

# Versorgungsmonitor Ambulante Kinder- und Jugendmedizin

Dr. Mandy Schulz, Linda Zhu, Dr. Lars E. Kroll, Thomas Czihal

---



ZENTRALINSTITUT FÜR DIE  
KASSENÄRZTLICHE VERSORGUNG  
IN DEUTSCHLAND



ZENTRALINSTITUT FÜR DIE  
KASSENÄRZTLICHE VERSORGUNG  
IN DEUTSCHLAND

# Versorgungsmonitor

## Ambulante Kinder- und Jugendmedizin

**Dr. Mandy Schulz**  
**Linda Zhu**  
**Dr. Lars E. Kroll**  
**Thomas Czihal**

**Berlin, 18. Mai 2020**

**Korrespondenz an:**

Dr. Mandy Schulz, 030/4005-2430, [maschulz@zi.de](mailto:maschulz@zi.de)

## **Vorwort des Präsidenten des Berufsverbands der Kinder- und Jugendärzte BVKJ e.V. und des BVKJ-Landesverbandsvorsitzenden Berlin**

Mit dem „Versorgungsmonitor Ambulante Kinder- und Jugendmedizin“ hat sich das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) mit der wichtigen Frage befasst: Wer versorgt in Deutschland Kinder und Jugendliche ambulant und auf welchen Ebenen geschieht dies. Anhand verschiedener Faktoren aus Abrechnungsdaten des Kollektivvertragssystems werden sowohl Fragen der Versorgungsstruktur als auch der Versorgungsqualität im KV-System analysiert. Erstmals haben wir jetzt eine Datensammlung zur Verfügung, die auch gegenüber der Selbstverwaltung und der Politik Antworten zur Versorgungslage und -entwicklung gibt, vorhandene aber auch fehlende Ressourcen in den Blick nimmt und dabei kritische Entwicklungen unseres Gesundheitswesens sichtbar macht.

Die Anzahl der Kinder- und Jugendärzte ist zwar leicht steigend, dies wird aber übertroffen von der Anzahl der zu behandelnden Kinder. Die Anzahl der Behandlungsfälle von Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren hat bei den Kinder- und Jugendärzten im Beobachtungszeitraum von 2010 bis 2017 um beinahe 10 Prozent zugenommen. Die ausgewerteten Daten zeigen einen zunehmenden Anteil der Präventionsleistungen einschließlich gesteigerter Leistungsanforderungen durch neue Impfungen und die aktuelle Kinderrichtlinie. Während also bei den Kinder- und Jugendmedizinern die Leistungsmenge und -dichte bei einer schwierigen demographischen Situation der Fachgruppe kontinuierlich gestiegen sind, nahm der Versorgungsanteil der Allgemeinmedizin und der hausärztlich tätigen Internisten in der Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen im gleichen Zeitraum in allen Vergleichsparametern deutlich ab.

Hier ist die Gesundheitspolitik ebenso wie die Selbstverwaltung gefordert, angemessene Rahmenbedingungen zu schaffen, die eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung unserer Kinder und Jugendlichen in Zukunft nachhaltig sicherstellen. Auch einige inhaltliche Versorgungsentwicklungen sind erwähnenswert, wie ein weiterer Rückgang der Antibiotikaverordnungen und ein Anstieg der Impfraten pro Kind. Aber es gibt auch Schattenseiten: So können wir mit der Inanspruchnahme der Jugendgesundheitsuntersuchung ebenso wenig zufrieden sein wie mit den Impfraten in dieser Altersgruppe. Auch beim Hüftscreening sehen wir Versorgungsdefizite.

Alles in allem stellt dieser „Versorgungsmonitor Ambulante Kinder- und Jugendmedizin“ einen Meilenstein der Versorgungsforschung dar. Der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte BVKJ e.V. dankt dem Zi und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) für die Erstellung. Jetzt gilt es aus den vorliegenden Daten zukunftsweisende Schlüsse zu ziehen und Veränderungs- und Korrekturprozesse voranzubringen.

Köln, im Mai 2020

### **Dr. Thomas Fischbach**

Präsident Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte BVKJ e.V.

### **Dr. Reinhard Bartzky**

Mitglied des Bundesvorstands // BVKJ-Landesverbandsvorsitzender Berlin

## **Vorwort des Vorstandsvorsitzenden des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi)**

Mit dem „Versorgungsmonitor Ambulante Kinder- und Jugendmedizin“ werfen das Zi und der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) ein Schlaglicht auf die medizinische Versorgung der unter 18-Jährigen in Deutschland. Unsere Auswertungen zeigen, dass sich die Behandlungsanlässe in der Pädiatrie immer stärker von akuten zu chronischen, von somatischen zu psychischen Erkrankungen verschieben. So ist die Zahl der unter 18-Jährigen, bei denen Kinder- und Jugendärzte eine psychosoziale Auffälligkeit diagnostiziert haben, zwischen 2010 und 2017 deutlich angestiegen: Anpassungsstörungen nahmen um 57 Prozent zu, Entwicklungsstörungen um 37 Prozent und Störungen des Sozialverhaltens um 22 Prozent. Hingegen sind insbesondere Bronchitis-Erkrankungen deutlich seltener festgestellt worden. Kinder- und Jugendärzte haben einen massiven Rückgang bei den Antibiotika-Verordnungen erreicht. Hier ist die Verschreibungshäufigkeit von 64 Prozent im Jahr 2010 auf 46 Prozent für 2016 gesunken.

Zudem leisten die Kinder- und Jugendärzte einen wichtigen Beitrag zur Weiterbehandlung junger Erwachsener, bei denen wir ähnliche Entwicklungen im Diagnosespektrum beobachten. Die Kinder- und Jugendärzte in Deutschland stellen mit begrenzten Kapazitäten neben der hausärztlichen auch die spezialisierte ambulante Versorgung sicher. Früherkennungs- und Screening-Untersuchungen sind dabei ein zentraler Bestandteil des medizinischen Leistungsspektrums. Zu einer wie auch in anderen Fachdisziplinen festzustellenden Leistungsverdichtung tragen bei den Kinder- und Jugendärzten vor allem die durch den Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegten Früherkennungsuntersuchungen (U1 bis U9, J1) bei. Während 2010 noch 538.000 U3-Untersuchungen abgerechnet wurden, waren es 2017 bereits 631.000. Auch die Gesamtanzahl der von Kinder- und Jugendärzten erbrachten Impfleistungen stieg von 8,3 Millionen im Jahr 2010 auf 10,3 Millionen 2017.

Ähnlich wie in anderen medizinischen Fachrichtungen beobachten wir auch in der Pädiatrie, dass die für die Patientenbehandlung zur Verfügung stehende Arzt-Zeit seit Jahren kontinuierlich abnimmt. Gründe sind zunehmende Teilzeitarbeit und Anstellungsverhältnisse anstatt selbständiger Niederlassung sowie zunehmende Verwaltungsaufgaben. Wenn das bisherige Niveau der vertragsärztlichen Versorgung, insbesondere auch in der Kinder- und Jugendmedizin, in Zukunft gesichert werden soll, müssen die Bundesländer die Studienplatzkapazitäten im Fach Humanmedizin deutlich aufstocken.

Unsere enge Zusammenarbeit mit dem BVKJ hat dieses Schlaglicht auf die medizinische Versorgung der Kinder und Jugendlichen erst möglich gemacht. Wir zeigen damit, dass Versorgungsforschung beides sein kann: eine wichtige Grundlage für gesundheitspolitische Weichenstellungen als auch Impulsgeber für die vertragsärztliche Versorgungsplanung.

Berlin, im Mai 2020

**Dr. Dominik von Stillfried**

Vorstandsvorsitzender des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi)

## Inhaltsverzeichnis

1	Vorbemerkung.....	5
2	Zusammenfassung.....	6
3	Tabellen- und Abbildungsband.....	8
3.1	Angebotsstruktur.....	8
3.2	Nachfragestruktur und Versorgungsbedarf .....	19
3.3	Überweisungsverhalten und Behandlungsbeteiligung .....	39
3.4	Transition.....	43
4	Anhang.....	47
4.1	Material und Methoden .....	47
4.1.1	Datengrundlagen .....	47
4.1.2	TransFIT-Liste.....	48
4.2	Exkurs E1: Die Jugendgesundheitsuntersuchung J1.....	51
4.3	Exkurs E2: Verordnungsprävalenzen von Vitamin D- und Fluor-Präparaten .....	55
5	Literaturverzeichnis.....	59

## 1 Vorbemerkung

Der vorliegende Bericht „Versorgungsmonitor Ambulante Kinder- und Jugendmedizin“ beschreibt die vertragsärztliche kinder- und jugendmedizinische Versorgung in Deutschland. Im Mittelpunkt stehen versorgungsstrukturelle Merkmale, wie die Anzahl behandelnder Ärzte<sup>1</sup>, Versorgungsleistungen, wie die Erbringung von Früherkennungsuntersuchungen und Versorgungsbedarfe der Kinder und Jugendlichen, wie Behandlungsprävalenzen von Erkrankungen. Bezugs genommen wird sowohl auf die zeitliche Entwicklung der zuvor genannten Merkmale, meist von 2010 bis 2017, als auch auf regionale Besonderheiten ausgewählter Merkmale. Der Bericht wird begleitet durch ein crossmediales Design, bei dem neben dem Berichtswerk, in dem vorrangig die bundesweite Versorgungssituation beleuchtet wird, regionale Darstellungen interaktiv in Form von Karten- und Tabellenmaterial im Zi-Versorgungsatlas ([www.versorgungsatlas.de](http://www.versorgungsatlas.de)) verfügbar gemacht werden.

Datengrundlagen für den Bericht bilden die vertragsärztlichen Abrechnungsdaten nach § 295 SGB V sowie die Arzneverordnungsdaten nach § 300 SGB V. Der Bericht bezieht sich primär auf die durch Kinder- und Jugendärzte (KJÄ) erbrachte vertragsärztliche Versorgung. Da auch Hausärzte, d. h. Allgemeinmediziner, Praktische Ärzte und hausärztlich tätige Internisten (vgl. § 11 Bedarfsplanungsrichtlinie [1]) an der Versorgung von Kindern und Jugendlichen beteiligt sind, wird an ausgewiesenen Stellen auch auf die Versorgung durch diese Arztgruppe eingegangen. In die Betrachtung eingeschlossen werden alle KJÄ und Hausärzte anhand des Arztgruppenmerkmals der lebenslangen Arztnummer und der Leistungserbringung an unter 18-Jährigen (vgl. Anhang 4.1.1).

Innerhalb der Gruppe der KJÄ wird für den vorliegenden Bericht eine Unterteilung nach (vorrangig) hausärztlich tätigen KJÄ und Schwerpunkt-KJÄ vorgenommen. Zu den Schwerpunkt-KJÄ werden all diejenigen KJÄ gezählt, die Leistungen aus den Abschnitten 4.4 (schwerpunktorientierte Kinder- und Jugendmedizin) bzw. 4.5 (Leistungen mit Zusatzweiterbildung) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes [2] erbringen. Folglich werden KJÄ, die keine Leistungen aus den Abschnitten 4.4 oder 4.5 erbringen, zu den hausärztlichen KJÄ gezählt.

Bei den für den vorliegenden Bericht untersuchten Leistungen handelt es sich ausschließlich um bundesweite kollektivvertragliche Gebührenordnungspositionen.

Der nachfolgende Tabellen- und Abbildungsband ist unterteilt in die Kapitel Angebotsstruktur (ab Seite 8), Nachfragestruktur (ab Seite 19), Überweisungsverhalten und Behandlungsbeteiligung (ab Seite 39) und Transition (ab Seite 43). Dem vorangestellt ist eine Zusammenfassung der Kernergebnisse. Alle Tabellen- und Abbildungsinhalte wurden so sprechend wie möglich gestaltet und sind durch kurze textliche Erläuterungen ergänzt. Für einige ausgewählte Merkmale werden regionale Unterschiede vor dem Hintergrund regionsspezifischer Bedingungen in Form eines Exkurses (siehe Anhang 4.2 und 4.3) näher ausgeführt.

---

<sup>1</sup> Aus Gründen der besseren Lesbarkeit verwenden wir in dieser Publikation zumeist die Sprachform des generischen Maskulinums. Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass die Verwendung der männlichen Form geschlechterunabhängig verstanden werden soll.

## 2 Zusammenfassung

### Angebotsstruktur

Die Anzahl der vertragsärztlich tätigen Kinder- und Jugendärzte (KJÄ) ist im Beobachtungszeitraum von 2010 bis 2017 kontinuierlich gestiegen, von rd. 7.500 auf knapp 8.200. Da im gleichen Zeitraum der Teilnahmeumfang der KJÄ gesunken ist (von 94% auf 90%), stieg die Anzahl der KJÄ nach Vollzeitäquivalenten betrachtet nicht in gleichem Ausmaß wie die reine Arztzahl. Zudem bestehen Unterschiede im Teilnahmeumfang nach dem Teilnahmestatus (zugelassen vs. angestellt) der KJÄ: Der Teilnahmeumfang von zugelassenen KJÄ lag im gesamten Beobachtungszeitraum bei nahezu 100% mit geringer Abnahme, der Teilnahmeumfang von angestellten KJÄ betrug im gleichen Zeitraum rund 76%.

Rund 20% der KJÄ arbeiten als Schwerpunkt-KJÄ, d. h. sie erbringen Leistungen aus den Abschnitten 4.4 (schwerpunktorientierte Kinder- und Jugendmedizin) bzw. 4.5 (Leistungen mit Zusatzweiterbildung) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes. Daraus ergibt sich, dass 80% der KJÄ (vorrangig) hausärztlich tätige KJÄ sind. Das Verhältnis von Schwerpunkt- zu hausärztlichen KJÄ blieb über die Zeit relativ konstant.

Etwa 82% aller KJÄ führen U/J-Untersuchungen durch, hausärztliche KJÄ mit einem Anteil von knapp 90% häufiger als Schwerpunkt-KJÄ (53%). Außerdem erbringen KJÄ weitere spezielle Versorgungsleistungen, wie z. B. die Hüftsonographie oder Leistungen aus den Bereichen Allergologie oder Psychotherapie. KJÄ, die keine U/J-Untersuchungen durchführen, sind sehr häufig ermächtigte Ärzte, oft auch Kinderkardiologen, Kinderneurologen, Überweisungsnehmer sowie Ärzte, die Gespräche abrechnen.

### Nachfragestruktur und Versorgungsbedarf

Während im Jahr 2010 24,7 Mio. Behandlungsfälle bei KJÄ gezählt wurden, waren es im Jahr 2017 schon 26,7 Mio. Behandlungsfälle. Dieser Trend ist gleichermaßen bei hausärztlichen als auch bei Schwerpunkt-KJÄ zu beobachten. Demgegenüber steht eine abnehmende Anzahl von Behandlungsfällen von Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren bei Hausärzten, und zwar von 13,2 Mio. im Jahr 2010 auf 10,4 Mio. im Jahr 2017. Die zunehmende Anzahl der Behandlungsfälle wirkt sich auch auf die Behandlungsleistung je KJÄ (in Vollzeitäquivalenten) aus: die Anzahl der Behandlungsfälle je KJÄ und Jahr stieg von rund 3.500 im Jahr 2010 auf rund 3.600 im Jahr 2017. Die Behandlungsleistung von Schwerpunkt-KJÄ lag unterhalb jener von hausärztlichen KJÄ.

Eine erhebliche Ausweitung der Leistungsmenge durch KJÄ ist bei den laut G-BA Richtlinien festgelegten Früherkennungsuntersuchungen (U1 bis U9, J1) im Beobachtungszeitraum festzustellen. Während im Jahr 2010 noch 538 Tsd. U3-Untersuchungen durchgeführt wurden, waren es im Jahr 2017 bereits 631 Tsd. Untersuchungen. Ähnlich sieht die Entwicklung für die U4, U5, U6, U7 und U7a aus. Demgegenüber steht eine abnehmende Leistungsmenge bei der Jugendgesundheitsuntersuchung J1. Auch Hausärzte erbringen die genannten Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern und Jugendlichen. Ihr Anteil liegt jedoch bei unter 10% bei der U1 bis U9 und bei rund 20% bei der J1 im letzten Beobachtungsjahr.

Auch die Durchführung weiterer spezieller Früherkennungsuntersuchungen, wie das erweiterte Neugeborenen-Screening, das Hüftscreening, das Pulsoxymetrie-Screening oder das Screening auf Mukoviszidose wird fast vollständig von KJÄ erbracht mit steigendem Trend in der Anzahl der Behandlungsleistungen.

Die Gesamtanzahl der von KJÄ erbrachten Impfleistungen stieg von 8,3 Mio. im Jahr 2010 auf 10,3 Mio. im Jahr 2017. Diese Gesamtzahl beinhaltet sowohl Impfungen an Kindern und Jugendlichen als auch an Erwachsenen, die Zunahme geht jedoch auf zusätzliche Impfungen bei Kindern und Jugendlichen zurück. KJÄ führen pro Jahr etwa 260.000 Impfungen bei Erwachsenen durch. Die Anzahl der Impfungen bei unter 18-Jährigen durch Hausärzte sank von rd. 1,3 Mio. Impfungen im Jahr 2010 auf etwas mehr als 1 Mio. im Jahr 2017.

Bezüglich ausgewählter Behandlungsprävalenzen wurden Bronchitis (akut oder chronisch), Otitis media, allergische Rhinopathie, Asthma bronchiale, Entwicklungsstörungen und Sozialverhaltensstörungen als relativ häufige Behandlungsanlässe ausgemacht. Zuwächse in den Behandlungsprävalenzen sind unter anderem bei Anpassungsstörungen, Entwicklungsstörungen, Obstipation oder Störungen im Zusammenhang mit kurzer Schwangerschaftsdauer und niedrigem Geburtsgewicht (Frühgeburtlichkeit) zu beobachten, aber auch bei angeborenen Fehlbildungen (Kreislaufsystem, Muskel-Skelett-System), Angststörungen, Sozialverhaltensstörungen, Laktoseintoleranz und Adipositas. Einen Rückgang in der Behandlungsprävalenz gibt es insbesondere bei der Bronchitis, bei Harnwegsinfekten oder bei der Akne.

Im Hinblick auf Verordnungsprävalenzen von ausgewählten Arzneimitteln ist für Antibiotika, Vitamin D-Fluor-Kombipräparate und Fluor-Monopräparate zwischen 2010 und 2016 ein abnehmender Trend festzustellen. Demgegenüber nahm die Verordnungsprävalenz von Vitamin D-Monopräparaten, Antiepileptika und Palivizumab zu. Für Inhalativa, Methylphenidat und Antihistaminika wurden nahezu gleichbleibende Verordnungsprävalenzen beobachtet.

### **Überweisungsverhalten und Behandlungsbeteiligung**

Jährlich gehen von KJÄ rund 4,1 Mio. Überweisungen aus. Am häufigsten überweisen KJÄ an Einrichtungen (MVZ, Fachambulanzen etc.), Labormediziner und andere KJÄ. Im Rahmen von Früherkennungsuntersuchungen nimmt die Überweisung zum Hüftscreening eine besondere Stellung ein.

Die Mehrheit der Kinder- und Jugendlichen unter 18 Jahren wird beim KJÄ allein, d. h. ohne Behandlungsbeteiligung von Hausärzten behandelt. Dieser Anteil ist umso größer, je jünger die Kinder sind. Außerdem ist in allen Altersgruppen eine Zunahme bei der alleinigen Behandlung durch KJÄ über die Zeit zu beobachten. Die alleinige Behandlung durch den Hausarzt nahm dagegen ab.

Die Hälfte aller Kinder und Jugendlichen wird im Jahr nur bei einem Arzt (KJÄ oder Hausarzt) behandelt. 29% sind bei 2 Ärzten (KJÄ und/oder Hausarzt) und die übrigen 21% bei 3 oder mehr Ärzten (KJÄ und/oder Hausarzt) in Behandlung.

### **Transition**

Die Anzahl von Patienten  $\geq 18$  Jahre, die noch bei Kinder- und Jugendärzten behandelt werden, ist seit 2010 relativ konstant und liegt pro Jahr bundesweit bei durchschnittlich rund 433 Tsd. Erwachsenen. Das Behandlungsspektrum spiegelt zum einen häufige Anlässe, wie Infektionskrankheiten und Impfungen wieder, aber auch Entwicklungs- und Verhaltensstörungen oder schwere Erkrankungen wie angeborene Herzfehler oder Stoffwechselstörungen. Insbesondere bei den letztgenannten Erkrankungen hat die Anzahl der behandelten Erwachsenen bei KJÄ über die Jahre zum Teil deutlich zugenommen.

