

Juni 2021

## **Politische Forderungen der Kinder- und Jugendmedizin 2021-2025**

Die körperliche, seelische und soziale Gesundheit der Kinder und Jugendlichen muss gestärkt und gefördert werden. Dies ist angesichts der Corona-Pandemie wichtiger denn je. Nachteile in der Gesundheitsversorgung, in den Bildungschancen und der Gestaltung der Lebenswelten sollen durch eine ressortübergreifende Politik und gezielte Maßnahmen ausgeglichen werden. Der Staat schuldet den Kindern zum Erreichen des Optimums an Gesundheit die Bereitstellung entsprechender Ressourcen im Sinne seiner Daseinsfürsorge.

### **Wir sehen vordringlichen Bedarf zum politischen Handeln in folgenden Bereichen:**

- 1. Spitzenmedizin auch für Kinder und Jugendliche:** Umfassende Maßnahmen zur Sicherung der medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen auf höchstem Niveau, d.h. mehr Medizinstudienplätze, stärkere Berücksichtigung der pädiatrischen Ausbildung im Medizinstudium, adäquate Vergütung der sprechenden Medizin, Fallzahl-unabhängiges Finanzierungsmodell für Kliniken und Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin unter Berücksichtigung der Fix- und Vorhaltekosten im DRG-System. Kostendeckende Finanzierung von Hochschul- und Spezialambulanzen in Kinder- und Jugendkliniken. Erhalt und Förderung der Gesundheits- und Kinderkrankenpflegeausbildung.
- 2. Mehr Prävention in den Lebenswelten inkl. der Ernährung:** Stärkere Berücksichtigung von verhältnispräventiven Ansätzen im Präventionsgesetz. Verpflichtende, verhältnispräventive ernährungspolitische Maßnahmen für ein gesundes Leben von Anfang an. Verbesserung der Gesundheits- und Ernährungskompetenz (health literacy) von Eltern, Kindern und Jugendlichen durch Implementierung der entsprechenden Inhalte in den Kita- und Schulalltag. Zwingend notwendig zur Gesundheitsfürsorge ist zudem Bewegungserziehung von Anfang an.
- 3. Gute und geprüfte Medikamente:** (Weiter-)Entwicklung sicherer Arzneimittel für Kinder und Jugendliche und staatliches Engagement bei der Zulassung von „Alt-Generika“ für sie.
- 4. Förderung sektorübergreifender Versorgungsangebote:** Verbesserung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen durch eine nachhaltige Sicherstellung der Überbrückung der Schnittstellen zwischen medizinischem, pädagogischem und sozialem System, insbesondere Gleichbehandlung von Kindern und Jugendlichen mit und ohne Behinderungen.
- 5. Ausgleich von Benachteiligung:** Stärkung der Resilienz, der seelischen Gesundheit durch Verminderung der ungleichen sozialen Rahmenbedingungen des Aufwachsens und Schutz vor Abhängigkeitserkrankungen, insbesondere Mediensucht, und Internet-assoziierter Gewalt und Ausbeutung.
- 6. Stärkung des Kommunalen Öffentlichen Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes (KJGD):** Sicherstellung der kommunalen Stärkung durch den Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst, um den Gesundheitsminister-Konferenz-Auftrag des „Public Health vor Ort“ umsetzen zu können.



Berufsverband der  
Kinder- und Jugendärzte e.V.



DEUTSCHE GESELLSCHAFT  
FÜR KINDER- UND JUGENDMEDIZIN e.V.



Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie  
und Jugendmedizin e.V.

## **Politische Forderungen der Kinder- und Jugendmedizin 2021-2025**

### **Ausführliche Begründungen**

1. **Spitzenmedizin auch für Kinder und Jugendliche**
  - A. **Ambulante Versorgung**
  - B. **Stationäre Versorgung**
  - C. **Kinderkrankenpflege**
  - D. **Ausbildung/Weiterbildung**
2. **Mehr Prävention in den Lebenswelten inkl. Ernährung**
  - A. **Prävention in den Lebenswelten**
  - B. **Prävention in der Ernährung einschließlich Verbesserung der Gesundheitskompetenz**
3. **Gute und geprüfte Medikamente**
4. **Förderung sektorübergreifender Versorgungsangebote**
5. **Ausgleich von Benachteiligung**
6. **Stärkung des Kommunalen Öffentlichen Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes (KJGD)**

