

Aus der Kinder-Klinik
Universitätsklinikum des Saarlandes, Homburg / Saar
Medizinische Fakultät
der Universität des Saarlandes, Homburg / Saar

**Pädiatrische Subspezialisierungen in Deutschland im Jahr 2024: Eine kritische
Bestandsaufnahme**

**Dissertation zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
der Medizinischen Fakultät
der UNIVERSITÄT DES SAARLANDES
2025**

Vorgelegt von: Lilli Herzenstiel
Geb. am: 20.07.2000 in Karlsruhe

Tag der Promotion:	01. September 2025
Dekan:	Prof. Dr. med. dent Matthias Hannig
Berichterstatter:	Prof. Dr. med. Sascha Meyer
	Prof. Dr. med. Eva Möhler

Inhaltsverzeichnis

1. Zusammenfassung	4
2. Abstract	5
3. Einleitung	6
3.1. Theoretische Grundlagen	6
3.1.1. Grunddaten	6
3.1.2. Entwicklung von 2013 bis 2023	7
3.1.3. Finanzierung	10
3.1.4. Versorgung	11
3.1.5. Spezialisierung und Subspezialisierung	11
3.1.6. Gesundheitsversorgung von Ost- und Westdeutschland	12
3.2. Herausforderungen	13
4. Materialien und Methodik	15
4.1. Studiendesign	15
4.1.1. Erhobene Parameter	15
4.1.2. Datenquellen	17
4.1.3. Datenerhebung	17
4.1.4. Zeitraum der Datenerhebung	18
4.1.5. Ausschlusskriterien	18
4.2. Datenverarbeitung	18
4.2.1. Kenngröße (Stichprobe)	18
4.2.2. Statistik	19
4.2.3. Einteilung Ost- und Westdeutschland	19
5. Ergebnisse	20
5.1. Grunddaten	20
5.1.1. Fachabteilungen	20
5.1.2. Patientenbewegung	20
5.1.3. Perinatalzentren	22
5.1.4. Kinder- und Jugendmediziner nach Position und Geschlecht	22
5.2. Subspezialisierungen	23
5.2.1. Subspezialisierungen Allgemein	23
5.2.2. Subspezialisierungen nach Position	26
5.2.3. Subspezialisierungen nach Geschlecht	34
5.2.4. Subspezialisierung nach Position und Geschlecht	37
5.2.5. Subspezialisierung pro Bett, pro Fall und pro Einwohner (unter 18 Jahren)	51

5.3.	<i>Weiterbildungsbefugnisse</i>	57
5.4.	<i>Ost-West</i>	58
5.4.1.	Grunddaten	58
5.4.2.	Subspezialisierungen	59
5.4.3.	Weiterbildungsbefugnisse	65
5.4.4.	Ost-West Vergleich	67
6.	Diskussion	70
6.1.	<i>Subspezialisierungen</i>	70
6.1.1.	Neonatologie	70
6.1.2.	Intensivmedizin	75
6.1.3.	Kinder- und Jugend-Kardiologie	76
6.1.4.	Weitere Subspezialisierungen	77
6.1.5.	Subspezialisierungen nach Position	78
6.1.6.	Subspezialisierungen nach Geschlecht	79
6.2.	<i>Weiterbildungsbefugnisse</i>	81
6.3.	<i>Ost-West Vergleich</i>	83
6.4.	<i>Kompetenzzentren</i>	83
7.	Fazit	85
8.	Literaturverzeichnis	87
	Anhang: Fragebogen	94
	Tabellenverzeichnis	104
	Abbildungsverzeichnis	107
	Abkürzungsverzeichnis	108
	Publikationen	109
	Danksagung	110
	Lebenslauf	111

1. Zusammenfassung

Hintergrund: Über die spezialisierte Versorgung von Kindern und Jugendlichen im stationären Bereich durch entsprechend weitergebildete Kinder- und Jugendmediziner gibt es in Deutschland bisher kaum Daten. Diese Arbeit ist eine aktuelle Bestandsaufnahme zu pädiatrischen Subspezialisierungen.

Methodik: Mittels drei verschiedener Datenerfassungen wurden Daten zu der Anzahl und Verteilung der Subspezialisierungen erhoben: Fragebögen, die an deutsche Kinderkliniken und Klinikabteilungen gesendet wurden, Recherche von Daten über die Websites der Kliniken und anderen öffentlich zugänglichen Quellen sowie Erfassung der Daten der Bundesärztekammer, der Landesärztekammern und des Statistischen Bundesamtes. Es werden Grundlagen der Gesundheitsversorgung in Deutschland im Hinblick auf die Pädiatrie beschrieben und die Daten zu den Subspezialisierungen nach unterschiedlichen Kriterien, beispielsweise Position, Geschlecht, Verteilung Ost-/Westdeutschland, analysiert.

Ergebnisse: Die Neonatologie ist mit ungefähr einem Viertel aller Subspezialisierung die mit Abstand häufigste, gefolgt von der Intensivmedizin, der Neuropädiatrie und der Kinder- und Jugend-Kardiologie. Die am seltensten repräsentierten Subspezialisierungen sind die Immunologie und Hämostaseologie. Pro 100.000 Einwohner unter 18 Jahren stehen in Deutschland circa sieben Neonatologen, zwei bis drei Intensivmediziner, Neuropädiater und Kinder- und Jugendkardiologen zur Verfügung, aber nur 0,2 Immunologen und Hämostaseologen.

Bei der Geschlechterverteilung zeigt sich, dass der Frauenanteil der Kinder- und Jugendmediziner durch den Erwerb einer Subspezialisierung und mit steigender Position deutlich abnimmt. Fast drei Viertel aller subspezialisierten Fachärzte sind weiblich, doch weniger als die Hälfte der Oberarztpositionen sowie nur jede fünfte Chefarztposition ist von Frauen besetzt. Es zeigt sich eine hohe positive Korrelation zwischen der Anzahl der Subspezialisierungen und der Anzahl der Weiterbildungsbefugnisse. In Ostdeutschland ist der Anteil der Einwohner unter 18 Jahren geringer als in Westdeutschland, es stehen jedoch pro Einwohner unter 18 Jahren mehr Kinder- und Jugendmediziner, mehr Subspezialisierungen und mehr Weiterbildungsbefugnisse zur Verfügung.

Schlussfolgerung: Für eine flächendeckende patientengerechte Versorgung von Kindern und Jugendlichen wird eine bedarfsgerechte Anzahl und Verteilung von subspezialisierten Kinder- und Jugendmedizinern benötigt. Da sich dieser Bedarf stetig ändert, ist die kontinuierliche Koordination von Fachärzten, subspezialisierten Fachärzten und Weiterbildungsbefugnissen anhand aktueller Daten erforderlich.

Stichwörter: Kinder- und Jugendmedizin, Versorgung, Subspezialisierung, Schwerpunktbezeichnung, Zusatzbezeichnung, Weiterbildung, Geschlechterverteilung, Ost-/West-Verteilung

2. Abstract

Background: Currently there is little data available concerning subspecialized pediatricians, responsible for the specialized in-patient care of children and adolescents in Germany.

This study assesses the number of subspecialized pediatricians working in the inpatient care in Germany. **Methods:** The collection of data was conducted through three different methods: A survey sent to German children's hospitals and pediatric departments, a research of publicly available data from hospital websites and other publicly accessible websites, as well as a collection of data through German health institutions (i.e. the German Medical Association (Bundesärztekammer) and the state chambers of physicians (Landesärztekammern) of the different German states, as well as the German Federal Statistical Office (Statistisches Bundesamt)). The study describes the pediatric health care system in Germany and the collected data on subspecialties is analyzed based on criteria such as position, sex, and regional distribution in East and West Germany.

Results: The subspeciality neonatology accounts for around three quarters of all subspecialties and therefore is the most common subspeciality in pediatrics, followed by intensive care medicine, neuropaediatrics and pediatric cardiology. The least common subspecialities are immunology and hemostaseology. Per 100.000 inhabitants under the age of 18 there are around seven neonatologists, two to three intensive care physicians, neuropaediatricians and pediatric cardiologists, but only 0,2 immunologists and hemostaseologists.

The sex distribution shows a high proportion of female pediatricians which decreases with the acquisition of subspecialties and decreases even further with increasing hierarchy level. Nearly three quarters of subspecialized pediatricians are women, however, less than half of the senior physician positions, and only every fifth chief physician position is filled by a woman. The study shows a positive correlation between the number of subspecialists and the respective training positions. Although Eastern Germany has a lower proportion of inhabitants under the age of 18, it has more pediatricians, subspecializations and training positions per 100.000 inhabitants under the age of 18 than Western Germany.

Conclusions: The appropriate number and distribution of subspecialized pediatricians, adapted to the needs, is necessary to ensure adequate patient-oriented health care of children and adolescents. Since the demand is constantly changing, it is essential to continuously coordinate the number and distribution of pediatricians and subspecialized pediatricians as well as pediatric training positions by means of the current data.

Keywords: pediatric and adolescent medicine, pediatric health care, subspecialty, subspecialty training, gender distribution, East/West distribution

3. Einleitung

Deutschland ist ein hochentwickeltes Land mit einer der teuersten, einschränkungsfreiesten und patientenorientiertesten Gesundheitsversorgungen der Europäischen Union (Ehrich, et al., 2016 S. 71). Gemäß der UN-Konvention von 1989 für die Rechte des Kindes, die 1992 in Deutschland in Kraft trat, hat ein Kind das Recht auf einen hohen Standard der Gesundheitsversorgung (Ehrich, 2015 S. 115). Nach dem Nobelpreisträger James Heckman ist es sinnvoll, so früh wie möglich in die Entwicklung und Gesundheit eines Kindes zu investieren, denn die Förderung der Gesundheit, Bildung und sozialer Faktoren in der frühen Kindheit erzielt signifikante langfristige Renditen (Heckman, 2024).

Die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland wird durch Fachärzte der Kinder- und Jugendmedizin und weitergebildete Kinder- und Jugendmediziner mit Subspezialisierungen (Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen) gewährleistet und über Weiterbildungsbefugnisse reguliert. Es gibt nur sehr lückenhafte Daten zur Anzahl und Verteilung dieser Subspezialisierungen und zu Weiterbildungsstellen, um diese zu erwerben. Daten dazu sind jedoch für das Erreichen einer flächendeckenden und bedarfsgerechten hochwertigen medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen essenziell.

Mittels drei verschiedener Datenerfassungen wurden Daten zu der Anzahl und Verteilung der pädiatrischen Subspezialisierungen erhoben: Fragebögen, die an deutsche Kinderkliniken und Klinikabteilungen gesendet wurden, Recherche von Daten über die Websites der Kliniken und anderen öffentlich zugänglichen Quellen sowie Erfassung der Daten der Bundesärztekammer, der Landesärztekammern und des Statistischen Bundesamtes.

Ziel der Arbeit ist es, eine aktuelle Bestandsaufnahme zu pädiatrischen Subspezialisierungen durchzuführen und die erhobenen Daten darzustellen. Dazu werden Grundlagen der Gesundheitsversorgung in Deutschland im Hinblick auf die Pädiatrie beschrieben und ein Teil der erhobenen Daten wird nach unterschiedlichen Kriterien, beispielsweise Position, Geschlecht, Verteilung Ost-/Westdeutschland, analysiert.

Die Dissertation ist zur Vereinfachung im generischen Maskulinum geschrieben. Gemeint sind jedoch immer alle Geschlechter.

3.1.Theoretische Grundlagen

3.1.1. Grunddaten

Im Jahr 2023 leben in der Bundesrepublik Deutschland 83,5 Millionen Einwohner, davon sind 14,8 Millionen, d.h. 17,7 %, unter 18 Jahren (Statistisches Bundesamt, 2025). Im selben Jahr wurden in Deutschland 692.989 Kinder geboren (Statistisches Bundesamt, 2024).

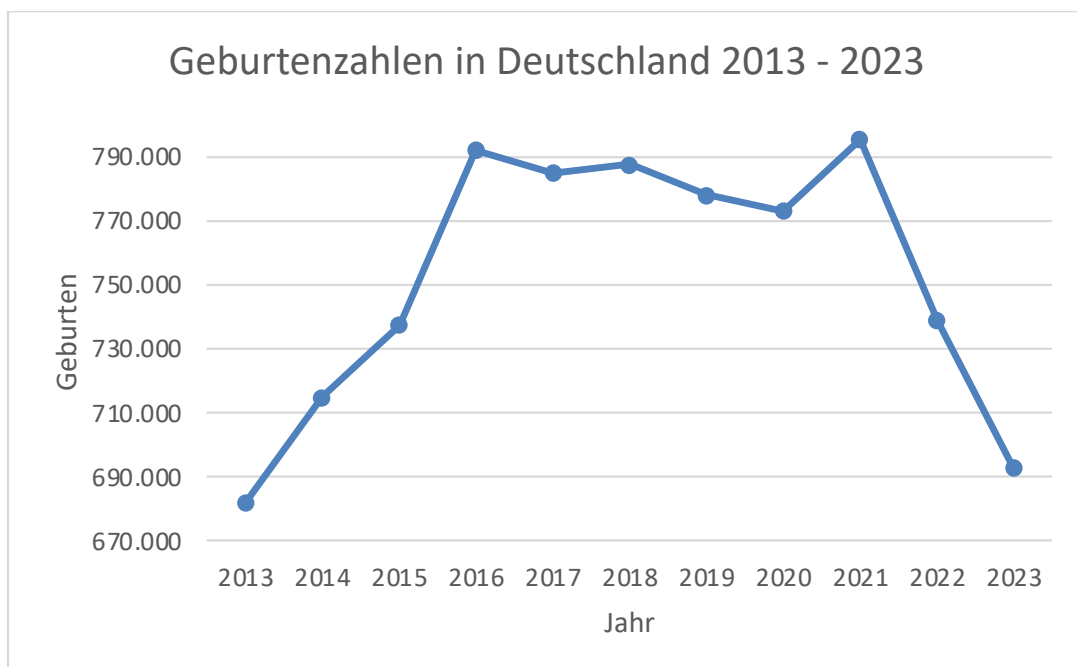
Die Gesundheitsausgaben der Bundesrepublik Deutschland betragen im Jahr 2022 497.661 Millionen Euro, oder 5.939 Euro pro Einwohner, was einen Anteil von 12,8 % am Bruttoinlandsprodukt ausmacht (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2025). Damit gibt Deutschland, gemessen an der Wirtschaftsleistung, den höchsten Anteil von allen 27 Mitgliedstaaten der Europäischen Union für sein Gesundheitssystem aus (Statistisches Bundesamt, 2024).

Laut der Bundesärztekammer gibt es im Jahr 2023 in Deutschland 24.035 Kinder- und Jugendmediziner, davon sind 16.803 berufstätig. Es arbeiten 6.888 Kinder- und Jugendmediziner im stationären Bereich, unter diesen sind 609 in leitenden Positionen (Bundesärztekammer, 2025).

3.1.2. Entwicklung von 2013 bis 2023

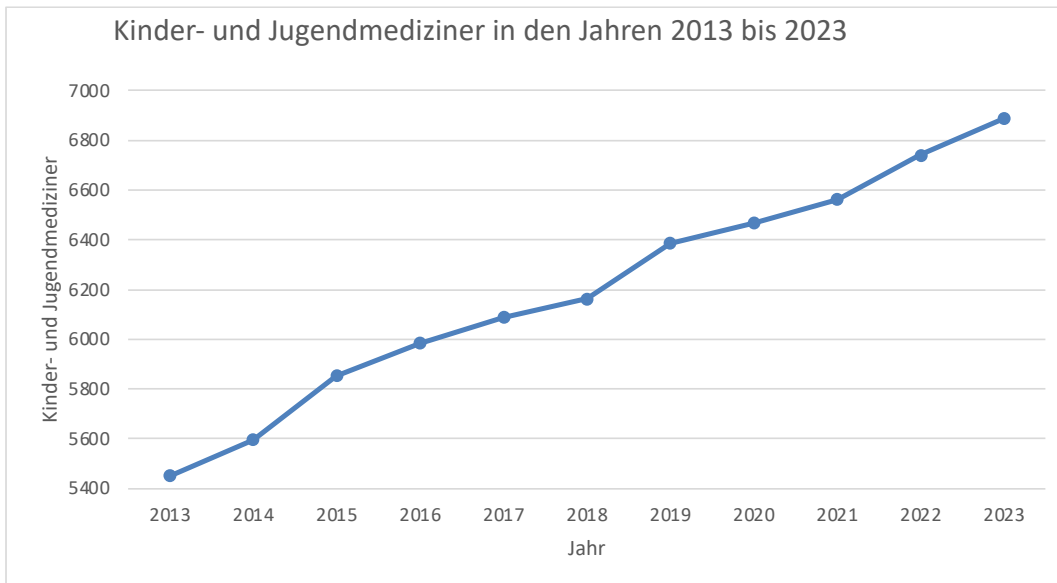
Während die Geburtenzahl zwischen 2013 und 2016 deutlich anstieg zeigt sie seit 2021 wieder einen raschen Abfall und liegt im Jahr 2023 zum ersten Mal seit 2013 unter 700.000 Geburten pro Jahr (Statistisches Bundesamt, 2024).

Grafik 1: Geburtenzahl in Deutschland in den Jahren 2013 bis 2023 (Statistisches Bundesamt, 2024)



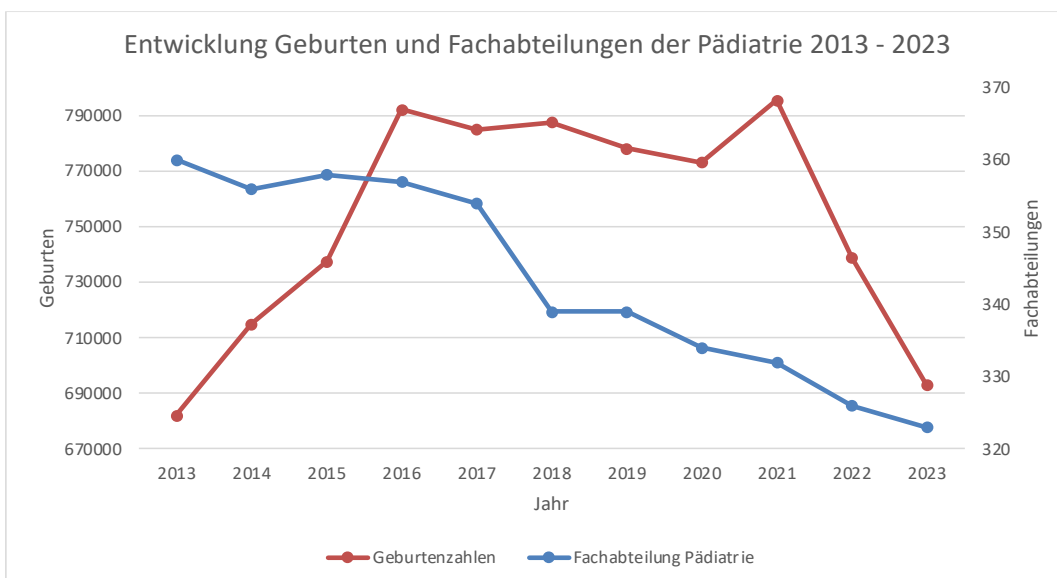
Obwohl ein Anstieg in der Zahl der Kinder- und Jugendmediziner festzustellen ist, verringert sich, zum Teil durch den Trend zur Teilzeittätigkeit, trotz steigender Ärztezahl die Behandlungskapazität (Statistisches Bundesamt, 2023).

*Grafik 2: Kinder- und Jugendmediziner in Deutschland in den Jahren 2013 bis 2023
(Statistisches Bundesamt, 2023)*



Die Anzahl der Fachabteilungen in der Pädiatrie hat von 2013 bis 2023 stetig abgenommen. Während ein Bericht des Statistische Bundesamt im Jahr 2013 noch 360 pädiatrische Fachabteilungen angibt, gibt es im Jahr 2023 nur noch 326 Fachabteilungen in Deutschland, d.h. eine Reduktion von 10 %. Dagegen liegt die Geburtenzahl 2023 circa 1,5 % über der des Jahres 2013. (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin, 2023) (Statistisches Bundesamt, 2024)¹.