### 3 Tabellen- und Abbildungsband

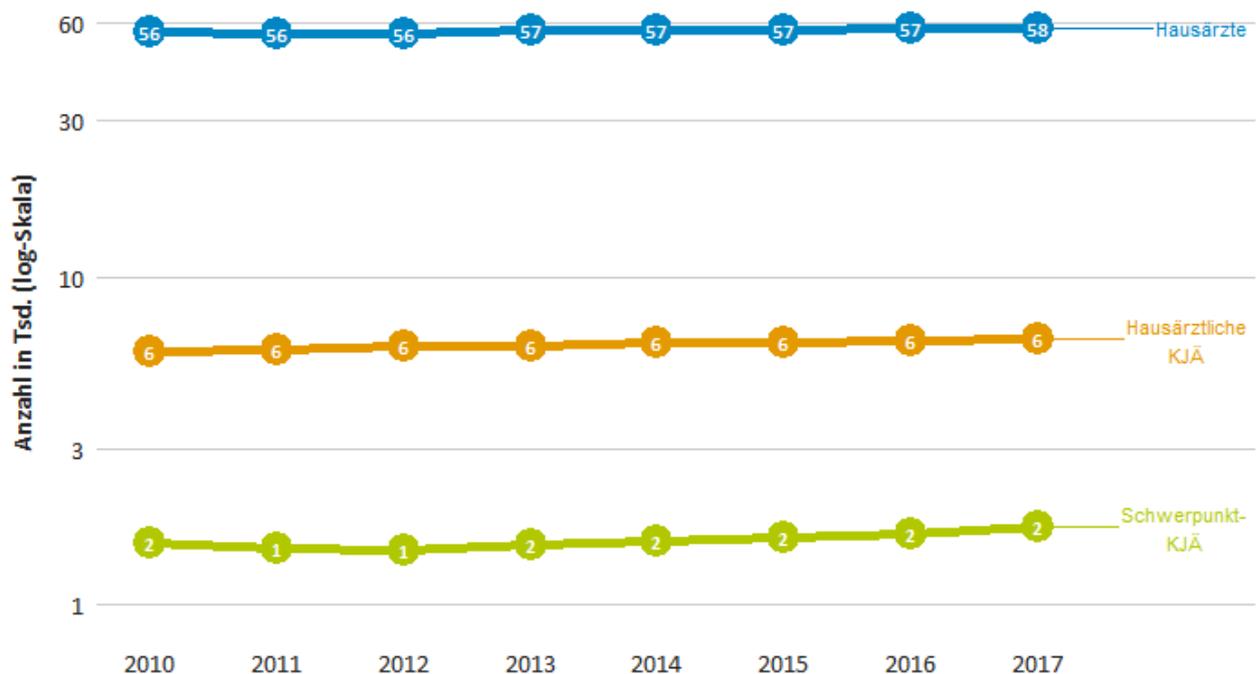
#### 3.1 Angebotsstruktur

**Abbildung 1: Anzahl Kinder- und Jugendärzte (mit Schwerpunkt und hausärztlich) sowie Hausärzte mit Versorgungsleistungen an unter 18-Jährigen in Tsd., 2010 bis 2017**

*Schwerpunkt-KJÄ = KJÄ mit Abrechnungen aus Abschnitt 4.4 oder 4.5 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)*

*Hausärztliche KJÄ = KJÄ ohne Abrechnungen aus den o. g. Abschnitten*

*Hausärzte = Fachärzte für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, hausärztlich tätige Internisten*



Im Betrachtungszeitraum von 2010 bis 2017 sind durchschnittlich rund 8.000 Kinder- und Jugendärzte (KJÄ) und rund 57.000 Hausärzte an der Behandlung von unter 18-Jährigen beteiligt. Unter den Kinder- und Jugendärzten sind 80% hausärztliche KJÄ und 20% Schwerpunkt-KJÄ (Definition von hausärztlichen und Schwerpunkt-KJÄ siehe oben). Sowohl die Anzahl an KJÄ (hausärztlich und mit Schwerpunkt) als auch an Hausärzten mit Versorgungsleistungen an unter 18-Jährigen nahm in den vergangenen Jahren leicht zu bei nahezu gleichbleibenden Verhältnissen der Arztgruppen zueinander (Abbildung 1, siehe auch Tabelle 1).

**Tabelle 1: Anzahl Kinder- und Jugendärzte (gesamt), Teilnahmeumfang und Anzahl behandelter Kinder <18 Jahren, 2010 bis 2017**

VZÄ = Vollzeitäquivalente

Jahr	Anzahl „Köpfe“	Anzahl VZÄ	Teilnahmeumfang (%)	Anzahl behandelte Kinder (<18)	Anzahl KJÄ (VZÄ) je 100 Tsd. behandelte Kinder
2010	7.459	6.997	94	7.902.965	88,5
2011	7.531	7.027	93	7.967.824	88,2
2012	7.614	7.055	93	7.965.405	88,6
2013	7.729	7.102	92	8.102.280	87,6
2014	7.862	7.171	91	8.149.571	88,0
2015	7.953	7.224	91	8.306.307	87,0
2016	8.049	7.296	91	8.577.972	85,1
2017	8.188	7.379	90	9.269.904	79,6

Die Gesamtzahl der KJÄ gezählt nach „Köpfen“ stieg von rund 7.500 im Jahr 2010 auf knapp 8.200 im Jahr 2017. Dies entspricht einer Steigerung von 9,8%. Aufgrund des abnehmenden durchschnittlichen Teilnahmeumfangs je KJÄ (von 94% auf 90%) stieg die Anzahl der KJÄ nach Vollzeitäquivalenten (VZÄ) betrachtet nicht in gleichem Umfang wie die Anzahl nach „Köpfen“, von knapp 7.000 auf rd. 7.400 VZÄ (Steigerung von 5,5%). Die Anzahl der von KJÄ behandelten Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren stieg im gleichen Zeitraum von 7,9 Mio. auf knapp 9,3 Mio. Somit sank die Anzahl KJÄ je 100 Tsd. behandelte Kinder von 89 auf 80 (vgl. Tabelle 1).

Tabellen 2 und 3 beinhalten die zuvor genannten Informationen getrennt nach hausärztlichen und Schwerpunkt-KJÄ. Die Anzahl „Köpfe“ hausärztlicher KJÄ stieg von rund 5.900 im Jahr 2010 auf knapp 6.500 im Jahr 2017, die der Vollzeitäquivalente von 5.526 auf 5.788 bei sinkendem Teilnahmeumfang von 94% auf 89%. Mit steigender Anzahl behandelte Kinder sank die Anzahl hausärztlicher KJÄ (VZÄ) je 100 Tsd. behandelte Kinder von 78 auf 67 (vgl. Tabelle 2).

Die Anzahl der Schwerpunkt-KJÄ nahm zwischen 2010 und 2012 zunächst ab und stieg ab 2013 wieder an und betrug im Jahr 2017 1.721 „Köpfe“ bzw. 1.591 VZÄ. Der Teilnahmeumfang nahm im beobachteten Zeitraum von 95% auf 92% ab und lag somit leicht über dem Teilnahmeumfang hausärztlicher KJÄ. Die Anzahl der behandelten Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren nahm ebenso wie die Anzahl der Ärzte zunächst ab und ab 2012 zu (2010: rd. 2,0 Mio. Kinder; 2017: rd. 2,3 Mio. Kinder). Die Anzahl der Schwerpunkt-KJÄ (VZÄ) bezogen auf die behandelten Kinder fiel von 74 auf 70 Ärzte je 100.000 Kinder und Jugendliche (vgl. Tabelle 3).

**Tabelle 2: Anzahl Kinder- und Jugendärzte (hausärztlich), Teilnahmeumfang und Anzahl behandelter Kinder <18 Jahren, 2010 bis 2017**

*Hausärztliche KJÄ = KJÄ ohne Abrechnungen aus den Abschnitten 4.4 oder 4.5*

*VZÄ = Vollzeitäquivalente*

Jahr	Anzahl "Köpfe"	Anzahl VZÄ	Teilnahmeumfang (%)	Anzahl behandelte Kinder (<18)	Anzahl KJÄ (VZÄ) je 100 Tsd. behandelte Kinder
2010	5.906	5.526	94	7.128.419	77,5
2011	6.048	5.629	93	7.278.603	77,3
2012	6.137	5.661	92	7.281.160	77,8
2013	6.207	5.678	91	7.402.966	76,7
2014	6.288	5.707	91	7.436.667	76,7
2015	6.352	5.737	90	7.571.998	75,8
2016	6.405	5.774	90	7.821.906	73,8
2017	6.467	5.788	89	8.593.692	67,4

**Tabelle 3: Anzahl Kinder- und Jugendärzte (mit Schwerpunkt), Teilnahmeumfang und Anzahl behandelter Kinder <18 Jahren, 2010 bis 2017**

*Schwerpunkt-KJÄ = KJÄ mit Abrechnungen aus den Abschnitten 4.4 oder 4.5*

*VZ Ä= Vollzeitäquivalente*

Jahr	Anzahl "Köpfe"	Anzahl VZÄ	Teilnahmeumfang (%)	Anzahl behandelte Kinder (<18)	Anzahl KJÄ (VZÄ) je 100 Tsd. behandelte Kinder
2010	1.553	1.471	95	1.982.416	74,2
2011	1.483	1.397	94	1.885.551	74,1
2012	1.477	1.394	94	1.901.110	73,3
2013	1.522	1.423	94	1.969.932	72,2
2014	1.574	1.464	93	2.018.187	72,5
2015	1.601	1.488	93	2.063.991	72,1
2016	1.644	1.522	93	2.191.694	69,5
2017	1.721	1.591	92	2.282.707	69,7

**Tabelle 4: Anzahl Kinder- und Jugendärzte (gesamt, hausärztlich und mit Schwerpunkt) sowie Hausärzte (in Vollzeitäquivalenten) mit Versorgungsleistungen an unter 18-Jährigen, je 100 Tsd. Kinder <18 Jahren, 2010 bis 2017**

*Schwerpunkt-KJÄ = KJÄ mit Abrechnungen aus den Abschnitten 4.4 oder 4.5*

*Hausärztliche KJÄ = KJÄ ohne Abrechnungen aus den o. g. Abschnitten*

*Hausärzte = Fachärzte für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, hausärztlich tätige Internisten*

*VZÄ = Vollzeitäquivalente*

Jahr	Anzahl Kinder (<18)	Anzahl Ärzte (VZÄ) je 100 Tsd. Kinder (<18)			
		KJÄ gesamt Hausärzte	Hausärztl. KJÄ	Schwerpkt.-KJÄ	
2010	10.875.100	64,3	50,8	13,5	493,1
2011	10.827.000	64,9	52,0	12,9	492,2
2012	10.661.400	66,2	53,1	13,1	499,7
2013	10.713.200	66,3	53,0	13,3	499,7
2014	10.616.400	67,5	53,8	13,8	506,1
2015	10.669.400	67,7	53,8	13,9	504,2
2016	10.872.000	67,1	53,1	14,0	494,5
2017	11.020.200	67,0	52,5	14,4	488,2

Tabelle 4 gibt die Arztdichte für KJÄ und Hausärzte mit Behandlungsbeteiligung bei unter 18-Jährigen wieder. Die Bezugsgröße ist an dieser Stelle die Gesamtzahl an Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren mit Kontakt zum vertragsärztlichen Versorgungsbereich. Die Anzahl der Ärzte entspricht Vollzeitäquivalenten. Im Gegensatz zu den vorangegangenen Tabellen, in denen die Anzahl der KJÄ bezogen auf die behandelten Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren im Zeitverlauf abnahm, ist anhand der Tabelle 4 eine leicht zunehmende Arztdichte zu beobachten: für KJÄ gesamt von 64 auf 67 Ärzte je 100.000 Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren, für hausärztliche KJÄ von 51 auf 53 Ärzte je 100.000 Kinder und Jugendliche und für Schwerpunkt-KJÄ von 13 auf 14 Ärzte je 100.000 Kinder unter 18 Jahre. Die Anzahl der Hausärzte, die auch Kinder und Jugendliche behandeln zeigte im Zeitverlauf leichte Schwankungen jedoch ohne ablesbaren Trend. Die Arztdichte der Hausärzte mit Versorgungsleistungen an Kindern und Jugendlichen betrug im Jahr 2017 488 je 100.000 Kindern unter 18 Jahren.

**Tabelle 5: Anzahl\* und Teilnahmeumfang zugelassener Kinder- und Jugendärzte (hausärztlich und mit Schwerpunkt), 2010 bis 2017**

*Schwerpunkt-KJÄ = KJÄ mit Abrechnungen aus den Abschnitten 4.4 oder 4.5*

*Hausärztliche KJÄ = KJÄ ohne Abrechnungen aus den o. g. Abschnitten*

*VZÄ = Vollzeitäquivalente*

*\*bei gleichem Teilnahmestatus in allen 4 Quartalen eines Jahres*

Jahr	Anzahl "Köpfe"	Anzahl VZÄ	Teilnahme- umfang (%)	Anzahl behandelte Kinder (<18)
<i>Hausärztliche KJÄ (zugelassen)</i>				
<b>2010</b>	4.634	4.623	100	6.835.656
<b>2011</b>	4.659	4.640	100	6.929.561
<b>2012</b>	4.644	4.613	99	6.902.590
<b>2013</b>	4.593	4.549	99	6.968.891
<b>2014</b>	4.546	4.489	99	6.941.247
<b>2015</b>	4.493	4.426	99	7.010.233
<b>2016</b>	4.454	4.387	99	7.213.695
<b>2017</b>	4.388	4.312	98	8.026.671
<i>Schwerpunkt-KJÄ (zugelassen)</i>				
<b>2010</b>	853	851	100	1.718.426
<b>2011</b>	777	772	99	1.592.885
<b>2012</b>	782	776	99	1.607.968
<b>2013</b>	797	787	99	1.661.874
<b>2014</b>	815	801	98	1.702.946
<b>2015</b>	823	805	98	1.733.161
<b>2016</b>	849	829	98	1.841.004
<b>2017</b>	886	862	97	1.921.243

Tabellen 5 und 6 geben die Anzahl der KJÄ nach ihrem Teilnahmestatus (zugelassen/angestellt) wieder. Hierbei wird zunächst erkennbar, dass auch im Zeitverlauf der weit überwiegende Anteil der KJÄ mit eigener Zulassung praktiziert. Die Quote von zugelassenen gegenüber angestellten KJÄ hat sich jedoch über die Zeit verringert. Auffällig ist der Unterschied im Teilnahmeumfang zwischen zugelassenen und angestellten KJÄ. Im Mittel (hausärztliche und Schwerpunkt-KJÄ zusammen) verringerte sich der Teilnahmeumfang von zugelassenen KJÄ nur leicht von 100% im Jahr 2010 auf 98% im Jahr 2017. Der Teilnahmeumfang von angestellten KJÄ (hausärztliche und Schwerpunkt-KJÄ zusammen) lag im gesamten Beobachtungszeitraum unverändert bei rund 76%. Bei zugelassenen KJÄ gibt es kaum Unterschiede in den Teilnahmeumfängen zwischen hausärztlichen und Schwerpunk-

KJÄ (vgl. Tabelle 5). Bei angestellten KJÄ weisen hausärztliche KJÄ einen etwas höheren Teilnahmeumfang auf als Schwerpunkt-KJÄ (vgl. Tabelle 6).

**Tabelle 6: Anzahl\* und Teilnahmeumfang angestellter Kinder- und Jugendärzte (hausärztlich und mit Schwerpunkt), 2010 bis 2017** (\*bei gleichem Teilnahmestatus in allen 4 Quartalen eines Jahres)

*Schwerpunkt-KJÄ = KJÄ mit Abrechnungen aus den Abschnitten 4.4 oder 4.5*

*Hausärztliche KJÄ = KJÄ ohne Abrechnungen aus den o. g. Abschnitten*

*VZÄ = Vollzeitäquivalente*

*\* bei gleichem Teilnahmestatus in allen 4 Quartalen eines Jahres*

Jahr	Anzahl "Köpfe"	Anzahl VZÄ	Teilnahmeumfang (%)	Anzahl behandelte Kinder (<18)
<i>Hausärztliche KJÄ (angestellt)</i>				
2010	503	385	77	530.263
2011	593	451	76	649.013
2012	676	512	76	769.424
2013	774	587	76	931.723
2014	853	651	76	1.044.830
2015	961	731	76	1.173.663
2016	1.046	802	77	1.369.289
2017	1.142	874	76	1.541.647
<i>Schwerpunkt-KJÄ (angestellt)</i>				
2010	90	65	73	88.346
2011	115	81	71	112.218
2012	117	78	66	116.443
2013	139	95	69	148.339
2014	151	102	67	165.310
2015	159	111	70	176.796
2016	169	118	70	206.537
2017	198	141	71	244.047

Die Anzahl der behandelten Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren hat in allen vier KJÄ-Gruppen zugenommen. Hierbei ist zu beobachten, dass mit steigender Anzahl angestellter KJÄ (hausärztlich als auch mit Schwerpunkt) erwartungsgemäß auch die Anzahl der behandelten Kinder und Jugendlichen zunimmt. Demgegenüber steht insbesondere bei hausärztlichen KJÄ eine Zunahme behandelter Kinder bei abnehmender Anzahl Ärzte (siehe Tabellen 5 und 6).

**Tabelle 7: Anteil Kinder- und Jugendärzte mit Abrechnung spezifischen (Schwerpunkt-) Leistungen (GOP, EBM-Kapitel/Abschnitte), 2010/2013/2015 bis 2017\***

\* Nicht alle untersuchten Gebührenordnungspositionen stehen für den gesamten Untersuchungszeitraum zur Verfügung. Diese werden seit deren Einführung berücksichtigt.

