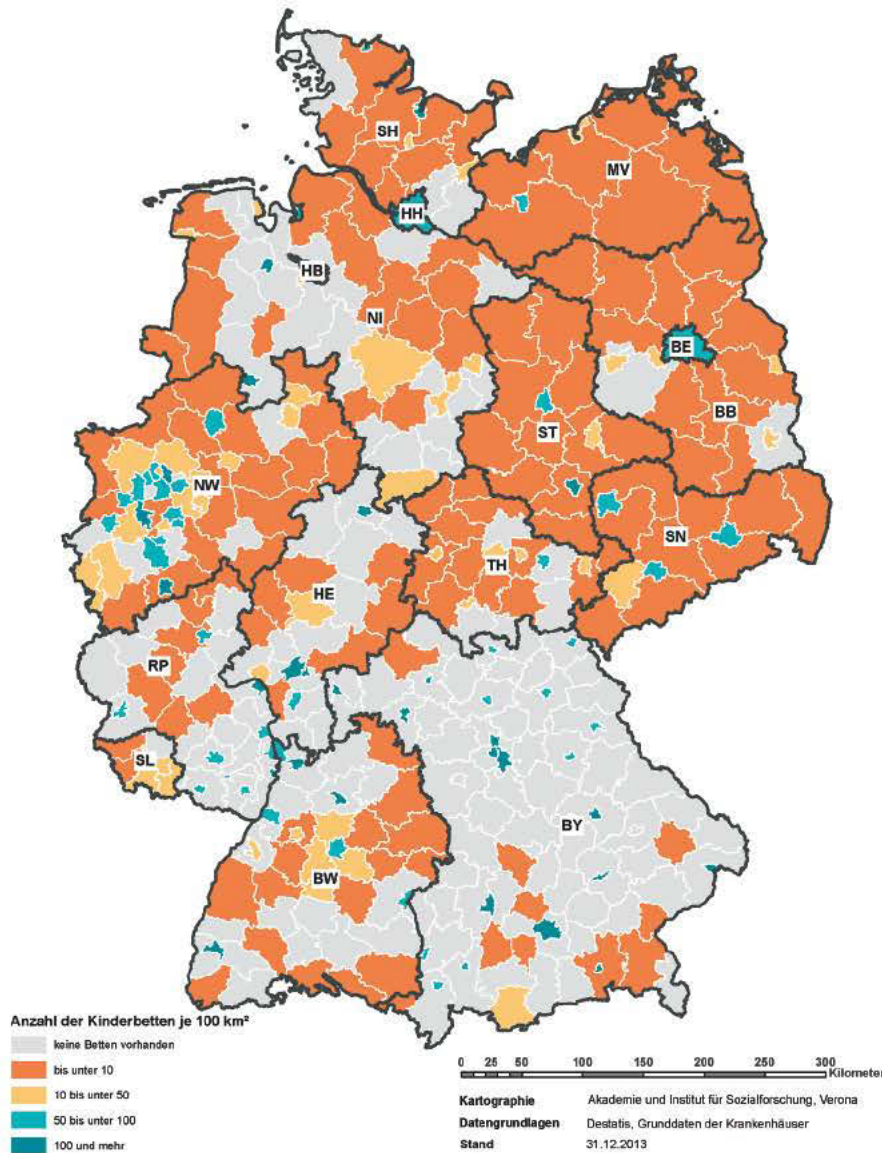


Abb. 6: Kinderbetten-Dichte 2013

wohnortnahen Gesundheitsversorgung von Kindern vorgeworfen.<sup>37</sup> Schon einige Jahre zuvor war kritisiert worden, dass die Etablierung des zentralen Gesundheitsfonds die regionale Ungleichheit in der pädiatrischen Gesundheitsversorgung noch verstärken würde.<sup>38</sup> Struktur- und einkommensschwache Regionen sind seit Jahren deutlich schlechter mit Kinderarztpraxen und Kinderfachbetten ausgestattet.<sup>39</sup> Seit einiger Zeit sind die regionalen Zusammenhänge von Einkommensarmut und Krankenhausbehandlung von Kindern ein Thema.<sup>40</sup> Die Kritik an der bisherigen Kindergesundheitspolitik blieb aber zunächst eher auf die Fachöffentlichkeit beschränkt.<sup>41</sup> Angesichts des zunehmenden Drucks, der von der derzeitigen Flüchtlingswelle ausgeht, ist es nunmehr unerlässlich, die Fehler der Gesundheitsversorgung von Kindern zu korrigieren.<sup>42</sup>