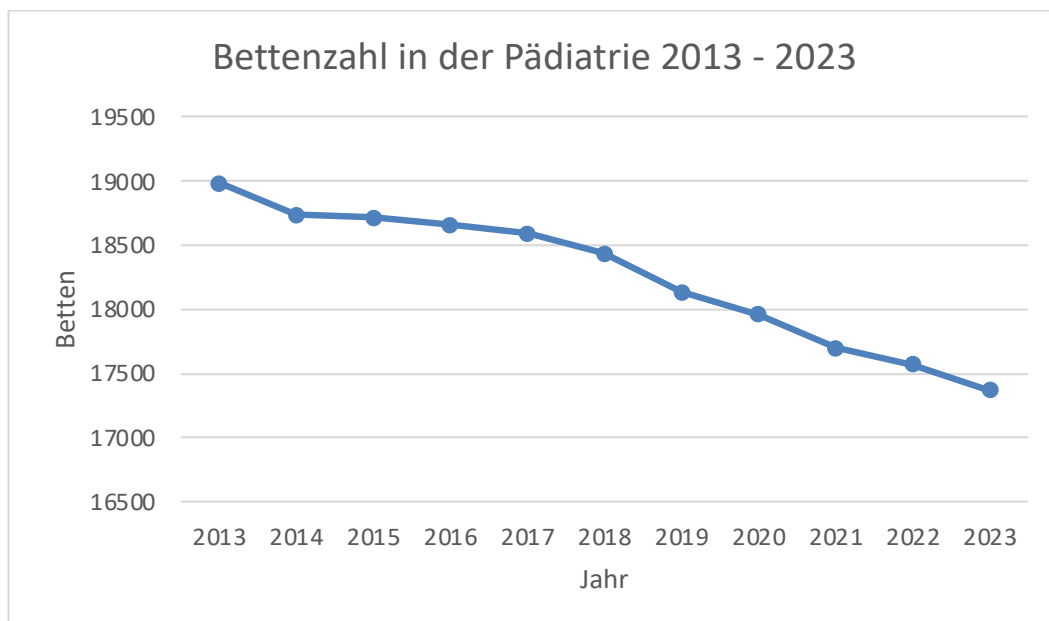
Grafik 3: Entwicklung der Geburten und pädiatrischen Fachabteilungen in den Jahren 2013 bis 2023



¹ Das Statistische Bundesamt listet die Fachabteilung der Pädiatrie auf, die DGKJ listet die Kinderkliniken, Kinderkrankenhäusern und -abteilungen auf

Während im Jahr 2013 noch 18.979 Krankenhausbetten für die Pädiatrie vorgesehen waren, sind es im Jahr 2023 nur noch 17.371 Betten (Statistisches Bundesamt, 2024), das bedeutet eine Reduktion von circa 8,5 %. In spezifischen Fachbereichen der Pädiatrie, beispielsweise in der Kinderkardiologie, wurden mehr als 100 Betten abgebaut, in der Neonatologie sogar über 300 Betten. Damit liegt die Bettenzahl dieser Abteilungen nun bei etwa 500 beziehungsweise 2.100 Krankenhausbetten. In der pädiatrischen Intensivmedizin wurden seit 2012 nur 20 Krankenhausbetten abgebaut. Im Jahr 2022 machen die 2.800 Intensivbetten so 11 % aller pädiatrischen genutzten Krankenhausbetten aus (Deutsches Ärzteblatt, 2023).

Grafik 4: Bettenzahl in der Pädiatrie in den Jahren 2013 bis 2023



Die pädiatrischen Berechnungstage betragen circa 4,5 Millionen Tage mit einer durchschnittlichen Verweildauer von 4,5 Tagen und einem Nutzungsgrad der Betten (Bettenauslastung) von 57,8 %. Damit gehört die Pädiatrie zu einer der Fachabteilung mit dem geringsten Nutzungsgrad (Statistisches Bundesamt, 2022).

Trotz eines geringen Nutzungsgrad kann es bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen zu Versorgungsengpässen kommen. Die Fachabteilung Pädiatrie ist sehr von saisonaler Schwankung betroffen. So kommt es beispielsweise in den Wintermonaten zu erhöhten Bettenauslastungen durch Infektwellen. Eine entsprechende Bettenzahl ist daher notwendig, um auf derartige Schwankungen reagieren zu können. Es sollten jedoch auch nicht zu viele Betten ungenutzt bleiben. In Baden-Württemberg liegt der Richtwert des Bettennutzungsgrades daher bei 75 %. Der Nutzungsgrad ist aufgrund saisonaler und regionaler Schwankungen schwierig zu interpretieren, kann jedoch, wenn besonders hoch, auf eine Überlastung und wenn niedrig, auf eine ineffiziente unökonomische Nutzung hindeuten

(Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 2024). Die Bettenauslastung ist, trotz stetigem Bettenabbau, von 62 % im Jahre 2012 auf 58 % im Jahre 2022 gesunken (Statistisches Bundesamt, 2023).

Dennoch sind trotz niedriger Bettenauslastung oft keine freien Betten verfügbar, wovon insbesondere pädiatrische Intensivstationen betroffen sind. So ergab eine Umfrage des Verbandes Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) im Jahr 2022, dass „von 110 Kinderkliniken (...) 43 Einrichtungen kein einziges Bett mehr auf der Normalstation frei (war). Lediglich 83 freie Betten gibt es generell noch auf pädiatrischen Kinderintensivstationen in ganz Deutschland – das sind 0,75 freie Betten pro Klinik, also weniger als eines pro Standort“ (DIVI, 2022). Oft verschärft der Personalmangel diesen Zustand noch, da zur Verfügung stehende Betten dann nicht genutzt werden können (Süddeutsche Zeitung, 2022).

3.1.3. Finanzierung

Die Kosten der Behandlung in der Pädiatrie werden genau wie in anderen stationären Fachbereichen über das DRG-Fallpauschalensystem (Diagnosis Related Groups) abgerechnet. Die Fallpauschalen werden anhand der Hauptdiagnosen, Nebendiagnosen, Operationen und Prozeduren, also anhand von allem, was während eines stationären Aufenthaltes Kosten verursacht, berechnet. Weitere Kriterien, die ebenfalls in die Bewertung aufgenommen werden, sind unter anderem Patientenalter, Geschlecht und Aufnahmegewicht (Reimbursement Institute, 2025). Die Pauschale wird unabhängig von der tatsächlichen Verweildauer abgerechnet (Bundesministerium für Gesundheit, 2024)

Im stationären Bereich der Kinder- und Jugendmedizin können Leistungen durch das DRG-Fallpauschalensystem jedoch nicht angemessen vergütet werden. Die Anzahl der regelmäßig genutzten Fallpauschalen in der Erwachsenenmedizin beträgt circa 200, in der Kinder- und Jugendmedizin werden hingegen aufgrund der Komplexität regelmäßig etwa 500 DRGs angewandt. Ferner entstehen aufgrund des in der Pädiatrie notwendigen hochspezialisierten Personals, der speziellen Ausstattung sowie der hohen Notfallquote, die eine flexible und daher aufwändigere Bereitschaft des Personals erfordert, hohe Fix- und Vorhaltekosten, die durch die alleinige Vergütung der Fälle nicht gedeckt werden können. Besonders bei der Behandlung von sogenannten Extremkostenfällen, also Patienten mit komplexen chronischen Erkrankungen, die eine zeit- und personalintensive Behandlung benötigen, kommt es zur Unterfinanzierung der Kinder- und Jugendmedizin, die die flächendeckende, patientengerechte Versorgung bedroht (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin, 2023).

3.1.4. Versorgung

Die pädiatrische Gesundheitsversorgung in Deutschland gliedert sich in eine primäre, sekundäre und tertiäre Versorgung. Die Primärversorgung ist der Erstkontakt zwischen Patienten und meist niedergelassenem Kinderarzt und soll eine ambulante, wohnortnahe und allgemein medizinische Grundversorgung garantieren (Zimmermann, 2023). Die sekundäre Gesundheitsversorgung befasst sich mit Patientenfällen, die eine spezifische Behandlung erfordern und wird durch niedergelassene Fachärzte sowie ambulante Kliniken garantiert. Behandlungsintensive Fälle und akute Notfälle, die eine spezialisierte komplexe Behandlung erfordern, gelangen per Überweisung oder Vorstellung in der Notaufnahme in die tertiäre Gesundheitsversorgung. In sogenannten Kompetenzzentren oder in Universitätskliniken werden ferner Patienten mit seltenen chronischen Erkrankungen von multidisziplinären Teams mit hochspezialisierter Ausstattung behandelt (eHealth, 2025).

3.1.5. Spezialisierung und Subspezialisierung

Die Bundesärztekammer verabschiedete 2018 eine neue Muster-Weiterbildungsordnung (MWBO); die jeweiligen Landesärztekammern der Bundesländer entscheiden jedoch ob und in welcher Form die MWBO übernommen wird. Daher weichen die Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern teilweise voneinander ab (Bundesärztekammer, 2024). Die Weiterbildungsordnung der einzelnen Landesärztekammern ist für die jeweiligen Mitglieder rechtsverbindlich (Bundesärztekammer, 2025).

Die MWBO der Bundesärztekammer beinhalten den Facharzt Kinder- und Jugendmedizin sowie vier Kinder- und Jugendmedizin-spezifische Schwerpunkte: Kinder- und Jugend-Hämatologie und -Onkologie, Kinder- und Jugend-Kardiologie, Neonatologie und Neuropädiatrie. Ferner gibt es insgesamt 55 Zusatz-Weiterbildungen, diese können entweder von jedem Facharzt oder nur vom Facharzt der Kinder- und Jugendmedizin erworben werden. Zu letzteren gehören die Zusatz-Weiterbildungen Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -Diabetologie, Kinder- und Jugend-Gastroenterologie, Kinder- und Jugend-Nephrologie, Kinder- und Jugend-Pneumologie und Kinder- und Jugend-Rheumatologie. Pädiatrie-unspezifische Zusatz-Weiterbildungen sind unter anderem die Intensivmedizin, Allergologie, Ernährungsmedizin, Palliativmedizin, Infektiologie oder Immunologie (Bundesärztekammer, 2018).

Die MWBO setzt für den Facharzt Kinder- und Jugendmedizin eine Dauer von 60 Monaten voraus, davon müssen sechs Monate in der pädiatrischen Intensivmedizin abgeleistet werden und 12 Monate können aus einem anderen Kompetenzbereich angerechnet werden (Bundesärztekammer, 2018 S. 191).

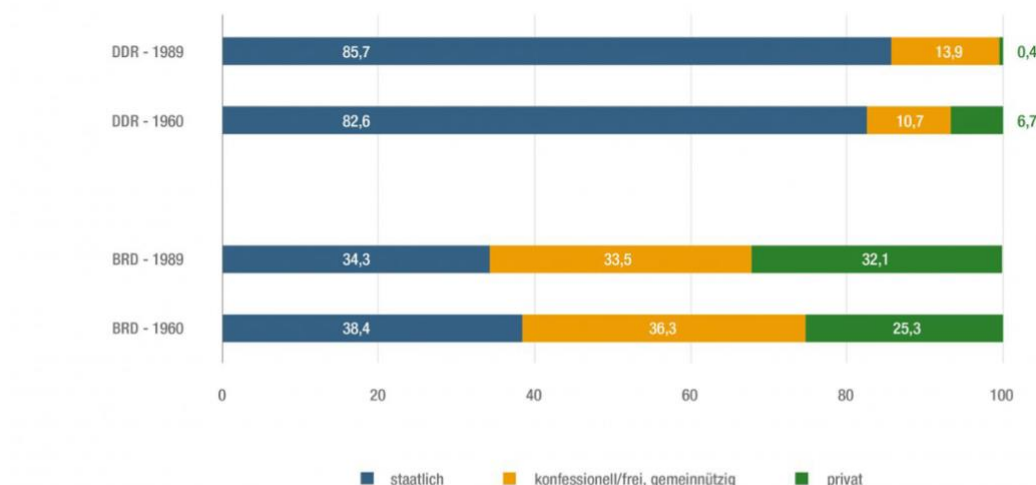
Die Weiterbildung in einer der Schwerpunktkompetenzen ist nur mit abgeschlossenem Facharzt der Kinder- und Jugendmedizin möglich, diese beinhalten eine Weiterbildungszeit von 24 Monaten an befugten Weiterbildungsstätten. Gleiches gilt für die Pädiatrie-spezifischen Zusatzweiterbildungen.

Die Pädiatrie-unspezifischen Zusatz-Weiterbildungen erfordern eine Facharztanerkennung, jedoch nicht zwingend den Facharzt Kinder- und Jugendmedizin. Es gibt Zusatz-Weiterbildungen für die keine Facharztanerkennung notwendig ist, wie zum Beispiel die Notfallmedizin. Bei dieser ist lediglich eine zweijährige Weiterbildung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung im stationären Bereich, davon sechs Monate in der Intensivmedizin, Anästhesiologie oder interdisziplinären zentralen Notfallaufnahme erforderlich (Bundesärztekammer, 2018).

3.1.6. Gesundheitsversorgung von Ost- und Westdeutschland

Vor dem Jahr 1990 sind unterschiedliche Entwicklungen der Gesundheitsversorgung in der DDR und BRD zu erkennen. Während in der DDR staatliche Krankenhäuser dominierten und Niederlassungen von Ärzten selten waren, war der Anteil der staatlichen, gemeinnützigen und privaten Krankenhäuser mit jeweils einem Drittel der Einrichtung in der BRD fast ausgeglichen.

Grafik 5: Gesundheitsversorgung in der DDR und BRD - Trägerstruktur der Krankenhäuser 1960 und 1989 (Böttcher, 2022)



Quelle: Statistisches Bundesamt (1992): Gesundheitswesen. Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen 1990. Fachserie 12. Reihe 6.1
Lizenz: Creative Commons by-nc-nd/3.0/de; Bundeszentrale für politische Bildung, 2021, www.bpb.de

In der BRD erfolgte die primäre ambulante Versorgung durch niedergelassene Ärzte, in der DDR jedoch durch zentrale Polikliniken in Großstädten und Landambulatorien in ländlichen Regionen. In Ost- und Westdeutschland sank von 1960 bis 1989 die Anzahl der

Krankenhäuser; die Bettenzahl sank jedoch nur in der DDR, während sie in der BRD stieg. Die Fallzahl der stationär behandelten Patienten nahm in der BRD zu, während sie sich in der DDR kaum veränderte.

Die Zahl der niedergelassenen Ärzte in der DDR sank von 5.050 Ärzten im Jahr 1950 auf 340 Ärzte im Jahr des Mauerfalls 1989, denn diese waren von politischer Seite unerwünscht. Die hohe Zahl emigrierender Ärzte aus der DDR führte zu einem Ärztemangel in manchen Regionen.

Vor der Wiedervereinigung betrug der Frauenanteil der Ärzte in der DDR über 50 %, während er in der BRD bei nur 28 % lag. Wie heute noch immer, war besonders im Fachbereich Kinderheilkunde ein hoher Anteil der Ärzte weiblich.

Als Stärke der Gesundheitsversorgung in der DDR galt, neben der flächendeckenden medizinischen Versorgung und dem Fokus auf der primären und sekundären Prävention durch ein breites Angebot an Vorsorgeuntersuchungen, besonders die große Bedeutung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Entscheidende Schwächen waren jedoch Mängel in Ausstattung, Materialien und Personal sowie „mangelnde Investitionen, die wiederum zu veralteten Medizingeräten sowie maroder Bausubstanz führten“ (Böttcher, 2022).

In Ostdeutschland leben insgesamt 12,8 Mio. Einwohner, davon sind 2,1 Mio. Einwohner, also 16,4 %, unter 18 Jahren (2025).

3.2. Herausforderungen

In Teilbereichen der Pädiatrie gibt es zunehmend Versorgungsengpässe bei finanziellen und personellen Ressourcen (Hoffman, et al., 2021). Die Kinder- und Jugendheilkunde ist ein Fachbereich, der aufgrund eines breiten Spektrums von Krankheitsbildern und zeitintensiver Behandlung im Vergleich zu anderen Fachbereichen personalaufwändig und teuer ist. Aufgrund der Unterfinanzierung der Pädiatrie ist die Versorgung kranker Kinder nicht mehr umfassend gewährleistet. Pädiatrische Einrichtungen und Fachpersonal werden abgebaut. Durch die Ökonomisierung der Pädiatrie geraten ertragsstarke Subdisziplinen wie die Neonatologie oder Onkologie in den Vorrang, während es zu einer Benachteiligung „erlösschwacher Bereiche wie der Allgemeinpädiatrie, der pädiatrischen Endokrinologie oder Gastroenterologie“ (Weyersberg, et al., 2019) und einer Überversorgung von Level 1 Perinatalzentren kommt. Dies führt zur Unterversorgung von chronisch und schwer kranken Kindern.

Die Pädiatrie wird oft als erlösschwaches oder ökonomisch defizitäres Fachgebiet dargestellt, jedoch rentiert sich die finanzielle Investition in die Gesundheit eines Kindes auf lange Sicht

ökonomisch. „Jeder in die Gesundheit des jungen Kindes investierte Euro zahlt sich nach Meinung des Nobelpreisträgers James Heckman mit siebenfacher Steigerung im Verlauf des weiteren Lebens aus“ (Ehrich, 2015 S. 111).

In den nächsten zwei Jahren werden über 25 % aller Kinderärzte in Deutschland in den Ruhestand gehen (Moridani, et al., 2024 S. 342), was den Fachkräftemangel und die Versorgungsengpässe verschlimmern könnte. Neben dem Mangel an Kinder- und Jugendmedizinerinnen stellt sich die Frage, ob auch innerhalb der Pädiatrie in den Subspezialisierungen eine ungleiche Verteilung und damit ein Überschuss oder Mangel mancher Subspezialisierungen besteht.

Der Bedarf der Gesundheitsversorgung von Kindern verändert sich aufgrund stetiger Variation von Krankheiten und gesellschaftlichen oder sozialen Faktoren. Nichtinfektiöse Erkrankungen sind zunehmend häufigere Gründe für Erkrankungen bei Kindern (Wolfe, et al., 2013 S. 1). Aufgrund der erhöhten Überlebenschancen von Frühgeburten, Kindern mit kongenitalen, metabolischen oder chronischen Erkrankungen, wie beispielsweise Zystische Fibrose, sowie einer erhöhten Prävalenz von Übergewicht, Verhaltensstörungen und psychischen Erkrankungen, gibt es einen steigenden Bedarf an subspezialisierten Kinder- und Jugendmedizinerinnen (Lakshminrusimha, et al., 2024 S. 1).

Das Gesundheitssystem hält momentan nicht mit bei den Veränderungen der Kindesgesundheit. Aufgrund der stetigen Veränderung der Krankheitsinzidenzen, muss ein flexibles Versorgungssystem garantiert werden, das rasch auf die Entwicklung der Kindesgesundheit reagieren kann (Wolfe, et al., 2013 S. 1).

Es ist elementar, eine ausreichende Zahl von Fachärzten und subspezialisierten Fachärztinnen auszubilden, um eine hochwertige bedarfsgerechte medizinische Versorgung in Zukunft zu garantieren – besonders aufgrund der steigenden Inzidenz seltener, chronischer Erkrankungen (Lakshminrusimha, et al., 2024 S. 1), die eine multidisziplinäre und fachspezifische Expertise erfordern (Ehrich, et al., 2015 S. 1177).

Da die Krankenhausplanung Aufgabe der Bundesländer ist, gibt es keine länderübergreifende Planung von Kompetenzzentren (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V., 2023) und keine an den Bedarf angepasste Koordination von Weiterbildungsbefugnissen, um in Zukunft eine patientengerechte Versorgung zu garantieren. Ferner gibt es kein zentrales System der Koordination, die die Aktivität der Gesundheitsversorgung von Kindern registriert und koordiniert (Ehrich, et al., 2016 S. 77).

Es sind kaum Daten verfügbar, die genaue Anzahlen der subspezialisierten Ärzte aufführen. Die von der Bundesärztekammer veröffentlichten Daten sind lückenhaft. Diese gibt beispielsweise an, dass es im stationären Bereich in Deutschland nur einen Kinder- und Jugend-Gastroenterologen und keinen Kinder- und Jugend-Rheumatologen gibt

(Bundesärztekammer, 2023 S. 16-17). Auch die Landesärztekammern verfügen über keine genauen Daten zur Anzahl der Subspezialisierungen in der Pädiatrie. Ferner sind manche Subspezialisierungen, zum Beispiel die Allergologie oder Hämostaseologie, nicht spezifisch für Pädiater angegeben. Es fehlen also Daten sowie die systematische Erfassung von Daten (Ehrich, et al., 2016 S. 84-85).

Die Bedeutung der Gesundheit von Kindern wird unterschätzt. Ein zuverlässiges System zur Datensammlung und Analyse ist erforderlich, um die Qualität der Gesundheitsversorgung zu verbessern (Wolfe, et al., 2013 S. 8).

Da es bisher keine systematische Datenerfassung hierzu gibt, sollen anhand von drei Datenerfassungen Zahlen zu pädiatrischen subspezialisierten Fachärzten erhoben und auf mögliche Dysbalancen, auch in den Kriterien Geschlecht und Positionen, untersucht werden. Ferner soll die Verteilung und Anzahl der weiterbildungsbefugten Ärzte, beziehungsweise der Weiterbildungsstätten in Deutschland, analysiert werden, da diese eine wichtige Grundlage für die zukünftige Verteilung der subspezialisierten Fachärzte darstellt.

Ebenfalls soll aufgeführt werden, ob und wie sich die Verteilung der Subspezialisierungen und Kliniken in Ost- und Westdeutschland unterscheidet.

4. Materialien und Methodik

4.1. Studiendesign

Die Studie ist eine deskriptive Querschnittstudie. Um detaillierte Daten über die Subspezialisierungen von Ärzten in pädiatrischen Kliniken in Deutschland zu erhalten, wurden Datenbanken der Bundesärztekammer, der Landesärztekammern, des Statistischen Bundesamts und der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE) durchforscht und eine Umfrage an Kinderkliniken in Deutschland durchgeführt. Die Datensammlung wurde in drei Bereiche unterteilt: 1. Erstellung einer Umfrage für alle Kliniken mit pädiatrischen Bereichen in Deutschland, 2. Sammlung der Daten von Klinikwebsites und öffentlich zugänglichen Quellen sowie 3. Durchforschen der Datensätze des Statistischen Bundesamts und der Ärztekammer.