Leistung	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<i>Anteil KJÄ in %</i>								
<b>GOP 04001F/J<sup>a</sup></b>				12,9	14,4	14,6	14,5	15,2
<b>GOP 04002F/J<sup>b</sup></b>				6,6	6,6	6,5	6,6	6,7
<b>GOP 04230<sup>c</sup></b>				81,2	86,5	87,3	87,9	88,2
<b>GOP 04355<sup>d</sup></b>				75,5	80,9	80,6	79,3	78,2
<b>GOP 04356<sup>e</sup></b>						41,8	46,0	37,2
<b>Abschnitt 4.4<sup>f</sup></b>	12,0	11,0	10,8	10,6	10,6	10,7	10,6	11,0
<b>Abschnitt 4.5<sup>g</sup></b>	10,2	9,6	9,5	10,0	10,3	10,3	10,7	10,9
<b>Abschnitt 30.1<sup>h</sup></b>	71,6	71,7	71,6	70,8	70,7	71,0	71,1	70,9
<b>Kapitel 35<sup>i</sup></b>	69,0	68,8	69,1	69,4	70,0	70,3	70,5	70,3
<b>Abschnitt 35.2<sup>j</sup></b>	1,2	1,2	1,0	1,0	1,0	0,9	0,9	1,1
<b>Abschnitt 35.3<sup>k</sup></b>	61,7	61,0	61,1	61,6	62,8	62,9	63,2	63,3
<b>GOP 35100<sup>l</sup></b>	34,4	35,8	36,9	37,8	36,6	37,2	37,1	36,7
<b>GOP 35110<sup>m</sup></b>	32,1	33,5	34,4	34,6	33,6	33,7	33,1	32,0

<sup>a</sup> Versichertenpauschale bis zum vollendeten 4. Lebensjahr mit Suffix F oder J zur Kennzeichnung einer Schwerpunktbehandlung (ab 2013)

<sup>b</sup> Versichertenpauschale ab Beginn des 5. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit Suffix F oder J zur Kennzeichnung einer Schwerpunktbehandlung (ab 2013)

<sup>c</sup> Problemorientiertes ärztliches Gespräch, das aufgrund von Art und Schwere der Erkrankung erforderlich ist (ab 2013)

<sup>d</sup> Sozialpädiatrisch orientierte eingehende Beratung, Erörterung und/oder Abklärung (ab 2013)

<sup>e</sup> Zuschlag im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 04355 für die weiterführende sozialpädiatrisch orientierte Versorgung (ab 2015)

<sup>f</sup> Gebührenordnungspositionen der schwerpunktorientierten Kinder- und Jugendmedizin

<sup>g</sup> Pädiatrische Gebührenordnungspositionen mit Zusatzweiterbildung

<sup>h</sup> Allergologie

<sup>i</sup> Leistungen gemäß den Psychotherapierichtlinien (gesamt)

<sup>j</sup> Leistungen gemäß den Psychotherapierichtlinien (Antragspflichtige Leistungen)

<sup>k</sup> Leistungen gemäß den Psychotherapierichtlinien (Psychodiagnostische Testverfahren)

<sup>l</sup> Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände

<sup>m</sup> Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen

Tabelle 7 gibt die Anteile KJÄ an, die bestimmte (ausgewählte) Leistungen abrechnen. Ausgangslage für die Auswahl der Leistungen war die Identifikation von Schwerpunkt-KJÄ (siehe oben). Die Kennzeichnung einer schwerpunktorientierten Behandlung anhand der Versichertenpauschale (bis zum vollendeten 4. Lebensjahr bzw. ab Beginn des 5. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr) wurde für rund 14% bzw. 7% der KJÄ gefunden. Etwa 11% bzw. 10% der KJÄ rechnen aus den Abschnitten 4.4 (schwerpunktorientierte Kinder- und Jugendmedizin) bzw. 4.5 (Leistungen mit Zusatzweiterbildung) ab. Die Abrechnung von GOP aus wenigstens einem dieser Abschnitte wurde zur Einteilung von

Schwerpunkt- vs. hausärztliche KJÄ herangezogen und ergab einen Anteil von rund 20% Schwerpunkt-KJÄ an allen KJÄ (vgl. Abbildung 1 und Tabelle 1). Die Mehrheit aller KJÄ - rund 90% - rechnen das problemorientierte ärztliche Gespräch aufgrund einer schweren Erkrankung (GOP 04230) oder eine sozialpädiatrische Beratung (GOP 04355) ab (rund 80%). Knapp drei Viertel der KJÄ rechnen Leistungen aus dem Versorgungsbereich Allergologie (Abschnitt 30.1) ab. Ein ähnlich hoher Anteil erbringt Leistungen gemäß den Psychotherapierichtlinien (Kapitel 35). Die Mehrheit dieser Leistungen speist sich aus der Abrechnung psychodiagnostischer Testverfahren (Abschnitt 35.3), wohingegen nur rund 1% der KJÄ antragspflichtige Leistungen gemäß Psychotherapierichtlinien (Abschnitt 35.2) erbringen. Etwa jeder dritte KJÄ erbringt Leistungen im Rahmen psychosomatischer Krankheitszustände, wie der differentialdiagnostischen Klärung (GOP 35100) oder einer verbalen Intervention (GOP 35110).

Im Zeitverlauf betrachtet, stieg insbesondere der Anteil der KJÄ mit Leistungsabrechnung des problemorientierten ärztlichen Gesprächs (GOP 04230), von 81% im Jahr 2013 auf 88% im Jahr 2017. Für alle anderen betrachteten Leistungen variierten die Anteile der KJÄ mit entsprechender Leistungsabrechnung über die Zeit nur geringfügig oder ohne ablesbaren Trend.

**Tabelle 8: Anteil Kinder- und Jugendärzte (gesamt, hausärztlich und mit Schwerpunkt) mit mindestens 60 U und/oder J-Untersuchungen (bei vollem Teilnahmeumfang\*), 2010 bis 2017**

*Schwerpunkt-KJÄ = KJÄ mit Abrechnungen aus den Abschnitten 4.4 oder 4.5*

*Hausärztliche KJÄ = KJÄ ohne Abrechnungen aus den o. g. Abschnitten*

*\*anteilig bei geringerem Teilnahmeumfang*

Jahr	Alle KJÄ	Hausärztl. KJÄ	Schwerpkt.- KJÄ
<i>Anteil in %</i>			
2010	81,8	89,1	53,9
2011	81,8	89,1	52,0
2012	81,8	89,0	52,2
2013	81,9	88,9	53,3
2014	81,8	89,2	52,6
2015	82,2	89,6	53,0
2016	82,3	89,6	53,6
2017	82,2	89,9	53,2

Etwa 82% der KJÄ erbringen Leistungen im Rahmen der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (hier die Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U9, geregelt in der Kinder-Richtlinie [3] bzw. J1, geregelt in der Jugendgesundheitsuntersuchung-Richtlinie [4]). Die Leistungen erbringen sowohl hausärztliche als auch Schwerpunkt-KJÄ, jedoch in unterschiedlicher Größenordnung (knapp 90% der hausärztlichen KJÄ und rd. 53% der Schwerpunkt-KJÄ). Über die Zeit betrachtet variierten diese Anteile nur gering. Die hier berichteten Anteile beinhalten jedoch keine Aussagen zu möglichen quantitativen Unterschieden zwischen KJÄ und über die Zeit jenseits der angesetzten Mindestmenge von 60 U/J-Untersuchungen pro Jahr (hierzu siehe Abbildung 4).

**Tabelle 9: Anzahl Kinder- und Jugendärzte mit Abrechnung von Impf-GOPs, mit Abrechnung von Impf-GOPs und von U/J, mittlere Anzahl Impfungen je KJÄ und Anteil KJÄ ohne Abrechnung von Impf-GOPs, 2010 bis 2017**

Jahr	Anzahl KJÄ	...davon mit Impfungen	... davon mit Impfungen und U/J	Anzahl Impfungen je KJÄ	Anteil KJÄ ohne Impfungen	Anteil KJÄ ohne U/J und Impfungen
2010	7.459	6.267	6.092	1.322	16,0%	16,4%
2011	7.531	6.330	6.158	1.306	15,9%	16,5%
2012	7.614	6.405	6.229	1.304	15,9%	16,4%
2013	7.729	6.499	6.328	1.286	15,9%	16,4%
2014	7.862	6.609	6.434	1.397	15,9%	16,4%
2015	7.953	6.726	6.539	1.444	15,4%	16,2%
2016	8.049	6.823	6.619	1.414	15,2%	15,9%
2017	8.188	6.923	6.725	1.486	15,4%	16,1%

Ähnlich wie auch schon der Anteil der KJÄ, die U- und/oder J-Untersuchungen durchführen (vgl. Tabelle 8), verhält sich die Anzahl der KJÄ, die Impfungen durchführen (Tabelle 9). Von 7.459 KJÄ im Jahr 2010 rechneten 6.267 Ärzte Impf-GOPs ab. Dies entspricht einem Anteil von 84%. Dieser Anteil erhöhte sich bis zum Jahr 2017 leicht auf 85%. Fast alle KJÄ (97%), die impfen, führen auch die Früherkennungsuntersuchungen (U/J) durch.

Tabelle 10 beinhaltet die TOP 30-GOP jener KJÄ, die keine Impfungen und keine U- und/oder J-Untersuchungen durchführen. Offenkundig anhand dieser Auszählung werden die Schwerpunkte In-vitro-Diagnostik der Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie sowie Transfusionsmedizin (Kapitel 32), die Behandlung durch ermächtigte Ärzte, Institute oder Krankenhäuser, Schwerpunkt-Behandlungen (wie Kinderkardiologie, Neuropädiatrie oder Pneumologie), Sonographie sowie Notfall-/Bereitschaftspauschalen. Die zusätzliche Betrachtung des Teilnahmestatus sowie des Praxistyps dieser Ärzte bestätigen die zuvor genannten Schwerpunkte.

**Tabelle 10: TOP 30-GOP\* von Kinder- und Jugendärzten, die keine Impfungen und U und/oder J-Untersuchungen abrechnen, 2010 bis 2017, kumuliert**

\* ohne Kostenpauschale für Transport von Briefen (GOP 40120) und für Kopien (GOP 40144)

GOP	Leistung	Anzahl
<b>32001</b>	Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen der Abschnitte 32.2 (Allgemeine Laboratoriumsleistungen) und/oder 32.3 (Spezielle Laboratoriumsuntersuchungen, molekulargenetische und molekulopathologische Untersuchungen)	3.763.038
<b>01321</b>	Grundpauschale II für ermächtigte Ärzte, Institute und Krankenhäuser	2.978.499
<b>04410</b>	Zusatzpauschale Kinderkardiologie	890.526
<b>04430</b>	Neuropädiatrisches Gespräch, Behandlung, Beratung, Erörterung und/oder Abklärung (Einzelbehandlung)	796.222
<b>04230</b>	Problemorientiertes ärztliches Gespräch, das aufgrund von Art und Schwere der Erkrankung erforderlich ist	597.005
<b>33073</b>	Duplex-Sonographie abdomineller, retroperitonealer, mediastinaler Gefäße	588.953
<b>33075</b>	Zuschlag Farbduplex	580.069
<b>04580</b>	Zusatzpauschale Diagnostik und Behandlung eines Patienten mit morphologischen Veränderungen einer Hormondrüse	520.016
<b>04434</b>	EEG	506.737
<b>04040</b>	Zusatzpauschale zu den Gebührenordnungspositionen 04000 und 04030 für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags gemäß § 73 Abs. 1 SGB V	433.941
<b>80031</b>	Kennzeichnung für Überweisungsschein (von der Kassenärztlichen Vereinigung zu setzen)	425.841
<b>04431</b>	Ausführliche neurologisch-motoskopische Untersuchung	386.678
<b>04530</b>	Zusatzpauschale pädiatrische Pneumologie	385.153
<b>04002F</b>	ab Beginn des 5. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	356.619
<b>04433</b>	Zusatzpauschale Koordination der neuropädiatrischen Betreuung	351.496
<b>33042</b>	Abdominelle Sonographie	336.294
<b>32001D</b>	Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen der Abschnitte 32.2 und/oder 32.3	329.711
<b>32094</b>	HbA1, HbA1c	240.167
<b>04111F</b>	Versichertenpauschale 6. - 59. Lebensjahr	228.842
<b>35301</b>	Testverfahren, psychometrische	215.338
<b>01210</b>	Notfallpauschale	211.573
<b>80040A</b>	Keine Erhebung der Praxisgebühr, da Kassenwechsel des Patienten, Widerruf der KE im laufenden Quartal, Vertretung in der Schwangerenvorsorge, die Befreiung von der Praxisgebühr, jedoch nicht von allen anderen Zuzahlungen, nachgewiesen worden ist	210.164
<b>32122</b>	Mechanisierter vollständiger Blutstatus	200.229

<b>32057</b>	Glukose	191.571
<b>80040</b>	Keine Erhebung der Praxisgebühr, da Kassenwechsel des Patienten, Widerruf der KE im laufenden Quartal, Vertretung in der Schwangerenvorsorge, die Befreiung von der Praxisgebühr, jedoch nicht von allen anderen Zuzahlungen, nachgewiesen worden ist	176.073
<b>32070</b>	GPT	172.757
<b>32022</b>	Kennnummer: Manifeste Diabetes mellitus (Bestimmung 32.1 Nr. 6 EBM)	172.661
<b>01211</b>	Zusatzpauschale Besuchsbereitschaft	169.677
<b>01708</b>	Laboruntersuchungen im Rahmen des Neugeborenen-Screenings	157.384
<b>32042</b>	BSG	152.736

### 3.2 Nachfragestruktur und Versorgungsbedarf

**Tabelle 11: Anzahl Behandlungsfälle von Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren bei Kinder- und Jugendärzten (gesamt, hausärztlich und mit Schwerpunkt) sowie bei Hausärzten, 2010 bis 2017**

*Schwerpunkt-KJÄ = KJÄ mit Abrechnungen aus den Abschnitten 4.4 oder 4.5*

*Hausärztliche KJÄ = KJÄ ohne Abrechnungen aus den o. g. Abschnitten*

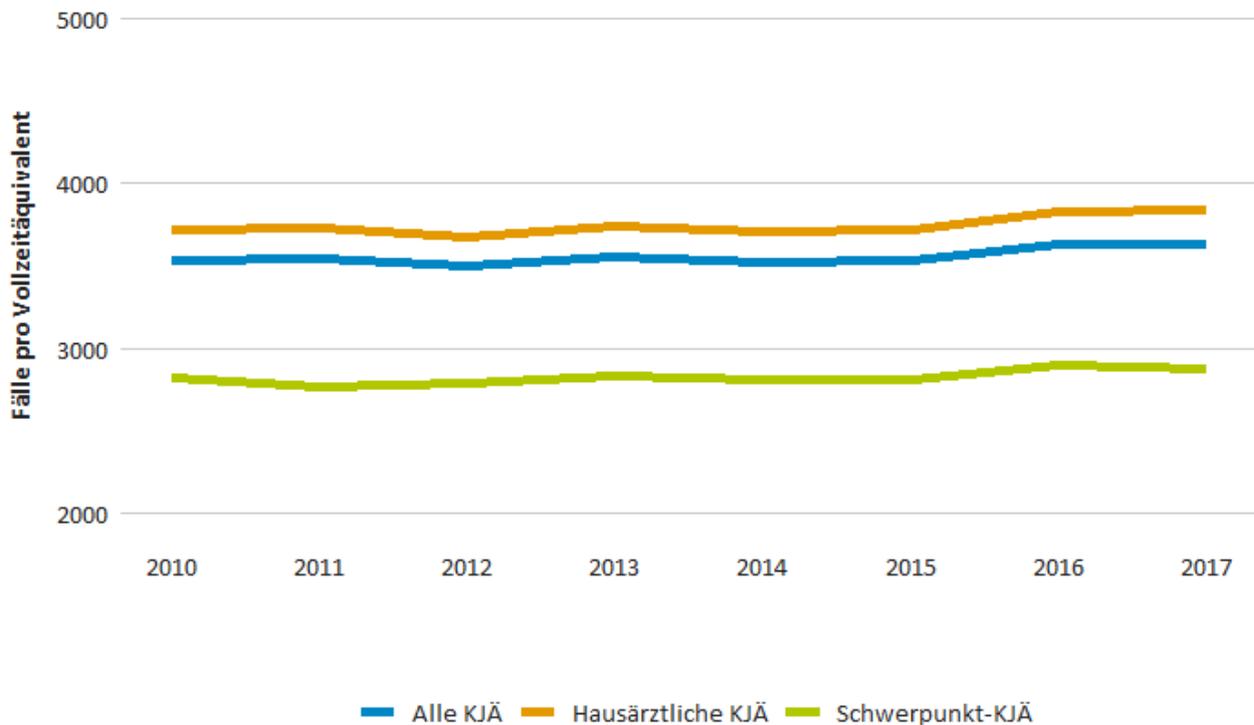
*Hausärzte = Fachärzte für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, hausärztlich tätige Internisten*

Jahr	Alle KJÄ	Hausärztl. KJÄ	Schwerpkt.-KJÄ	Hausärzte
2010	24.652.245	20.504.587	4.147.658	13.236.346
2011	24.827.972	20.961.218	3.866.754	12.977.745
2012	24.672.218	20.792.538	3.879.680	12.086.609
2013	25.238.684	21.218.119	4.020.565	12.124.731
2014	25.229.997	21.115.614	4.114.383	11.323.309
2015	25.479.768	21.303.028	4.176.740	10.900.131
2016	26.464.011	22.060.438	4.403.573	10.793.555
2017	26.742.926	22.172.106	4.570.820	10.367.827

Im Beobachtungszeitraum hat die Anzahl der Behandlungsfälle bei KJÄ von 24,7 Mio. im Jahre 2010 auf 26,7 Mio. im Jahr 2017 zugenommen. Dieser Trend ist auch bei der separaten Betrachtung der Behandlungsfälle nach hausärztlichen und Schwerpunkt-KJÄ festzustellen. Im Gegensatz zu den KJÄ-Behandlungsfällen nahmen die Behandlungsfälle bei Hausärzten kontinuierlich von 13,2 Mio. im Jahr 2010 auf 10,4 Mio. im Jahr 2017 ab.

Betrachtet man die (fachgruppenunabhängige) Gesamtzahl der Behandlungsfälle bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren, so ist ebenfalls ein Rückgang festzustellen: von 62 Mio. im Jahr 2010 auf 60 Mio. im Jahr 2017. Auch die Anzahl von Notfällen ist gesunken: von rd. 3,8 Mio. im Jahr 2010 auf rd. 3,3 Mio. im Jahr 2017. Der Anteil von Kindern und Jugendlichen, die in Notaufnahmen behandelt wurden, zeigt insbesondere zwischen 2013 und 2017 einen rückläufigen Trend. Wurden 2013 noch 17,6% der unter 18-Jährigen in einer Notaufnahme behandelt, lag dieser Anteil im Jahr 2017 mit 16,8% leicht darunter. Zugenommen im Beobachtungszeitraum dagegen haben die Behandlungsfälle bei Kinder- und Jugendpsychiatern und -psychotherapeuten (KJPP), und zwar von 880 Tsd. im Jahr 2010 auf 1,06 Mio. im Jahr 2017. Das entspricht einem Zuwachs um +20%.

**Abbildung 2: Behandlungsleistung (Behandlungsfälle/Vollzeitäquivalente) von Kinder- und Jugendärzten (gesamt, hausärztlich und mit Schwerpunkt) an unter 18-Jährigen, 2010 bis 2017**



Bezieht man die Zahl der Behandlungsfälle auf die Arztlzahl nach Vollzeitäquivalenten (VZÄ), so ergibt sich die durchschnittliche Behandlungsleistung pro VZÄ und Jahr. Für KJÄ gesamt (blaue Kurve) lag sie im Jahr 2010 bei knapp über 3.500 und stieg bis zum Jahr 2017 auf einen Wert von auf rd. 3.600. Einen ähnlichen Verlauf, jedoch auf einem etwas höheren Niveau nahm die Behandlungsleistung der hausärztlichen KJÄ (orangefarbene Kurve, von 3.700 auf 3.800 Behandlungsfälle je VZÄ). Für Schwerpunkt-KJÄ wurde insgesamt eine niedrigere Behandlungsleistung beobachtet als bei hausärztlichen KJÄ. Diese betrug rd. 2.800 Behandlungsfälle je VZÄ im Jahr 2010 und stieg bis 2017 auf einen Wert von rd. 2.900 Behandlungsfälle je VZÄ an (grüne Kurve). Die Behandlungsleistung von Hausärzten bei unter 18-Jährigen liegt erwartungsgemäß mit rund 200 Behandlungsfällen je VZÄ deutlich unterhalb der KJÄ-Werte (Kurve nicht eingezeichnet).

**Tabelle 12: Anzahl lebendgeborene Kinder und Anzahl U- und J-Untersuchungen in Tsd. bei Kinder- und Jugendärzten, 2010 bis 2017**

Jahr	Anzahl Kinder	U1	U2	U3	U4	U5	U6	U7	U7a	U8	U9	J1
2010	677,9	2,4	125,1	537,9	529,8	528,3	526,3	527,0	467,7	481,3	493,7	237,2
2011	662,7	2,2	118,3	530,6	534,9	536,0	540,4	516,5	486,3	497,0	490,2	246,2
2012	673,5	1,6	117,6	537,3	534,6	535,6	530,5	528,1	481,5	498,4	492,5	254,2
2013	682,1	1,6	117,5	539,7	535,1	534,1	534,3	512,8	489,1	481,7	497,1	240,1
2014	714,9	1,6	120,2	562,1	547,8	538,3	527,2	512,5	478,8	484,8	475,5	233,8
2015	737,6	1,7	122,9	580,1	574,0	566,8	558,8	519,2	495,0	478,9	483,0	232,8
2016	792,1	1,5	123,4	613,5	603,6	591,4	574,6	545,5	501,7	488,2	484,7	224,9
2017	784,9	1,2	119,4	631,0	626,7	623,7	614,3	567,0	534,3	500,4	496,7	218,2

Die Anzahlen der von KJÄ erbrachten Früherkennungsuntersuchungen der G-BA-Richtlinien (U1 bis U9, J1) sind in Tabelle 12 zusammengestellt und der Anzahl Lebendgeborener pro Jahr gegenübergestellt<sup>2</sup>. Mit Ausnahme des Jahres 2017 wurden in Deutschland seit 2011 kontinuierlich mehr Kinder geboren als im Vorjahr [Statistisches Bundesamt (Destatis), 2019].