### Ambulante Kinderheilkunde

Deutlich erkennbar drängen Politik und die Krankenkassen auf einen Ersatz der ambulanten fachärztlichen Kinderheilkunde durch eine Grundversorgung im Rahmen der Allgemeinmedizin.<sup>43</sup> Sie müssen dazu nicht viel mehr tun, als bei der geringen Kinderärztdichte in den ländlichen Regionen weiter untätig zu bleiben. Schon jetzt versorgen in diesen Regionen zunehmend Allgemeinärzte die Kinder.<sup>44</sup> Auch kann die Politik weiter untätig bleiben, weil Eltern mit niedrigerem Sozialstatus deutlich häufiger Allgemeinärzte in Anspruch nehmen. Nimmt die Kinderarmut weiterhin zu, ergibt sich eine Ablösung der ambulanten Kinderheilkunde durch eine allgemeinmedizinische Grundversorgung auch in den Großstädten von selbst.<sup>45</sup> Schon jetzt ist eine Versorgung mit Kinderarztpraxen auch in

Ballungsräumen und Mittelstädten nicht mehr gewährleistet<sup>46</sup> (Abb. 4).

Durch den stetigen Abbau von Kinderbetten, Kinderabteilungen und Kinderkliniken im Zuge der Krankenhauspolitik entfallen einerseits zunehmend Ausbildungsstellen für Kinderfachärzte, andererseits auch wohnortnahe Einweisungsmöglichkeiten für die Patienten der Kinderarztpraxen.<sup>47</sup>

Je nach Bundesland stehen 20-28 Prozent der praktizierenden, niedergelassenen Kinderärzte kurz vor dem Ruhestand (>60 Jahre). Sobald diese in Rente gehen, wird sich die Versorgung mit Kinderarztpraxen weiter verschlechtern, weil keine Nachfolger gefunden werden. Zudem hat der Anteil weiblicher Kinderärzte deutlich zugenommen. Frauen sind keine schlechteren Mediziner, ihr Arbeitszeitbudget ist jedoch deutlich kleiner als das der männlichen Kollegen. Auch diese Entwicklung wird die ambulante kinderheilkundliche Versorgung erschweren.<sup>48</sup>

Im Bedarfsfalle können in Aufnahmeeinrichtungen Asylbewerber, die über eine ärztliche Ausbildung verfügen, nach § 90 des Asylgesetzes befristet zur Ausübung der Heilkunde ermächtigt werden. Dies wird die Tendenz zu einer allgemeinmedizinischen Grundversorgung weiter fördern.<sup>49</sup>

Für die verbleibenden niedergelassenen Kinderärzte steigt in den begünstigten Regionen und Wohnlagen gleichzeitig der Behandlungsbedarf der Kinder aus Familien der mittleren und oberen Sozialschichten. Dort nimmt die Häufigkeit seelischer Störungen auch wegen des Erwartungs- und Erfolgsdrucks der Eltern auf ihre Kinder deutlich zu.<sup>50</sup>

### Stationäre Kinderheilkunde

Deutlich erkennbar streben Politik und Krankenkassen auch die teilweise Übernahme der stationären fachgebietlichen Kinderbehandlung durch Fachärzte der Erwachsenenmedizin an. Aus den Fachgesellschaften für Kinder- und Jugendmedizin werden schwere Vorwürfe gegen die Länder, den Bund und die Krankenkassen erhoben, bei den Vorbereitungen für eine erneute Krankenhausreform die spezifischen Belange einer bedarfsgerechten und leistungsfähigen Kinderheilkunde nicht einmal erwähnt zu haben.<sup>51</sup>