4.1.1. Erhobene Parameter

In der ersten Datenerfassung wurden folgende Daten von deutschen Kinderkliniken erhoben: Anschrift der Klinik, Patientenzahl, Bettenzahl, Weiterbildungsbefugnisse (Anzahl und Dauer) sowie Geschlecht und Anzahl der Subspezialisierungen des Chefarztes sowie der Oberärzte und Fachärzte der Klinik.

In der zweiten Datenerfassung wurden folgende Daten von deutschen pädiatrischen Kliniken erhoben: Anschrift der Klinik, Patientenzahl, Bettenzahl, Anzahl und Level der Perinatalzentren sowie Geschlecht und Anzahl der Subspezialisierungen des Chefarztes sowie der Oberärzte, Funktionsoberärzte und Fachärzte der Klinik. Bei der Angabe der Subspezialisierungen waren Mehrfachnennungen möglich.

In der ersten und zweiten Datenerfassung wurden Daten zu folgenden 19 Subspezialisierungen erhoben:

Tabelle 1: Schwerpunkte, Pädiatrie-spezifische und Pädiatrie-unspezifische Zusatzweiterbildungen

Schwerpunkte	Kinder- und Jugend-Hämatologie und -Onkologie Kinder- und Jugend-Kardiologie Neonatologie Neuropädiatrie
Pädiatrie-spezifische Zusatzweiterbildungen	Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -Diabetologie Kinder- und Jugend-Gastroenterologie Kinder- und Jugend-Nephrologie Kinder- und Jugend-Pneumologie Kinder- und Jugend-Rheumatologie
Pädiatrie-unspezifische Zusatzweiterbildungen	Allergologie Diabetologie Ernährungsmedizin Hämostaseologie Immunologie Infektiologie Intensivmedizin Klinische Akut- und Notfallmedizin/ Notfallmedizin Palliativmedizin Spezielle Kardiologie für Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern (EMAH)

In der dritten Datenerfassung wurden folgende Daten erhoben: Grunddaten (Bevölkerungszahl, Geburtenzahl, Bruttoinlandsprodukt), Gesundheitsausgaben, Bettenzahl, Fallzahl, Anzahl und Level der Perinatalzentren, Anzahl der Ärzte (insgesamt, stationär tätig, mit Subspezialisierung), Anzahl der Weiterbildungsbefugnisse sowie andere Krankenhausdaten (Belegungstage, Nutzungsgrad, Verweildauer). Es wurden Daten zu insgesamt neun Subspezialisierungen erhoben, diese sind die vier Schwerpunkte, die Pädiatrie-spezifischen Zusatzweiterbildungen und die Infektiologie.

4.1.2. Datenquellen

Die Datenquelle der ersten Datenerfassung war ein Fragebogen, der an alle pädiatrischen Kliniken und Klinikabteilungen in Deutschland gesendet wurde (siehe Anhang). Die befragten Kliniken wurden anhand der Liste von Kinderkliniken, Kinderkrankenhäusern und -abteilungen in Deutschland der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin erfasst (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin, 2025). Insgesamt wurden 340 pädiatrische Kliniken und Klinikabteilungen kontaktiert.

Die in der zweiten Datenerfassung erhobenen Daten basierten auf den Websites der Kliniken und anderen öffentlich zugänglichen Quellen, unter anderem Klinikradar (Klinikradar, 2024) und das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, 2024). Von 340 pädiatrischen Kliniken und Klinikabteilungen konnten 314 Websites aufgerufen werden. Ein Teil der Websites war im Zeitraum der Erfassung aufgrund von anhaltenden Störungen der Websites nicht aufrufbar.

Für die dritte Erfassung wurden die Daten der Bundesärztekammer, der Landesärztekammern und des Statistischen Bundesamtes genutzt.

4.1.3. Datenerhebung

Für die Erstellung des Fragebogens der ersten Datenerfassung wurde die Online-Umfragesoftware Qualtrics Core XM genutzt. Es wurden Daten zu den in Kapitel 4.1.1 beschriebenen Parametern erstellt. Die Kliniken, die für die Erfassung genutzt werden sollten, wurden, wie in Kapitel 4.1.2 beschrieben, über die Liste der pädiatrischen Kliniken und Klinikabteilungen der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. herausgefunden. Die E-Mail-Adressen wurden von den Klinikwebsites entnommen und auf Microsoft Excel (Microsoft® Excel für Mac, Version 16.16.27 Microsoft, Seattle, USA) gesammelt. Eine Einladungsmail zur Studienteilnahme mit einmaliger Erinnerung wurde per Serienmail über Mozilla Thunderbird versendet. Von den 340 versendeten Fragebögen wurden 146 (42,9 %) beantwortet. Zur Auswertung dieser Fragebögen wurde die Statistik-Software IBM SPSS Statistics (IBM Corp. Released 2023. IBM SPSS Statistics for Mac, Version 29.0.2.0 (20), IBM; Corp. Armonk, NY, USA) genutzt. Die erhobenen Daten wurden auf Microsoft Excel übertragen und zur weiteren Berechnung von Anteilen und Verhältnissen genutzt.

Für die Erstellung des Fragebogens der zweiten Datenerfassung wurde ebenfalls die Online-Umfragesoftware Qualtrics Core XM genutzt. Es wurden Fragen zu den in 4.1.1 beschriebenen Parametern erstellt. Die Kliniken, die für die Erfassung genutzt werden sollten, wurden, wie in Kapitel 4.1.2 beschrieben, über die Liste der pädiatrischen Kliniken und Klinikabteilungen der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. herausgefunden. Die

Datenerhebung und das Ausfüllen des Fragebogens erfolgten eigenständig durch die Verfasserin. Insgesamt wurden von 340 Kliniken 314 (92,4 %) in die Umfrage aufgenommen. Zur Auswertung des Fragebogens wurde die Statistik-Software IBM SPSS Statistics genutzt. Die erhobenen Daten wurden auf Microsoft Excel übertragen und zur weiteren Berechnung von Anteilen und Verhältnissen genutzt.

Zur Erhebung der Daten für die dritte Datenerfassung wurden die Bundesärztekammer, die Landesärztekammern und das Statistische Bundesamt per E-Mail kontaktiert. Die E-Mail-Adressen wurden über die jeweiligen Websites herausgefunden. Es wurde um detaillierte Daten zur Bettenzahl, Fallzahl, Zahl der Kinder- und Jugendmediziner und Zahl der subspezialisierten Kinder- und Jugendmediziner gebeten. Die erhaltenen Daten wurden in Microsoft Excel zusammengeführt und Anteile berechnet.

4.1.4. Zeitraum der Datenerhebung

Die erste Datenerfassung wurde über den Zeitraum vom 26.05.2023 bis zum 01.09.2023 durchgeführt.

Die zweite Datenerfassung wurde über den Zeitraum vom 16.06.2023 bis zum 09.07.2024 durchgeführt.

Die dritte Datenerfassung wurde über den Zeitraum vom 01.06.2024 bis zum 30.09.2024 durchgeführt.

4.1.5. Ausschlusskriterien

Die Datensätze der ersten Datenerfassung umfassten 146 aufgezeichnete Antworten, von denen 128 in die weitere Auswertung aufgenommen wurden. 18 Antworten wurden aufgrund von fehlerhaften oder unvollständigen Fragebögen ausgeschlossen.

Die Datensätze der zweiten Datenerfassung umfassten 314 Kliniken, 303 wurden zur weiteren Auswertung genutzt. Elf Kliniken wurden aufgrund von fehlerhaften oder unvollständigen Angaben ausgeschlossen.

4.2. Datenverarbeitung

4.2.1. Kenngröße (Stichprobe)

In der ersten Datenerfassung lag die Stichprobengröße bei 128 Kliniken, in der zweiten Datenerfassung bei 303 Kliniken (siehe 4.1.5).

4.2.2. Statistik

Die Daten der ersten und zweiten Datenerfassung wurden mithilfe der Statistik-Software IBM SPSS Statistic (IBM Corp. Released 2023. IBM SPSS Statistics for Mac, Version 29.0.2.0 (20), IBM; Corp. Armonk, NY, USA) bearbeitet.

Es wurden benutzerdefinierte Tabellen erstellt und deskriptive Statistiken durchgeführt. Für die nominalen Merkmale wurden absolute und relative Häufigkeitstabellen erstellt. Metrische Variablen wurden in Gruppen und Quartile eingeteilt und zur Berechnung statistischer Maßzahlen wie Mittelwert, Median, Minima, Maxima, Summen etc. verwendet.

Die Ergebnisse wurden in Microsoft Excel übertragen, Anteile und Verhältnisse wurden berechnet.

4.2.3. Einteilung Ost- und Westdeutschland

In der Arbeit wird die übliche Einteilung von Ost- und Westdeutschland übernommen, seit der Wiedervereinigung 1990 bilden die Bundesländer Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen Ostdeutschland.

5. Ergebnisse

Die Ergebnisse werden für die erste, zweite und dritte Datenerfassung präsentiert. In manchen Unterpunkten sind bestimmte Daten nur in einer der Datenerfassung erhoben wurden.

5.1. Grunddaten

Im folgenden Kapitel werden die Grunddaten der Krankenhäuser aufgeführt. Es werden Daten zu den Fachabteilungen, zur Patientenbewegung (Betten- und Fallzahlen, Berechnungstage, Nutzungsgrad, Verweildauer), zu den Perinatalzentren sowie den Kinder- und Jugendmediziner*innen beschrieben.

5.1.1. Fachabteilungen

Die Zahl der Fachabteilungen wurde nur in der dritten Datenerfassung ermittelt.

Es stehen insgesamt 451 Fachabteilungen im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin zur Verfügung. Davon sind 72,3 % ($n = 326$) in der Pädiatrie, 22,8 % ($n = 103$) in der Neonatologie und 4,9 % ($n = 22$) in der Kinderkardiologie (Statistisches Bundesamt, 2024).

5.1.2. Patientenbewegung

Im folgenden Kapitel werden Angaben zur Bettenzahl und Fallzahl, zu Berechnungstagen, zum Nutzungsgrad und zur Verweildauer der Patienten und Kliniken aufgeführt.

5.1.2.1. Bettenzahl

In der ersten Datenerfassung haben von 128 Kliniken 127 (99,2 %) die Bettenzahl angegeben. Der Median liegt bei 45 Betten, die Spannweite beträgt 267 (6 – 273 Betten). Summiert man die Bettenzahl aller Kliniken, kommt man auf 7.448 Betten. Ein Viertel der Kliniken hat 30 oder weniger Betten und drei Viertel aller Kliniken haben 75 oder weniger Betten (Tabelle 2).

In der zweiten Datenerfassung haben von 303 Kliniken 152 (50,2 %) die Bettenzahl angegeben. Der Median beträgt 61, die Spannweite 245 (16 – 261 Betten). Insgesamt stehen in allen Kliniken 11.368 Betten zur Verfügung. Ein Viertel der Kliniken hat 36 oder weniger Betten, drei Viertel aller Kliniken haben 110 oder weniger Betten (Tabelle 2).

Tabelle 2: Anzahl der Kliniken nach Bettenzahl angegeben in Quartilen (erste und zweite Datenerfassung). Daten dargestellt als absolute Werte und Anteile.

Quartile (Bettenzahl)	Anzahl der Kliniken (erste Datenerfassung) *	Anzahl der Kliniken (zweite Datenerfassung) **
≤ 30 Betten	27 (21,3 %)	38 (25,0 %)
31 – 45 Betten	35 (27,6 %)	38 (25,0 %)
46 – 75 Betten	33 (26,0 %)	39 (25,7 %)
≥ 76 Betten	32 (25,2 %)	37 (24,3 %)

* 127 von 128 Kliniken, ** 152 von 303 Kliniken

Laut der dritten Datenerfassung stehen in Deutschland im Jahr 2022 17.569 pädiatrische Betten zur Verfügung: davon sind 84,9 % (n = 14.920) pädiatrischen Abteilungen, 12,2 % (n = 2.143) neonatologischen Abteilungen und 2,9 % (n = 506) der Kinder-Kardiologie zugeordnet (Statistisches Bundesamt, 2024).

5.1.2.2. Fallzahl

In der ersten Datenerfassung haben 117 (91,4 %) der 128 Kliniken die jährliche, stationäre Fallzahl angegeben. Der Median liegt bei 2.500 Fällen und die Spannweite beträgt 8.641 (359 – 9.000 Fälle). Insgesamt wurden in den Kliniken 334.682 stationäre Fälle behandelt. Ein Viertel der Kliniken behandelt 1.525 oder weniger Patienten im Jahr. Drei Viertel der Kliniken haben 3.600 oder weniger Fälle jährlich (Tabelle 3).

In der zweiten Datenerfassung haben 286 (94,4 %) der 303 Kliniken die Fallzahl angegeben. Der Median liegt bei 2.500 Fällen. Die Spannweite beträgt 11.870 (130 – 12.000 Fälle). Insgesamt wurden 824.604 stationäre Fälle pro Jahr behandelt. Ein Viertel der Kliniken hat 1.647 oder weniger Fälle im Jahr und drei Viertel der Kliniken haben 3.747 oder weniger Fälle jährlich (Tabelle 3).

Tabelle 3: Anzahl Kliniken nach Fallzahl angegeben in Quartilen (erste und zweite Datenerfassung). Daten dargestellt als absolute Werte und Anteile.

Quartile (Fallzahl)	Anzahl der Kliniken (erste Datenerfassung) *	Anzahl der Kliniken (zweite Datenerfassung) **
≤ 1525 Fälle	30 (25,6 %)	71 (24,8 %)
1526 – 2500 Fälle	27 (23,1 %)	82 (28,7 %)
2501 – 3600 Fälle	30 (25,6 %)	62 (21,7 %)
≥ 3601 Fälle	30 (25,6 %)	71 (24,8 %)

* 117 von 128 Kliniken, ** 286 von 303 Kliniken

In der dritten Datenerfassung sind 897.857 Fälle in Deutschland im Jahr 2022 aufgeführt. Davon sind 92,5 % (n = 830.083) der Pädiatrie, 5,6 % (n = 50.565) der Neonatologie und 1,9 % (n = 17.209) der Kinder-Kardiologie zugeordnet (Statistisches Bundesamt, 2024).

5.1.2.3. Berechnungstage

Berechnungstage sind nur in der dritten Datenerfassung aufgeführt.

Es wurden rund 3,8 Millionen Berechnungstage in der Kinder- und Jugendmedizin erhoben. Davon sind 83,8 % (n = 3.150.186) der Pädiatrie, 13,2 % (n = 496.446) der Neonatologie und 3,0 % (n = 113.207) der Kinder-Kardiologie zugeordnet (Statistisches Bundesamt, 2024).

5.1.2.4. Nutzungsgrad und Verweildauer

Nutzungsgrad und Verweildauer sind nur in der dritten Datenerfassung aufgeführt.

Laut der dritten Datenerfassung beträgt der Nutzungsgrad der Betten 57,8 % in der Pädiatrie, 63,5 % in der Neonatologie und 61,3 % in der Kinder-Kardiologie.

Die Verweildauer in der Pädiatrie beträgt 3,8 Tage, in der Neonatologie 9,8 und in der Kinderkardiologie 6,6 Tage (Statistisches Bundesamt, 2024).

5.1.3. Perinatalzentren

Angaben zum Level der Perinatalzentren wurden nur in der zweiten Datenerfassung erhoben. Es haben 283 von 303 Kliniken Angaben zum Level ihres Perinatalzentrums gemacht. 154 Kliniken (54,4 %) haben ein Perinatalzentrum Levels I, 43 (15,2 %) ein Level II und 86 Kliniken (30,4 %) haben einen perinatalen Schwerpunkt.

5.1.4. Kinder- und Jugendmediziner nach Position und Geschlecht

In der ersten Datenerfassung wurden die Anzahlen der Kinder- und Jugendmediziner nur für die Position Chefarzt erhoben. Pro Fragebogen konnte nur ein Chefarzt angegeben werden.

Es haben 127 der 128 Chefarzte das Geschlecht angegeben davon sind 102 (80,3 %) männlich und 25 (19,7 %) weiblich sind. In den erfassten Daten gibt es also etwa viermal so viele männliche wie weibliche Chefarzte mit dem Facharzt Kinder- und Jugendmedizin.

In der zweiten Datenerfassung wurden Anzahl der Kinder- und Jugendmediziner in den Positionen Chefarzt, Oberarzt, Funktionsoberarzt und Facharzt angegeben. Pro Fragebogen konnte nur ein Chefarzt angegeben werden.

Insgesamt wurden in den 303 Kliniken 3.953 Fachärzte der Kinder- und Jugendmedizin erfasst, davon sind 7,6 % (n = 299) Chefarzte, 61,6 % (n = 2.434 Oberärzte), 5,3 % (n = 208) Funktionsoberärzte und 25,6 % (n = 1.012) Fachärzte.

Von diesen 3.953 Kinder- und Jugendmedizinerinnen gaben 3.833 ihr Geschlecht an (ausgeschlossen sind 120 Chefärzte ohne Geschlechtsangabe), davon sind 57,6 % (n = 2.207) weiblich und 42,4 % (n = 1.626) männlich. Das Verhältnis Männer zu Frauen ist 0,7, d.h. von sieben Kinder- und Jugendmedizinerinnen sind drei Männer und vier Frauen.

Von den 278 Chefärzten, die ein Geschlecht angegeben haben, sind 73,0 % (n = 130) männlich und 27,0 % (n = 48) weiblich, d.h. fast drei Viertel der Chefärzte sind männlich. Von den 2.434 Oberärzten sind 48,6 % (n = 1.184) männlich und 51,4 % (n = 1.250) weiblich, es gibt also etwas mehr weibliche Kinder- und Jugendmediziner in der Position der Oberärzte als männliche. Von insgesamt 208 Kinder- und Jugendmedizinerinnen mit der Position Funktionsoberarzt sind 24,0 % (n = 50) männlich und 67,0 % (n = 158) weiblich. Es gibt also circa dreimal so viele weibliche wie männliche Funktionsoberärzte mit dem Facharzt Kinder- und Jugendmedizin. In den 303 Kliniken gibt es insgesamt 1.012 Kinder- und Jugendmediziner in der Position Facharzt. Von diesen sind 25,9 % (n = 262) männlich und 74,1 % (n = 751) weiblich. Das Verhältnis Männer zu Frauen beträgt 0,4; fast drei Viertel aller fachärztlichen Kinder- und Jugendmediziner sind weiblich.

5.2. Subspezialisierungen

5.2.1. Subspezialisierungen Allgemein

In Tabelle 4 und Tabelle 5 werden die Anzahlen und Anteile der Subspezialisierungen sowie die Anzahlen pro Klinik beschrieben.

In der ersten Datenerfassung (Tabelle 4) wurde in den 128 Kliniken eine Gesamtheit von 2.086 Subspezialisierungen erfasst, davon sind 48,5 % Schwerpunkte (n = 1.011) und die restlichen 51,5 % (n = 1.075) Zusatzweiterbildungen.

26,8 % aller Subspezialisierungen sind im Schwerpunkt Neonatologie. Die zweit- und dritthäufigste Subspezialisierung ist die Intensivmedizin mit einem Anteil von 9,7 % der Schwerpunkte sowie die Neuropädiatrie mit 8,7 %. Die am seltensten repräsentieren Subspezialisierungen sind mit 1,1 % oder weniger die Zusatzweiterbildungen Spezielle Kardiologie für Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern (EMAH), Kinder- und Jugend-Nephrologie, Immunologie und Hämostaseologie.

Bei einer Klinikzahl von 128 ergibt das 16,3 Subspezialisierungen pro Klinik. Davon sind 4,4 im Schwerpunkt Neonatologie. Drei der vier Schwerpunkte, die Neonatologie (n = 4,4), Neuropädiatrie (n = 1,4) und Kinder- und Jugend-Kardiologie (n = 1,2) sowie die Zusatzweiterbildung Intensivmedizin (n = 1,6), sind pro Klinik mindestens einmal vorhanden. Alle anderen Subspezialisierungen sind seltener als ein Mal pro Klinik vertreten.

Tabelle 4: Anzahl und Anteil der Subspezialisierungen, Anzahl pro Klinik (erste Datenerfassung). Daten dargestellt als absolute Werte und Anteile.

Subspezialisierungen	Anzahl (Anteil)	Pro Klinik*
Neonatologie	559 (26,8 %)	4,4
Intensivmedizin	203 (9,7 %)	1,6
Neuropädiatrie	182 (8,7 %)	1,4
Kinder- und Jugend-Kardiologie	153 (7,3 %)	1,2
Kinder- und Jugend-Hämatologie und -Onkologie	117 (5,6 %)	0,9
Diabetologie	116 (5,6 %)	0,9
Klinische Akut- und Notfallmedizin/ Notfallmedizin	109 (5,2 %)	0,9
Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	105 (5,0 %)	0,8
Palliativmedizin	97 (4,7 %)	0,8
Kinder- und Jugend-Pneumologie	92 (4,4 %)	0,7
Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -Diabetologie	82 (3,9 %)	0,6
Allergologie	70 (3,4 %)	0,6
Kinder- und Jugend-Rheumatologie	53 (2,5 %)	0,4
Ernährungsmedizin	35 (1,7 %)	0,3
Infektiologie	31 (1,5 %)	0,2
Spezielle Kardiologie für Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern (EMAH)	22 (1,1 %)	0,2
Kinder- und Jugend-Nephrologie	21 (1,0 %)	0,2
Immunologie	20 (1,0 %)	0,2
Hämostaseologie	19 (0,9 %)	0,2

* N = 128

In der zweiten Datenerfassungen (Tabelle 5) wurden insgesamt 3.821 Subspezialisierungen erfasst, davon sind 50,7 % (n = 1.937) Schwerpunkte und 48,4 % (n = 1.848) Zusatzweiterbildungen. Ein Viertel aller Subspezialisierungen bildet der Schwerpunkt Neonatologie. Die zweithäufigste Subspezialisierung ist die Intensivmedizin, darauf folgt die Kinderkardiologie. Die am seltensten repräsentierten Subspezialisierungen sind die Zusatzweiterbildungen Ernährungsmedizin, Hämostaseologie und Immunologie.