Die erwartungsgemäß geringste Anzahl an U-Untersuchungen wird bei der U1 beobachtet. Im Zeitverlauf halbierte sie sich von rund 2.400 auf 1.200. Mit durchschnittlich 120.000 U2-Untersuchungen zeigt sich nur eine geringe Schwankungsbreite bei der Leistungserbringung durch KJÄ. Einen deutlich höheren Leistungsumfang erbringen KJÄ für alle darauffolgenden U-Untersuchungen, also von U3 bis U9. Bei diesen ist über die Zeit zusätzlich eine Ausweitung der Leistungserbringung zu erkennen, bspw. um jeweils rd. 100.000 Untersuchungen bei der U3, der U4 und der U5 zwischen 2010 und 2017. Im Gegensatz dazu wird die Jugenduntersuchung J1 seltener durchgeführt mit einem zuletzt eher abnehmenden Trend. Erläuterungen zu regionalen Unterschieden in der Wahrnehmung der J1 ist dem Exkurs im Anhang (siehe Anhang 4.2) zu entnehmen.

KJÄ erbringen neben den hier aufgeführten Früherkennungsuntersuchungen der G-BA-Richtlinien weitere, z. T. krankenkassenspezifische Früherkennungsuntersuchungen wie die U10, die U11 oder die J2. Da die Durchführung dieser Untersuchungen nicht bundesweit einheitlich geregelt ist, sind sie in der vorliegenden Auszählung unberücksichtigt geblieben.

<sup>2</sup> Die Gegenüberstellung dient lediglich der Einordnung der Geburtenentwicklung in Deutschland gegenüber der Entwicklung der Leistungsmengen von U/J-Untersuchungen und stellt keine Aussage zur Inanspruchnahme dar.

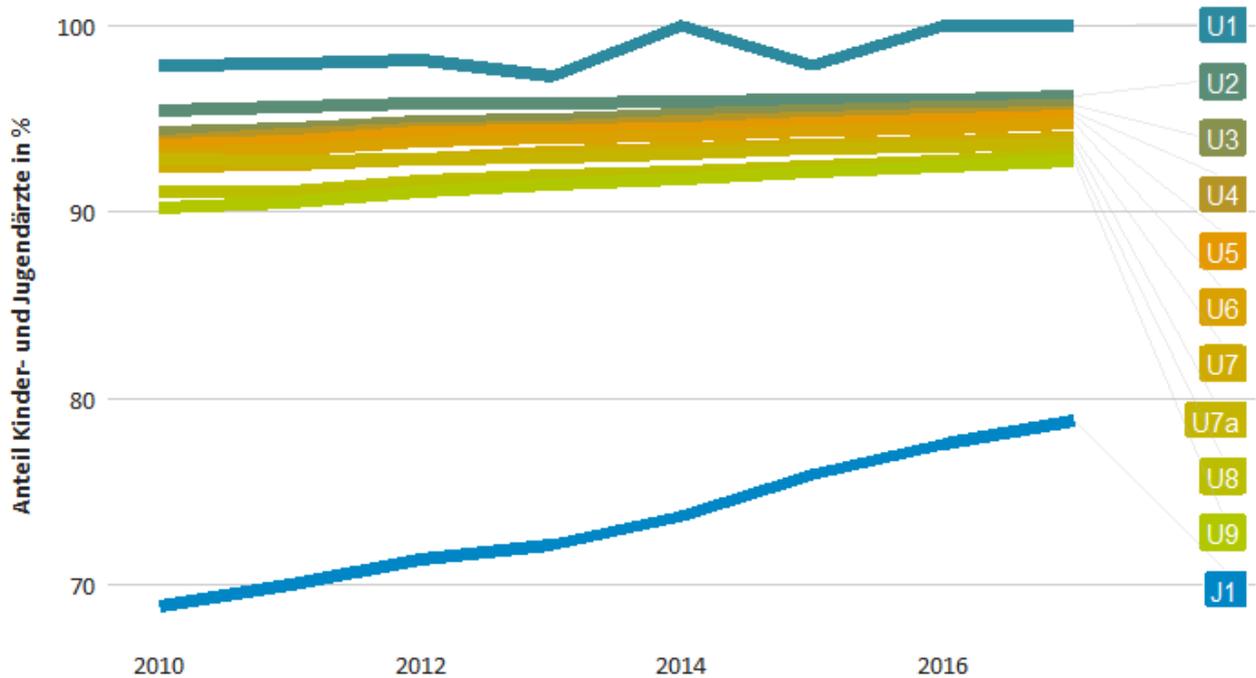
**Tabelle 13: Anzahl U- und J-Untersuchungen in Tsd. bei Hausärzten, 2010 bis 2017**

*Hausärzte = Fachärzte für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, hausärztlich tätige Internisten*

Jahr	U1	U2	U3	U4	U5	U6	U7	U7a	U8	U9	J1
2010	0,1	5,9	32,8	34,8	36,0	38,2	43,1	36,2	47,2	53,6	107,6
2011	0,0	5,4	30,8	33,3	35,2	38,9	41,7	38,1	48,6	51,5	105,7
2012	0,0	5,1	29,0	31,0	32,6	35,2	40,7	37,1	45,4	48,2	102,1
2013	0,0	5,1	28,4	30,6	31,9	34,1	37,4	37,0	42,2	46,1	93,0
2014	0,0	5,1	28,1	29,9	31,3	33,3	36,2	35,2	41,2	42,6	83,5
2015	0,0	5,1	27,5	29,8	31,2	33,5	35,7	35,1	39,1	41,4	74,2
2016	0,0	5,1	28,2	30,2	31,4	33,4	36,0	35,0	38,2	39,7	65,2
2017	0,0	4,7	28,2	30,5	31,8	34,1	36,1	35,7	37,0	39,2	58,9

Auch Hausärzte erbringen die nach G-BA-Richtlinien empfohlenen Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern und Jugendlichen, jedoch erwartungsgemäß deutlich seltener als KJÄ (vgl. Tabellen 12 und 13). Im Zeitverlauf ist ein abnehmender Trend in der Leistungsmenge durch Hausärzte für alle Früherkennungsuntersuchungen und insbesondere für die J1 zu beobachten. Hier halbierte sich die Anzahl der durchgeführten Untersuchungen von rd. 107.600 im Jahr 2010 auf knapp 59.000 im Jahr 2017.

**Abbildung 3: Relative Anteile der Kinder- und Jugendärzte an allen ambulanten U- und J-Untersuchungen, 2010 bis 2017**



Summiert man die Leistungsmenge je Früherkennungsuntersuchung aus den beiden vorangegangenen Tabellen und bestimmt den Anteil der Leistungen, der von KJÄ erbracht wird, ergeben sich die in Abbildung 3 dargestellte Verteilungen: Mit Ausnahme der J1 erbringen KJÄ mehr als 90% aller Untersuchungen. Der Anteil ist umso höher, je früher die Untersuchungen bzw. je jünger die Kinder sind. Über die Zeit ist für alle Untersuchungen ein ansteigender Trend der Leistungsanteile durch KJÄ zu beobachten. Zwar von einem niedrigeren Niveau startend, jedoch ein besonders steiler Anstieg ist für die J1 festzustellen. Hier nahm der KJÄ-Anteil von 69% auf 79% zu.

**Tabelle 14: Anzahl von U- und J-Untersuchungen in Tsd. bei Kinder- und Jugendärzten, nach Alter der Kinder, 2010 bis 2017**

*Hinweis: Das Alter bezieht sich auf das Geburtsjahr, nicht auf den Geburtsmonat, d. h. am Beispiel von U2 bis U5, dass Kinder die Untersuchung infolge des (späten) Geburtsmonats im nächsten Kalenderjahr erhalten und damit als 1-Jährige gezählt werden*

Merkmal	Alter (Jahre)	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<b>U1</b>	0	2	2	2	2	2	2	2	1
<b>U2</b>	0	122	115	115	114	117	120	120	115
	1	3	3	2	3	3	3	3	3
<b>U3</b>	0	489	481	489	488	511	526	558	572
	1	49	50	48	52	51	54	55	59
<b>U4</b>	0	382	379	386	379	397	411	437	449
	1	148	156	149	156	151	163	167	178
<b>U5</b>	0	238	236	242	232	244	252	268	277
	1	290	300	294	302	294	315	323	346
<b>U6</b>	0	18	18	17	16	16	17	17	18
	1	500	514	505	509	502	532	547	585
	2	8	8	8	9	10	10	10	11
<b>U7</b>	1	18	19	17	16	16	17	17	17
	2	492	483	496	479	479	484	510	528
	3	16	15	15	17	17	18	18	21
<b>U8</b>	3	15	16	13	12	12	12	12	13
	4	446	460	463	446	449	443	454	462
	5	20	21	22	23	23	24	22	26
<b>U9</b>	5	395	395	401	398	380	388	386	399
	6	98	94	91	98	95	94	98	97
<b>J1</b>	12	36	35	37	32	31	31	29	27
	13	104	105	107	103	97	97	93	90
	14	78	83	87	82	83	81	80	78
	15	20	23	24	23	23	24	23	23

Da die Früherkennungsuntersuchungen laut G-BA-Richtlinien in definierten Lebensaltersspannen durchgeführt werden (sollen), ist in Tabelle 14 eine detaillierte Auszählung der U1 bis U9 sowie der J1 bei KJÄ und in Tabelle 15 bei Hausärzten nach Altersjahren ausgegeben.

**Tabelle 15: Anzahl von U- und J-Untersuchungen in Tsd. bei Hausärzten, nach Alter der Kinder, 2010 bis 2017**

*Hausärzte = Fachärzte für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, hausärztlich tätige Internisten*

*Hinweis: Das Alter bezieht sich auf das Geburtsjahr, nicht auf den Geburtsmonat, d. h. am Beispiel von U2 bis U5, dass Kinder die Untersuchung infolge des (späten) Geburtsmonats im nächsten Kalenderjahr erhalten und damit als 1-Jährige gezählt werden; sehr geringe Leistungsmenge bei U1 (nicht aufgeführt)*

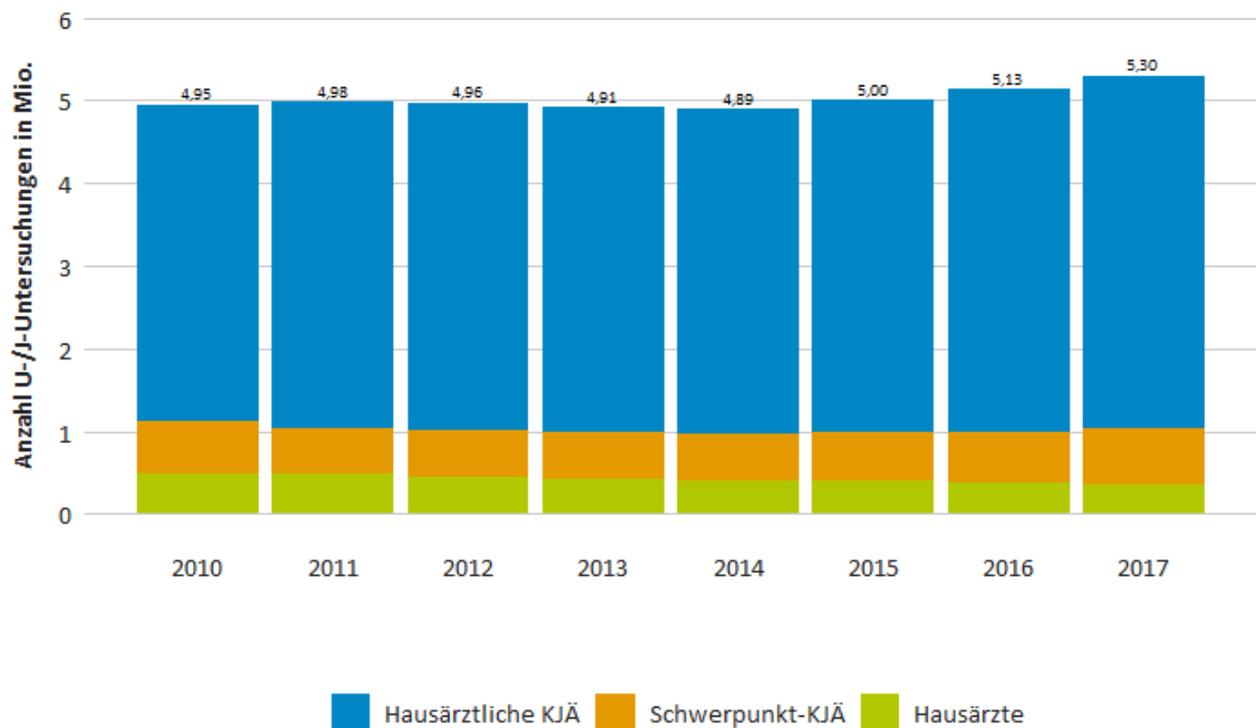
Merkmal	Alter (Jahre)	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<b>U2</b>	0	6	5	5	5	5	5	5	5
<b>U3</b>	0	30	28	26	26	26	25	26	26
	1	3	3	3	3	3	2	3	3
<b>U4</b>	0	25	23	22	22	22	22	22	22
	1	10	10	9	9	8	8	8	9
<b>U5</b>	0	16	15	14	14	14	14	14	14
	1	20	20	18	18	17	17	18	18
<b>U6</b>	0	2	2	2	2	2	2	2	2
	1	36	36	33	32	31	31	31	32
	2	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>U7</b>	1	2	3	2	2	2	2	2	2
	2	40	38	37	34	33	33	33	33
	3	1	1	1	1	1	1	1	1
<b>U8</b>	3	3	3	2	2	2	2	2	2
	4	43	44	42	39	38	36	35	34
	5	1	1	1	1	1	1	1	1
<b>U9</b>	5	43	41	39	37	34	34	32	32
	6	11	10	9	9	8	8	8	7
<b>J1</b>	12	13	13	13	12	11	10	9	8
	13	50	47	45	42	37	33	29	26
	14	35	35	34	30	27	24	21	19
	15	9	11	10	9	8	7	6	6

**Abbildung 4: Gesamtanzahl von U- und J-Untersuchungen von Kinder- und Jugendärzten (hausärztlich und mit Schwerpunkt) und Hausärzten, 2010 bis 2017**

*Schwerpunkt-KJÄ = KJÄ mit Abrechnungen aus den Abschnitten 4.4 oder 4.5*

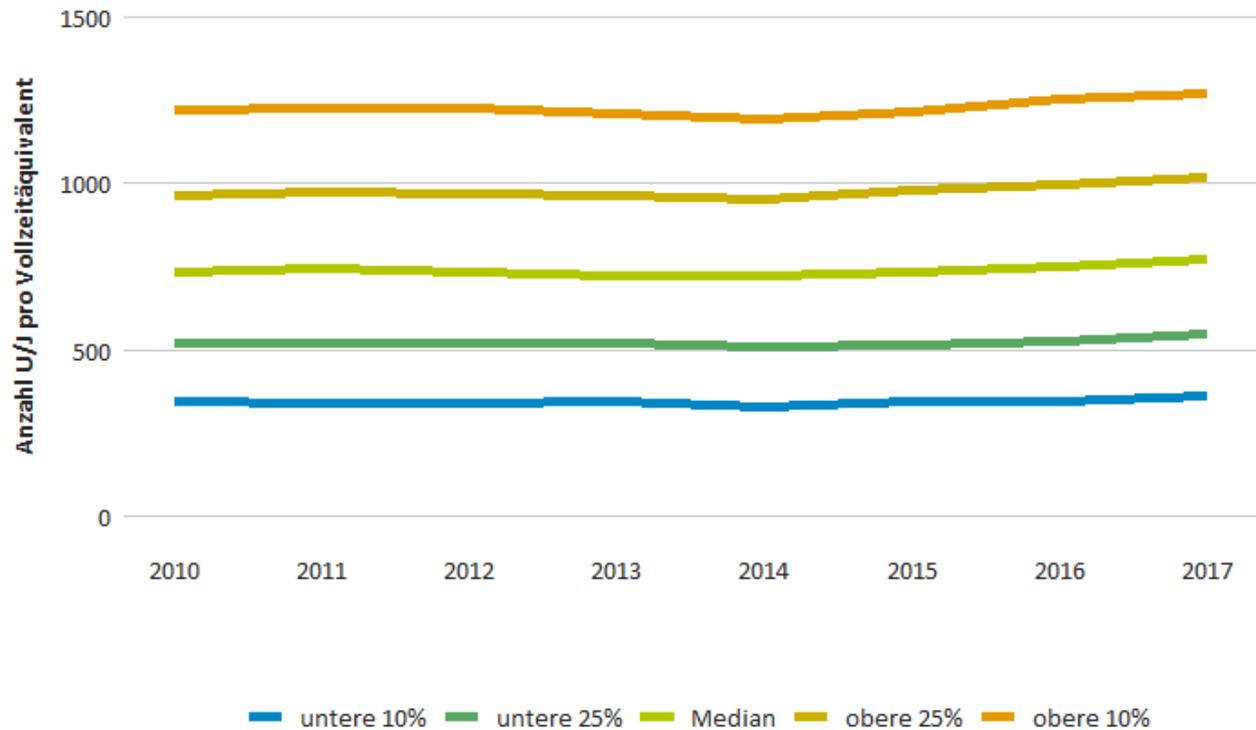
*Hausärztliche KJÄ = KJÄ ohne Abrechnungen aus den o. g. Abschnitten*

*Hausärzte = Fachärzte für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, hausärztlich tätige Internisten*



Die Summe aller U- und J-Untersuchungen pro Jahr und getrennt nach Arztgruppe (hausärztliche KJÄ, Schwerpunkt-KJÄ, andere) ist in Abbildung 4 abgetragen. Zwischen 2010 und 2017 hat die Leistungsmenge von 4,95 Mio. auf 5,30 Mio. zugenommen. Dies entspricht einem relativen Anstieg von 7%. Wie anhand der gestapelten Balken sichtbar wird, geht diese Mengenausweitung auf die Leistungserbringung durch hausärztliche KJÄ zurück. Der Anteil der Leistungen durch Schwerpunkt-KJÄ ist nahezu konstant und jener durch Hausärzte ist abnehmend.

**Abbildung 5: Perzentildarstellung der Anzahl von U- und J-Untersuchungen von Kinder- und Jugendärzten (gesamt), 2010 bis 2017**



Die Abbildung 5 vermittelt einen Eindruck zur Verteilung der Anzahl durchgeführter U- und J-Untersuchungen pro Vollzeitäquivalent-KJÄ. Wie schon aus den vorangegangenen Darstellungen hervorgegangen, wird die große Mehrheit der Früherkennungsuntersuchungen von KJÄ erbracht. Auf eine Darstellung der gleichen Verteilung durch Hausärzte wird daher verzichtet. Die Hälfte aller KJÄ führt etwa bis zu 750 Früherkennungsuntersuchungen pro Jahr durch (Median), die oberen 25% wenigstens rd. 1.000 und die oberen 10% sogar wenigstens 1.250. Die zunehmende Leistungsmenge im Zeitverlauf wird auch anhand der Verteilungskurven sichtbar.

**Tabelle 16: Anzahl spezieller Screening-Leistungen insgesamt (GOP, Arztgruppen-unabhängig) und Anteil Leistungserbringung durch Kinder- und Jugendärzte, 2010 bis 2017\***

\* Nicht alle untersuchten Gebührenordnungspositionen stehen für den gesamten Untersuchungszeitraum zur Verfügung. Diese werden seit deren Einführung berücksichtigt.

Jahr	GOP 01703 <sup>1</sup>		GOP 01705 <sup>2</sup>		GOP 01707 <sup>3</sup>		GOP 01709 <sup>4</sup>	
	<i>Anzahl und Anteil KJÄ</i>							
<b>2010</b>			8.004	53%	48.973	85%		
<b>2011</b>			32.122	53%	47.575	84%		
<b>2012</b>			35.244	53%	45.913	83%		
<b>2013</b>			37.209	54%	45.000	83%		
<b>2014</b>			41.622	53%	45.600	82%		
<b>2015</b>			44.140	52%	45.939	82%		
<b>2016</b>			45.476	48%	43.920	83%		
<b>2017</b>	16.198	94%	44.087	45%	42.697	85%	1.766	96%

<sup>1</sup> Pulsoxymetrie-Screening gemäß Kinder-Richtlinie (ab 2017)

<sup>2</sup> Neugeborenen-Hörscreening

<sup>3</sup> Erweitertes Neugeborenen-Screening gemäß Kinder-Richtlinie

<sup>4</sup> Screening auf Mukoviszidose gemäß Kinder-Richtlinie (ab 2017)

Neben den U- und J-Untersuchungen sieht die G-BA-Kinder-Richtlinie [3] die Durchführung weiterer spezieller Früherkennungsuntersuchungen vor (Tabelle 16, Hüftscreening siehe Tabelle 17). Sowohl das in 2017 eingeführte Pulsoxymetrie-Screening (GOP 01703) als auch das Screening auf Mukoviszidose (GOP 01709) wird fast vollständig - zu 94% bzw. zu 96% - von KJÄ durchgeführt. Auch das erweiterte Neugeborenen-Screening (GOP 01707) wird zu über 80% durch KJÄ erbracht. Das Neugeborenen-Hörscreening (GOP 01705) hat seit seiner Einführung im Zeitverlauf mengenmäßig den höchsten Zuwachs erfahren, von rd. 8.000 im Jahr 2010 auf mehr als 44.000 im Jahr 2017. An der Durchführung sind KJÄ etwa in der Hälfte der Fälle beteiligt, mit abnehmendem Trend.