#### **1. Spitzenmedizin auch für Kinder und Jugendliche**

##### **A. Ambulante Versorgung ([zurück](#))**

Die Zahl der zu versorgenden Kinder und Jugendlichen steigt in den letzten Jahren. Gleichzeitig nimmt die Zeitintensität pro Patient zu, da immer mehr Kinder und Jugendliche mit neuen Morbiditäten versorgt werden müssen. Ein Viertel aller Kinder- und Jugendärzte wird in den nächsten fünf Jahren in Rente gehen. Der Mangel an Kinder und Jugendärzten muss bekämpft werden. Deshalb fordern wir:

- Eine deutliche Attraktivitätssteigerung der Niederlassung.
- Die Eindämmung der überbordenden Bürokratie.
- Eine bessere Vergütung der aufwändigeren „sprechenden Medizin“.
- Separate sektorübergreifende Beplanung der ambulanten Notfallversorgung von Kindern und Jugendlichen (KINZ) analog der Vorgehensweise des G-BA zur stationären Notfallversorgung.

##### **B. Stationäre Versorgung ([zurück](#))**

Die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen auf hohem Niveau in akzeptabler Nähe zum Wohnort muss gesichert werden. Die Finanzierung allein durch das Fallzahl-abhängige DRG-System kann v.a. aufgrund der erhöhten Fix- und Vorhaltekosten die Leistungen der Pädiatrie nicht angemessen auffangen. Die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen kann nur durch entsprechende Anpassungen durch Bund und Länder langfristig gesichert werden. Deshalb fordern wir:

- Der Sicherstellungszuschlag für Kliniken/Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin in strukturschwachen Gebieten muss ausgebaut werden zu einem Vergütungsbestandteil für die Vorhaltekosten aller versorgungsnotwendigen Fachabteilungen für Kinder und Jugendliche, von der kleinen Fachabteilung in dünn besiedelter ländlicher Region bis zum Maximalversorger für die Versorgung von komplex und chronisch kranken Kindern.



Berufsverband der  
Kinder- und Jugendärzte e.V.



DEUTSCHE GESELLSCHAFT  
FÜR KINDER- UND JUGENDMEDIZIN e.V.



Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie  
und Jugendmedizin e.V.

- Die Etablierung von Institutsambulanzen (KIA) für Kinder und Jugendliche im SGB V analog der geriatrischen oder psychiatrischen Institutsambulanzen (GIA, PIA), um Kindern den Zugang zu aufwändigen diagnostischen oder therapeutischen Verfahren zu ermöglichen.
- Sicherung der Investitionskostenfinanzierung der Krankenhäuser z.B. durch eine Beteiligung des Bundes.

### **C. Kinderkrankenpflege [\(zurück\)](#)**

Das Pflegeberufereformgesetz aus dem Jahr 2017 bietet den Auszubildenden für das 3. Ausbildungsjahr die Möglichkeit, sich für eine Spezialisierung der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege zu entscheiden. Krankenpflegeschulen müssen auch zukünftig die Vertiefung bzw. den eigenständigen Abschluss Gesundheits- und Kinderkrankenpflege gemäß Pflegeberufereformgesetz ermöglichen. Andernfalls wird sich der bereits bestehende Mangel an qualifizierter Pflege in der Kinder- und Jugendmedizin noch dramatisch verstärken. Nur noch wenige Pflegeschulen bieten die Option der Gesundheits- und Kinderkrankenpflegeausbildung an (Umfragen VLKGD und GKinD aus den Jahren 2019, 2020, 2021) Die Qualitätsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses werden damit zukünftig nicht mehr erfüllt werden können. Deshalb fordern wir:

- Eine Aufforderung der Bundesregierung an die Landesregierungen, darauf zu achten, dass alle Pflegeschulen die Spezialisierung zur/m Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in gem. §§ 58 ff. PflBG weiterhin anbieten.
- Die Zahl der Auszubildenden mit Vertiefung Pädiatrie und ggfls. anschließender Spezialisierung muss um mindestens 30% gesteigert werden. Es bedarf daher einer bundesweiten Ausbildungsinitiative KINDERkrankenpflege.
- Eine eindeutige Kommunikation in Form einer öffentlichen Kampagne, dass die Ausbildung zum/r Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in weiterhin möglich ist. Nur so kann die Verunsicherung der potentiellen Bewerber/-innen beendet werden.