Bei den 303 Kliniken gibt es pro Klinik 12,6 Subspezialisierungen, davon sind 3,2 im Schwerpunkt Neonatologie. Ebenfalls mehr als eine Subspezialisierung pro Klinik gibt es in den Schwerpunkten Kinder- und Jugend-Kardiologie und Neuropädiatrie sowie in der Zusatzweiterbildung Intensivmedizin. Die restlichen Subspezialisierungen sind pro Klinik weniger als ein Mal vorhanden; in der Hämostaseologie und Immunologie sind es sogar nur 0,1 Subspezialisierungen pro Klinik.

Tabelle 5: Anzahl und Anteil und der Subspezialisierungen, Anzahl pro Klinik (zweite Datenerfassung). Daten dargestellt als absolute Werte und Anteile.

Subspezialisierungen	Anzahl (Anteil)	Pro Klinik*
Neonatologie	977 (25,6 %)	3,2
Intensivmedizin	401 (10,5 %)	1,3
Kinder- und Jugend-Kardiologie	372 (9,7 %)	1,2
Neuropädiatrie	310 (8,1 %)	1,0
Kinder- und Jugend-Hämatologie und -Onkologie	278 (7,3 %)	0,9
Kinder- und Jugend-Pneumologie	199 (5,2 %)	0,7
Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	188 (4,9 %)	0,6
Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -Diabetologie	166 (4,3 %)	0,6
Allergologie	139 (3,6 %)	0,5
Diabetologie	131 (3,4 %)	0,4
Klinische Akut- und Notfallmedizin/ Notfallmedizin	129 (3,4 %)	0,4
Palliativmedizin	115 (3,0 %)	0,4
Kinder- und Jugend-Rheumatologie	102 (2,7 %)	0,3
Kinder- und Jugend-Nephrologie	95 (2,5 %)	0,3
Spezielle Kardiologie für Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern (EMAH)	66 (1,7 %)	0,2
Infektiologie	55 (1,4 %)	0,2
Ernährungsmedizin	44 (1,2 %)	0,2
Hämostaseologie	27 (0,7 %)	0,1
Immunologie	27 (0,7 %)	0,1

* N = 303

In Tabelle 6 wird die in der dritten Datenerfassung ermittelte Anzahl der Subspezialisierung und deren Anteil an der Gesamtzahl der Kinder- und Jugendmediziner beschrieben.

Von den 6.834 Kinder- und Jugendmediziner haben 68,3 % (n = 4.670) keinen Schwerpunkt. 15,1 % der Kinder- und Jugendmediziner haben den Schwerpunkt Neonatologie erworben, damit ist diese die häufigste Subspezialisierung unter den Kinder- und Jugendmediziner. Darauf folgt mit 6,6 % die Neuropädiatrie, und mit 4,9 % die Kinder-Kardiologie. Nach dem Statistischen Bundesamt gibt es nur einen Kinder-Gastroenterologen und keinen Kinder-Rheumatologen im stationären Bereich in Deutschland (Statistisches Bundesamt, 2024).

*Tabelle 6: Anzahl der Subspezialisierungen in Deutschland und Anteil der Subspezialisierungen an den gesamten Kinder- und Jugendmediziner*innen (dritte Datenerfassung). Daten dargestellt als absolute Werte und Anteile.*

Subspezialisierungen	Anzahl (Anteil)
Kinder- und Jugendmedizin ohne Schwerpunkt	4.670 (68,3 %)
Neonatologie	1.034 (15,1 %)
Neuropädiatrie	450 (6,6 %)
Kinder-Kardiologie	336 (4,9 %)
Kinder-Hämatologie und -Onkologie	238 (3,5 %)
Kinder-Pneumologie	49 (0,7 %)
Kinder-Nephrologie	30 (0,4 %)
Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie	24 (0,4 %)
Infektiologie	2 (0,03 %)
Kinder-Gastroenterologie	1 (0,01 %)
Kinder-Rheumatologie	0 (0,0 %)

© Statistisches Bundesamt (DESTATIS), 2024

5.2.2. Subspezialisierungen nach Position

5.2.2.1. Anzahl der Subspezialisierungen & Anteil der Positionen

In Tabelle 7 und Tabelle 8 werden die Anzahlen der Subspezialisierungen und ihre Anteile nach Position beschrieben.

In der ersten Datenerfassung (Tabelle 7) sind von den 2.086 Subspezialisierungen jeweils 306 (14,7 %) Subspezialisierungen Chefärzten, 1.474 (70,7 %) Oberärzten und 306 (14,7 %) Fachärzten zuzuordnen.

Der Chefarztanteil an den einzelnen Subspezialisierungen liegt in den meisten Subspezialisierungen zwischen 10,4 % und 20,7 %. In den Zusatzweiterbildungen Ernährungsmedizin und Infektiologie liegt der Anteil der Chefärzte bei 28,6 % (n = 10) und sogar 32,3 % (n = 10). In der Palliativmedizin, Hämostaseologie und Kinder- und Jugend-Nephrologie liegt er zwischen 9,3 % und 4,8 %.

Der Oberarztanteil der einzelnen Subspezialisierungen liegt in der Mehrheit der Subspezialisierungen zwischen 65,7 % und 77,4 %, mit Ausnahme der Hämostaseologie, die mit 89,5 % (n = 17) darüber liegt, sowie der Klinische Akut- und Notfallmedizin/Notfallmedizin, der Ernährungsmedizin und der Infektiologie, die zwischen 64,2 % und 54,8 % liegen.

Der Anteil der Fachärzte an den einzelnen Subspezialisierungen liegt bei den meisten Subspezialisierungen zwischen 9,9 % und 16,5 %. Die Zusatzweiterbildungen Klinische Akut-

und Notfallmedizin/Notfallmedizin, Diabetologie und Kinder- und Jugendnephrologie liegen zwischen 21,1 % und 23,8 %, während die EMAH, Ernährungsmedizin und Hämostaseologie einen Facharztanteil von 9,1 % bis 5,3 % haben.

Tabelle 7: Anzahl und Anteil der Subspezialisierungen nach Position (erste Datenerfassung). Daten dargestellt als absolute Werte und Anteile.

Subspezialisierungen	Chefarzt	Oberarzt	Facharzt
Kinder- und Jugend-Hämatologie und - Onkologie	13 (11,1 %)	85 (72,6 %)	19 (16,2 %)
Kinder- und Jugend-Kardiologie	24 (15,7 %)	110 (71,9 %)	19 (12,4 %)
Neonatalogie	88 (15,7 %)	393 (70,3 %)	78 (14,0 %)
Neuropädiatrie	19 (10,4 %)	134 (73,6 %)	29 (15,9 %)
Allergologie	13 (18,6 %)	46 (65,7 %)	11 (15,7 %)
Diabetologie	13 (11,2 %)	77 (66,4 %)	26 (22,4 %)
Ernährungsmedizin	10 (28,6 %)	22 (62,9 %)	3 (8,6 %)
Hämostaseologie	1 (5,3 %)	17 (89,5 %)	1 (5,3 %)
Immunologie	4 (20,0 %)	14 (70,0 %)	2 (10,0 %)
Infektiologie	10 (32,3 %)	17 (89,5 %)	4 (12,9 %)
Intensivmedizin	42 (20,7 %)	141 (69,5 %)	20 (9,9 %)
Kinder- und Jugend-Endokrinologie und - Diabetologie	11 (13,4 %)	59 (72,0 %)	12 (14,6 %)
Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	11 (10,5 %)	77 (73,3 %)	17 (16,2 %)
Kinder- und Jugend-Nephrologie	1 (4,8 %)	15 (71,4 %)	5 (23,8 %)
Kinder- und Jugend-Pneumologie	12 (13,0 %)	67 (72,8 %)	13 (14,1 %)
Kinder- und Jugend-Rheumatologie	6 (11,3 %)	41 (77,4 %)	6 (11,3 %)
Klinische Akut- und Notfallmedizin/ Notfallmedizin	16 (14,7 %)	70 (64,2 %)	23 (21,1 %)
Palliativmedizin	9 (9,3 %)	72 (74,2 %)	16 (16,5 %)
Spezielle Kardiologie für Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern (EMAH)	3 (13,6 %)	17 (77,3 %)	2 (9,1 %)

* N = 128

In der zweiten Datenerfassung (Tabelle 8) sind von den 3.821 Subspezialisierungen 13,7 % (n = 524) Chefarzten, 71,3 % (n = 2.724) Oberärzten, 4,2 % (n = 160) Funktionsoberärzten und 1,2 % (n = 413) Fachärzten zuzuordnen.

Der Chefarztanteil liegt bei der Mehrheit der Subspezialisierung zwischen 10,2 % und 19,4 %. In vier Subspezialisierungen liegt der Anteil der Chefärzte außerhalb dieses Bereiches: in der Infektiologie liegt er mit 29,1 % (n = 16) höher und in der EMAH, Kinder- und Jugend-Hämatologie und Onkologie und Kinder- und Jugend-Nephrologie liegt er mit 9,1 % und 7,4 % deutlich darunter.

Der Anteil der Oberärzte liegt bei den einzelnen Subspezialisierungen zwischen 64,0 % und 77,8 %, mit Ausnahme der EMAH mit höherem Anteil (80,3 %) und den Zusatzweiterbildungen Ernährungsmedizin (63,6 %, n = 28) und Infektiologie (52,7 %, n = 29) mit niedrigerem.

Der Anteil der Funktionsoberärzte ist in jeder Subspezialisierung, mit Ausnahme der Ernährungsmedizin (11,4 %, n = 5), unter 7,4 %.

Die Facharztanteile der Subspezialisierungen liegen mehrheitlich zwischen 7,0% und 16,3 %. Ausnahme bildet mit 20,9 % (n = 24) die Palliativmedizin und mit 6,2 % (n = 25) die Intensivmedizin.

Tabelle 8: Anzahl und Anteil der Subspezialisierungen nach Position (zweite Datenerfassung). Daten dargestellt als absolute Werte und Anteile.

Subspezialisierungen	Chefarzt	Oberarzt	Funktions- oberarzt	Facharzt
Kinder- und Jugend-Hämatologie und -Onkologie	22 (7,9 %)	198 (71,2 %)	14 (5,0 %)	44 (15,8 %)
Kinder- und Jugend-Kardiologie	38 (10,2 %)	274 (73,7 %)	5 (1,3 %)	55 (14,8 %)
Neonatologie	147 (15,0 %)	728 (74,5 %)	34 (3,5 %)	68 (7,0 %)
Neuropädiatrie	39 (12,6 %)	218 (70,3 %)	15 (4,8 %)	38 (12,3 %)
Allergologie	27 (19,4 %)	89 (64,0 %)	6 (4,3 %)	17 (12,2 %)
Diabetologie	18 (13,7 %)	92 (70,2 %)	7 (5,3 %)	14 (10,7 %)
Ernährungsmedizin	5 (11,4 %)	28 (63,6 %)	5 (11,4 %)	6 (13,6 %)
Hämostaseologie	3 (11,1 %)	21 (77,8 %)	1 (3,7 %)	2 (7,4 %)
Immunologie	3 (11,1 %)	21 (77,8 %)	1 (3,7 %)	2 (7,4 %)
Infektiologie	16 (29,1 %)	29 (52,7 %)	4 (7,3 %)	6 (10,9 %)
Intensivmedizin	69 (17,2 %)	299 (74,6 %)	8 (2,0 %)	25 (6,2 %)
Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -Diabetologie	24 (14,5 %)	107 (64,5 %)	8 (4,8 %)	27 (16,3 %)

Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	21 (11,1 %)	136 (72,3 %)	14 (7,4 %)	17 (9,0 %)
Kinder- und Jugend-Nephrologie	7 (7,4 %)	68 (66,7 %)	6 (6,3 %)	14 (14,7 %)
Kinder- und Jugend-Pneumologie	37 (18,6 %)	128 (64,3 %)	13 (6,5 %)	21 (10,6 %)
Kinder- und Jugend-Rheumatologie	14 (13,7 %)	68 (66,7 %)	7 (6,9 %)	13 (12,7 %)
Klinische Akut- und Notfallmedizin/ Notfallmedizin	16 (12,4 %)	96 (74,4 %)	2 (1,6 %)	15 (11,6 %)
Palliativmedizin	12 (10,4 %)	71 (61,7 %)	8 (7,0 %)	24 (20,9 %)
Spezielle Kardiologie für Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern (EMAH)	6 (9,1 %)	53 (80,3 %)	2 (3,0 %)	5 (7,6 %)

N = 303

5.2.2.2. Anzahl der Subspezialisierungen pro Klinik nach Position

In Tabelle 9 und Tabelle 10 wird die Anzahl der Subspezialisierungen pro Klinik nach Position beschrieben.

In der ersten Datenerfassung (Tabelle 9) gibt es pro Klinik insgesamt 16,3 Subspezialisierungen. Davon sind 2,4 Subspezialisierungen pro Klinik in der Position der Chefärzte, 11,5 in der Position der Oberärzte und 2,4 in der Position der Fachärzte.

Bei den Chefärzten sind alle Subspezialisierung weniger als einmal pro Klinik vertreten. Alle Subspezialisierungen liegen in der Position Chefarzt, mit Ausnahme der Neonatologie (0,7), bei 0,3 oder weniger Subspezialisierungen pro Klinik.

In der Position der Oberärzte sind die Schwerpunkte Neonatologie (3,1) und Neuropädiatrie (1,0) sowie die Zusatzweiterbildung Intensivmedizin (1,1) mindestens einmal pro Klinik vertreten. Die Schwerpunkte Kinder- und Jugend-Kardiologie und Kinder- und Jugend-Hämatologie und -Onkologie gibt es pro Klinik 0,9- und 0,7-mal bei Oberärzten. Die restlichen Zusatzweiterbildungen liegen unter 0,6 Subspezialisierungen pro Klinik, die Hämostaseologie, Immunologie, Infektiologie und EMAH sogar bei nur 0,1 Subspezialisierungen pro Klinik.

Bei den Fachärzten liegen, bis auf die Neonatologie (0,6), alle Subspezialisierungen bei unter 0,2 Subspezialisierungen pro Klinik.

Tabelle 9: Subspezialisierungen pro Klinik nach Position (erste Datenerfassung). Daten dargestellt als absolute Werte.

Subspezialisierungen	Chefarzt pro Klinik	Oberarzt pro Klinik	Facharzt pro Klinik
Kinder- und Jugend-Hämatologie und -Onkologie	0,1	0,7	0,1
Kinder- und Jugend-Kardiologie	0,2	0,9	0,1
Neonatologie	0,7	3,1	0,6
Neuropädiatrie	0,1	1,0	0,2
Allergologie	0,1	0,4	0,1
Diabetologie	0,1	0,6	0,2
Ernährungsmedizin	0,1	0,2	0,0
Hämostaseologie	0,0	0,1	0,0
Immunologie	0,0	0,1	0,0
Infektiologie	0,1	0,1	0,0
Intensivmedizin	0,3	1,1	0,2
Kinder- und Jugend-Endokrinologie und - Diabetologie	0,1	0,5	0,1
Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	0,1	0,6	0,1
Kinder- und Jugend-Nephrologie	0,0	0,1	0,0
Kinder- und Jugend-Pneumologie	0,1	0,5	0,1
Kinder- und Jugend-Rheumatologie	0,0	0,3	0,0
Klinische Akut- und Notfallmedizin/ Notfallmedizin	0,1	0,5	0,2
Palliativmedizin	0,1	0,6	0,1
Spezielle Kardiologie für Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern (EMAH)	0,0	0,1	0,0

N = 128

In der zweiten Datenerfassung (Tabelle 10) gibt es pro Klinik 12,6 Subspezialisierungen, davon 1,7 bei Chefärzten, 9,0 bei Oberärzten, 0,5 bei Funktionsoberärzten und 1,4 Subspezialisierung pro Klinik bei Fachärzten.

In der Position der Chefärzte gibt es den Schwerpunkt Neonatologie in jeder zweiten Klinik (0,5). Darauf folgt die Zusatzweiterbildung Intensivmedizin mit 0,2 Subspezialisierungen pro Klinik. Die restlichen Subspezialisierungen sind bei 0,1 oder weniger Subspezialisierungen pro Klinik.

Bei den Oberärzten gibt es pro Klinik mehr als zwei Oberärzte mit dem Schwerpunkt Neonatologie (2,4) und etwa einen Oberarzt mit dem Schwerpunkt Intensivmedizin. Die anderen Subspezialisierungen liegen bei unter einem Oberarzt pro Klinik. Mit Ausnahme der Kinder- und Jugendkardiologie (0,9) und der Kinder- und Jugend-Hämatologie und -Onkologie (0,7), liegen die restlichen Subspezialisierungen im Bereich zwischen 0,1 und 0,5 Subspezialisierungen pro Klinik.

In der Position der Funktionsoberärzte sind die drei häufigsten Subspezialisierungen mit 0,1 pro Klinik in den Schwerpunkten Neonatologie und Neuropädiatrie sowie in der Zusatzweiterbildung Intensivmedizin. Die restlichen Subspezialisierungen sind jeweils mit weniger als 0,1 Subspezialisierungen pro Klinik vertreten.

Bei den Fachärzten sind drei der vier Schwerpunkte, die Neonatologie, die Kinder- und Jugend-Kardiologie und die Kinder- und Jugend-Hämatologie und -Onkologie mit 0,2 Subspezialisierungen pro Klinik vertreten. Alle anderen Subspezialisierungen sind mit 0,1 oder weniger Subspezialisierungen pro Klinik vertreten.

Tabelle 10: Subspezialisierungen pro Klinik nach Position (zweite Datenerfassung). Daten dargestellt als absolute Werte.

Subspezialisierungen	Chefarzt pro Klinik	Oberarzt pro Klinik	Funktions- oberarzt pro Klinik	Facharzt pro Klinik
Kinder- und Jugend-Hämatologie und -Onkologie	0,1	0,7	0,0	0,1
Kinder- und Jugend-Kardiologie	0,1	0,9	0,0	0,2
Neonatologie	0,5	2,4	0,1	0,2
Neuropädiatrie	0,1	0,7	0,0	0,1
Allergologie	0,1	0,3	0,0	0,1
Diabetologie	0,1	0,3	0,0	0,0
Ernährungsmedizin	0,0	0,1	0,0	0,0
Hämostaseologie	0,0	0,1	0,0	0,0
Immunologie	0,0	0,1	0,0	0,0
Infektiologie	0,1	0,1	0,0	0,0
Intensivmedizin	0,2	1,0	0,0	0,1
Kinder- und Jugend- Endokrinologie und -Diabetologie	0,1	0,4	0,0	0,1
Kinder- und Jugend- Gastroenterologie	0,1	0,4	0,0	0,1

Kinder- und Jugend-Nephrologie	0,0	0,2	0,0	0,0
Kinder- und Jugend-Pneumologie	0,1	0,4	0,0	0,1
Kinder- und Jugend-Rheumatologie	0,0	0,2	0,0	0,0
Klinische Akut- und Notfallmedizin/ Notfallmedizin	0,1	0,3	0,0	0,0
Palliativmedizin	0,0	0,2	0,0	0,1
Spezielle Kardiologie für Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern (EMAH)	0,0	0,2	0,0	0,0

N = 303

5.2.2.3. Anzahl und Anteile der Subspezialisierungen nach Position

In Tabelle 11 und Tabelle 12 werden die Anzahl und Anteile der Subspezialisierungen nach Position beschrieben.

In der ersten Datenerfassung (Tabelle 11) können nur die Anteile der Chefarzte, die die jeweiligen Subspezialisierungen erworben haben, berechnet werden, da keine Gesamtzahl der Oberärzte und Fachärzte abgefragt wurde.

Von den 127 Chefarzten tragen mehr als zwei Drittel (69,3 %, n= 88) die Schwerpunktbezeichnung Neonatologie, etwa ein Drittel (33,1 %, n = 42) die Zusatzweiterbildung Intensivmedizin. Die dritthäufigste Subspezialisierung in der Position Chefarzt ist die Kinder- und Jugendkardiologie mit 19,8 % (n = 24). Die am seltensten repräsentierten Zusatzweiterbildungen sind die EMAH (2,4 %, n = 3) sowie die Kinder- und Jugendnephrologie und die Hämostaseologie (je 0,8 %, n = 1).

Tabelle 11: Anzahlen und Anteile der Subspezialisierungen in der Position Chefarzt (erste Datenerfassung). Daten dargestellt als absolute Werte und Anteile.