**Tabelle 17: Anzahl Hüftscreenings (GOP 01722) insgesamt, bei Kinder- und Jugendärzten, in Verbindung mit U3, bei Orthopäden oder bei Radiologen, 2010 bis 2017**

Jahr	Gesamtzahl	KJÄ	KJÄ u. mit U3 <sup>1</sup>	Orthopäden	Radiologen <sup>2</sup>
2010	465.603	378.205	369.979	78.200	647
2011	460.028	376.313	368.613	74.804	491
2012	469.705	386.665	378.750	74.366	456
2013	478.553	396.932	382.415	72.857	432
2014	502.061	419.641	401.246	73.818	386
2015	522.374	438.718	420.861	75.023	314
2016	552.208	467.123	449.784	76.775	306
2017	569.290	484.749	467.654	76.377	173

<sup>1</sup> Hüftscreening im gleichen Quartal wie Durchführung der U3

<sup>2</sup> Fachärzte für Radiologie/Kinderradiologie

Eine weitere Früherkennungsuntersuchung im Rahmen der Kinder-Richtlinie [3] ist das Hüftscreening. Hier ergab die Auszählung der durchgeführten Leistung im Zeitverlauf von 2010 bis 2017 eine relative Zunahme um 22%, von knapp 466.000 Screenings auf mehr als 569.000 Screenings. Der größte Anteil, und zwar steigend von 81% in 2010 auf 85% im Jahr 2017, wird von KJÄ erbracht. Bei den durch KJÄ durchgeführten Hüftscreenings wurden zwischen 96% und 98% der Screenings in Verbindung mit der Durchführung der U3 geleistet. Ein im Zeitverlauf sinkender Anteil an Hüftscreening (von 17% im Jahr 2010 auf 13% im Jahr 2017) wird von Orthopäden durchgeführt. Radiologen/Kinderradiologen spielen nur eine untergeordnete Rolle bei der Durchführung von Hüftscreenings.

**Tabelle 18: Anzahl 0-jährige Kinder, Anzahl 0-jährige Kinder mit Hüftscreening (Arztgruppen-unabhängig) und Anteil 0-jährige Kinder ohne Hüftscreening, 2010 bis 2017**

Jahr	Anzahl 0-jährige	... mit Hüftscreening	Anteil ohne Hüftscreening
2010	701.389	421.556	40%
2011	673.502	415.837	38%
2012	684.007	426.553	38%
2013	692.712	432.314	38%
2014	725.792	455.437	37%
2015	737.147	473.418	36%
2016	774.369	501.588	35%
2017	789.703	515.222	35%

Bezogen auf die jahresweise Anzahl 0-jähriger Kinder in den vertragsärztlichen Abrechnungsdaten wurde in Tabelle 18 die Anzahl der Kinder mit Hüftscreening ausgezählt und in der Folge der Anteil 0-jähriger ohne Hüftscreening bestimmt. Auch wenn aufgrund der unterschiedlichen Positionen der

Geburtstage der Kinder nicht davon ausgegangen werden kann, dass alle 0-Jährigen im gleichen Kalenderjahr ihres Geburtstages auch ein Hüftscreening erhalten, so ist im Zeitverlauf doch eine Zunahme der Kinder mit Hüftscreening zu beobachten, während der Anteil der 0-jährigen Kinder ohne Hüftscreening kontinuierlich von 40% im Jahr 2010 auf 35% im Jahr 2017 abgenommen hat.

**Tabelle 19: Anzahl abgerechneter Impfungen von Kinder- und Jugendärzten und Hausärzten, gesamt und je 100.000, 2010 bis 2017**

*Hausärzte = Fachärzte für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, hausärztlich tätige Internisten*

Jahr	Anzahl Impfungen von KJÄ (gesamt)	Anzahl Impfungen von KJÄ bei <18	Anzahl Impfungen von KJÄ bei 18+	Anzahl Impfungen von KJÄ je 100 Tsd. <18	Anzahl Impfungen von HÄ bei <18	Anzahl Impfungen von HÄ je 100 Tsd. <18
2010	8.286.378	8.028.448	257.930	68.072	1.346.317	11.415
2011	8.264.257	7.986.940	277.317	68.618	1.331.479	11.439
2012	8.352.156	8.085.338	266.818	70.319	1.221.075	10.620
2013	8.355.660	8.093.105	262.555	70.427	1.143.056	9.947
2014	9.232.996	8.971.475	261.521	78.573	1.130.496	9.901
2015	9.709.747	9.450.125	259.622	82.757	1.083.981	9.493
2016	9.648.669	9.415.209	233.460	81.092	1.037.681	8.937
2017	10.288.423	10.042.462	245.961	85.228	1.046.364	8.880

Die Gesamtanzahl von durch KJÄ erbrachte Impfungen stieg von 8,3 Mio. im Jahr 2010 auf 10,3 Mio. im Jahr 2017. Diese Gesamtzahl beinhaltet sowohl Impfungen an Kindern und Jugendlichen als auch an Erwachsenen (vgl. Tabelle 19). Die Zunahme der Gesamtzahl geht auf Impfungen bei Kindern und Jugendlichen zurück (siehe Spalte „Anzahl Impfungen von KJÄ <18“). Die Anzahl Impfungen bei Erwachsenen ist im Beobachtungszeitraum relativ konstant und bewegt sich durchschnittlich um knapp 260.000 Impfungen. Auf 100.000 Kinder unter 18-Jahren betrachtet betrug die Anzahl der Impfungen bei KJÄ im Jahr 2017 85.228.

Die Anzahl der Impfungen bei unter 18-Jährigen durch Hausärzte sank von rd. 1,3 Mio. Impfungen im Jahr 2010 auf etwas mehr als 1 Mio. im Jahr 2017. So sank auch die Zahl von Impfungen von rd. 11.000 auf rd. 8.900 je 100.000 Kinder unter 18.

**Tabelle 20: Anzahl Kinder (0-Jährige, 1-Jährige, 2-Jährige, 0- bis 2-Jährige, <18 Jahre) und Anteile mit/ohne Impfungen/U/J im gleichen Jahr bei Kinder- und Jugendärzten, 2010 bis 2017**

*Hinweis: Bei der Anzahl der Kinder nach Altersjahren handelt es sich um bei KJÄ behandelte Kinder. Diese Anzahl unterscheidet sich von der Anzahl Lebendgeborener (Tabelle 12) und von der Anzahl aller 0-jährigen Kinder in den vertragsärztlichen Abrechnungsdaten (Tabelle 18).*

Gruppe	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<b>Anzahl 0-Jährige, in Tsd.</b>	<b>612,7</b>	<b>595,4</b>	<b>607,6</b>	<b>620,0</b>	<b>651,7</b>	<b>662,9</b>	<b>696,3</b>	<b>712,1</b>
.. mit Impfung und mit U-Untersuchung	64%	65%	65%	64%	66%	68%	69%	70%
.. nur mit Impfung oder nur mit U-Untersuchung	27%	26%	26%	26%	25%	24%	24%	23%
.. ohne Impfung und ohne U-Untersuchung	9%	9%	8%	9%	9%	8%	7%	7%
<b>Anzahl 1-Jährige, in Tsd.</b>	<b>590,9</b>	<b>602,3</b>	<b>591,0</b>	<b>607,3</b>	<b>616,1</b>	<b>647,9</b>	<b>673,0</b>	<b>717,7</b>
.. mit Impfung und mit U-Untersuchung	87%	88%	88%	87%	84%	85%	84%	84%
.. nur mit Impfung oder nur mit U-Untersuchung	7%	7%	7%	7%	11%	10%	11%	11%
.. ohne Impfung und ohne U-Untersuchung	6%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%
<b>Anzahl 2-Jährige, in Tsd.</b>	<b>588,1</b>	<b>572,0</b>	<b>587,2</b>	<b>578,4</b>	<b>594,2</b>	<b>605,1</b>	<b>643,9</b>	<b>669,2</b>
.. mit Impfung und mit U-Untersuchung	58%	58%	57%	55%	53%	53%	50%	50%
.. nur mit Impfung oder nur mit U-Untersuchung	32%	32%	34%	36%	37%	37%	39%	39%
.. ohne Impfung und ohne U-Untersuchung	9%	9%	9%	9%	10%	10%	11%	11%

<b>Anzahl 0- bis 2-Jährige, in Tsd.</b>	<b>1.792</b>	<b>1.770</b>	<b>1.786</b>	<b>1.806</b>	<b>1.862</b>	<b>1.916</b>	<b>2.013</b>	<b>2.099</b>
.. mit Impfung und mit U-Untersuchung	70%	71%	70%	69%	68%	69%	68%	69%
.. nur mit Impfung oder nur mit U-Untersuchung	22%	22%	23%	23%	24%	23%	24%	24%
.. ohne Impfung und ohne U-Untersuchung	8%	8%	7%	8%	8%	8%	8%	8%
<b>Anzahl &lt;18-Jährige, in Tsd.</b>	<b>7.891</b>	<b>7.956</b>	<b>7.953</b>	<b>8.083</b>	<b>8.137</b>	<b>8.293</b>	<b>8.562</b>	<b>8.780</b>
.. mit Impfung und mit U/J-Untersuchung	22%	21%	21%	20%	20%	21%	20%	21%
.. nur mit Impfung oder nur mit U/J-Untersuchung	34%	34%	34%	33%	33%	33%	33%	33%
.. ohne Impfung und ohne U/J-Untersuchung	44%	45%	45%	47%	46%	46%	47%	47%

Tabelle 20 schlüsselt die Anteile der Kinder und Jugendlichen nach Alter auf, die im Laufe eines Kalenderjahres bei KJÄ Impfungen und/oder U/J-Untersuchungen erhielten. So erhielten bei den 0-jährigen Kindern im Jahr 2010 64% sowohl (mind.) eine Impfung als auch (mind.) eine U-Untersuchung. Bis zum Jahr 2017 stieg dieser Anteil auf 70% an. Entweder (mind.) eine Impfung oder (mind.) eine U-Untersuchung bekamen 27% (2010) bzw. 23% (2017). Ein geringer Anteil von unter 10% erhielt im Alter von 0 Jahren weder eine Impfung noch eine U-Untersuchung bei KJÄ. Bei den 1-jährigen Kindern erhält die große Mehrheit (84% im Jahr 2017) sowohl (mind.) eine Impfung als auch (mind.) eine U-Untersuchung bei KJÄ, während der Anteil der 1-Jährigen ohne diese Leistungen nur bei 5% liegt. Die variierenden Anteile nach weiteren Altersgruppen sind der Tabelle 20 zu entnehmen.

**Tabelle 21: Behandlungsprävalenzen (in %) ausgewählter Erkrankungen/Behandlungsanlässe bei unter 18-Jährigen, 2010 bis 2017**

*Hinweis: Diagnosekriterium ist m2Q\*, sofern nicht anders angegeben*

\* Das m2Q-Kriterium wird zur Identifikation von chronischen Zuständen herangezogen und bedeutet, dass eine Diagnose in mindestens 2 Quartalen eines Kalenderjahres codiert wurde. Im Gegensatz dazu wird bei akuten Zuständen oder saisonal auftretenden Konditionen das m1Q-Kriterium verwendet, d. h. hier reicht eine einmalige Diagnose-Codierung. Berücksichtigt werden generell nur Diagnosen mit dem Zusatzkennzeichen G für „gesichert“.

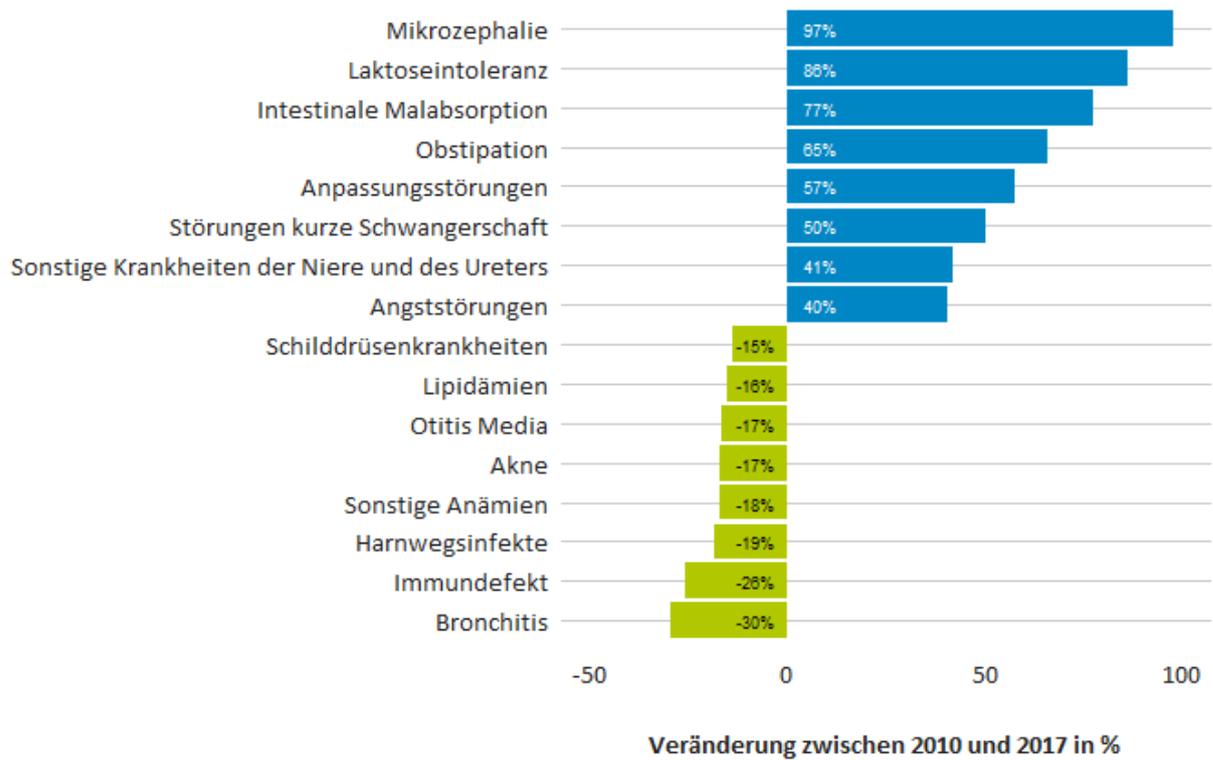
Merkmal	ICD-10	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<i>Behandlungsprävalenz, %</i>									
<b>Neubildungen</b>	C00-97	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
<b>Eisenmangelanämie</b>	D50	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
<b>Sonstige Anämien</b>	D64	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
<b>Immundefekt</b>	D80	0,5	0,5	0,4	0,4	0,5	0,4	0,4	0,4
<b>Schilddrüsenkrankheiten</b>	E00-07	1,0	1,0	1,1	1,1	1,1	1,0	0,9	0,9
<b>Diabetes Typ I</b>	E10	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
<b>Essstörungen</b>	E50	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Adipositas</b>	E66	1,8	1,8	1,8	1,8	2,0	2,0	2,0	2,0
<b>Laktoseintoleranz</b>	E73-74	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4	0,5	0,5	0,5
<b>Lipidämien</b>	E78	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
<b>Angststörungen</b>	F41	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4
<b>Anpassungsstörungen</b>	F43	0,8	0,9	0,9	1,0	1,1	1,2	1,2	1,2
<b>Psychosomatische Störungen</b>	F45	0,5	0,5	0,5	0,5	0,7	0,7	0,7	0,7
<b>Entwicklungsstörung</b>	F80-89	6,8	7,0	7,2	7,5	8,4	8,8	9,1	9,3
<b>Sozialverhaltensstörungen</b>	F90-98	5,4	5,7	5,7	5,8	6,5	6,6	6,6	6,6
<b>... davon ADHS</b>	F90	2,9	3,1	3,1	3	3,1	3,1	3,0	2,9
<b>Epilepsie</b>	G40	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
<b>Migräne</b>	G43	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5	0,5	0,5	0,4
<b>Sonstige Kopfschmerzsyndrome</b>	G44	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
<b>Infantile Zerebralparese</b>	G80	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
<b>Blindheit</b>	H54	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
<b>Otitis Media (M1Q)</b>	H65-66	15,7	14,7	14,1	14,9	13,7	13,8	13,5	13,1
<b>Hörverlust</b>	H90	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
<b>Hypertonie</b>	I10	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1

<b>Allergische Rhinopathie (M1Q)</b>	J30	7,4	7,4	7,2	7,4	7,5	7,5	7,4	6,9
<b>Bronchitis (M1Q)</b>	J20, J40-42	22,0	21,7	19,7	20,3	18,4	18,0	16,5	15,4
<b>Lungenkrankheit (COPD)</b>	J44	0,7	0,7	0,7	0,7	0,8	0,8	0,8	0,8
<b>Asthma bronchiale (M1Q)</b>	J45	8,0	7,9	7,8	8,0	8,2	8	7,8	7,4
<b>Gastroösophageale Refluxkrankheit</b>	K21	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
<b>Obstipation</b>	K59	0,8	0,9	1,0	1,1	1,2	1,3	1,3	1,4
<b>Intestinale Malabsorption</b>	K90	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2
<b>Neurodermitis</b>	L20	4,7	4,6	4,5	4,5	4,9	5,0	5,0	4,9
<b>Allergien</b>	L23, L27, T78	2,4	2,3	2,3	2,3	2,5	2,5	2,5	2,4
<b>Akne</b>	L70	1,7	1,7	1,7	1,8	1,8	1,7	1,5	1,4
<b>Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens</b>	M40-43	1,7	1,7	1,7	1,7	1,8	1,7	1,7	1,6
<b>Sonstige Krankheiten der Niere und des Ureters</b>	N28	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2
<b>Harnwegsinfekte (M1Q)</b>	N39	2,6	2,5	2,5	2,4	2,4	2,3	2,2	2,1
<b>Störungen wg. kurzer Schwangerschaft (Frühgeburtlichkeit)</b>	P07	0,5	0,4	0,4	0,5	0,5	0,6	0,6	0,7
<b>Störungen des Muskeltonus beim Neugeborenen</b>	P94	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
<b>Mikrozephalie</b>	Q02	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2
<b>Angeborene Fehlbildungen des Kreislaufsystems</b>	Q20-28	0,9	0,9	0,9	0,9	1,0	1,1	1,1	1,1
<b>Angeborene Fehlbildungen der Genitalorgane</b>	Q50-58	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,7	0,7	0,7
<b>Sonstige angeborene Fehlbildungen der Niere</b>	Q63	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1

<b>Angeborene Fehlbildungen und Deformitäten des Muskel-Skelett-Systems</b>	Q65-79	3,3	3,4	3,5	3,6	3,9	4,0	4,0	3,9
<b>Down-Syndrom</b>	Q90	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
<b>Schäden durch sonstigen Mangel (M1Q)</b>	T73	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Missbrauch von Personen (M1Q)</b>	T74	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1

In Tabelle 21 sind Behandlungsprävalenzen einer Auswahl von Erkrankungen und Behandlungsanlässen von Kindern und Jugendlichen über die Beobachtungszeit von 2010 bis 2017 angegeben. Bis auf einige Ausnahmen bewegen sich die Prävalenzen der meisten Konditionen deutlich unterhalb der Fünf-Prozent-Marke. Bronchitis (akut oder chronisch), Otitis media, Allergische Rhinopathie, Asthma bronchiale, Entwicklungsstörungen und Sozialverhaltensstörungen sind die häufigsten Behandlungsanlässe aus dieser Auswahl. Zuwächse in den Behandlungsprävalenzen sind unter anderem bei Anpassungsstörungen, Entwicklungsstörungen, Obstipation oder Störungen im Zusammenhang mit kurzer Schwangerschaftsdauer und niedrigem Geburtsgewicht (Frühgeburtlichkeit) zu beobachten, aber auch bei angeborenen Fehlbildungen (Kreislaufsystem, Muskel-Skelett-System), Angststörungen, Sozialverhaltensstörungen, Laktoseintoleranz und Adipositas. Einen Rückgang in der Behandlungsprävalenz gibt es insbesondere bei der Bronchitis, bei Harnwegsinfekten oder bei der Akne. Die Behandlungsanlässe mit den prozentual größten Veränderungen zwischen 2010 und 2017 sind auch noch einmal in Abbildung 6 wiedergegeben. (Cave: hier erscheinen auch Erkrankungen mit sehr geringen absoluten Prävalenzen aufgrund der relativen Zu- oder Abnahme).