Die stationäre Kinderheilkunde ist seit Jahrzehnten ein bevorzugtes Objekt der Kostensenkung im Gesundheitswesen. Eine Untersuchung aus dem Jahr 2003 zeigt, dass zwischen 1970 und 1995 in den alten Bundesländern die pädiatrischen Kranken-

hausbetten deutlich abgebaut worden sind (Abb. 5), vor allem im ländlichen Raum<sup>53</sup> (Abb. 6). Die Zahl der Krankenhausbetten für Erwachsene blieb dagegen stabil.<sup>52</sup>

Zu ähnlichen Ergebnissen kommt die Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie. Sie verweist in einer Veröffentlichung aus dem Jahr 2014 darauf, dass zwar die Zahl der kinderchirurgischen Patienten mit etwa 120 000 Fällen jährlich seit 1994 fast gleich geblieben, die Zahl der Kinderchirurgiebetten aber von 3200 auf 1800 verringert worden ist. Dies ist vor allem auf die Schließung von Kinderfachabteilungen und -kliniken zurückzuführen.<sup>54</sup>

Die Behandlung von Kleinkindern und Kindern in Erwachsenenabteilungen und durch Erwachsenenmediziner ist keineswegs bedarfsgerecht.<sup>55</sup> Unumstritten ist auch, dass Kinderabteilungen und Kinderkliniken schon wegen der sehr unterschiedlichen Bedürfnisse der verschiedenen Altersgruppen einen größeren Spielraum bei der räumlichen, zeitlichen und personellen Ausstattung benötigen, stärkeren Saisonschwankungen bei der Belegung unterliegen und wegen der nötigen Elternkontakte auch eine ausreichende Wohnortnähe erfordern. Übereinstimmung herrscht auch bezüglich des Umstandes, dass die Schwere und die Schwierigkeit der stationären Behandlungsfälle auch aus sozialen und ethnischen Gründen zunehmen.<sup>56</sup> Wenn also die Politik und die Krankenkassen die Wirtschaftlichkeit der Kinderabteilungen und Kinderkliniken an den Kriterien der stationären Erwachsenenmedizin messen, muss dies mittelfristig zu einem Verschwinden der stationären Kinderheilkunde, damit aber auch der Weiterbildungsbasis für Kinder- und Jugendmedizin führen.<sup>57</sup>

Asylkinder suchen wegen des eingeschränkten Zuganges zur ambulanten medizinischen Versorgung verstärkt die Notaufnahmen der unterkunftsnahen Krankenhäuser auf.<sup>58</sup> Die Notaufnahmen der Akutkrankenhäuser sind in den zurückliegenden Jahren immer stärker zum Ersatz für die unter regionalem und funktionalem Ärztemangel leidenden Bereitschaftsdienste der eigentlich zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen geworden. Durch die zu niedrigen Vergütungen für die medizinischen Leistungen in den Notaufnahmen entstehen den Krankenhäusern hohe Verluste.<sup>59</sup> Die zusätzliche Beanspruchung der Notfallaufnahmen von Krankenhäusern durch Asylkinder erhöht den Druck auf die Krankenhäuser, Kinder nicht mehr fachspezifisch, sondern gene-

ralistisch zu diagnostizieren und zu therapieren.

### Einschränkungen für Hebammen und Kinderkrankenpflege

Politik und Krankenkassen drängen seit Jahrzehnten die Kinderheilkunde nicht nur aus der ambulanten<sup>60</sup> und der stationären Versorgung.<sup>61</sup> Auch in der Geburtshilfe bestehen diese Tendenzen. Die Verbände der Hebammen werfen den Kassen vor, die Sicherstellung freiberuflicher Hebammentätigkeit zu blockieren.<sup>62</sup> Mit noch weit schwerwiegenderen Folgen für die Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen beabsichtigt die Bundespolitik, die bisherige spezialisierte Kinderkrankenpflegeausbildung in einer generalisierten Alten- und Krankenpflegeausbildung untergehen zu lassen.<sup>63</sup> Gegenwärtig stellt sich flächendeckend die Versorgung durch die Kinderkran-

kenpflege noch etwas ausgewogener und günstiger dar als die Versorgung mit Kinderkrankenbetten oder durch Kinderärzte (Abb. 7).