Subspezialisierung	Chefarzt (127)
Neonatologie	88 (69,3 %)
Intensivmedizin	42 (33,1 %)
Kinder- und Jugend-Kardiologie	24 (18,9 %)
Neuropädiatrie	19 (15,0 %)
Klinische Akut- und Notfallmedizin/Notfallmedizin	16 (12,6 %)
Kinder- und Jugend-Hämatologie und -Onkologie	13 (10,2 %)
Allergologie	13 (10,2 %)
Diabetologie	13 (10,2 %)
Kinder- und Jugend-Pneumologie	12 (9,4 %)

Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -Diabetologie	11 (8,7 %)
Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	11 (8,7 %)
Ernährungsmedizin	10 (7,9 %)
Infektiologie	10 (7,9 %)
Palliativmedizin	9 (7,1 %)
Kinder- und Jugend-Rheumatologie	6 (4,7 %)
Immunologie	4 (3,1 %)
Spezielle Kardiologie für Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern (EMAH)	3 (2,4 %)
Hämostaseologie	1 (0,8 %)
Kinder- und Jugend-Nephrologie	1 (0,8 %)

N = 128

In der zweiten Datenerfassung (Tabelle 12) wurde für alle Positionen der Anteil der Ärzte in den jeweiligen Subspezialisierungen berechnet.

In der Erhebung wurden insgesamt 3.953 Kinder- und Jugendmediziner erfasst, davon tragen 24,7 % (n = 977) den Schwerpunkt Neonatologie.

Von den 299 Chefärzten sind rund die Hälfte (49,2 %, n = 147) Neonatologen. Bei den Oberärzten sind es fast ein Drittel (29,9 %, n = 728), bei den Funktionsoberärzten 16,3 % (n = 34) und bei den Fachärzten 6,7 % (n = 68). Die zweithäufigste Subspezialisierung bei den Chef- und Oberärzten ist die Zusatzweiterbildung Intensivmedizin: 23,1 % (n = 69) der Chefärzte und 12,3 % (n = 299) der Oberärzte tragen diese Bezeichnung. Bei den Funktionsoberärzten ist die zweithäufigste Subspezialisierung die Neuropädiatrie (7,2 %, n = 15), und bei den Fachärzten die Kinder- und Jugend-Kardiologie (5,4 %, n = 55). Überdurchschnittlich hoch ist der Anteil der Subspezialisierung Kinder- und Jugend-Pneumologie bei Chefärzten (12,4 %, n = 37). In allen Positionen sind die Zusatzweiterbildungen Hämostaseologie und Immunologie am seltensten vertreten (Chefarzt 1%, n = 3; Oberarzt 0,9 %, n = 21; Funktionsoberarzt 0,5%, n = 1; Facharzt 0,2 %, n = 2).

Tabelle 12: Anzahlen und Anteile der Subspezialisierungen in den jeweiligen Positionen (zweiten Datenerfassung). Daten dargestellt als absolute Werte und Anteile.

Subspezialisierung	Chefarzt*	Oberarzt**	Funktions- oberarzt***	Facharzt****
Kinder- und Jugend- Hämatologie und - Onkologie	22 (7,4 %)	198 (8,1 %)	14 (6,7 %)	44 (4,3 %)

Kinder- und Jugend-Kardiologie	38 (12,7 %)	274 (11,3 %)	5 (2,4 %)	55 (5,4 %)
Neonatologie	147 (49,2 %)	728 (29,9 %)	34 (16,3 %)	68 (6,7 %)
Neuropädiatrie	39 (13,0 %)	218 (9,0 %)	15 (7,2 %)	38 (3,8 %)
Allergologie	27 (9,0 %)	89 (3,7 %)	6 (2,9 %)	17 (1,7 %)
Diabetologie	18 (6,0 %)	92 (3,8 %)	7 (3,4 %)	14 (1,4 %)
Ernährungsmedizin	5 (1,7 %)	28 (1,2 %)	5 (2,4 %)	6 (0,6 %)
Hämostaseologie	3 (1,0 %)	21 (0,9 %)	1 (0,5 %)	2 (0,2 %)
Immunologie	3 (1,0 %)	21 (0,9 %)	1 (0,5 %)	2 (0,2 %)
Infektiologie	16 (5,4 %)	29 (1,2 %)	4 (1,9 %)	6 (0,6 %)
Intensivmedizin	69 (23,1 %)	299 (12,3 %)	8 (3,8 %)	25 (2,5 %)
Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -Diabetologie	24 (8,0 %)	107 (4,4 %)	8 (3,8 %)	27 (2,7 %)
Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	21 (7,0 %)	136 (5,6 %)	14 (6,7 %)	17 (1,7 %)
Kinder- und Jugend-Nephrologie	7 (2,3 %)	68 (2,8 %)	6 (2,9 %)	14 (1,4 %)
Kinder- und Jugend-Pneumologie	37 (12,4 %)	128 (5,3 %)	13 (6,3 %)	21 (2,1 %)
Kinder- und Jugend-Rheumatologie	14 (4,7 %)	68 (2,8 %)	7 (3,4 %)	13 (1,3 %)
Klinische Akut- und Notfallmedizin/ Notfallmedizin	16 (5,4 %)	96 (5,3 %)	2 (1,0 %)	15 (1,5 %)
Palliativmedizin	12 (4,0 %)	71 (2,9 %)	8 (3,8 %)	24 (2,4 %)
Spezielle Kardiologie für Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern (EMAH)	6 (2,0 %)	53 (2,2 %)	2 (1,0 %)	5 (0,5 %)

* 299 Chefarzte; ** 2.434 Oberärzte; ***208 Funktionsoberärzte; **** 1.012 Fachärzte

5.2.3. Subspezialisierungen nach Geschlecht

In Tabelle 13 und Tabelle 14 werden die Anzahl und Anteile der Subspezialisierungen nach Geschlecht der ersten und zweiten Datenerfassung angegeben.

Die Gesamtzahl der erfassten Subspezialisierungen beträgt in der ersten Datenerfassung 2.086 Subspezialisierungen und in der zweiten 3.595.

In der ersten Datenerfassung wurden 55,7 % (n = 1.161) der Subspezialisierung von männlichen Ärzten und 44,3 % (n = 925) von weiblichen Ärzten erworben, damit beträgt das Verhältnis der männlichen zu weiblichen subspezialisierten Ärzten 1,3.

In der zweiten Datenerfassung beträgt der Frauenanteil 46,3 % (n = 1.664) und der Männeranteil 53,7 % (n = 1.931). Das Verhältnis Männer zu Frauen der Subspezialisierungen beträgt also 1,2, d.h. es gibt 20 % mehr von Männern erworbene Subspezialisierungen (Subspezialisierungen der 121 Chefärzte, die kein Geschlecht angegeben haben, wurden ausgeschlossen).

In der ersten Datenerfassung (Tabelle 13) ist der Frauenanteil der subspezialisierten Ärzte nur in dem Schwerpunkt Neuropädiatrie (52,2 %, n = 95) und den Zusatzweiterbildungen Diabetologie (65,5 %, n = 76), Kinder- und Jugend-Nephrologie (76,2 %, n = 16) und Palliativmedizin (53,6 %, n = 52) höher als der Männeranteil. Die restlichen Subspezialisierungen haben einen höheren Männeranteil; in den Zusatzweiterbildungen Intensivmedizin, Immunologie und EMAH ist der Männeranteil zwischen 80,6 % (n = 25) und 95,5 % (n = 21), d.h. es gibt mehr als viermal so viele männliche Intensivmediziner, fünfmal so viele männlichen Immunologen und sogar 21-mal so viele männliche Kardiologen der EMAH wie weibliche.

Tabelle 13: Subspezialisierungen nach Geschlecht (erste Datenerfassung)

Subspezialisierungen	Männlich	Weiblich
Kinder- und Jugend-Hämatologie und -Onkologie	65 (55,6 %)	52 (44,4 %)
Kinder- und Jugend-Kardiologie	96 (62,7 %)	57 (37,3 %)
Neonatologie	303 (54,2 %)	256 (45,8 %)
Neuropädiatrie	87 (47,8 %)	95 (52,2 %)
Allergologie	38 (54,3 %)	32 (45,7 %)
Diabetologie	40 (34,5 %)	76 (65,5 %)
Ernährungsmedizin	19 (54,3 %)	16 (45,7 %)
Hämostaseologie	11 (57,9 %)	8 (42,1 %)
Immunologie	17 (85,0 %)	3 (15,0 %)
Infektiologie	25 (80,6 %)	6 (19,4 %)
Intensivmedizin	135 (66,5 %)	68 (33,5 %)
Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -Diabetologie	42 (51,2 %)	40 (48,8 %)
Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	59 (56,2 %)	46 (43,8 %)

Kinder- und Jugend-Nephrologie	5 (23,8 %)	16 (76,2 %)
Kinder- und Jugend-Pneumologie	49 (53,3 %)	43 (46,7 %)
Kinder- und Jugend-Rheumatologie	32 (60,4 %)	21 (39,6 %)
Klinische Akut- und Notfallmedizin/ Notfallmedizin	72 (66,1 %)	37 (33,9 %)
Palliativmedizin	45 (46,4 %)	52 (53,6 %)
Spezielle Kardiologie für Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern (EMAH)	21 (95,5 %)	1 (4,5 %)

N = 128

In der zweiten Datenerfassung (Tabelle 14) ist in 6 der 19 Subspezialisierungen der Frauenanteil höher als der Männeranteil. Am höchsten ist er in der Ernährungsmedizin (64,3 %, n = 27), in der Palliativmedizin (61,8 %, n = 68) und in der Diabetologie (60,3 %, n = 76). Das Verhältnis der männlichen zu weiblichen subspezialisierten Ärzte ist in der Allergologie ausgeglichen (50,0 %, n = 63). In den restlichen zwölf Subspezialisierungen ist der Männeranteil höher als der Frauenanteil; in der EMAH, Hämostaseologie, Immunologie und Infektiologie liegt der Männeranteil sogar zwischen 71,4 % (n = 45) und 76,6 % (n = 36).

Tabelle 14: Subspezialisierungen nach Geschlecht (zweite Datenerfassung)

Subspezialisierungen*	Männlich	Weiblich
Kinder- und Jugend-Hämatologie und -Onkologie	145 (54,9 %)	119 (45,1 %)
Kinder- und Jugend-Kardiologie	210 (58,3 %)	150 (41,7 %)
Neonatologie	482 (52,5 %)	436 (47,5 %)
Neuropädiatrie	136 (46,7 %)	155 (53,3 %)
Allergologie	63 (50,0 %)	63 (50,0 %)
Diabetologie	50 (39,7 %)	76 (60,3 %)
Ernährungsmedizin	15 (35,7 %)	27 (64,3 %)
Hämostaseologie	20 (74,1 %)	7 (25,9 %)
Immunologie	19 (73,1 %)	7 (26,9 %)
Infektiologie	36 (76,6 %)	11 (23,4 %)
Intensivmedizin	226 (61,1 %)	144 (38,9 %)
Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -Diabetologie	67 (43,2 %)	88 (56,8 %)
Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	103 (57,9 %)	75 (42,1 %)
Kinder- und Jugend-Nephrologie	43 (47,8 %)	47 (52,2 %)
Kinder- und Jugend-Pneumologie	99 (54,4 %)	83 (45,6 %)
Kinder- und Jugend-Rheumatologie	56 (58,3 %)	40 (41,7 %)
Klinische Akut- und Notfallmedizin/ Notfallmedizin	74 (59,7 %)	50 (40,3 %)

Palliativmedizin	42 (38,2 %)	68 (61,8 %)
Spezielle Kardiologie für Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern (EMAH)	45 (71,4 %)	18 (28,6 %)

N = 303, * keine Geschlechtsangabe bei 121 Chefärzten

5.2.4. Subspezialisierung nach Position und Geschlecht

Im folgenden Kapitel werden die Subspezialisierungen nach Position und Geschlecht angegeben.

5.2.4.1. Subspezialisierungen (gesamt) nach Positionen und Geschlecht

Von den in der ersten Datenerfassung erhobenen 306 Subspezialisierungen der Chefärzte, wurden 253 von männlichen und 53 von weiblichen Chefärzten erworben, damit kommen auf einen männlichen Chefarzt 2,5 Subspezialisierungen, während auf einen weiblichen 2,1 Subspezialisierungen kommen.

Es wurden insgesamt 1.474 Subspezialisierungen von Oberärzten erhoben, davon 56,0 % (n = 826) von Männern und 44,0 % (n = 648) von Frauen. Das Verhältnis Männer zu Frauen beträgt 1,3.

Insgesamt wurden 306 Subspezialisierungen von Fachärzten erworben, 26,8 % (n = 82) von Männern und 73,2 % (n = 224) von Frauen. Fast drei Viertel aller Subspezialisierungen sind also von Frauen erworben wurden.

In der zweiten Datenerfassung sind von 298 Subspezialisierungen in der Position Chefarzt 81,2 % (n = 242) von männlichen und 18,8 % (n = 56) von weiblichen Chefärzten erworben wurden; das Verhältnis Männer zu Frauen beträgt 5,3 (Subspezialisierungen der 121 Chefärzte, die kein Geschlecht angegeben haben, wurden ausgeschlossen).

Von 2.724 Subspezialisierungen in der Position Oberarzt sind 56,0 % (n = 1.526) von männlichen und 44,0 % (n = 1.198) von weiblichen Oberärzten erworben wurden; das Verhältnis Männer zu Frauen liegt bei 1,3.

Es wurden insgesamt 160 Subspezialisierungen in der Position der Funktionsoberärzte erfasst, davon wurden 30,0 % (n = 48) von männlichen und 70,0 % (n = 112) von weiblichen Funktionsoberärzten erworben. Das Verhältnis Männer zu Frauen liegt damit bei 0,4, d.h. etwas mehr als zwei Drittel aller Subspezialisierungen wurden von weiblichen Funktionsoberärzten erworben.

Es gibt 413 Subspezialisierungen in der Position Facharzt, davon wurden 27,8 % (n = 115) von Männern und 72,2 % (n = 298) von Frauen erworben; das Verhältnis Männer zu Frauen beträgt 0,4.

5.2.4.2. Position Chefarzt

In den folgenden Unterkapiteln werden zunächst die Anzahl der Subspezialisierungen bei männlichen und weiblichen Chefärzten und der Geschlechteranteil innerhalb der Subspezialisierungen beschrieben (5.2.4.2.1). Anschließend wird angegeben wie viel Prozent der männlichen bzw. weiblichen Chefärzte die Subspezialisierungen tragen (5.2.4.2.2).

Diese Daten wurden in der ersten und zweiten Datenerfassung erhoben.

5.2.4.2.1. Geschlechteranteil der Chefärzte

In der ersten Datenerfassung (Tabelle 15) gibt es in keiner der Subspezialisierungen der Position Chefarzt mehr Frauen als Männer. Im Schwerpunkt Neuropädiatrie liegt der Männeranteil bei 94,7 % (n = 18), in den Zusatzweiterbildungen Allergologie, Hämostaseologie, Immunologie, Infektiologie und Kinder- und Jugendnephrologie sogar bei 100,0%. In der Neonatologie, Kinder- und Jugend-Pneumologie sowie Kinder- und Jugend-Rheumatologie sind 83,3 % bis 84,1 % Männer, d.h. es gibt mindestens fünfmal so viele Männer wie Frauen.

Tabelle 15: Subspezialisierung in der Position Chefarzt nach Geschlecht (erste Datenerfassung). Daten dargestellt als absolute Werte und Anteile.

Subspezialisierungen (Chefarzt)	Männlich	Weiblich
Kinder- und Jugend-Hämatologie und -Onkologie	10 (76,9 %)	3 (23,1 %)
Kinder- und Jugend-Kardiologie	19 (79,2 %)	5 (20,8 %)
Neonatologie	74 (84,1 %)	14 (15,9 %)
Neuropädiatrie	18 (94,7 %)	1 (5,3 %)
Allergologie	13 (100,0 %)	0 (0,0 %)
Diabetologie	7 (53,8 %)	6 (46,2 %)
Ernährungsmedizin	7 (70,0 %)	3 (30,0 %)
Hämostaseologie	1 (100,0 %)	0 (0,0 %)
Immunologie	4 (100,0 %)	0 (0,0 %)
Infektiologie	10 (100,0 %)	0 (0,0 %)
Intensivmedizin	37 (88,1 %)	5 (11,9 %)
Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -Diabetologie	8 (72,7 %)	3 (27,3 %)
Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	8 (72,7 %)	3 (27,3 %)
Kinder- und Jugend-Nephrologie	1 (100,0 %)	0 (0,0 %)
Kinder- und Jugend-Pneumologie	10 (83,3 %)	2 (16,7 %)
Kinder- und Jugend-Rheumatologie	5 (83,3 %)	1 (16,7 %)
Klinische Akut- und Notfallmedizin/ Notfallmedizin	13 (81,3 %)	3 (18,8 %)

Palliativmedizin	5 (55,6 %)	4 (44,4 %)
Spezielle Kardiologie für Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern (EMAH)	3 (100,0 %)	0 (0,0 %)

N = 128

In der zweiten Datenerfassung (Tabelle 16) ist nur in der Kinder- und Jugend-Nephrologie der Anteil der männlichen und weiblichen Chefarzte gleich (50,0 %, n = 1), in den restlichen Subspezialisierungen ist der Männeranteil höher als der Frauenanteil, in der Neuropädiatrie und der Kinder- und Jugend-Gastroenterologie liegt der Männeranteil bei 90% oder mehr, in den Zusatzweiterbildungen Hämostaseologie, Immunologie, Infektiologie und EMAH sogar bei 100,0%. In der Kinder- und Jugend-Rheumatologie gibt es dreimal so viele Männer, in der Kinder- und Jugend-Pneumologie viermal so viele und in der Neonatologie 4,5-mal so viele Männer wie Frauen.

Tabelle 16: Subspezialisierung in der Position Chefarzt nach Geschlecht (zweite Datenerfassung). Daten dargestellt als absolute Werte und Anteile.

Subspezialisierungen (Chefarzt)	Männlich	Weiblich
Kinder- und Jugend-Hämatologie und -Onkologie	5 (62,5 %)	3 (37,5 %)
Kinder- und Jugend-Kardiologie	20 (76,9 %)	6 (23,1 %)
Neonatologie	72 (81,8 %)	16 (18,2 %)
Neuropädiatrie	18 (90,0 %)	2 (10,0 %)
Allergologie	12 (85,7 %)	2 (14,3 %)
Diabetologie	9 (69,2 %)	4 (30,8 %)
Ernährungsmedizin	2 (66,7 %)	1 (33,3 %)
Hämostaseologie	3 (100,0%)	0 (0,0 %)
Immunologie	2 (100,0%)	0 (0,0 %)
Infektiologie	8 (100,0%)	0 (0,0 %)
Intensivmedizin	32 (84,2 %)	6 (15,8 %)
Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -Diabetologie	9 (69,2 %)	4 (30,8 %)
Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	10 (90,9 %)	1 (9,1 %)
Kinder- und Jugend-Nephrologie	1 (50,0 %)	1 (50,0 %)
Kinder- und Jugend-Pneumologie	16 (80,0 %)	4 (20,0 %)
Kinder- und Jugend-Rheumatologie	6 (75,0 %)	2 (25,0 %)
Klinische Akut- und Notfallmedizin/ Notfallmedizin	9 (81,8 %)	2 (18,2 %)
Palliativmedizin	5 (71,4 %)	2 (28,6 %)

Spezielle Kardiologie für Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern (EMAH)	3 (100,0%)	0 (0,0 %)
---	------------	-----------

N = 303

5.2.4.2.2. Anteil der Subspezialisierung der Chefärzte nach Geschlecht

Laut erster Datenerfassung (Tabelle 17) tragen fast drei von vier männlichen Chefärzten (72,5 %, n = 74) die Subspezialisierung Neonatologie. Ungefähr jeder dritte männliche Chefarzt trägt die bei Chefärzten zweithäufigste Subspezialisierung Intensivmedizin (36,3 %, n = 37). Darauf folgt die Kinder- und Jugendkardiologie (18,6 %, n = 19) und die Neuropädiatrie (17,6 %, n = 18). Die bei männlichen Chefärzten am seltensten vertretenen Subspezialisierungen sind mit jeweils 1,0 % (n = 1) die Hämostaseologie sowie die Kinder- und Jugend-Nephrologie.

Auch bei den weiblichen Chefärzten ist die häufigste Subspezialisierung die Neonatologie (56,0 %, n = 14), die Diabetologie mit 24,0 % (n = 6) die zweithäufigste. Darauf folgen die Kinder- und Jugend-Kardiologie und die Intensivmedizin mit jeweils 20,0 % (n = 5). Keine der weiblichen Chefärzte hat eine Zusatzweiterbildung in der Allergologie, Hämostaseologie, Immunologie, Infektiologie, Kinder- und Jugend-Nephrologie oder EMAH.

Tabelle 17: Subspezialisierungen der Chefärzte nach Geschlecht (erste Datenerfassung). Daten dargestellt als absolute Werte und Anteile.