**Abbildung 6: Erkrankungen mit den größten Veränderungen in der Behandlungsprävalenz zwischen 2010 und 2017**



**Tabelle 22: Anzahl dokumentierter Bronchitis-Diagnosen sowie ausgewählter Krankheiten des Atmungssystems in Tsd., 2010 bis 2017**

*Hinweis: Diagnosekriterium ist m1Q\*, sofern nicht anders angegeben*

\* Erläuterung siehe Tabelle 21

Merkmal	ICD-10	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<b>Akute Bronchitis</b>	J20	1.722	1.709	1.550	1.611	1.462	1.445	1.726	1.669
<b>Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet</b>	J40	1.089	1.009	882	896	782	741	157	111
<b>Chronische Bronchitis</b>	J41	64	63	55	54	46	45	47	42
<b>Chronische Bronchitis (M2Q)</b>	J41	12	11	11	10	10	10	10	9
<b>Nicht näher bezeichnete chronische Bronchitis</b>	J42	75	69	64	64	65	64	63	58
<b>Nicht näher bezeichnete chronische Bronchitis (M2Q)</b>	J42	24	22	21	21	24	25	25	24
<b>Infekt der oberen Atemwege</b>	J06	3.948	4.173	3.931	4.371	3.950	4.261	4.411	4.365
<b>Influenza</b>	J09-11	149	234	146	272	112	196	207	165

Tabelle 22 schlüsselt noch einmal die Gruppe der in Tabelle 21 unter Bronchitis zusammengefasste Krankheitsgruppe nach ihren einzelnen ICD-Codes auf. Außerdem werden noch zwei weitere Codierungen berücksichtigt (Infekt der oberen Atemwege, Influenza). Auffällig ist, dass die eher unspezifische Codierung der Bronchitis (J40, nicht als akut oder chronisch bezeichnet) einen deutlichen Rückgang im Beobachtungszeitraum erfährt. Eine Substitution mit anderen Codes (J20, J41, J42, J06, J09-11) ist jedoch nicht zu erkennen, da diese entweder etwa gleichbleibend häufig oder ebenfalls mit leicht abnehmenden Trends dokumentiert sind.

**Tabelle 23: Verordnungsprävalenzen (in %) ausgewählter Arzneimittel bei unter 18-Jährigen, 2010 bis 2016**

Verordnung	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<i>Verordnungsprävalenz, %</i>							
<b>Antibiotika</b>	63,6	60,4	54,0	54,9	50,0	46,3	46,0
<b>Penicillin</b>	23,1	21,0	19,4	20,5	19,1	18,0	19,0
<b>Aminopenicilline</b>	14,0	12,9	11,4	12,5	11,3	11,0	11,2
<b>Oralcephalosporine</b>	19,1	18,6	17,0	18,5	17,2	15,8	15,3
<b>Makrolidantibiotika</b>	13,2	13,1	10,9	10,6	8,8	7,9	7,5
<b>Übrige Betalaktame</b>	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Restliche Antibiotika</b>	5,8	5,5	5,0	4,9	4,6	4,2	3,8
<b>Inhalativa</b>	23,0	22,9	21,6	22,4	22,4	22,0	21,6
<b>Betamimetika</b>	16,7	16,8	16,0	16,9	17,0	16,9	16,8
<b>Inhalative Corticoide</b>	8,3	6,0	5,5	8,6	8,5	8,3	7,9
<b>VitaminD und/oder Fluor</b>	15,6	15,8	14,9	15,4	16,1	16,7	16,2
<b>Vitamin D-Fluor (Kombi)</b>	10,2	10,0	9,0	8,9	8,6	8,2	7,7
<b>Vitamin D (mono)</b>	4,0	4,6	4,9	5,6	6,8	7,9	8,1
<b>Fluor (mono)</b>	1,4	1,2	1,0	0,8	0,7	0,6	0,4
<b>Methylphenidat</b>	7,6	7,6	7,8	7,9	7,1	7,0	6,8
<b>Antihistaminika</b>	9,5	9,7	8,9	9,5	9,9	9,3	9,4
<b>Antiepileptika</b>	3,5	3,5	3,5	3,6	3,5	3,7	3,7
<b>Palivizumab</b>	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4

Die Verordnungsprävalenzen von ausgewählten Arzneimitteln über die Zeit sind in Tabelle 23 zusammengestellt. Antibiotika-Verordnungen insgesamt nahmen von 64% im Jahr 2010 auf 46% im Jahr 2016 ab. Von den untersuchten Antibiotika-Typen zeigten Makrolidantibiotika den stärksten relativen Rückgang (von 13,2% auf 7,5%).

Vitamin D-Fluor-Kombipräparate und Fluor-Monopräparate wurden im Zeitverlauf seltener verordnet, gleichzeitig nahm die Verordnungsprävalenz von Vitamin D-Monopräparaten zu. Eine besonders ausgeprägte Abnahme von Fluor-Verordnungen ist in Mecklenburg-Vorpommern zu beobachten (siehe Exkurs zu Vit D/Fluor auf KV-Ebene im Anhang 4.3).

Die Verordnungsprävalenzen von Inhalativa veränderten sich über den Betrachtungszeitraum nur geringfügig, ebenso die Verordnungsprävalenzen von Methylphenidat und Antihistaminika.

Für Antiepileptika wurde ein leichter Zuwachs von 3,3% auf 3,7% beobachtet. Eine Immunisierung mit Palivizumab wurde 2016 etwas häufiger veranlasst als 2010, jedoch auf vergleichsweise geringem Niveau (von 0,3% auf 0,4%).

### 3.3 Überweisungsverhalten und Behandlungsbeteiligung

**Tabelle 24: Anzahl Überweisungen von Kinder- und Jugendärzten (gesamt, hausärztlich und mit Schwerpunkt) und anteilig nach Arztgruppen, 2014 bis 2017**

*Hinweis: Arztgruppen, zu denen weniger als 0,1% der Überweisungen führen, werden nicht aufgeführt.*

Merkmal	2014	2015	2016	2017
<i>Anzahl in Tsd.</i>				
<b>KJÄ gesamt</b>	4.121,71	4.050,19	4.095,14	4.104,50
<b>Hausärztliche KJÄ</b>	3.374,49	3.313,36	3.350,93	3.333,75
<b>Schwerpunkt-KJÄ</b>	747,22	736,827	744,23	770,79
<i>%</i>				
<b>Anästhesiologie</b>	0,28	0,28	0,24	0,24
<b>Augenheilkunde</b>	4,29	4,28	4,30	4,25
<b>Chirurgie</b>	3,78	3,74	3,65	3,68
<b>Einrichtungen</b>	30,71	31,10	31,37	32,90
<b>Hals-Nasen-Ohrenheilkunde</b>	5,17	5,00	4,88	4,80
<b>Hausärzte</b>	0,29	0,26	0,23	0,22
<b>Hautärzte</b>	1,40	1,27	1,30	1,31
<b>Humangenetik</b>	0,15	0,15	0,15	0,12
<b>Innere Medizin</b>	0,66	0,62	0,58	0,52
<b>Kinder- und Jugendmedizin</b>	13,85	13,79	13,83	13,90
<b>Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie</b>	0,85	0,83	0,80	0,79
<b>Laboratoriumsmedizin</b>	18,84	18,51	19,12	17,96
<b>Neurologie</b>	0,11	0,11	0,11	0,11
<b>Nuklearmedizin</b>	0,12	0,11	0,11	0,11
<b>Orthopädie</b>	5,09	4,98	4,80	4,58
<b>Phoniatry und Pädaudiologie</b>	0,90	0,94	0,95	0,98
<b>Radiologie</b>	1,82	1,72	1,69	1,67
<b>Sonstige Ärzte</b>	7,91	8,44	8,20	8,23
<b>Sonstige Leistungserbringer</b>	2,36	2,48	2,34	2,36
<b>Urologie</b>	0,87	0,87	0,90	0,85

Etwa 4,1 Mio. Überweisungen<sup>3</sup> gehen jährlich von KJÄ insgesamt aus (3,3 Mio. von hausärztlichen und 0,8 Mio. von Schwerpunkt-KJÄ). Die häufigsten Überweisungsnehmer (auf Praxisebene<sup>4</sup>) sind

<sup>3</sup> Anzahl bezieht sich auf „eingelöste“ Überweisungen, d. h. es erfolgte eine Abrechnung durch den Überweisungsnehmer

Einrichtungen (d. h. MVZ, Einrichtungen nach §311 SGB V) mit über 30% aller Überweisungen, aber auch andere KJÄ (rd. 14%, hierunter fallen auch Schwerpunkt-KJÄ), Laboratoriumsmediziner (rd. 19%) und sonstige Ärzte (rd. 8%).

**Tabelle 25: Anzahl ausgewählter Gebührenordnungspositionen von Überweisungsnehmern 2014 bis 2017\***

*\* Nicht alle untersuchten Gebührenordnungspositionen stehen für den gesamten Untersuchungszeitraum zur Verfügung. Diese werden seit deren Einführung berücksichtigt.*

GOP	2014	2015	2016	2017
<b>01705 (Hörscreening)</b>	7.420	8.271	9.101	9.007
<b>01707 (Erweitertes Neugeborenen-Screening)</b>	1.510	1.376	1.032	2.036
<b>01722 (Hüftscreening)</b>	55.155	54.177	53.318	52.284
<b>01724 (Labor Neugeborenen-Screening)</b>				26.900
<b>01725 (Immunreaktives Trypsin)</b>				26.090
<b>01726 (Pankreatitis-assoziiertes Protein)</b>				127
<b>01727 (CFTR-Gen)</b>				43

Von den hier ausgewählten und von Überweisungsnehmern abgerechneten Gebührenordnungspositionen wird das Hüftscreening am häufigsten, jedoch mit rückläufigem Trend abgerechnet (von rd. 55 Tsd. im Jahr 2014 auf rd. 52 Tsd. im Jahr 2017). Ferner wurden im Jahr 2017 rd. 9 Tsd. Hörscreenings, 2 Tsd. erweiterte Neugeborenen-Screenings, 27 Tsd. Laboruntersuchungen im Rahmen des Neugeborenen-Screenings sowie 26 Tsd. immunologische Bestimmungen des immunreaktiven Trypsins von Überweisungsnehmern abgerechnet. Die immunologische Bestimmung des Pankreatitis-assoziierten Proteins sowie die molekulargenetische Untersuchung des CFTR-Gens spielen beim Überweisungsverhalten nur eine untergeordnete Rolle.

---

<sup>4</sup> Die Zuordnung des (Arztgruppen-) Merkmals des Überweisungsnehmers basiert auf dem Abrechnungsverhalten der Praxis/Betriebsstätte und identifiziert neben „reinen“ Arztgruppen auch bestimmte Praxisformen, wie MVZ oder Einrichtungen nach § 311 SGB V. Diese bilden zusammen die Kategorie „Einrichtungen“. In diesen arbeiten meist Ärzte unterschiedlicher Fachgruppen. D. h., dass eine Überweisung zum Augenarzt oder zum Kardiologen durch eine Behandlung in einer Einrichtung erbracht wird, in der die erforderliche Fachrichtung vertreten ist.

**Tabelle 26: Behandlungsbeteiligung (in %) von Kinder- und Jugendärzten und Hausärzten (allein, in Kombination) bei Kindern unter 18 Jahren, insgesamt und nach Altersgruppen, 2010 bis 2017**

*Hausärzte = Fachärzte für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, hausärztlich tätige Internisten*

Merkmal	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<b>Anzahl &lt;18-Jährige, in Tsd.</b>	<b>10.875</b>	<b>10.827</b>	<b>10.661</b>	<b>10.713</b>	<b>10.616</b>	<b>10.669</b>	<b>10.872</b>	<b>11.020</b>
	%							
.. bei KJÄ und HÄ	22,9	22,8	22,1	22,7	21,6	21,1	21,2	20,4
.. nur bei HÄ	27,4	26,5	25,4	24,5	23,4	22,3	21,3	20,3
.. nur bei KJÄ	49,6	50,7	52,5	52,7	55,1	56,6	57,6	59,3
<b>Anzahl 0- bis 5-Jährige, in Tsd.</b>	<b>3.715</b>	<b>3.681</b>	<b>3.690</b>	<b>3.713</b>	<b>3.761</b>	<b>3.843</b>	<b>3.984</b>	<b>4.153</b>
	%							
.. bei KJÄ und HÄ	26,3	25,1	23,9	24,1	22,3	21,2	20,8	19,8
.. nur bei HÄ	6,6	6,2	5,8	5,5	5,2	5,0	4,8	4,7
.. nur bei KJÄ	67,1	68,7	70,2	70,4	72,5	73,8	74,4	75,5
<b>Anzahl 6- bis 11-Jährige, in Tsd.</b>	<b>3.581</b>	<b>3.539</b>	<b>3.414</b>	<b>3.419</b>	<b>3.369</b>	<b>3.377</b>	<b>3.450</b>	<b>3.473</b>
	%							
.. bei KJÄ und HÄ	24,9	25,0	24,0	24,9	23,4	22,9	23,1	21,8
.. nur bei HÄ	22,2	20,9	19,7	18,5	17,3	16,5	15,6	15,2
.. nur bei KJÄ	52,9	54,1	56,3	56,6	59,3	60,7	61,3	63,0
<b>Anzahl 12- bis 17-Jährige, in Tsd.</b>	<b>3.579</b>	<b>3.607</b>	<b>3.557</b>	<b>3.581</b>	<b>3.486</b>	<b>3.449</b>	<b>3.439</b>	<b>3.395</b>
	%							
.. bei KJÄ und HÄ	17,5	18,2	18,2	19,2	19,1	19,3	19,6	19,6
.. nur bei HÄ	54,3	52,7	51,2	50,1	48,7	47,2	45,9	44,8
.. nur bei KJÄ	28,2	29,1	30,6	30,7	32,2	33,5	34,4	35,7

Die Behandlungsbeteiligung von KJÄ und Hausärzten bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren ist in Tabelle 26 zusammengestellt. Verglichen mit den Anteilen, die nur beim Hausarzt oder gemeinsam von KJÄ und Hausarzt behandelt werden, ist der Anteil derer, die nur bei KJÄ behandelt werden (mit Ausnahme der 12- bis 17-Jährigen) am größten. Außerdem ist dieser Anteil umso höher, je jünger die Kinder sind (siehe Aufstellung nach Altersgruppen in Tabelle 26). Für alle Altersgruppen gilt, dass der Anteil mit alleiniger KJÄ-Behandlung im Beobachtungszeitraum zugenommen hat (bspw. von 50% im Jahr 2010 auf 59% im Jahr 2017 für alle Kinder <18 Jahre).

**Tabelle 27: Anteil <18-Jähriger mit 1, 2 oder 3 und mehr behandelnden Ärzten (Kinder- und Jugendärzte und/oder Hausärzte), 2010 bis 2017**

*Hausärzte = Fachärzte für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, hausärztlich tätige Internisten*

Jahr	1 Arzt	2 Ärzte	≥3 Ärzte
	%		
<b>2010</b>	50,9	29,2	20,0
<b>2011</b>	50,3	29,4	20,4
<b>2012</b>	50,2	29,3	20,5
<b>2013</b>	49,4	29,3	21,3
<b>2014</b>	49,6	29,2	21,1
<b>2015</b>	49,4	29,4	21,2
<b>2016</b>	48,3	29,4	22,2
<b>2017</b>	48,7	29,4	22,0

Eine weitere Auszählung ergab (Tabelle 27), dass relativ zeitstabil rd. 50% der Kinder und Jugendlichen bei genau einem Arzt (KJA oder Hausarzt) pro Jahr in Behandlung waren, rd. 29% bei 2 Ärzten (KJÄ und/oder Hausärzte) und rd. 21% bei 3 oder mehr Ärzten (KJÄ und/oder Hausärzte).

### 3.4 Transition

**Tabelle 28: Anzahl Patienten  $\geq 18$  Jahre bei Kinder- und Jugendärzten in Tsd., nach KV-Region, 2010 bis 2017**

KV-Region	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<i>Anzahl Patienten <math>\geq 18</math>, in Tsd.</i>								
Schleswig-Holstein	12	13	13	14	14	14	13	13
Hamburg	9	10	10	12	12	12	12	12
Bremen	4	4	4	4	4	5	5	5
Niedersachsen	34	37	36	37	39	38	38	38
Westfalen-Lippe	40	38	38	39	43	40	37	38
Nordrhein	38	40	42	43	46	50	51	53
Hessen	35	37	35	38	37	35	35	36
Rheinland-Pfalz	15	12	12	12	12	12	12	12
Baden-Württemberg	57	56	57	58	55	52	51	51
Bayern	53	59	58	64	64	63	61	60
Berlin	20	20	19	21	18	16	15	16
Saarland	7	8	6	7	7	7	6	6
Mecklenburg-Vorpommern	15	14	13	15	14	13	13	13
Brandenburg	15	16	15	15	15	14	14	14
Sachsen-Anhalt	23	21	20	20	19	18	17	17
Thüringen	16	15	15	14	14	14	13	13
Sachsen	37	34	32	32	32	32	30	31
<b>Gesamt</b>	<b>428</b>	<b>434</b>	<b>424</b>	<b>446</b>	<b>444</b>	<b>434</b>	<b>422</b>	<b>429</b>

Mit der Frage nach der Behandlung von Erwachsenen bei KJÄ beschäftigen sich die nachfolgenden Tabellen. Bundesweit wurden zwischen 2010 und 2017 durchschnittlich rd. 433 Tsd. Erwachsene (Patienten  $\geq 18$  Jahre) pro Jahr von KJÄ behandelt (Tabelle 28). Nach KV-Regionen betrachtet zeigen Hamburg, Niedersachsen, Nordrhein und Bayern einen eher zunehmenden Trend, während in den übrigen KV-Regionen die Anzahl behandelter Erwachsener etwa gleichbleibt oder sinkt (z. B. in Sachsen oder in Thüringen).

Die Auszählung der häufigsten Diagnose-Codes bei Erwachsenen in Behandlung bei KJÄ ergab zum einen typische Behandlungsanlässe, wie Infektionserkrankungen und Impfungen, aber auch spezifische Erkrankungen, wie die Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung oder Epilepsie (Daten nicht gezeigt).

Eine ausführliche Liste von transitionswürdigen Diagnose-Codes (-Gruppen) mit der entsprechenden Anzahl von behandelten Patienten  $\geq 18$  Jahre (so genannte TransFIT-Liste, siehe Anlage 3.1) ist in Tabelle 29 zu finden.