### **D. Ausbildung/Weiterbildung [\(zurück\)](#)**

Die Berufs- und Lebensperspektive innerhalb der Ärzteschaft ändert sich. Um Familie und Beruf besser miteinander vereinbaren zu können, gibt es immer mehr Teilzeitarbeit und mehr Angestelltenverhältnisse. Daraus resultiert ein geringerer Arbeitsstundenumfang pro Kinder- und Jugendarzt. Die kinder- und jugendmedizinische Ausbildung muss analog zur Allgemeinmedizin im Medizinstudium adäquat Berücksichtigung finden. Kindergesundheit braucht einen festen Platz in der ärztlichen Ausbildung! Deshalb fordern wir:

- Einen Ausbau der Medizinstudienplätze und Massnahmen zur Schaffung von attraktiven Arbeitsbedingungen in der Weiterbildung und darüber hinaus.
- Bei der Novellierung der Approbationsordnung muss die Pädiatrie in ihrer klinischen und ambulant-hausärztlichen Ausprägung einen bedeutsamen Stellenwert erhalten. Wir sind Grundversorger und brauchen eine Gleichstellung der ambulanten pädiatrischen Versorgung mit der Allgemeinmedizin auch in der Lehre.
- Die ambulante Weiterbildung in der Pädiatrie muss analog der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin gefördert und finanziert werden.

## **2. Mehr Prävention in den Lebenswelten inkl. Ernährung**

### **A. Prävention in den Lebenswelten [\(zurück\)](#)**

Nachhaltige langfristige Effekte von Präventionsmaßnahmen lassen sich besonders im Kindes- und Jugendalter erwarten. Prävention und Gesundheitsförderung müssen auf System- und Fallebene im



Berufsverband der  
Kinder- und Jugendärzte e.V.



DEUTSCHE GESELLSCHAFT  
FÜR KINDER- UND JUGENDMEDIZIN e.V.



Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie  
und Jugendmedizin e.V.

Sinne einer Verhältnis- und Verhaltensprävention ansetzen. Die praktische Umsetzung des Präventionsgesetzes zeigt aber, dass die einzelnen punktuellen Programme der Kassen der Notwendigkeit eines systemübergreifenden Ansatzes, insbesondere im Zeitraum Schwangerschaft und rund um die Geburt, nicht gerecht werden können. Die im SGB V festgelegten Leistungen der Kassen lassen das kaum zu. Zudem priorisiert das Präventionsgesetz Verhaltensprävention, weniger die wirksamere Verhältnisprävention. Deshalb fordern wir:

- Die Schaffung begünstigender umweltbiologischer, psychischer und sozialer Rahmenbedingungen und die Stärkung der Selbstwirksamkeit von Eltern. Die Sozial-, Arbeitsmarkt-, Wirtschafts-, Bildungs-, Familien- und Umweltpolitik muss diesen gesundheitsrelevanten Aspekt aufgreifen. Dazu bedarf es einer koordinierten Zusammenarbeit des Gesundheitswesens mit anderen sozialen Sicherungssystemen.
- Eine gute Koordination aller beteiligten Akteure in möglichst einheitlichen Kooperationsstrukturen. Neben der Nationalen Präventionskonferenz gehören hierzu die Nationale Arbeitsschutzkonferenz, Kooperationsstrukturen in den Bundesländern und auf kommunaler Ebene sowie weitere Kooperationen, die sich lebens- bzw. arbeitsweltbezogener Gesundheitsförderung und Prävention widmen.

#### **B. Prävention in der Ernährung einschließlich Verbesserung der Gesundheitskompetenz [\(zurück\)](#)**

Das Ernährungsverhalten wird bereits im frühen Kindesalter geprägt. Risiken für ernährungsabhängige Krankheiten entstehen schon früh. Viele Lebensmittelprodukte sind hinsichtlich ihrer Zusammensetzung und Einschätzung im Hinblick auf eine „gesunde“ oder „ungesunde“ Ernährung schwer zu bewerten. Gerade angesichts der Tatsache, dass laut der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) Kinder aus sozio-ökonomisch benachteiligten Familien eher ungesunde Lebensmittel erhalten, fordern wir, dass die „gesündere“ Alternative im Alltag die „leichtere“ sein sollte.