Subspezialisierungen (Chefarzt)	Männlich	Weiblich
Kinder- und Jugend-Hämatologie und -Onkologie	10 (9,8 %)	3 (12,0 %)
Kinder- und Jugend-Kardiologie	19 (18,6 %)	5 (20,0 %)
Neonatologie	74 (72,5 %)	14 (56,0 %)
Neuropädiatrie	18 (17,6 %)	1 (4,0 %)
Allergologie	13 (12,7 %)	0 (0,0 %)
Diabetologie	7 (6,9 %)	6 (24,0 %)
Ernährungsmedizin	7 (6,9 %)	3 (12,0 %)
Hämostaseologie	1 (1,0 %)	0 (0,0 %)
Immunologie	4 (3,9 %)	0 (0,0 %)
Infektiologie	10 (9,8 %)	0 (0,0 %)
Intensivmedizin	37 (36,3 %)	5 (20,0 %)
Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -Diabetologie	8 (7,8 %)	3 (12,0 %)
Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	8 (7,8 %)	3 (12,0 %)
Kinder- und Jugend-Nephrologie	1 (1,0 %)	0 (0,0 %)
Kinder- und Jugend-Pneumologie	10 (9,8 %)	2 (8,0 %)

Kinder- und Jugend-Rheumatologie	5 (4,9 %)	1 (4,0 %)
Klinische Akut- und Notfallmedizin/ Notfallmedizin	13 (12,7 %)	3 (12,0 %)
Palliativmedizin	5 (4,9 %)	4 (16,0 %)
Spezielle Kardiologie für Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern (EMAH)	3 (2,9 %)	0 (0,0 %)

N = 128

In der zweiten Datenerfassung (Tabelle 18) besitzen mehr als die Hälfte der männlichen Chefärzte (55,4 %, n = 72) den Schwerpunkt Neonatologie, jedoch nur ein Drittel der weiblichen Chefärzte (33,3 %, n = 16). Diese macht bei beiden Geschlechtern die häufigste Subspezialisierung aus.

Etwa ein Viertel der männlichen Chefärzte (24,6 %, n = 32) besitzt die Zusatzweiterbildung Intensivmedizin, diese bildet damit die zweithäufigste Subspezialisierung bei männlichen Chefärzten, darauf folgt mit 15,4 % (n = 20) die Kinder- und Jugend-Kardiologie. Die seltenste Zusatzweiterbildung ist mit nur einem männlichen Chefarzt (0,8 %) die Kinder- und Jugend-Nephrologie.

Die zweithäufigsten Subspezialisierungen der weiblichen Chefärzte sind mit jeweils 12,5 % (n = 6) die Kinder- und Jugend-Kardiologie sowie die Intensivmedizin. Darauf folgen mit je 8,3 % (n = 4) die Diabetologie, Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -Diabetologie sowie die Kinder- und Jugend-Pneumologie.

Tabelle 18: Subspezialisierungen der Chefärzte nach Geschlecht (zweite Datenerfassung). Daten dargestellt als absolute Werte und Anteile.

Subspezialisierungen (Chefarzt)	Männlich	Weiblich
Kinder- und Jugend-Hämatologie und -Onkologie	5 (3,8 %)	3 (6,3 %)
Kinder- und Jugend-Kardiologie	20 (15,4 %)	6 (12,5 %)
Neonatologie	72 (55,4 %)	16 (33,3 %)
Neuropädiatrie	18 (13,8 %)	2 (4,2 %)
Allergologie	12 (9,2 %)	2 (4,2 %)
Diabetologie	9 (6,9 %)	4 (8,3 %)
Ernährungsmedizin	2 (1,5 %)	1 (2,1 %)
Hämostaseologie	3 (2,3 %)	0 (0,0 %)
Immunologie	2 (1,5 %)	0 (0,0 %)
Infektiologie	8 (6,2 %)	0 (0,0 %)
Intensivmedizin	32 (24,6 %)	6 (12,5 %)
Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -Diabetologie	9 (6,9 %)	4 (8,3 %)

Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	10 (7,7 %)	1 (2,1 %)
Kinder- und Jugend-Nephrologie	1 (0,8 %)	1 (2,1 %)
Kinder- und Jugend-Pneumologie	16 (12,3 %)	4 (8,3 %)
Kinder- und Jugend-Rheumatologie	6 (4,6 %)	2 (4,2 %)
Klinische Akut- und Notfallmedizin/ Notfallmedizin	9 (6,9 %)	2 (4,2 %)
Palliativmedizin	5 (3,8 %)	2 (4,2 %)
Spezielle Kardiologie für Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern (EMAH)	3 (2,3 %)	0 (0,0 %)

N = 303

5.2.4.3. Position Oberarzt

In den folgenden Unterkapiteln werden zunächst die Anzahlen der Subspezialisierungen bei männlichen und weiblichen Oberärzten und der Geschlechteranteil innerhalb der Subspezialisierungen beschrieben (5.2.4.3.1). Anschließend wird angegeben wie viel Prozent der männlichen bzw. weiblichen Oberärzten die Subspezialisierungen tragen (5.2.4.3.2 und 5.2.4.2.2).

Diese Daten wurden in der ersten und zweiten Datenerfassung erhoben.

5.2.4.3.1. Geschlechteranteil der Oberärzte

In der ersten Datenerfassung (Tabelle 19) ist in 14 der 19 Subspezialisierungen der Männeranteil höher; in den Zusatzweiterbildungen Immunologie (92,9 %, n = 13) und EMAH (94,1%, n=16) sind sogar mehr als 90% der Subspezialisierungen von männlichen Oberärzten erworben wurden. Die Ernährungsmedizin wurde von jeweils elf weiblichen und männlichen Oberärzten sowie die Palliativmedizin von jeweils 36 weiblichen und männlichen Oberärzten, erworben. Diese sind damit zwischen den beiden Geschlechtern ausgeglichen. Der Frauenanteil ist in dem Schwerpunkt Neuropädiatrie (56,0 %, n = 75) und den Zusatzweiterbildungen Diabetologie (58,4 %, n = 45) sowie Kinder- und Jugend-Nephrologie (73,3 %, n = 11) höher als der Männeranteil.

In der häufigsten Subspezialisierung, der Neonatologie (n=393), ist das Verhältnis, mit einem Männeranteil von 52,7 % (n = 207) und einem Frauenanteil von 47,3 % (n = 186), relativ ausgeglichen.

Tabelle 19: Subspezialisierungen in der Position Oberarzt nach Geschlecht (erste Datenerfassung). Daten dargestellt als absolute Werte und Anteile.

Subspezialisierungen (Oberarzt)	Männlich	Weiblich
Kinder- und Jugend-Hämatologie und -Onkologie	50 (58,8 %)	35 (41,2 %)
Kinder- und Jugend-Kardiologie	72 (65,5 %)	38 (34,5 %)
Neonatologie	207 (52,7 %)	186 (47,3 %)
Neuropädiatrie	59 (44,0 %)	75 (56,0 %)
Allergologie	24 (52,2 %)	22 (47,8 %)
Diabetologie	32 (41,6 %)	45 (58,4 %)
Ernährungsmedizin	11 (50,0 %)	11 (50,0 %)
Hämostaseologie	10 (58,8 %)	7 (41,2 %)
Immunologie	13 (92,9 %)	1 (7,1 %)
Infektiologie	15 (88,2 %)	2 (11,8 %)
Intensivmedizin	90 (63,8 %)	51 (36,2 %)
Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -Diabetologie	31 (52,5 %)	28 (47,5 %)
Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	45 (58,4 %)	32 (42,6 %)
Kinder- und Jugend-Nephrologie	4 (26,7 %)	11 (73,3 %)
Kinder- und Jugend-Pneumologie	36 (53,7 %)	31 (46,3 %)
Kinder- und Jugend-Rheumatologie	26 (63,4 %)	15 (36,6 %)
Klinische Akut- und Notfallmedizin/ Notfallmedizin	49 (70,0 %)	21 (30,0 %)
Palliativmedizin	36 (50,0 %)	36 (50,0 %)
Spezielle Kardiologie für Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern (EMAH)	16 (94,1 %)	1 (5,9 %)

N = 128

In der zweiten Datenerfassung (Tabelle 20) ist in der Mehrheit der Subspezialisierungen (14 von 19) der Männeranteil höher als der Frauenanteil. Der größte Männeranteil findet sich in der Zusatzweiterbildung Infektiologie und beträgt 86,2 % (n = 25). Darauf folgt die Hämostaseologie, in der mehr als drei Viertel der Subspezialisierungen von Männern erworben wurden (76,2 %, n = 16). In der Allergologie ist das Verhältnis Männer zu Frauen, mit einem Männeranteil von 50,6 % (n = 45), ausgeglichen. Der Frauenanteil ist nur im Schwerpunkt Neuropädiatrie (53,2 %, n = 116) und in den Zusatzweiterbildungen Diabetologie (59,8 %, n = 55), Ernährungsmedizin (57,1 %, n = 16), Palliativmedizin (54,9 %, n = 39) sowie Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -Diabetologie (52,3 %, n = 56) höher.

Die insgesamt häufigste Subspezialisierung, die Neonatologie, weist ein fast ausgeglichenes Männer zu Frauen Verhältnis auf. In der zweithäufigsten Subspezialisierung, der Intensivmedizin, beträgt dieses Verhältnis rund 60:40%.

Tabelle 20: Subspezialisierungen in der Position Oberarzt nach Geschlecht (zweite Datenerfassung). Daten dargestellt als absolute Werte und Anteile.

Subspezialisierungen (Oberarzt)	Männlich	Weiblich
Kinder- und Jugend-Hämatologie und -Onkologie	122 (61,6 %)	76 (38,4 %)
Kinder- und Jugend-Kardiologie	173 (63,1 %)	101 (36,9 %)
Neonatologie	380 (52,2 %)	348 (47,8 %)
Neuropädiatrie	102 (46,8 %)	116 (53,2 %)
Allergologie	45 (50,6 %)	44 (49,4 %)
Diabetologie	37 (40,2 %)	55 (59,8 %)
Ernährungsmedizin	12 (42,9 %)	16 (57,1 %)
Hämostaseologie	16 (76,2 %)	5 (23,8 %)
Immunologie	15 (71,4 %)	6 (28,6 %)
Infektiologie	25 (86,2 %)	4 (13,8 %)
Intensivmedizin	182 (60,9 %)	117 (39,1 %)
Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -Diabetologie	51 (47,7 %)	56 (52,3 %)
Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	83 (61,0 %)	53 (39,0 %)
Kinder- und Jugend-Nephrologie	37 (54,4 %)	31 (45,6 %)
Kinder- und Jugend-Pneumologie	73 (57,0 %)	55 (43,0 %)
Kinder- und Jugend-Rheumatologie	43 (63,2 %)	25 (36,8 %)
Klinische Akut- und Notfallmedizin/ Notfallmedizin	57 (59,4 %)	39 (40,6 %)
Palliativmedizin	32 (45,1 %)	39 (54,9 %)
Spezielle Kardiologie für Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern (EMAH)	41 (77,4 %)	12 (22,6 %)

N = 303

5.2.4.3.2. Anteil der Subspezialisierungen der Oberärzte nach Geschlecht

In der zweiten Datenerfassung (Tabelle 21) ist der Schwerpunkt Neonatologie die Subspezialisierung, die bei sowohl männlichen als weiblichen Oberärzten am häufigsten erworben wurde: 32,1 % (n = 380) der Männer und 27,8 % (n = 348) der Frauen in der Position Oberarzt tragen diese Schwerpunktbezeichnung. Die zweithäufigste Subspezialisierung ist ebenfalls bei beiden Geschlechtern die gleiche: die Intensivmedizin wurde von 15,4 % (n =

182) der männlichen und 9,4 % (n = 117) der weiblichen Oberärzte erworben. Die dritthäufigste Subspezialisierung bei männlichen Oberärzten bildet die Kinder- und Jugend-Kardiologie (14,6 %, n = 173) und bei den weiblichen Oberärzten die Neuropädiatrie (9,3 %, n = 116).

Tabelle 21: Subspezialisierungen der Oberärzte nach Geschlecht (zweite Datenerfassung). Daten dargestellt als absolute Werte und Anteile.

Subspezialisierungen (Oberarzt)	Männlich	Weiblich
Kinder- und Jugend-Hämatologie und -Onkologie	122 (10,3 %)	76 (6,1 %)
Kinder- und Jugend-Kardiologie	173 (14,6 %)	101 (8,1 %)
Neonatologie	380 (31,1 %)	348 (27,8 %)
Neuropädiatrie	102 (8,6 %)	116 (9,3 %)
Allergologie	45 (3,8 %)	44 (3,5 %)
Diabetologie	37 (3,1 %)	55 (4,4 %)
Ernährungsmedizin	12 (1,0 %)	16 (1,3 %)
Hämostaseologie	16 (1,4 %)	5 (0,4 %)
Immunologie	15 (1,3 %)	6 (0,5 %)
Infektiologie	25 (2,1 %)	4 (0,3 %)
Intensivmedizin	182 (15,4 %)	117 (9,4 %)
Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -Diabetologie	51 (4,3 %)	56 (4,5 %)
Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	83 (7,0 %)	53 (4,2 %)
Kinder- und Jugend-Nephrologie	37 (3,1 %)	31 (2,5 %)
Kinder- und Jugend-Pneumologie	73 (6,2 %)	55 (4,4 %)
Kinder- und Jugend-Rheumatologie	43 (3,6 %)	25 (2,0 %)
Klinische Akut- und Notfallmedizin/ Notfallmedizin	57 (4,8 %)	39 (3,1 %)
Palliativmedizin	32 (2,7 %)	39 (3,1 %)
Spezielle Kardiologie für Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern (EMAH)	41 (3,5 %)	12 (1,0%)

N = 303

5.2.4.4. Position Funktionsoberarzt

In den folgenden Unterkapiteln werden zunächst die Anzahl der Subspezialisierungen bei männlichen und weiblichen Funktionsoberärzten und der Geschlechteranteil innerhalb der Subspezialisierungen beschrieben (5.2.4.4.1). Anschließend wird angegeben wie viel Prozent der männlichen bzw. weiblichen Funktionsoberärzten die Subspezialisierungen tragen (5.2.4.4.2). Daten zu Funktionsoberärzten wurden nur in der zweiten Datenerfassung erhoben.

5.2.4.4.1. Geschlechteranteil der Funktionsoberärzte

In dieser Datenerfassung (Tabelle 22) sind in der Mehrheit der Subspezialisierungen die Frauenanteile der erworbenen Subspezialisierungen höher, in fünf Subspezialisierungen ist er über 80,0 % (n = 4 – 11), in der EMAH sogar 100,0 % (n = 2). In der Infektiologie sind der Männer- und Frauenanteil jeweils 50,0 % (n = 2), also ausgeglichen. Nur in den Zusatzweiterbildungen Hämostaseologie (n = 1), Immunologie (n = 1) und Klinische Akut- und Notfallmedizin/Notfallmedizin (n = 2) ist der Männeranteil mit 100,0 % höher.

Tabelle 22: Subspezialisierungen in der Position Funktionsoberarzt nach Geschlecht (zweite Datenerfassung). Daten dargestellt als absolute Werte und Anteile.

Subspezialisierungen (Funktionsoberarzt)	Männlich	Weiblich
Kinder- und Jugendmediziner	50 (24,0 %)	158 (76,0 %)
Kinder- und Jugend-Hämatologie und -Onkologie	6 (42,9 %)	8 (57,1 %)
Kinder- und Jugend-Kardiologie	1 (20,0 %)	4 (80,0 %)
Neonatologie	10 (29,4 %)	24 (70,6 %)
Neuropädiatrie	3 (20,0 %)	12 (80,0 %)
Allergologie	1 (16,7 %)	5 (83,3 %)
Diabetologie	2 (28,6 %)	5 (71,4 %)
Ernährungsmedizin	1 (20,0 %)	4 (80,0 %)
Hämostaseologie	1 (100,0 %)	0 (0,0 %)
Immunologie	1 (100,0 %)	0 (0,0 %)
Infektiologie	2 (50,0 %)	2 (50,0 %)
Intensivmedizin	3 (37,5 %)	5 (62,5 %)
Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -Diabetologie	2 (25,0 %)	6 (75,0 %)
Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	6 (42,9 %)	8 (57,1 %)
Kinder- und Jugend-Nephrologie	1 (16,7 %)	5 (83,3 %)
Kinder- und Jugend-Pneumologie	2 (15,4 %)	11 (84,6 %)
Kinder- und Jugend-Rheumatologie	1 (14,3 %)	6 (85,7 %)
Klinische Akut- und Notfallmedizin/ Notfallmedizin	2 (100,0 %)	0 (0,0 %)
Palliativmedizin	3 (37,5 %)	5 (62,5 %)
Spezielle Kardiologie für Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern (EMAH)	0 (0,0 %)	2 (100,0 %)

N = 303

5.2.4.4.2. Anteil der Subspezialisierungen der Funktionsoberärzte nach Geschlecht

In dieser Datenerfassung (Tabelle 23) ist bei den Funktionsoberärzten die Neonatologie bei den Männern und Frauen mit 20,0 % (n = 10) und 15,2 % (n = 24) am häufigsten vertreten. Die zweithäufigste Subspezialisierung bei den männlichen Funktionsoberärzten ist die Kinder- und Jugend-Hämatologie und -Onkologie (12,0 %, n = 6) und bei den weiblichen Funktionsoberärzten die Neuropädiatrie (7,6 %, n = 12). Es gibt keinen männlichen Funktionsoberarzt mit der Zusatzweiterbildung EMAH, und keinen weiblichen mit der Zusatzweiterbildungen Hämostaseologie oder Immunologie.

Tabelle 23: Subspezialisierungen der Funktionsoberärzte nach Geschlecht (zweite Datenerfassung). Daten dargestellt als absolute Werte und Anteile.

Subspezialisierung (Funktionsoberärzte)	Männlich	Weiblich
Kinder- und Jugend-Hämatologie und -Onkologie	6 (12,0 %)	8 (5,1 %)
Kinder- und Jugend-Kardiologie	1 (2,0 %)	4 (2,5 %)
Neonatologie	10 (20,0 %)	24 (15,2 %)
Neuropädiatrie	3 (6,0 %)	12 (7,6 %)
Allergologie	1 (2,0 %)	5 (3,2 %)
Diabetologie	2 (4,0 %)	5 (3,2 %)
Ernährungsmedizin	1 (2,0 %)	4 (2,5 %)
Hämostaseologie	1 (2,0 %)	0 (0,0 %)
Immunologie	1 (2,0 %)	0 (0,0 %)
Infektiologie	2 (4,0 %)	2 (1,3 %)
Intensivmedizin	3 (6,0 %)	5 (3,2 %)
Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -Diabetologie	2 (4,0 %)	6 (3,8 %)
Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	6 (12,0 %)	8 (5,1 %)
Kinder- und Jugend-Nephrologie	1 (2,0 %)	5 (3,2 %)
Kinder- und Jugend-Pneumologie	2 (4,0 %)	11 (7,0 %)
Kinder- und Jugend-Rheumatologie	1 (2,0 %)	6 (3,8 %)
Klinische Akut- und Notfallmedizin/ Notfallmedizin	2 (4,0 %)	0 (0,0 %)
Palliativmedizin	3 (6,0 %)	5 (3,2 %)
Spezielle Kardiologie für Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern (EMAH)	0 (0,0 %)	2 (1,3 %)

N = 303

5.2.4.5. Position Facharzt

In den folgenden Unterkapiteln wird zunächst die Anzahl der Subspezialisierungen bei männlichen und weiblichen Fachärzten und der Geschlechteranteil innerhalb der Subspezialisierungen beschrieben (5.2.4.5.1). Anschließend wird angegeben wie viel Prozent der männlichen bzw. weiblichen Fachärzten die Subspezialisierungen tragen (5.2.4.5.2).

Diese Daten wurden in der ersten und zweiten Datenerfassung erhoben.

5.2.4.5.1. Geschlechteranteil der Fachärzte

In der ersten Datenerfassung (Tabelle 24) ist in allen Subspezialisierungen, außer der EMAH (n = 2; 100,0 % männlich), der Frauenanteil höher als der Männeranteil. In den vier Zusatzweiterbildungen Kinder- und Jugend-Nephrologie (n = 5), Infektiologie (n = 4), Immunologie (n = 2) und Hämostaseologie (n = 1) sind alle Fachärzte weiblich; in der Diabetologie sind 96,2 % (n = 25) der subspezialisierten Fachärzte weiblich. In den Zusatzweiterbildungen Intensivmedizin und Klinische Akut- und Notfallmedizin/Notfallmedizin ist der Männeranteil mit 40,0 % (n = 8) und 43,5 % (n = 10), neben der EMAH, am höchsten.

Tabelle 24: Subspezialisierungen in der Position Facharzt nach Geschlecht (erste Datenerfassung). Daten dargestellt als absolute Werte und Anteile.