**Tabelle 29: Anzahl Patienten  $\geq 18$  Jahre mit ausgewählten Erkrankungen (TransFIT-Liste, m1Q\*) bei Kinder- und Jugendärzten, 2010 bis 2017**

\* Erläuterung siehe Tabelle 20

Merkmal	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<b>Entwicklungsstörungen</b>	10.257	10.607	11.117	12.580	15.407	17.090	18.426	20.029
<b>Verhaltens- und emotionale Störungen</b>	10.149	10.585	11.346	12.640	15.462	16.873	17.426	17.913
<b>Allergische Rhinopathie</b>	6.173	6.306	6.694	7.805	9.037	9.503	10.260	10.758
<b>Herzfehler, schwere angeborene</b>	6.724	7.184	7.815	8.622	9.301	9.645	10.095	10.082
<b>Asthma bronchiale und chronische Bronchitis</b>	4.067	4.689	4.914	5.699	6.340	6.661	6.837	7.240
<b>Affektive Störungen</b>	5.324	4.791	5.097	5.304	6.198	6.145	6.510	7.077
<b>Schwerwiegende Störung des Stoffwechsels</b>	5.312	5.562	5.444	6.086	6.776	6.176	6.401	6.896
<b>Atopisches Ekzem</b>	4.276	4.199	4.345	4.870	5.528	5.474	5.791	6.100
<b>Tiefgehende Entwicklungsstörungen</b>	1.775	1.991	2.139	2.753	3.379	3.886	4.413	4.869
<b>Diabetes mellitus Typ 1</b>	3.667	3.617	3.528	3.617	3.753	3.840	4.096	4.118
<b>Adipositas</b>	1.896	2.010	2.074	2.453	2.875	2.916	3.177	3.575
<b>Anpassungsstörungen</b>	1.693	2.099	2.358	2.633	3.074	3.261	2.923	3.115
<b>Epilepsie</b>	2.902	2.761	2.829	2.881	3.074	3.065	2.962	3.029
<b>Bösartige Neubildungen</b>	3.482	3.410	3.476	3.341	3.207	2.922	2.954	2.913
<b>Geistige Behinderung</b>	3.035	2.854	2.796	2.769	3.058	2.837	2.864	2.872
<b>Angststörung</b>	2.248	2.184	2.245	2.356	2.586	2.582	2.674	2.549
<b>Schwere angeborene Fehlbildungen d. Nervensystems</b>	1.464	1.546	1.517	1.627	1.717	1.770	1.819	1.963
<b>Schwere Immundefekte</b>	1.381	1.300	1.276	1.471	1.470	1.708	1.630	1.796
<b>Lähmungssyndrome</b>	1.145	1.144	1.164	1.294	1.403	1.380	1.482	1.525
<b>Gedeihstörung</b>	984	961	1.025	1.147	1.291	1.465	1.504	1.495
<b>Zölikakie</b>	512	582	752	922	1.135	1.292	1.397	1.424
<b>Juvenile Arthritis</b>	760	803	878	903	1.047	1.107	1.218	1.221
<b>Nephritis</b>	460	447	403	441	465	487	500	531
<b>Hypophysenunterfunktion</b>	314	306	345	392	396	409	437	426

<b>Hypothyreose (angeboren)</b>	299	290	329	369	373	385	408	409
<b>Mukoviszidose</b>	279	334	311	340	342	358	381	353
<b>Niereninsuffizienz</b>	161	183	181	233	245	222	240	241
<b>Lippen-Gaumenspalte</b>	177	183	175	191	229	243	263	227
<b>Schizophrenie</b>	363	307	278	297	302	242	225	226
<b>Komplettes oder teilweises Fehlen von Extremitäten</b>	127	157	133	161	175	164	182	177
<b>Immundefekt</b>	164	197	152	147	166	151	163	151
<b>Genetische Myopathien</b>	131	106	110	119	117	126	141	147
<b>Morbus Crohn</b>	104	105	127	96	116	141	123	145
<b>Schwere Fehlbildungssyndrome</b>	55	57	71	87	78	78	67	91
<b>Colitis ulcerosa</b>	63	66	91	212	120	92	106	83
<b>Schwere Fehlbildungen Muskel-/Skelettsystem</b>	<30	<30	<30	39	38	41	49	44
<b>AGS mit Enzymmangel</b>	69	79	73	90	49	<30	<30	<30
<b>Anorexie und Bulimie</b>	202	183	180	209	<30	<30	<30	<30
<b>Kollagenose (Lupus erythematodes)</b>	<30	<30	<30	<30	<30	<30	<30	<30
<b>Leukämie (ALL)</b>	<30	<30	<30	<30	<30	<30	<30	<30
<b>Ösophagusatresie</b>	<30	<30	<30	<30	<30	<30	<30	<30
<b>Spinale Muskelatrophie</b>	45	51	40	55	37	<30	<30	<30
<b>Uropathie mit subpelviner Stenose</b>	<30	<30	<30	<30	<30	<30	<30	<30
<b>Uropathie im Zusammenhang mit vesicoralem Reflux</b>	194	181	172	<30	<30	<30	<30	<30
<b>Zwangsstörung</b>	98	117	139	143	<30	<30	<30	<30

Zum leichteren Überblick zur Häufigkeit von Erkrankungen bei Erwachsenen, die beim KJÄ behandelt werden, ist die Liste der Erkrankungen in Tabelle 29 nach der Anzahl der Patienten im Jahr 2017 geordnet, beginnend mit der höchsten Anzahl. Demnach sind Entwicklungs-, Verhaltens- und affektive Störungen, Allergien, Lungenkrankheiten, angeborene Herzfehler, schwere Stoffwechselstörungen und atopisches Ekzem besonders häufige Konditionen. Gemein ist allen Erkrankungen (bis auf wenige Ausnahmen, z. B. Neubildungen, geistige Behinderung), dass die Anzahl der erwachsenen Patienten mit Behandlung dieser Erkrankungen bei KJÄ zwischen 2010 und 2017 zugenommen hat. Auch hier fallen die zahlenmäßig stark besetzten Erkrankungen auf. So behandeln

KJÄ im Jahr 2017 fast dreimal so viele Patienten  $\geq 18$  mit tiefgehenden Entwicklungsstörungen als noch im Jahr 2010. Außerdem hat sich die Zahl der erwachsenen Patienten mit Entwicklungsstörungen zwischen 2010 und 2017 nahezu verdoppelt (von knapp 10.300 auf mehr als 20.000 Patienten), ebenso die Anzahl der erwachsenen Patienten mit Adipositas und Anpassungsstörungen.

## 4 Anhang

### 4.1 Material und Methoden

#### 4.1.1 Datengrundlagen

Als Datengrundlage dienen die bundesweiten vertragsärztlichen Abrechnungsdaten nach § 295 SGB V sowie die Arzneverordnungsdaten nach § 300 SGB V für die Jahre 2010 bis 2017 bzw. bis 2017.

Als Kinder- und Jugendärzte (KJÄ) wurden die nachfolgenden Fachgruppen anhand der lebenslangen Arztnummer (LANR) ausgewählt:

- hausärztliche Kinder- und Jugendmedizin
- hausärztliche Kinder-Hämatologie
- hausärztliche Kinder-Kardiologie
- hausärztliche Neonatologie
- hausärztliche Neuropädiatrie/Kinderneuropsychiatrie
- hausärztliche Kinder-Pneumologie
- fachärztliche Kinder- und Jugendmedizin
- fachärztliche Kinder-Hämatologie
- fachärztliche Kinder-Kardiologie
- fachärztliche Neonatologie
- fachärztliche Neuropädiatrie/Kinderneuropsychiatrie
- fachärztliche Kinder-Pneumologie
- Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt u. Teilnahme an der HA/FA-Versorgung.

Über die Leistungserbringung an unter 18-Jährigen werden die tatsächlich tätigen KJÄ pro Kalenderjahr und KV-Bereich festgestellt. Außerdem wird jeder Arzt-Praxis Kombination, die den zuvor genannten Kriterien entspricht, Teilnahmeumfang (0,25/0,5/0,75/1) und Teilnahmestatus (zugelassen/angestellt) zugeordnet (siehe unten). Da Ärzte in mehreren Praxen und somit auch in unterschiedlichen KVen arbeiten können, werden Teilnahmeumfang und Teilnahmestatus zunächst quartalsweise bestimmt und im zweiten Schritt nach LANR aggregiert. So ergibt sich die bundesweite, distinkte Arztzahl. Neben der Anzahl der Ärzte („Köpfe“) wird auch die Anzahl der Ärzte nach Vollzeitäquivalenten bestimmt. Dazu wird der Teilnahmeumfang je Arzt aus den Quartalen eines Jahres auf ein Jahr berechnet. Dabei wird der Teilnahmeumfang eines Arztes in all seinen tätigen Praxen je Quartal aufsummiert mit der Obergrenze 1 (voller Versorgungsauftrag) und mit 1/4 gewichtet. Dann wird der berechnete maximal mögliche Teilnahmeumfang je Quartal über alle vier Quartale auf das Jahr gerechnet. Die Summe aller Teilnahmeumfangswerte ergibt die Arztzahl nach Vollzeitäquivalenten und ist stets geringer als die Anzahl nach „Köpfen“. Die Kombination aus Teilnahmeumfang und -status ergibt die folgenden Ausprägungen:

- voller Versorgungsauftrag bei zugelassenen Ärzten (Wert 1)
- Beschäftigung über 30 Stunden pro Woche bzw. Ganztagsbeschäftigung bei angestellten Ärzten (Wert 1)
- Sonstige (Wert 1)
- Beschäftigung über 20 bis 30 Stunden pro Woche bei angestellten Ärzten (Wert 0,75)
- Beschäftigung über 10 bis 20 Stunden pro Woche bzw. Halbtagsbeschäftigung bei angestellten Ärzten (Wert 0,5)

- hälftiger Versorgungsauftrag bei zugelassenen Ärzten (Wert 0,5)
- Beschäftigung bis 10 Stunden pro Woche bei angestellten Ärzten (Wert 0,25)

Die Kinder- und Jugendärzte werden in Schwerpunkt-KJÄ und hausärztliche KJÄ unterteilt. Als Schwerpunkt-KJÄ gelten jene Kinder- und Jugendärzte, die Leistungen aus Abschnitt 4.4 und/oder 4.5 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes abrechnen. Dementsprechend sind die hausärztlichen KJÄ diejenigen, die keine Leistungen aus den Abschnitten 4.4 und/oder 4.5 abrechnen.

Zur Gruppe der Hausärzte wurden die folgenden LANR Fachgruppen gezählt:

- Allgemeinmedizin
- Hausärztlich Praktischer Arzt/Arzt ohne Facharzt- Weiterbildung
- Hausärztliche Innere Medizin

Berücksichtigt wurden jedoch noch nur diejenigen Hausärzte, die Versorgungsleistungen an Kindern unter 18 Jahren erbringen. Bezüglich des Teilnahmeumfangs und der Zählweise distinkter Hausärzte gelten die gleichen Bedingungen wie bei den KJÄ.

#### 4.1.2 TransFIT-Liste

<b>Neubildungen /onkologische Erkrankungen</b>	<b>ICD-10</b>
Bösartige Neubildungen	C00-C97
Leukämie (ALL)	C91.0
<b>Bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems</b>	
Schwere Immundefekte	D80-D84
Immundefekt	D84.9
<b>Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten</b>	
Diabetes mellitus Typ 1	E10
Hypothyreose (angeboren)	E03.1; E03.2
Hypophysenunterfunktion	E23.0
AGS mit Enzymmangel	E25.0
Adipositas	E66.0
Schwerwiegende Störung des Stoffwechsels	E70.0-E72.9; E74.0-E83
Mukoviszidose	E84.0; E84.1; E84.8

### **Psychische und Verhaltensstörungen**

Schizophrenie	F20
Affektive Störungen	F31.0-F33.8
Angststörung	F40.0-F41.8
Zwangsstörung	F42.0-F42.8
Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	F43.0-F43.8
Anorexie und Bulimie	F50.0-F50.3
Geistige Behinderung	F70-F73
Entwicklungsstörung	F80-F89
Tiefgreifende Entwicklungsstörungen	F84
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	F90-F98

### **Krankheiten des Nervensystems**

Spinale Muskelatrophie	G12.0-G12.8
Epilepsie	G40.1-G40.4
Genetische Myopathien	G71.0-G71.8
Lähmungssyndrome	G80.0-G80.8

### **Krankheiten des Atmungssystems**

Allergische Rhinopathie mit Gefahr des Befalls der Lungen- und Bronchialebene	J30.1-J30.3
Asthma bronchiale und chronische oder rezidivierende obstruktive Bronchitis	J44.8; J45.0-J45.1; J45.8

### **Krankheiten des Verdauungssystems**

Morbus Crohn	K50.0-K50.1; K50.88
Colitis ulcerosa	K51.0-K51.8
Zöliakie	K90.0

### **Krankheiten der Haut und Unterhaut**

Atopisches Ekzem	L20.8
------------------	-------

### **Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes**

Juvenile Arthritis	M08.0-M08.9
Kollagenose (Lupus erythematodes)	M32.1

### **Krankheiten des Urogenitalsystems**

Nephritis	N00-N07
Uropathie mit subpelviner Stenose	N13.0
Uropathie im Zusammenhang mit vesikorenalem Reflux	N13.7
Niereninsuffizienz	N18.1-N18.89

### **Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde**

Gedehstörung R62.8

### **Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien**

Schwere angeborene Fehlbildung des Nervensystems	Q00.0-Q07.8
Herzfehler, schwere angeborene (u 18)	Q20-Q26.8
Lippen-Kiefer-Gaumenspalte	Q35.1-Q37.5
Ösophagusatresie	Q39.0-Q39.8
Komplettes oder teilweises Fehlen von Extremitäten	Q72.0-Q73.8
Schwere Fehlbildungen Muskel-/Skelettsystem	Q79.0-Q79.5
Schwere Fehlbildungssyndrome	Q80.0-Q81.8; Q85.0-Q85.8; Q87.0-Q87.8
Chromosomenanomalie	Q91-Q93; Q99.2

## 4.2 Exkurs E1: Die Jugendgesundheitsuntersuchung J1

Im Exkurs E1 wird auf regionale Unterschiede in der Entwicklung der Inanspruchnahme der Jugendgesundheitsuntersuchung J1 auf der Ebene der KV-Bereiche eingegangen (Tabelle E 1-1 bis E 1-3). Betrachtet werden dabei alle von KJÄ erbrachten J1-Untersuchungen (vgl. Tabelle 12).

**Tabelle E1-1: Anzahl Jugendgesundheitsuntersuchungen J1 in Tsd., nach KV-Region, 2010 bis 2017**

KV-Region	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Schleswig-Holstein	7,6	8,3	8,2	8,0	7,9	7,8	7,6	7,5
Hamburg	4,9	5,1	5,2	5,1	5,2	5,2	5,2	5,0
Bremen	2,3	2,6	2,3	2,2	2,1	2,1	1,9	1,7
Niedersachsen	23,5	24,4	24,6	22,5	22,7	22,3	21,2	20,5
Westfalen-Lippe	29,6	30,2	31,3	29,0	28,2	27,3	26,0	24,7
Nordrhein	36,2	37,2	36,9	34,7	32,7	32,1	30,9	30,6
Hessen	16,9	17,2	17,8	16,7	16,6	17,0	16,2	15,8
Rheinland-Pfalz	14,5	14,7	14,7	13,2	13,3	13,7	13,2	12,8
Baden-Württemberg	34,6	34,8	35,4	34,0	31,2	31,0	29,6	26,4
Bayern	29,2	30,5	31,9	30,7	30,3	30,3	30,1	30,1
Berlin	8,0	8,7	9,3	8,8	8,7	8,6	8,6	8,6
Saarland	3,1	3,1	3,5	2,6	2,4	2,5	2,4	2,2
Mecklenburg-Vorpommern	3,0	3,7	3,9	4,4	4,6	4,4	4,4	4,2
Brandenburg	6,3	6,7	7,5	7,0	6,8	7,0	6,8	6,7
Sachsen-Anhalt	4,2	4,6	5,2	5,1	5,1	5,1	5,0	5,0
Thüringen	4,1	4,6	5,3	5,3	5,2	5,3	5,1	5,0
Sachsen	9,2	9,9	11,1	10,9	11,0	11,1	10,9	11,3

Bundesweit nahm die Leistungsmenge der durch KJÄ erbrachten J1 im Beobachtungszeitraum von 237 Tsd. auf 218 Tsd. Untersuchungen ab. Dieser Trend variiert nach KV-Regionen. Während in Bremen, Niedersachsen, Westfalen-Lippe, Nordrhein, Baden-Württemberg und Saarland rückläufige Leistungsmengen zwischen 2010 und 2017 registriert wurden, nahm die Anzahl in Bayern, Berlin, Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg, Sachsen-Anhalt, Thüringen und Sachsen im gleichen Zeitraum zu (Tabelle E1-1).

Die Entwicklung der Leistungsmenge ist nicht unabhängig von der Entwicklung der Anzahl der leistungsberechtigten Kinder zu betrachten (siehe Tabelle E1-2). In den zuletzt genannten KV-Regionen (mit Leistungsmengenausweitung der J1) stieg auch die Anzahl der Kinder in der leistungsberechtigten Altersgruppe der 12- bis 15-Jährigen, während sie in allen anderen KV-Regionen abnahm.

**Tabelle E1-2: Anzahl 12- bis 15-Jährige in Tsd., nach KV-Region, 2010 bis 2017**

KV-Region	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<b>Schleswig-Holstein</b>	101,1	102,2	99,8	97,3	94,5	91,7	90,6	89,5
<b>Hamburg</b>	50,3	51,0	50,5	50,3	49,7	50,2	50,5	50,2
<b>Bremen</b>	20,8	20,9	20,4	20,1	19,2	19,8	19,7	19,4
<b>Niedersachsen</b>	296,4	297,4	289,9	282,3	272,0	264,1	258,3	253,2
<b>Westfalen-Lippe</b>	318,6	316,1	308,4	299,8	289,6	282,7	277,3	273,4
<b>Nordrhein</b>	324,7	321,5	314,9	307,9	298,6	293,7	290,9	289,3
<b>Hessen</b>	204,0	203,4	200,1	196,2	191,0	188,2	186,2	186,0
<b>Rheinland-Pfalz</b>	138,3	136,8	133,1	129,0	123,7	120,7	117,9	116,6
<b>Baden-Württemberg</b>	375,5	370,9	364,6	354,8	343,0	333,8	327,5	322,7
<b>Bayern</b>	419,1	422,7	415,8	405,7	393,2	385,5	378,6	373,4
<b>Berlin</b>	86,6	88,6	88,2	88,9	88,8	90,0	91,9	93,9
<b>Saarland</b>	32,9	32,6	31,2	29,8	28,7	27,8	27,6	27,7
<b>Mecklenburg-Vorpommern</b>	39,1	41,2	42,1	43,2	43,5	44,1	45,0	44,7
<b>Brandenburg</b>	60,4	64,0	65,2	66,2	66,1	66,8	67,2	68,4
<b>Sachsen-Anhalt</b>	54,4	56,8	58,4	59,6	59,6	59,5	59,5	59,9
<b>Thüringen</b>	53,1	55,5	57,2	58,1	57,9	58,5	59,4	59,3
<b>Sachsen</b>	93,3	99,4	103,2	106,9	108,0	110,0	111,3	113,1

Bei der gemeinsamen Betrachtung von J1-Leistungsmenge und Anzahl anspruchsberechtigter Kinder ist eine relativ konstante Behandlungsprävalenz über die Zeit von durchschnittlich 9% für das gesamte Bundesgebiet zu beobachten. Die KV-spezifischen Behandlungsprävalenzen befinden sich in Tabelle E1-3. In Mecklenburg-Vorpommern ist der größte relative Zuwachs in der J1-Behandlungsprävalenz festzustellen (von 7,7% im Jahr 2010 auf 10,5% im Jahr 2014 bzw. 9,4% im Jahr 2017). Erkennbar ist außerdem, dass in den meisten KV-Regionen ein Maximum in der Behandlungsprävalenz im Jahr 2012 auftritt mit einem darauffolgenden Abfall ab 2013. Hierzu ist anzumerken, dass wie bereits an anderer Stelle erwähnt, für den vorliegenden Bericht nur Leistungsziffern im Rahmen der kollektivvertragsärztlichen Versorgung herangezogen werden. Selektivvertragliche Leistungs-abrechnungen, wie z. B. zwischen einzelnen Krankenkassen und den Leistungserbringern sind nicht Bestandteil der verfügbaren Datenbasis. Da eine große bundesweite Krankenkasse im Jahr 2013 einen Selektivvertrag zur Weiterentwicklung der kinder- und jugendärztlichen Vorsorge auf den Weg brachte [5], kann zumindest ein Teil des Rückgangs in der kollektivvertraglichen J1-Behandlungsprävalenz auf die Einführung dieser selektivvertraglichen Regelung zurückgeführt werden. Regionale Unterschiede in der Inanspruchnahme der J1 gehen möglicherweise aber auch auf Maßnahmen aus den Landeskinderschutzgesetzen zurück, wie z. B. einem verbindlichen Einladungs- und Erinnerungswesen zur Wahrnehmung der Jugendgesundheitsuntersuchung.