Bewegungsmangel ist neben der Fehlernährung die Hauptursache für Zivilisationskrankheiten. Deshalb ist Bewegungserziehung so wichtig. In der Kindergartenzeit ist der Bewegungsdrang der Kinder zu begleiten, in der Schulzeit dann dringend in die schulische Bildung zu implementieren. Deshalb fordern wir:

- Eine verpflichtende Nährwertkennzeichnung durch den NutriScore.
- Ein Verbot von speziell an Kinder gerichteter Lebensmittel-Werbung („Kinderwerbung“).
- Eine „Zucker-Steuer“: Falls durch freiwillige Reduktionsstrategie in ein bis zwei Jahren keine ausreichende Verbesserung in der Zusammensetzung angebotener Lebensmittel erreicht wird, müssen ordnungspolitische Maßnahmen wie z. B. definierte Begrenzungen des Gehaltes von Zucker, gesättigtem Fett und Salz in einzelnen Produktgruppen und ein erhöhter Mehrwertsteuersatz auf stark zuckerhaltige Getränke erfolgen.
- Produkte mit Kinderoptik sollen keine ungünstigere Nährstoffzusammensetzung aufweisen als solche, die nicht speziell an Kinder gerichtet sind.
- Maßnahmen, die die Ernährungskompetenz von Kindern erhöhen („Ernährungsführerschein“ sowie weitere Formate für weiterführende Schulen).
- Die Etablierung neuer Präventionsprogramme wie z. B. Disease-Management-Programm (DMP) Adipositas im Kindes- und Jugendalter
- Eine flächendeckende verpflichtende Umsetzung und Einhaltung der Qualitätsstandards der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e. V. (DGE) in allen KiTas und Schulen.



Berufsverband der  
Kinder- und Jugendärzte e.V.



DEUTSCHE GESELLSCHAFT  
FÜR KINDER- UND JUGENDMEDIZIN e.V.



Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie  
und Jugendmedizin e.V.

- Wasserbrunnen an Schulen und ein Verbot der Abgabe von zuckerhaltigen Getränken aus Automaten oder dem Kioskverkauf in Schulen.
- Anbindung des Politikfelds Ernährung an das Bundesministerium für Gesundheit, weg vom Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft.
- In den Schulen Bewegungspausen, ein tägliches Sportangebot und Förderung von Kooperationen mit Sportvereinen.
- Förderung der kommunalen Finanzierung der durch das Institut für Kinderernährung am Max Rubner-Institut (MRI) erarbeiteten Nationalen Strategie zur Stillförderung mit der Zielsetzung, die Rahmenbedingungen zum Stillen zu verbessern und die Stillmotivation in Deutschland zu erhöhen. Steigerung der bevölkerungsweiten gesellschaftlichen Akzeptanz des Stillens und Unterstützung von Frauen bei ihrem Wunsch, zu stillen als wichtigem Beitrag zur Gesundheitsprävention von Kindern und Jugendlichen.

### **3. Gute und geprüfte Medikamente [\(zurück\)](#)**

Viele Arzneimittel, die in der Pädiatrie angewendet werden, sind nicht für Patienten im Kindesalter zugelassen. Kinder- und Jugendärzte müssen daher zur bestmöglichen Versorgung Arzneimittel oft außerhalb der Zulassung verordnen (off-label-use) mit allen möglichen Nachteilen. So ist etwa die Rechtsprechung bzgl. der Erstattungspflicht und Behandlungsfehlern nicht einheitlich. Zudem stellt sich das Haftungsrecht in diesen Fällen problematisch dar. Deshalb fordern wir:

- Die Optimierung der derzeit vorhandenen Instrumente zur Zulassung im off-label-Bereich
- Schaffung von Rahmenbedingungen, dass Arzneimittelhersteller Studien auch im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin durchzuführen bereit sind.

### **4. Förderung sektorübergreifender Versorgungsangebote [\(zurück\)](#)**

Viele Kinder und Jugendliche leiden an chronischen Gesundheitsstörungen, die nicht immer kurativ behandelbar sind. Zusätzlich müssen psychosoziale Belastungen als Folge der Erkrankung und als Barriere für gute Behandlung möglichst reduziert und Schutzfaktoren aufgebaut werden. Die notwendige Pflege, Anleitung und Behandlung der betroffenen Kinder und Jugendlichen in den Familien wird ganz überwiegend von den Eltern (meist den Müttern) geleistet, die dafür Erwerbsmöglichkeiten und berufliche Entwicklungsmöglichkeiten verlieren. Hinzu kommen vermehrte Kosten für Kinderbetreuung (auch der Geschwister), Ausstattung, Wohnraum und nicht finanzierte Hilfs- und Heilmittel. Für eine maximale Teilhabe der Betroffenen in der Gesellschaft und Ausschöpfung aller Entwicklungspotentiale ist eine multiprofessionelle, ganzheitliche, sektoren- und sozialgesetzbuch-übergreifende Versorgung erforderlich. Deshalb fordern wir:

- Entwicklung bedarfsgerechter, sektorenübergreifende Unterstützungssysteme über die einzelnen Sozialgesetzbücher hinweg.
- Absicherung der Sozialpädiatrischen Zentren durch ein verändertes Zulassungsrecht. Die aktuelle Zulassungspraxis, insbesondere die kurzen Zulassungszeiträume und die späten Zulassungsverlängerungen sind mit dem Anspruch an eine hochspezialisierte Komplexbehandlung chronisch kranker Kinder und Jugendlicher nicht zu vereinbaren.
- Sicherstellung des Anspruchs chronisch kranker Kinder und Jugendlicher auf nichtärztliche Leistungen in Sozialpädiatrischen Zentren, so wie dies bei der Behandlung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen bereits der Fall ist (Anpassung des §43a).
- Beteiligung des Gesundheitsbereiches (SPZ, ÖGD) für den im Kinder- und Jugendstärkungsgesetz vorgesehen Lotsen, der den Übergang der Leistungen zur inklusiven Jugendhilfe begleiten soll.



Berufsverband der  
Kinder- und Jugendärzte e.V.



DEUTSCHE GESELLSCHAFT  
FÜR KINDER- UND JUGENDMEDIZIN e.V.



Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie  
und Jugendmedizin e.V.

## 5. Ausgleich von Benachteiligung [\(zurück\)](#)

Nahezu alle Aspekte in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland - d.h. von der Kinder- und Jugendgesundheit bis zu Bildungschancen und Teilhabe - werden durch ungleiche sozio-ökonomische Rahmenbedingungen der Familien beeinflusst. Die Verantwortung, Kinder „fit“ zu machen für ein selbstbestimmtes und selbstverantwortetes Leben unter Nutzung aller Chancen liegt unzweifelhaft bei den Eltern und Familien. Im Sinne eines verhältnispräventiven Ansatzes müssen alle Eltern die Chance zur konsequenten und nachhaltigen Unterstützung erhalten. Als Stichworte seien hier Mediensucht, Substanzsucht, Cybergrooming etc. genannt, wo der Schutz der Kinder und Jugendlichen absolute Priorität genießen sollte. Deshalb fordern wir:

- Umsetzung von entsprechenden Maßnahmen und Regelungen zum Kinderschutz in allen Gesetzesvorhaben.
- Ökonomische Interessen der Anbieter müssen hintanstehen.

## 6. Stärkung des Kommunalen Öffentlichen Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes (KJGD) [\(zurück\)](#)

Die ÖGD-Gesetze der Bundesländer ordnen dem KJGD auf kommunaler Ebene quantitativ und qualitativ heterogene Aufgaben zu. Aufgaben der kommunalen Daseinsfürsorge für Kinder, Jugendliche und Familien werden voraussichtlich postpandemisch eine besondere Bedeutung erlangen. Bei ihrer Erfüllung können die KJGDs mit ihrer Expertise in den Netzwerken mit Institutionen (Kita, Schule, Jugendhilfe, Allgemeiner Sozialer Dienst, Ehrenamt, Elternverbände etc.) und Professionen vor Ort eine wesentliche Funktion übernehmen. Deshalb fordern wir:

- Generelle Bestätigung der Aufgabenfelder und wo bislang nicht hinreichend berücksichtigt Verankerung.
- Verwendung der bundesseitig im Pakt für den ÖGD bereit gestellten Mittel auch zur Ressourcenstärkung im kommunalen Bereich.

### Kontaktdaten:

- **Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKM):**

Prof. Dr. Jörg Dötsch, E-Mail: [info@dgkj.de](mailto:info@dgkj.de), [www.dgkj.de](http://www.dgkj.de)

- **Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ):**

Dr. Thomas Fischbach, E-Mail: [bvkj.buero@uminfo.de](mailto:bvkj.buero@uminfo.de), [www.bvkj.de](http://www.bvkj.de)

- **Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ):**

Prof. Dr. Ute Thyen, E-Mail: [geschaeftsstelle@dgspj.de](mailto:geschaeftsstelle@dgspj.de), [www.dgspj.de](http://www.dgspj.de)

Unterstützt werden diese Forderungen von folgenden Fachgesellschaften und Verbänden:

- [Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland e. V.](#) (BeKD)
- [Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e. V.](#) (GKinD)
- [Kindernetzwerk e. V.](#) (knw)
- [Verband leitender Kinder- und Jugendärzte und Kinderchirurgen Deutschlands e.V.](#) (VLKKD).