Subspezialisierung (Facharzt)	Männlich	Weiblich
Kinder- und Jugend-Hämatologie und -Onkologie	5 (26,3 %)	14 (73,7 %)
Kinder- und Jugend-Kardiologie	5 (26,3 %)	14 (73,7 %)
Neonatologie	22 (28,2 %)	56 (71,8 %)
Neuropädiatrie	10 (34,5 %)	19 (65,5 %)
Allergologie	1 (9,1 %)	10 (90,9 %)
Diabetologie	1 (3,8 %)	25 (96,2 %)
Ernährungsmedizin	1 (33,3 %)	2 (66,7 %)
Hämostaseologie	0 (0,0 %)	1 (100,0 %)
Immunologie	0 (0,0 %)	2 (100,0 %)
Infektiologie	0 (0,0 %)	4 (100,0 %)
Intensivmedizin	8 (40,0 %)	12 (60,0 %)
Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -Diabetologie	3 (25,0 %)	9 (75,0 %)
Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	6 (35,3 %)	11 (64,7 %)
Kinder- und Jugend-Nephrologie	0 (0,0 %)	5 (100,0 %)
Kinder- und Jugend-Pneumologie	3 (23,1 %)	10 (76,9 %)
Kinder- und Jugend-Rheumatologie	1 (16,7 %)	5 (83,3 %)

Klinische Akut- und Notfallmedizin/ Notfallmedizin	10 (43,5 %)	13 (56,5 %)
Palliativmedizin	4 (25,0 %)	12 (75,0 %)
Spezielle Kardiologie für Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern (EMAH)	2 (100,0 %)	0 (0,0 %)

N = 128

In der zweiten Datenerfassung (Tabelle 25) gibt es bei allen Subspezialisierungen, außer bei der Immunologie, in der der Männer- und Frauenanteil jeweils 50,0 % beträgt, mehr weibliche als männliche Ärzte. In den Zusatzweiterbildungen Ernährungsmedizin (n = 6) und Hämostaseologie (n = 2) ist der Frauenanteil bei 100,0 %. Auch in der Palliativmedizin ist der Frauenanteil mit 91,7 % (n = 22) relativ hoch. In der Kinder- und Jugend-Rheumatologie ist der Männeranteil mit 46,2 % (n = 6) am höchsten.

In den drei häufigsten Subspezialisierungen in der Facharztposition, der Neonatologie, der Kinder- und Jugend-Kardiologie sowie der Kinder- und Jugend-Hämatologie und -Onkologie, liegt der Frauenanteil zwischen 70,6 % und 72,7 %.

Tabelle 25: Subspezialisierungen in der Position Facharzt nach Geschlecht (zweite Datenerfassung). Daten dargestellt als absolute Werte und Anteile.

Subspezialisierungen (Facharzt)	Männlich	Weiblich
Kinder- und Jugend-Hämatologie und -Onkologie	12 (27,3 %)	32 (72,7 %)
Kinder- und Jugend-Kardiologie	16 (29,1 %)	39 (70,9 %)
Neonatologie	20 (29,4 %)	48 (70,6 %)
Neuropädiatrie	13 (34,2 %)	25 (65,8 %)
Allergologie	5 (29,4 %)	12 (70,6 %)
Diabetologie	2 (14,3 %)	12 (85,7 %)
Ernährungsmedizin	0 (0,0 %)	6 (100,0 %)
Hämostaseologie	0 (0,0 %)	2 (100,0 %)
Immunologie	1 (50,0 %)	1 (50,0 %)
Infektiologie	1 (16,7 %)	5 (83,3 %)
Intensivmedizin	9 (36,0 %)	16 (64,0 %)
Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -Diabetologie	5 (18,5 %)	22 (81,5 %)
Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	4 (23,5 %)	13 (76,5 %)
Kinder- und Jugend-Nephrologie	4 (28,6 %)	10 (71,4 %)
Kinder- und Jugend-Pneumologie	8 (38,1 %)	13 (61,9 %)
Kinder- und Jugend-Rheumatologie	6 (46,2 %)	7 (53,8 %)
Klinische Akut- und Notfallmedizin/ Notfallmedizin	6 (40,0 %)	9 (60,0 %)

Palliativmedizin	2 (8,3 %)	22 (91,7 %)
Spezielle Kardiologie für Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern (EMAH)	1 (20,0 %)	4 (80,0 %)

N = 303

5.2.4.5.2. Anteil der Subspezialisierungen der Fachärzte nach Geschlecht

In der zweiten Datenerfassung (Tabelle 26) ist bei beiden Geschlechtern in der Position Facharzt die Neonatologie die häufigste Subspezialisierung: 2,0 % (n = 20) der männlichen und 4,7 % (n = 48) der weiblichen Fachärzte tragen diese Schwerpunktbezeichnung. Darauf folgt die Kinder- und Jugendkardiologie mit 1,6 % (n = 16) der männlichen und 3,8 % (n = 39) der weiblichen Fachärzte. Unter 0,1 % der männlichen Fachärzte haben die Zusatzweiterbildungen Ernährungsmedizin, Hämostaseologie, Immunologie, Infektiologie oder EMAH erworben. Unter 0,2 % der weiblichen Fachärzte haben die Zusatzweiterbildungen Hämostaseologie oder Immunologie erworben.

Tabelle 26: Subspezialisierungen der Fachärzte nach Geschlecht (zweite Datenerfassung). Daten dargestellt als absolute Werte und Anteile.

Subspezialisierungen (Facharzt)	Männlich	Weiblich
Kinder- und Jugend-Hämatologie und -Onkologie	12 (4,6 %)	32 (4,3 %)
Kinder- und Jugend-Kardiologie	16 (6,1 %)	39 (5,2 %)
Neonatologie	20 (7,6 %)	48 (6,4 %)
Neuropädiatrie	13 (5,0 %)	25 (3,3 %)
Allergologie	5 (1,9 %)	12 (1,6 %)
Diabetologie	2 (0,8 %)	12 (1,6 %)
Ernährungsmedizin	0 (0,0 %)	6 (0,8 %)
Hämostaseologie	0 (0,0 %)	2 (0,3 %)
Immunologie	1 (0,4 %)	1 (0,1 %)
Infektiologie	1 (0,4 %)	5 (0,7 %)
Intensivmedizin	9 (3,4 %)	16 (2,1 %)
Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -Diabetologie	5 (1,9 %)	22 (2,9 %)
Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	4 (1,5 %)	13 (1,7 %)
Kinder- und Jugend-Nephrologie	4 (1,5 %)	10 (1,3 %)
Kinder- und Jugend-Pneumologie	8 (3,1 %)	13 (1,7 %)
Kinder- und Jugend-Rheumatologie	6 (2,3 %)	7 (0,9 %)
Klinische Akut- und Notfallmedizin/ Notfallmedizin	6 (2,3 %)	9 (1,2 %)

Palliativmedizin	2 (0,8 %)	22 (2,9 %)
Spezielle Kardiologie für Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern (EMAH)	1 (0,4 %)	4 (0,5 %)

N = 303

5.2.5. Subspezialisierung pro Bett, pro Fall und pro Einwohner (unter 18 Jahren)

Im folgenden Kapitel wird die Anzahl der Subspezialisierungen pro 100 Betten, pro 1.000 Fälle und pro 100.000 Einwohner (unter 18 Jahren) beschrieben.

Diese Daten wurden in der ersten, zweiten und dritten Datenerfassung erhoben.

5.2.5.1. Subspezialisierungen pro 100 Betten

Laut erster Datenerfassung (Tabelle 27) gibt es insgesamt 2.086 Subspezialisierungen und 7.448 Betten, also 28,0 Subspezialisierungen pro 100 Betten. Die häufigste Subspezialisierung ist die Neonatologie, pro 100 Betten stehen 7,5 Neonatologen zur Verfügung. Es folgt die Intensivmedizin mit 2,7 Intensivmedizinern pro 100 Betten und die Kinder- und Jugend-Kardiologie mit 2,5 Kinder- und Jugendkardiologen pro 100 Betten. Am seltensten repräsentiert sind die Zusatzweiterbildungen Hämostaseologie, Immunologie, Kinder- und Jugend-Nephrologie und EMAH mit je 0,3 Ärzten pro 100 Betten.

In der zweiten Datenerfassung (Tabelle 27) sind insgesamt 3.821 Subspezialisierungen und 11.368 Betten erfasst, damit gibt es 33,6 Subspezialisierungen pro 100 Betten. Davon sind 9,6 in der Neonatologie, 3,3 in der Kinder- und Jugend-Kardiologie und 2,8 in der Neuropädiatrie. Am seltensten repräsentiert sind die Hämostaseologie und Immunologie mit jeweils 0,2 Ärzten pro 100 Betten.

Tabelle 27: Subspezialisierungen pro 100 Betten (erste und zweite Datenerfassung). Daten dargestellt als absolute Werte.

Subspezialisierungen	Erste Datenerfassung*		Zweite Datenerfassung**	
	n	pro 100 Betten	n	pro 100 Betten
Kinder- und Jugend-Hämatologie und -Onkologie	117	1,6	278	2,4
Kinder- und Jugend-Kardiologie	153	2,1	372	3,3
Neonatologie	559	7,5	977	8,6
Neuropädiatrie	182	2,4	310	2,7

Allergologie	70	0,9	139	1,2
Diabetologie	116	1,6	131	1,2
Ernährungsmedizin	35	0,5	44	0,4
Hämostaseologie	19	0,3	27	0,2
Immunologie	20	0,3	27	0,2
Infektiologie	31	0,4	55	0,5
Intensivmedizin	203	2,7	401	3,5
Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -Diabetologie	82	1,1	166	1,5
Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	105	1,4	188	1,7
Kinder- und Jugend-Nephrologie	21	0,3	95	0,8
Kinder- und Jugend-Pneumologie	92	1,2	199	1,8
Kinder- und Jugend-Rheumatologie	53	0,7	102	0,9
Klinische Akut- und Notfallmedizin/ Notfallmedizin	109	1,5	129	1,1
Palliativmedizin	97	1,3	115	1,0
Spezielle Kardiologie für Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern (EMAH)	22	0,3	66	0,6

*N = 128, ** N = 303

Auf der Basis der dritten Datenerfassung (Tabelle 28) gibt es in Deutschland 17.569 Betten, die Gesamtzahl der Subspezialisierungen ist nicht eruierbar. Es gibt 6,9 Neonatologen, 3,0 Neuropädiater, 2,3 Kinder-Kardiologen und 1,6 Kinder-Hämatologen und -Onkologen pro 100 Betten. In den restlichen Subspezialisierungen gibt es weniger als 0,3 Ärzte pro 100 Betten (Statistisches Bundesamt, 2024)

Tabelle 28: Subspezialisierungen pro 100 Betten (dritte Datenerfassung). Daten dargestellt als absolute Werte.

Subspezialisierungen	n	pro 100 Betten
Neonatologie	1.034	6,9
Neuropädiatrie	450	3,0
Kinder-Kardiologie	336	2,3
Kinder-Hämatologie und -Onkologie	238	1,6
Kinder-Pneumologie	49	0,3
Kinder-Nephrologie	30	0,2
Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie	24	0,2

Kinder-Gastroenterologie	1	0,0
Kinder-Rheumatologie	0	0,0

© Statistisches Bundesamt (DESTATIS), 2024

5.2.5.2. Subspezialisierungen pro 1.000 Fälle

In der ersten Datenerfassung (Tabelle 29) kommen auf die erfassten 2.086 Subspezialisierungen 334.682 Fälle. Damit gibt es 4,1 Subspezialisierungen pro 1.000 Fälle. Die Neonatologie ist die einzige Subspezialisierung mit mehr als einer, genauer gesagt 1,7, Subspezialisierung pro 1.000 Fälle. In den restlichen drei Schwerpunkten sind es 0,3 bis 0,5 Ärzte pro 1.000 Fälle. In allen Zusatzweiterbildungen, außer der Intensivmedizin (0,6 Intensivmediziner pro 1.000 Fälle), sind es weniger als 0,3 Ärzte pro 1.000 Fälle

In der zweiten Datenerfassung kommen auf die 3.821 Subspezialisierung 824.604 Fälle, also 4,6 Subspezialisierungen pro 1.000 Fälle. Die Neonatologie ist als einzige Subspezialisierung mit mehr als einem Arzt (1,2) pro 1.000 Fälle vertreten. In den restlichen Schwerpunkten und in der Intensivmedizin sind es 0,3 bis 0,5 Ärzte pro 1.000 Fälle. In den restlichen Zusatzweiterbildungen stehen jeweils weniger als 0,2 Ärzte pro 1.000 Fälle zur Verfügung.

Tabelle 29: Subspezialisierungen pro 1.000 Fälle (erste und zweite Datenerfassung). Daten dargestellt als absolute Werte.

Subspezialisierungen	Erste Datenerfassung*		Zweite Datenerfassung**	
	n	pro 1.000 Fälle	n	pro 1.000 Fälle
Kinder- und Jugend-Hämatologie und - Onkologie	117	0,3	278	0,3
Kinder- und Jugend-Kardiologie	153	0,5	372	0,5
Neonatologie	559	1,7	977	1,2
Neuropädiatrie	182	0,5	310	0,4
Allergologie	70	0,2	139	0,2
Diabetologie	116	0,3	131	0,2
Ernährungsmedizin	35	0,1	44	0,1
Hämostaseologie	19	0,1	27	0,03
Immunologie	20	0,1	27	0,03
Infektiologie	31	0,1	55	0,1
Intensivmedizin	203	0,6	401	0,5

Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -Diabetologie	82	0,2	166	0,2
Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	105	0,3	188	0,2
Kinder- und Jugend-Nephrologie	21	0,1	95	0,1
Kinder- und Jugend-Pneumologie	92	0,3	199	0,2
Kinder- und Jugend-Rheumatologie	53	0,2	102	0,1
Klinische Akut- und Notfallmedizin/ Notfallmedizin	109	0,3	129	0,2
Palliativmedizin	97	0,3	115	0,1
Spezielle Kardiologie für Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern (EMAH)	22	0,1	66	0,1

* N = 128, ** N = 303

In der dritten Datenerfassung (Tabelle 30) ist die Subspezialisierung Neonatologie die Einzige, die pro 1.000 Fälle mindestens einen Arzt hat. Es kommen 0,5 Neuropädiater auf 1.000 Fälle, die Kinder-Kardiologie und Kinder-Hämatologie-und Onkologie haben 0,4 und 0,3 Ärzte pro 1.000 Fälle. Die restlichen Subspezialisierungen haben weniger als 0,1 Ärzte pro 1.000 Fälle. (Statistisches Bundesamt, 2024).

Tabelle 30: Subspezialisierungen pro 1.000 Fälle (dritte Datenerfassung). Daten dargestellt als absolute Werte.

Subspezialisierungen	n	pro 1.000 Fälle
Neonatologie	1.034	1,2
Neuropädiatrie	450	0,5
Kinder-Kardiologie	336	0,4
Kinder-Hämatologie und -Onkologie	238	0,3
Kinder-Pneumologie	49	0,1
Kinder-Nephrologie	30	0,04
Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie	24	0,03
Kinder-Gastroenterologie	1	0,0
Kinder-Rheumatologie	0	0,0

© Statistisches Bundesamt (DESTATIS), 2024

5.2.5.3. Pro 100.000 Einwohner (unter 18 Jahren)

In Deutschland leben 13,9 Millionen Einwohnern unter 18 Jahren (Statistisches Bundesamt, 2025).

In der ersten Datenerfassung (Tabelle 31) kommen auf 100.000 Einwohner unter 18 Jahren 14,1 Subspezialisierungen. Neben der häufigsten Subspezialisierung, der Neonatologie mit 3,8 Neonatologen pro 100.000 Einwohner und 18 Jahren, sind nur die Schwerpunkte Neuropädiatrie und Kinder- und Jugend-Kardiologie sowie die Zusatzweiterbildung Intensivmedizin mit mehr als einem Arzt pro 100.000 Einwohner unter 18 Jahren vertreten. In den restlichen Subspezialisierungen stehen weniger als 0,8 Ärzte pro 100.000 Einwohner unter 18 Jahren zur Verfügung, in der Kinder- und Jugend-Nephrologie, EMAH, Hämostaseologie und Immunologie sogar nur 0,1 Ärzte pro 100.000 Einwohner.

In der zweiten Datenerfassung sind es pro 100.000 Einwohner unter 18 Jahren rund 25,8 Subspezialisierungen, davon sind 6,6 in der Neonatologie, 2,7 in der Intensivmedizin und 2,5 in der Kinder- und Jugendkardiologie. Alle vier Schwerpunkte und die Zusatzweiterbildung Intensivmedizin sind mit mehr als zwei Ärzten pro 100.000 Einwohner unter 18 Jahren vertreten. Die Kinder- und Jugend-Pneumologie, Kinder- und Jugend-Gastroenterologie und Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -Diabetologie verfügen über mindestens einen Arzt pro 100.000 Einwohner unter 18 Jahren. Die am seltensten repräsentierten Zusatzweiterbildungen, die Ernährungsmedizin, Hämostaseologie und Immunologie liegen bei 0,3 oder weniger Ärzten pro 100.000 Einwohner unter 18 Jahren.

Tabelle 31: Subspezialisierungen pro 100.000 Einwohner unter 18 Jahren (erste und zweite Datenerfassung). Daten dargestellt als absolute Werte.

Subspezialisierungen	Erste Datenerfassung*		Zweite Datenerfassung**	
	n	pro 100.000 Einwohner (unter 18 Jahren)	n	pro 100.000 Einwohner (unter 18 Jahren)
Kinder- und Jugend-Hämatologie und -Onkologie	117	0,8	278	1,9
Kinder- und Jugend-Kardiologie	153	1,0	372	2,5
Neonatologie	559	3,8	977	6,6
Neuropädiatrie	182	1,2	310	2,1
Allergologie	70	0,5	139	0,9
Diabetologie	116	0,8	131	0,9
Ernährungsmedizin	35	0,2	44	0,3
Hämostaseologie	19	0,1	27	0,2

Immunologie	20	0,1	27	0,2
Infektiologie	31	0,2	55	0,4
Intensivmedizin	203	1,4	401	2,7
Kinder- und Jugend- Endokrinologie und -Diabetologie	82	0,6	166	1,1
Kinder- und Jugend- Gastroenterologie	105	0,7	188	1,3
Kinder- und Jugend-Nephrologie	21	0,1	95	0,6
Kinder- und Jugend-Pneumologie	92	0,6	199	1,3
Kinder- und Jugend- Rheumatologie	53	0,4	102	0,7
Klinische Akut- und Notfallmedizin/ Notfallmedizin	109	0,7	129	0,9
Palliativmedizin	97	0,7	115	0,8
Spezielle Kardiologie für Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern (EMAH)	22	0,1	66	0,4

* N = 128, ** N = 303

Nach der dritten Datenerfassung (Tabelle 32) gibt es pro 100.000 Einwohner unter 18 Jahren 7,4 Neonatologen, 3,2 Neuropädiater, 2,4 Kinder-Kardiologen und 1,7 Kinder-Hämatologen und -Onkologen. Nur diese Subspezialisierung haben pro 100.000 Einwohner unter 18 Jahren mindestens einen subspezialisierten Arzt. In den restlichen Subspezialisierungen sind es unter 0,2 Ärzte pro 100.000 Einwohner unter 18 Jahren (Statistisches Bundesamt, 2024).

Tabelle 32: Subspezialisierungen pro 100.000 Einwohner unter 18 Jahren (dritte Datenerfassung). Daten dargestellt als absolute Werte.

Subspezialisierungen	n	pro 100.000 Einwohner (unter 18 Jahren)
Neonatologie	1.034	7,4
Neuropädiatrie	450	3,2
Kinder-Kardiologie	336	2,4
Kinder-Hämatologie und -Onkologie	238	1,7
Kinder-Pneumologie	49	0,4
Kinder-Nephrologie	30	0,2

Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie	24	0,2
Kinder-Gastroenterologie	1	0,01
Kinder-Rheumatologie	0	0,0

© Statistisches Bundesamt (DESTATIS), 2024

5.3. Weiterbildungsbefugnisse

Die Anzahl der Weiterbildungsbefugnisse wurde in der ersten Datenerfassung erhoben.

In dieser Datenerfassung (Tabelle 33) wurden insgesamt 457 Weiterbildungsbefugnisse in den Subspezialisierungen erhoben, davon sind 18,2 % (n = 83) der Neonatologie und 11,4 % (n = 52) der Neuropädiatrie zuzuordnen. Diese zwei bilden damit die häufigsten Weiterbildungsbefugnisse, die Diabetologie mit 9,0 % (n = 41) die dritthäufigste. Darauf folgen die Kinder- und Jugend-Kardiologie und die Intensivmedizin mit jeweils 7,4 % (n = 34) der Weiterbildungsbefugnisse. Die seltensten Weiterbildungsbefugnisse sind die Subspezialisierungen Ernährungsmedizin (1,1 %, n = 5) und Immunologie (0,9 %, n = 4).

Tabelle 33: Weiterbildungsbefugnisse (erste Datenerfassung). Daten dargestellt als absolute Werte und Anteile.

Weiterbildungsbefugnisse	Anzahl (Anteil)
Neonatologie	83 (18,2 %)
Neuropädiatrie	52 (11,4 %)
Diabetologie	41 (9,0 %)
Kinder- und Jugend-Kardiologie	34 (7,4 %)
Intensivmedizin	34 (7,4 %)
Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	30 (6,6 %)
Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -Diabetologie	27 (5,9 %)
Kinder- und Jugend-Pneumologie	27 (5,9 %)
Allergologie	24 (5,3 %)
Kinder- und Jugend-Hämatologie und -Onkologie	20 (4,4 %)
Kinder- und Jugend-Rheumatologie	19 (4,2 %)
Klinische Akut- und Notfallmedizin/ Notfallmedizin	16 (3,5 %)
Palliativmedizin	15 (3,3 %)
Infektiologie	7 (1,5 %)
Kinder- und Jugend-Nephrologie	7 (1,5 %)

Hämostaseologie	6 (1,3 %)
Spezielle Kardiologie für Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern (EMAH)	6 (1,3 %)
Ernährungsmedizin	5 (1,1 %)
Immunologie	4 (0,9 %)

N = 128

5.4.Ost-West

Im folgenden Kapitel werden Daten zur Klinikzahl, Bettenzahl, Fallzahl und Anzahl der Subspezialisierung von Ost- und Westdeutschland der ersten und zweiten Datenerfassung beschrieben (5.4.1 und 5.4.2). In der ersten Datenerfassung wird außerdem die Anzahl der Weiterbildungsbefugnisse (5.4.3) und in der zweiten Datenerfassung die Anzahl der Kinder- und Jugendmediziner (5.4.1) von Ost- und Westdeutschland aufgeführt. Die Daten der Berliner Kliniken wurden ausgeschlossen.