*Teil 2 folgt in der nächsten Ausgabe.*

*Die Literaturangaben liegen bei den Autoren.*

### AUTOREN

Prof. Albrecht Goeschel  
(Gast), Dipl. Geogr.  
Markus Steinmetz  
M. Eng.  
Michael Teumer  
Dipl. Soz.  
Akademie u. Institut f. Sozialforschung e.V.  
-Verona-  
e-mail: mail@accademiaistituto.com

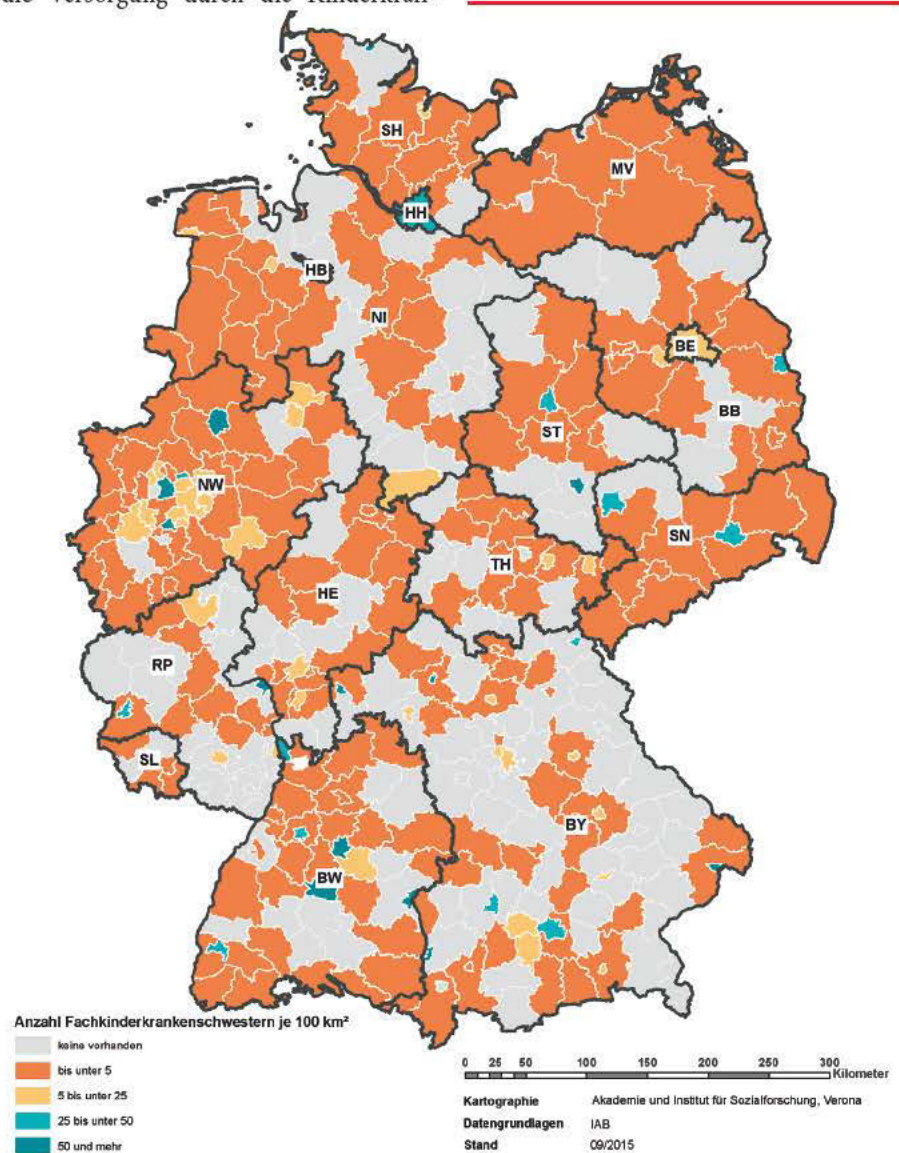


Abb. 7: Kinderkrankenpflege-Dichte