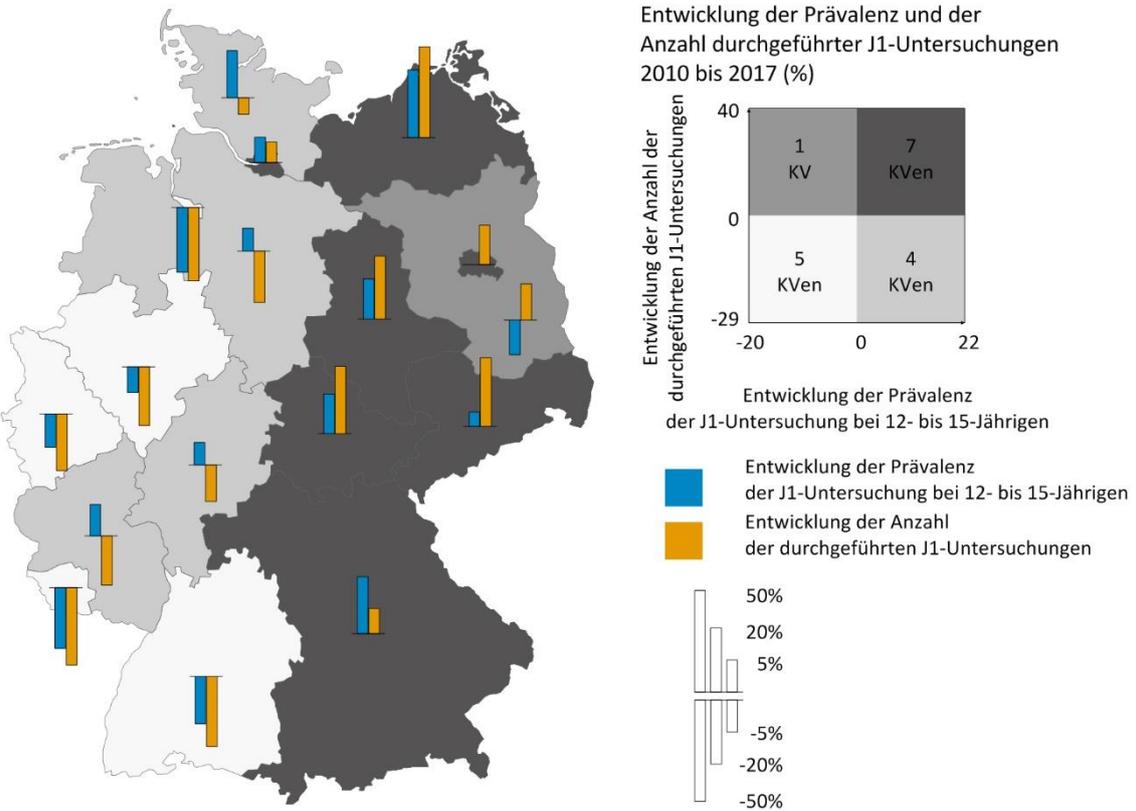
**Tabelle E1-3: Behandlungsprävalenz der J1 bei 12- bis 15-Jährigen nach KV-Region, 2010 bis 2017**

KV-Region	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Schleswig-Holstein	7,5%	8,1%	8,2%	8,2%	8,3%	8,5%	8,3%	8,3%
Hamburg	9,7%	9,9%	10,4%	10,1%	10,4%	10,3%	10,3%	10,0%
Bremen	10,9%	12,2%	11,5%	11,0%	10,9%	10,5%	9,7%	8,7%
Niedersachsen	7,9%	8,2%	8,5%	8,0%	8,4%	8,5%	8,2%	8,1%
Westfalen-Lippe	9,3%	9,5%	10,1%	9,7%	9,7%	9,6%	9,4%	9,0%
Nordrhein	11,2%	11,6%	11,7%	11,3%	11,0%	10,9%	10,6%	10,6%
Hessen	8,3%	8,5%	8,9%	8,5%	8,7%	9,0%	8,7%	8,5%
Rheinland-Pfalz	10,5%	10,8%	11,0%	10,3%	10,7%	11,4%	11,2%	11,0%
Baden-Württemberg	9,2%	9,4%	9,7%	9,6%	9,1%	9,3%	9,0%	8,2%
Bayern	7,0%	7,2%	7,7%	7,6%	7,7%	7,9%	7,9%	8,1%
Berlin	9,2%	9,8%	10,6%	9,9%	9,8%	9,6%	9,4%	9,2%
Saarland	9,5%	9,6%	11,1%	8,6%	8,5%	8,9%	8,7%	7,8%
Mecklenburg-Vorpommern	7,7%	9,1%	9,2%	10,2%	10,5%	10,0%	9,8%	9,4%
Brandenburg	10,4%	10,5%	11,4%	10,6%	10,3%	10,4%	10,1%	9,8%
Sachsen-Anhalt	7,8%	8,1%	9,0%	8,5%	8,6%	8,5%	8,4%	8,4%
Thüringen	7,8%	8,4%	9,3%	9,1%	8,9%	9,0%	8,6%	8,4%
Sachsen	9,9%	9,9%	10,8%	10,2%	10,2%	10,1%	9,8%	10,0%

Abbildung E1 kombiniert die zuvor genannten Entwicklungen in der Leistungsmenge und in der Behandlungsprävalenz kartografisch nach KV-Regionen. Dabei bestimmt die Grauabstufung das vorherrschende Muster zwischen Zu-/Abnahme von Leistungsmenge (Anzahl) und Prävalenz, während die Höhe der farbigen Balken eine quantitative Abschätzung der relativen Veränderung beider Merkmale wiedergibt. Es werden die Ausprägungen der Jahre 2010 und 2017 miteinander verglichen. Lesebeispiele sind der Abbildung nachgestellt.

Im Vergleich zwischen 2010 und 2017 sind die KV-Bereiche Bremen, Westfalen-Lippe, Nordrhein, Saarland und Baden-Württemberg sowohl durch einen Rückgang in der absoluten Leistungsmenge als auch in der Behandlungsprävalenz der J1 gekennzeichnet. Für Schleswig-Holstein, Niedersachsen, Hessen und Rheinland-Pfalz bestand trotz abnehmender J1-Leistungsmenge, bezogen auf die leistungsberechtigte Bevölkerung jedoch ein Anstieg in der Behandlungsprävalenz. Mit Ausnahme von Brandenburg ist in den östlichen KV-Regionen (inkl. Bayern) sowohl eine zunehmende Leistungsmenge als auch eine zunehmende Behandlungsprävalenz zu beobachten.

**Abbildung E1: Kombinierte Darstellung von Entwicklung der Leistungsmenge und der Behandlungsprävalenz der Jugenduntersuchung J1 nach KV-Regionen**



*Lesebeispiel 1:* In der KV Bayerns geht eine Zunahme in der Anzahl der durchgeführten J1-Untersuchungen mit einer Zunahme der Behandlungsprävalenz einher (dunkelgraue Einfärbung der Region). Zwischen 2010 und 2017 beträgt die relative Veränderung der Prävalenz rund +20% (blauer Balken) und die relative Veränderung der Anzahl durchgeführter J1 rund +5% (orangefarbener Balken).

*Lesebeispiel 2:* In der KV Schleswig-Holstein geht eine Abnahme in der Anzahl der durchgeführten J1-Untersuchungen mit einer Zunahme der Behandlungsprävalenz einher (hellgraue Einfärbung der Region). Zwischen 2010 und 2017 beträgt die relative Veränderung der Prävalenz rund +11% (blauer Balken) und die relative Veränderung der Anzahl durchgeführter J1 rund -2% (orangefarbener Balken).

### 4.3 Exkurs E2: Verordnungsprävalenzen von Vitamin D- und Fluor-Präparaten

Im Exkurs E2 wird die zeitliche Entwicklung der regionalen Verordnungsraten von Vitamin D- und Fluor-Präparaten auf der Ebene der KV-Regionen (ohne Hessen<sup>5</sup>) betrachtet.

**Tabelle E2-1: Verordnungsprävalenzen (in %) von Fluor<sup>1</sup> nach KV-Region, 2010 bis 2016**

KV-Region	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Schleswig-Holstein	11,4	10,3	9,4	8,9	8,2	7,6	7,0
Hamburg	13,3	12,7	12,3	12,2	11,2	10,2	9,4
Bremen	12,2	11,5	10,8	10,4	10,9	10,7	9,9
Niedersachsen	11,5	11,3	10,5	10,0	9,6	8,9	8,3
Westfalen-Lippe	14,0	13,9	12,9	13,1	13,0	12,7	12,2
Nordrhein	12,4	12,1	10,8	10,7	10,5	10,1	9,7
Rheinland-Pfalz	13,2	12,7	11,5	11,1	10,1	9,6	9,1
Baden-Württemberg	11,2	10,8	9,4	9,3	9,1	8,9	8,0
Bayern	13,5	13,2	11,7	11,7	11,3	10,7	10,1
Berlin	12,2	10,6	9,3	9,4	8,5	7,4	6,5
Saarland	13,2	14,0	13,7	12,4	11,5	11,3	10,7
Mecklenburg-Vorpommern	7,0	6,6	6,1	5,3	4,6	3,7	3,6
Brandenburg	13,7	12,7	11,3	10,7	9,5	8,4	7,4
Sachsen-Anhalt	12,8	12,5	10,4	9,8	8,8	7,6	6,4
Thüringen	11,6	11,7	8,7	7,6	6,1	5,3	4,6
Sachsen	12,9	11,5	9,5	8,4	7,4	5,9	4,6

<sup>1</sup> Fluor-Mono- oder Vitamin D-Fluor-Kombipräparate

In allen KV-Bereichen haben die Verordnungsprävalenzen von Fluor (Fluor-Monopräparat oder Vitamin D-Fluor-Kombipräparat) abgenommen (Tabelle E2-1). In Berlin, Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg, Sachsen-Anhalt, Thüringen und Sachsen sind die Raten besonders stark gesunken und betragen im Jahr 2016 im Vergleich zu 2010 noch zwischen 36% (Sachsen) und 54% (Brandenburg) des Ausgangsniveaus. Im Bundesdurchschnitt sank die Verordnungsprävalenz von Fluorpräparaten um rund 30%.

<sup>5</sup> In Hessen erfolgte die präventive Abgabe von Vitamin D und Fluor nicht über das klassische Kassenrezept, sondern wurde von der Landesregierung finanziert. Somit sind die Verordnungsprävalenzen in Hessen nur für die Therapie, jedoch nicht für die Prävention erfasst und werden in diesem Exkurs ausgeschlossen.

Abbildung E2-1 zeigt die Entwicklung der Verordnungsprävalenzen nach KV-Regionen als Liniengrafik. Zur leichteren Übersicht folgt die Reihenfolge der Legende (KV-Regionen) der Höhe der 2016er Verordnungsprävalenzen.

**Abbildung E2-1: Entwicklung der Fluor-Verordnungsprävalenz nach KV-Regionen (ohne Hessen), 2010 bis 2016**

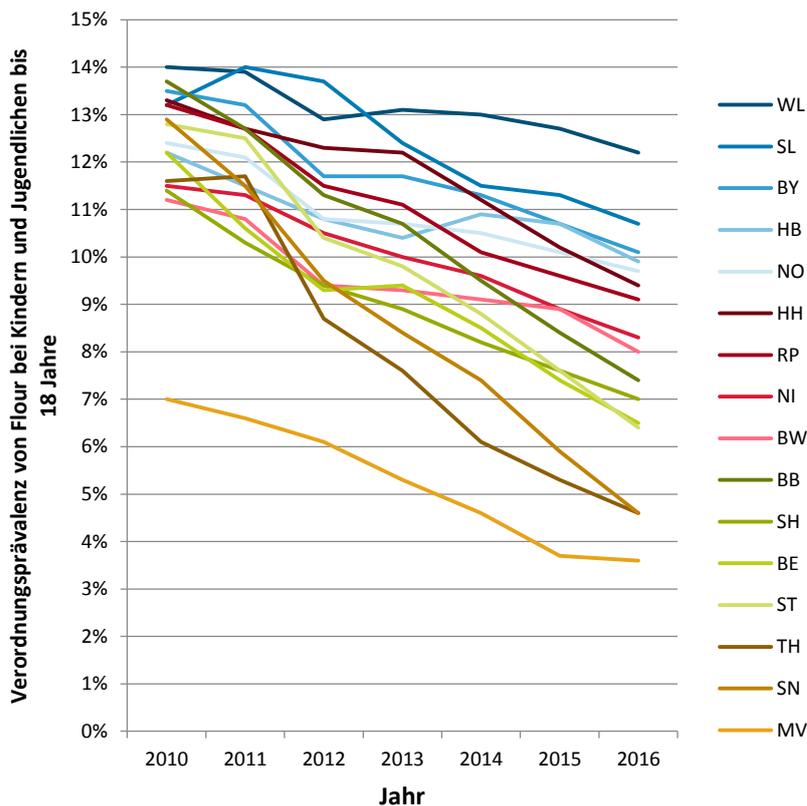
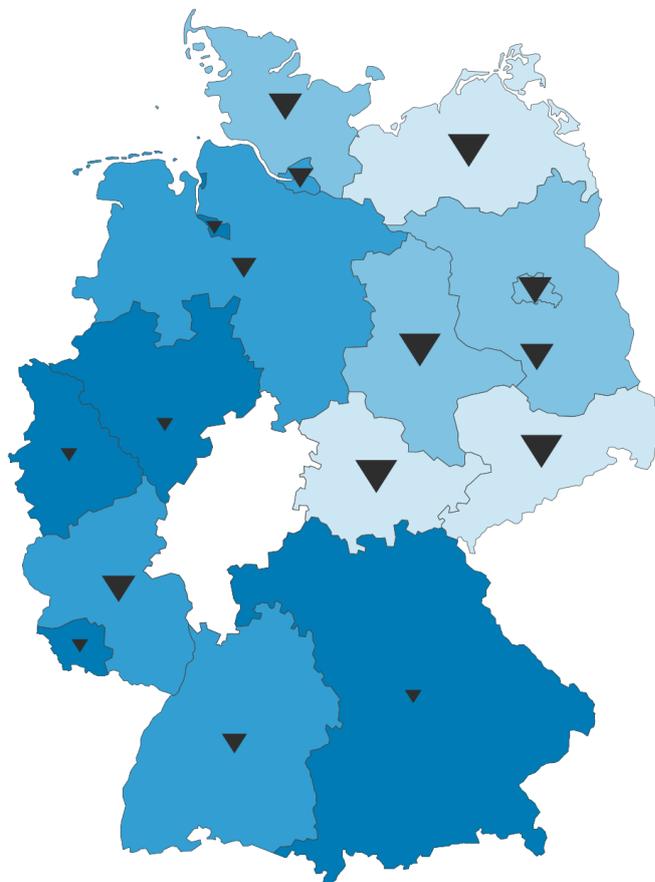


Abbildung E2-2 kombiniert den 2016er Stand der Verordnungsprävalenzen (Blaufärbung der Regionen) mit der Entwicklung, wie sie zwischen 2010 und 2016 stattgefunden hat (Dreiecke). Dabei gibt die Größe der Dreiecke die Höhe der relativen Veränderung wieder.

Wie bereits in Tabelle E2-1 gezeigt, liegt die Verordnungsprävalenz von Fluor in allen KV-Bereichen im Jahr 2016 unterhalb des Wertes im Jahr 2010 (Abbildung E2-1). Besonders steile Abnahmen in der Fluor-Verordnungsprävalenz sind in Thüringen und Sachsen zu beobachten. Mecklenburg-Vorpommern ist im Vergleich zu den restlichen KV-Regionen durch ein deutlich reduziertes Gesamtniveau gekennzeichnet.

Die kartographische Darstellung verdeutlicht besonders hohe Veränderungsraten im Osten Deutschlands bei mittleren oder niedrigen Verordnungsprävalenzen, während geringere Veränderungsraten mit eher höheren Verordnungsprävalenzen einhergehen, wie in Bayern, Nordrhein oder Westfalen-Lippe (siehe Abbildung E2-2).

**Abbildung E2-2: Verordnungsprävalenz von Fluor (2016) und relative Veränderung zwischen 2010 und 2016, nach KV-Regionen (ohne Hessen)**



Verordnungsprävalenz von Fluor  
 bei Kindern und Jugendlichen bis 18 Jahre

Stand 2016 (%)	Entwicklung 2010 bis 2016 (%)
1,1 bis unter 6,0	-64 bis unter -47
6,0 bis unter 8,0	-47 bis unter -30
8,0 bis unter 9,7	-30 bis unter -26
9,7 bis unter 12,3	-26 bis unter -13
keine Daten	

In Analogie zur Betrachtung der Fluor-Verordnungen zeigt Tabelle E2-2 die regionalen Verordnungsprävalenzen von Vitamin D (Vitamin D-Monopräparat oder Vitamin D-Fluor-Kombipräparat). Im Gegensatz zu den Fluor-Verordnungen stieg die Verordnungsrate von Vitamin D im Bundesgebiet insgesamt um 11% an (von 14,2% auf 15,8%). Dieser Trend variiert jedoch nach KV-Regionen: während die westdeutschen Bundesländer und Berlin einen Anstieg in der Vitamin D-Verordnungsprävalenz aufweisen, sinken die Raten in den ostdeutschen Bundesländern, und dort insbesondere in Mecklenburg-Vorpommern und in Sachsen, wo auch eine deutliche Verminderung der Fluorid-Verordnungen auftrat.

**Tabelle E2-2: Verordnungsprävalenzen (in %) von Vitamin D<sup>1</sup> nach KV-Region (ohne Hessen), 2010 bis 2016**

KV-Region	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Schleswig-Holstein	13,3	13,3	13,3	14,1	14,9	15,8	15,8
Hamburg	16,4	17,0	17,9	19,8	21,1	23,1	23,5
Bremen	14,6	14,9	14,2	14,1	16,1	17,0	16,5
Niedersachsen	13,3	14,2	14,1	14,4	15,4	16,1	15,7
Westfalen-Lippe	15,7	16,0	15,4	16,2	17,0	18,0	17,8
Nordrhein	15,3	15,8	15,0	15,4	16,4	17,5	17,6
Rheinland-Pfalz	15,1	15,3	14,5	15,2	15,4	16,1	15,9
Baden-Württemberg	13,5	13,9	12,7	13,6	15,2	16,3	15,7
Bayern	15,9	16,7	15,7	16,6	17,6	18,3	18,1
Berlin	16,7	16,4	16,2	17,7	18,7	19,5	18,2
Saarland	14,4	15,6	15,5	15,2	15,3	16,4	16,7
Mecklenburg-Vorpommern	18,0	18,0	17,0	16,7	16,6	16,2	14,5
Brandenburg	15,8	15,9	15,5	16,0	15,8	15,9	15,2
Sachsen-Anhalt	15,3	16,1	15,0	15,3	15,3	15,3	14,1
Thüringen	14,9	16,2	15,0	15,1	14,7	14,6	13,6
Sachsen	19,0	19,1	17,3	16,9	17,2	16,7	15,6

<sup>1</sup> Vitamin D-Mono- oder Vitamin D-Fluor-Kombipräparate

## 5 Literaturverzeichnis

- [1] Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie) in der Neufassung vom 20. Dezember 2012, veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 31.12.2012 B7, zuletzt geändert am 16. Mai 2019, veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 28.06.2019 B6, in Kraft getreten am 30. Juni 2019
- [2] Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM), im Internet: <https://www.kbv.de/html/ebm.php> (Zugriff: 03.12.2019)
- [3] Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (Kinder-Richtlinie) in der Fassung vom 18. Juni 2015, veröffentlicht im Bundesanzeiger AT 18.08.2016 B1, zuletzt geändert am 15. August 2019, veröffentlicht im Bundesanzeiger AT 15.11.2019 B4, in Kraft getreten am 16. November 2019
- [4] Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Jugendgesundheitsuntersuchung (Jugendgesundheitsuntersuchungs-Richtlinie) in der Fassung vom 26. Juni 1998, veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 159 vom 27. August 1998, zuletzt geändert am 21. Juli 2016, veröffentlicht im Bundesanzeiger AT 12.10.2016 B4, in Kraft getreten am 1. Januar 2017
- [5] Lückenschluss in der kinderärztlichen Vorsorge - Selektivvertrag mit dem BVKJ entwickelt Regelversorgung weiter (Statement Dr. Rolf-Ulrich Schlenker, Stellvertretender Vorstandsvorsitzender der BARMER GEK), Pressekonferenz „Die neuen Vorsorgeuntersuchungen der Kinder- und Jugendärzte: auch ein Modell für Deutschland?“ am 7. Juni 2013 in Berlin, im Internet: <https://www.bvkj.de/presse/pressemitteilungen/ansicht/article/lueckenschluss-in-der-kinderaerztlichen-vorsorge-selektivvertrag-mit-dem-bvkj-entwickelt-regelvers/> (Zugriff: 04.12.2019)