5.4.1. Grunddaten

In der ersten Datenerfassung (Tabelle 34) wurden 29 Kliniken in Ostdeutschland und 95 Kliniken in Westdeutschland erfasst. Die ostdeutschen Kliniken verfügen über 1.166 Betten, mit einem Median von 30. Die Fallzahl beträgt 49.936 Fälle jährlich, ihr Median ist 1.500.

In den westdeutschen Kliniken stehen 6.033 Betten zur Verfügung, der Median beträgt 49. Jährlich werden in den Kliniken 270.558 Fälle stationär behandelt, der Median beträgt 2.776.

In der zweiten Datenerfassung wurden 90 Kliniken in Ostdeutschland und 214 Kliniken in Westdeutschland erfasst. In Ostdeutschland beträgt die Bettenzahl 1.462 Betten, der Median liegt bei 34. Die Fallzahl beträgt 126.017 Fälle im Jahr. In Westdeutschland stehen 9.806 Betten zur Verfügung, der Median beträgt 70. Jährlich werden 673.536 Fälle stationär behandelt. 12,6 % (n = 450) der Kinder- und Jugendmediziner sind in Ostdeutschland und 87,4 % (n = 3125) in Westdeutschland stationär tätig.

Tabelle 34: Klinikzahl, Bettenzahl und Fallzahl und Anzahl der Kinder- und Jugendmediziner nach Ost- und West-Deutschland (erste und zweite Datenerfassung). Daten dargestellt als absolute Werte.

Grunddaten	Erste Datenerfassung		Zweite Datenerfassung	
	Ost*	West**	Ost***	West****
Klinikzahl	29	95	90	214
Bettenzahl	1.166	6.033	1.462	9.806

Median	30	49	34	70
Spannweite	116 (15 – 131)	267 (6 – 273)	156 (16 – 172)	243 (18 – 261)
Fallzahl	49.936	270.558	126.017	673.536
Median	1.500	2.776	1.475	2.868
Spannweite	4.370 (622 – 4.992)	8.641 (359 – 9.000)	5.597 (130 – 5.727)	11.687 (313 – 12.000)
Kinder- und Jugendmediziner	-	-	450 (12,6 %)	3215 (87,4 %)

N = 128; N = 303, * 29 von 29 Kliniken haben die Bettenzahl und 27 von 29 Kliniken die Fallzahl angegeben; ** 94 von 95 Kliniken haben die Bettenzahl und 85 von 95 Kliniken die Fallzahl angegeben; *** 32 von 90 Kliniken haben die Bettenzahl und 72 von 90 Kliniken die Fallzahl angegeben; **** 118 von 214 Kliniken haben die Bettenzahl und 205 von 214 Kliniken die Fallzahl angegeben

5.4.2. Subspezialisierungen

In diesem Unterkapitel werden die Anzahl und Anteile der Subspezialisierungen sowie deren Anzahl pro Klinik, pro Bett und pro Fälle der ersten und zweiten Datenerfassung beschrieben.

5.4.2.1. Subspezialisierungen (gesamt)

In der ersten Datenerfassung 19,1 % (n = 327) aller Subspezialisierungen in Ostdeutschland. Bei einer Gesamtzahl von 327 Subspezialisierungen gibt es in Ostdeutschland 11,3 Subspezialisierungen pro Klinik. In Westdeutschland sind es 80,9 % (n = 1.387) aller Subspezialisierungen und bei 1.387 Subspezialisierungen damit 14,6 pro Klinik.

Der Osten hat pro 100 Betten insgesamt mehr Subspezialisierungen, genauer gesagt 28,0 Subspezialisierungen pro 100 Betten, während der Westen 23,0 Subspezialisierungen pro 100 Betten zur Verfügung hat.

Auch pro 1.000 Fälle sind im Osten mit 6,5 Subspezialisierungen mehr vorhanden als im Westen mit insgesamt 5,1 Subspezialisierungen pro 1.000 Fälle.

In der zweiten Datenerfassung gibt es 10,7 % (n = 349) aller Subspezialisierungen in Ostdeutschland und 89,3 % (n = 2.901) in Westdeutschland. Pro Klinik sind es 3,9 Subspezialisierungen im Osten und 13,6 Subspezialisierungen im Westen. Im Osten gibt es insgesamt 23,9 Subspezialisierungen pro 100 Betten und 2,8 pro 1.000 Fälle, während es im Westen 29,6 Subspezialisierungen pro 100 Betten und 4,3 pro 1.000 Fälle gibt.

5.4.2.2. Subspezialisierung: Anzahl, Anteil und Anzahl pro Klinik

In der ersten Datenerfassung (Tabelle 35) ist die häufigste Subspezialisierung sowohl in Ost- als auch in Westdeutschland die Neonatologie. Im Osten beträgt ihr Anteil an allen östlichen Subspezialisierungen 22,6 % (n = 74) und im Westen 27,5 % (n = 382). Als zweithäufigste folgt im Osten die Kinder- und Jugend-Hämatologie mit 11,0 % (n = 36) und im Westen die Neuropädiatrie mit 9,7 % (n = 134). Die dritthäufigste ist in beiden Teilen Deutschlands mit etwa 9 % (Ost: 9,2 % und West: 8,9 %) die Intensivmedizin. Sowohl im Osten als auch im Westen sind die seltensten Subspezialisierungen die Ernährungsmedizin, Hämostaseologie, Immunologie, Infektiologie, Kinder- und Jugendnephrologie und die EMAH, die in beiden Regionen mit weniger als 3 % bis hin zu 0,3 % vertreten sind.

In Ost- und Westdeutschland gibt es durchschnittlich mehr als zwei Neonatologen pro Klinik, im Osten 2,6, im Westen sogar 4,0 Neonatologen pro Klinik. Während im Osten neben der Neonatologie nur die Subdisziplinen Kinder- und Jugend-Hämatologie (1,2) und Intensivmedizin (1,0) über mehr als einen Arzt pro Klinik verfügen, sind es im Westen neben der Neonatologie die Neuropädiatrie (1,4), die Kinder- und Jugend-Kardiologie (1,1) sowie die Intensivmedizin (1,3). Die Immunologie gehört sowohl in Ostdeutschland als auch in Westdeutschland mit 0,1 Ärzten pro Klinik zu den seltensten Subdisziplinen.

Tabelle 35: Subspezialisierung in Ost- und Westdeutschland: Anzahl, Anteil und Anzahl pro Klinik (erste Datenerfassung). Daten dargestellt als absolute Werte und Anteile.

Subspezialisierungen	Ost		West	
	Anzahl (Anteil)	Anzahl pro Klinik	Anzahl (Anteil)	Anzahl pro Klinik
Kinder- und Jugend-Hämatologie und -Onkologie	36 (11,0 %)	1,2	68 (4,9 %)	0,7
Kinder- und Jugend-Kardiologie	19 (5,8 %)	0,7	105 (7,6 %)	1,1
Neonatologie	74 (22,6 %)	2,6	382 (27,5 %)	4,0
Neuropädiatrie	20 (6,1 %)	0,7	134 (9,7 %)	1,4
Allergologie	9 (2,8 %)	0,3	47 (3,4 %)	0,5
Diabetologie	15 (4,6 %)	0,5	83 (6,0 %)	0,9
Ernährungsmedizin	1 (0,3 %)	0,0	21 (1,5 %)	0,2
Hämostaseologie	7 (2,1 %)	0,2	9 (0,6 %)	0,1
Immunologie	4 (1,2 %)	0,1	11 (0,8 %)	0,1
Infektiologie	9 (2,8 %)	0,3	12 (0,9 %)	0,1
Intensivmedizin	30 (9,2 %)	1,0	124 (8,9 %)	1,3

Kinder- und Jugend- Endokrinologie und - Diabetologie	12 (3,7 %)	0,4	57 (4,1 %)	0,6
Kinder- und Jugend- Gastroenterologie	13 (4,0 %)	0,4	74 (5,3 %)	0,8
Kinder- und Jugend-Nephrologie	6 (1,8 %)	0,2	12 (0,9 %)	0,1
Kinder- und Jugend-Pneumologie	12 (3,7 %)	0,4	66 (4,8 %)	0,7
Kinder- und Jugend- Rheumatologie	13 (4,0 %)	0,4	32 (2,3 %)	0,3
Klinische Akut- und Notfallmedizin / Notfallmedizin	18 (5,5 %)	0,6	74 (5,3 %)	0,8
Palliativmedizin	26 (8,0 %)	0,9	60 (4,3 %)	0,6
EMAH	3 (0,9 %)	0,1	16 (1,2 %)	0,2

N = 128

In der zweiten Datenerfassung (Tabelle 36) bildet in Ost- und Westdeutschland die Neonatologie mit rund 25 % (Ost: 25,2 %, n = 88; West: 24,9 %, n = 721) die häufigste Subspezialisierung, darauf folgt in Ostdeutschland die Intensivmedizin mit 11,5 % (n = 40) und in Westdeutschland die Kinder- und Jugend-Kardiologie mit 10,3 % (n = 300). Die dritthäufigste Subspezialisierung im Osten ist mit 8,9 % aller östlichen Subspezialisierungen die Neuropädiatrie, während es im Westen die Intensivmedizin ist (9,9 %, n = 287). Mit weniger als 1 % sind im Osten die Zusatzweiterbildungen Ernährungsmedizin und Infektiologie und im Westen die Hämostaseologie und Immunologie vorhanden.

Tabelle 36: Subspezialisierung in Ost- und Westdeutschland: Anzahl, Anteil und Anzahl pro Klinik (zweite Datenerfassung). Daten dargestellt als absolute Werte und Anteile.

Subspezialisierungen	Ost		West	
	Anzahl (Anteil)	Anzahl pro Klinik	Anzahl (Anteil)	Anzahl pro Klinik
Kinder- und Jugend-Hämatologie und -Onkologie	30 (8,6 %)	0,3	223 (7,7 %)	1,0
Kinder- und Jugend-Kardiologie	24 (6,9 %)	0,3	300 (10,3 %)	1,4
Neonatologie	88 (25,2 %)	1,0	721 (24,9 %)	3,4
Neuropädiatrie	31 (8,9 %)	0,3	238 (8,2 %)	1,1
Allergologie	9 (2,6 %)	0,1	102 (3,5 %)	0,5
Diabetologie	9 (2,6 %)	0,1	104 (3,6 %)	0,5

Ernährungsmedizin	1 (0,3 %)	0,0	38 (1,3 %)	0,2
Hämostaseologie	6 (1,7 %)	0,1	18 (0,6 %)	0,1
Immunologie	5 (1,4 %)	0,1	19 (0,7 %)	0,1
Infektiologie	3 (0,9 %)	0,0	36 (1,2 %)	0,2
Intensivmedizin	40 (11,5 %)	0,4	287 (9,9 %)	1,3
Kinder- und Jugend- Endokrinologie und - Diabetologie	20 (5,7 %)	0,2	122 (4,2 %)	0,6
Kinder- und Jugend- Gastroenterologie	13 (3,7 %)	0,1	153 (5,3 %)	0,7
Kinder- und Jugend-Nephrologie	14 (4,0 %)	0,2	74 (2,6 %)	0,3
Kinder- und Jugend-Pneumologie	14 (4,0 %)	0,2	147 (5,1 %)	0,7
Kinder- und Jugend- Rheumatologie	14 (4,0 %)	0,2	72 (2,5 %)	0,3
Akut- und Notfallmedizin / Notfallmedizin	7 (2,0 %)	0,1	106 (3,7 %)	0,5
Palliativmedizin	17 (4,9 %)	0,2	86 (3,0 %)	0,4
EMAH	4 (1,1 %)	0,0	55 (1,9 %)	0,3

N = 303

5.4.2.3. Subspezialisierungen pro 100 Betten und 1.000 Fälle

In der ersten Datenerfassung (Tabelle 37) beträgt die Anzahl der Neonatologen in Ost- und Westdeutschland 6,3 Neonatologen pro 100 Betten. Die Zahl der Kinder- und Jugend-Hämatologen und -Onkologen pro 100 Betten ist in Ostdeutschland mit 3,1 pro 100 Betten fast dreimal so hoch wie in Westdeutschland (1,1).

Die Subspezialisierungen Kinder- und Jugend-Kardiologie, Allergologie, Ernährungsmedizin, Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -Diabetologie, Kinder- und Jugend-Pneumologie und EMAH sind im Osten und Westen pro 1.000 Fälle gleichhäufig vorhanden. Die größte Lücke zwischen Ost und West klafft in den Zusatzweiterbildungen Hämostaseologie und Infektiologie, in denen es in Ostdeutschland mehr als viermal so viele Subspezialisierungen pro 1.000 Fälle gibt wie in Westdeutschland.

Tabelle 37: Subspezialisierung pro 100 Betten und pro 1.000 Fälle in Ost- und Westdeutschland (erste Datenerfassung). Daten dargestellt als absolute Werte.

Subspezialisierungen	Ost		West	
	Pro 100 Betten	Pro 1.000 Fälle	Pro 100 Betten	Pro 1.000 Fälle
Kinder- und Jugend-Hämatologie und -Onkologie	3,1	0,7	1,1	0,3
Kinder- und Jugend-Kardiologie	1,6	0,4	1,7	0,4
Neonatologie	6,3	1,5	6,3	1,4
Neuropädiatrie	1,7	0,4	2,2	0,5
Allergologie	0,8	0,2	0,8	0,2
Diabetologie	1,3	0,3	1,4	0,3
Ernährungsmedizin	0,1	0,0	0,3	0,1
Hämostaseologie	0,6	0,1	0,1	0,0
Immunologie	0,3	0,1	0,2	0,0
Infektiologie	0,8	0,2	0,2	0,0
Intensivmedizin	2,6	0,6	2,1	0,5
Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -Diabetologie	1,0	0,2	0,9	0,2
Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	1,1	0,3	1,2	0,3
Kinder- und Jugend-Nephrologie	0,5	0,1	0,2	0,0
Kinder- und Jugend-Pneumologie	1,0	0,2	1,1	0,2
Kinder- und Jugend-Rheumatologie	1,1	0,3	0,5	0,1
Akut- und Notfallmedizin / Notfallmedizin	1,5	0,4	1,2	0,3
Palliativmedizin	2,2	0,5	1,0	0,2
EMAH	0,3	0,1	0,3	0,1

N = 128

Nach der zweiten Datenerfassung (Tabelle 38) stehen pro 100 Betten 6,0 Neonatologen im Osten und 7,4 Neonatologen im Westen zur Verfügung, diese Subspezialisierung ist damit in beiden Regionen die einzige, in der es mehr als 3 Ärzte pro 100 Betten gibt. Die Intensivmedizin ist die zweithäufigste Subspezialisierung im Osten mit 2,7 Subspezialisierungen pro 100 Betten, darauf folgt die Neuropädiatrie und Kinder- und Jugend-Hämatologie und -Onkologie mit jeweils 2,1 Subspezialisierungen pro 100 Betten. In den

Zusatzweiterbildungen Ernährungsmedizin, Infektiologie, Immunologie und EMAH stehen jeweils 0,3 oder weniger Ärzte pro 100 Betten zur Verfügung.

In Westdeutschland gibt es in den Subspezialisierungen Intensivmedizin und Kinder- und Jugend-Kardiologie etwa 3,1 Ärzte pro 100 Betten. Danach folgt die Neuropädiatrie und Kinder- und Jugend-Hämatologie und -Onkologie mit 2,4 bzw. 2,3 Ärzten pro 100 Betten, in den restlichen Zusatzweiterbildungen gibt es weniger als 2 Ärzte pro 100 Betten, in der Hämostaseologie und Immunologie sogar nur 0,2 Ärzte pro 100 Betten.

Im Osten sind pro 1.000 Fälle nur die Neonatologie mit 0,7 und die Intensivmedizin mit 0,3 Ärzten pro 1.000 Fälle vertreten. In den restlichen Subspezialisierungen sind jeweils 0,2 oder weniger Ärzte pro 1.000 Fälle vorhanden.

Im Westen gibt es nur im Schwerpunkt Neonatologie einen Arzt pro 1.000 Fälle. Die Kinder- und Jugend-Kardiologie, Neuropädiatrie und Intensivmedizin folgen mit jeweils 0,4 Ärzten pro Klinik. Die restlichen Subspezialisierungen sind mit weniger als 0,3 Ärzten pro Klinik ausgestattet.

Tabelle 38: Subspezialisierung pro 100 Betten und pro 1.000 Fälle in Ost- und Westdeutschland (zweite Datenerfassung). Daten dargestellt als absolute Werte.

Subspezialisierungen	Ost		West	
	pro 100 Betten	pro 1.000 Fälle	pro 100 Betten	pro 1.000 Fälle
Kinder- und Jugend-Hämatologie und -Onkologie	2,1	0,2	2,3	0,3
Kinder- und Jugend-Kardiologie	1,6	0,2	3,1	0,4
Neonatologie	6,0	0,7	7,4	1,1
Neuropädiatrie	2,1	0,2	2,4	0,4
Allergologie	0,6	0,1	1,0	0,2
Diabetologie	0,6	0,1	1,1	0,2
Ernährungsmedizin	0,1	0,0	0,4	0,1
Hämostaseologie	0,4	0,0	0,2	0,0
Immunologie	0,3	0,0	0,2	0,0
Infektiologie	0,2	0,0	0,4	0,1
Intensivmedizin	2,7	0,3	2,9	0,4
Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -Diabetologie	1,4	0,2	1,2	0,2
Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	0,9	0,1	1,6	0,2
Kinder- und Jugend-Nephrologie	1,0	0,1	0,8	0,1

Kinder- und Jugend-Pneumologie	1,0	0,1	1,5	0,2
Kinder- und Jugend-Rheumatologie	1,0	0,1	0,7	0,1
Akut- und Notfallmedizin / Notfallmedizin	0,5	0,1	1,1	0,2
Palliativmedizin	1,2	0,1	0,9	0,1
EMAH	0,3	0,0	0,6	0,1

N = 303

5.4.3. Weiterbildungsbefugnisse

In der ersten Datenerfassung (Tabelle 39) sind 21,7 % (n = 96) aller Weiterbildungsbefugnisse in Ostdeutschland und 78,3 % (n = 346) in Westdeutschland. Es gibt im Osten 3,3 Weiterbildungsbefugnisse pro Klinik, im Westen 3,6. Pro 100 Betten sind es im Osten 8,2 und im Westen 5,7 Weiterbildungsbefugnisse.

Tabelle 39: Weiterbildungsbefugnisse gesamt in Ost- und Westdeutschland: Anzahl, Anteile und Anzahl pro Klinik, pro 100 Betten und pro 1.000 Fälle (erste Datenerfassung), Berlin ausgeschlossen. Daten dargestellt als absolute Werte.

	Ost	West
Weiterbildungsbefugnisse gesamt	96 (21,7 %)	346 (78,3 %)
Weiterbildungsbefugnisse pro Klinik	3,3	3,6
Weiterbildungsbefugnisse pro 100 Betten	8,2	5,7
Weiterbildungsbefugnisse pro 1.000 Fälle	1,9	0,7

N = 128

Die Tabelle 40 zeigt die Anzahl und Anteile der Subspezialisierungen und deren Anzahl pro Klinik. Die häufigste Weiterbildung ist in beiden Regionen die Neonatologie mit einem Anteil von 14,6 % (n = 14) aller Weiterbildungsbefugnisse im Osten und 19,1 % (n = 66) im Westen. Darauf folgt im Osten die Kinder- und Jugend-Kardiologie mit 9,4 % (n = 9) im Osten und im Westen die Intensivmedizin mit 9,2 % (n = 32). In Ostdeutschland sind die Weiterbildungsbefugnisse für die Ernährungsmedizin, die Immunologie und die EMAH jeweils nur einmal (1,0 %, n = 1) vorhanden und sind damit die seltensten Weiterbildungsbefugnisse. Im Westen stehen die Hämostaseologie (0,6 %, n = 2) und die Immunologie (0,9 %, n = 3) mit einem Anteil kleiner als 1 % am seltensten zur Verfügung. In Ostdeutschland ist keine der Subspezialisierung bei mehr als 0,5 Weiterbildungsbefugnissen pro Klinik. Die häufigste Weiterbildungsbefugnis der Subspezialisierung Neonatologie ist in Ostdeutschland durchschnittlich in jeder zweiten Klinik vorhanden. In Westdeutschland ist die Weiterbildungsbefugnis in der

Subspezialisierung Neonatologie bei 0,7 Weiterbildungsbefugnissen pro Klinik. In Ostdeutschland sind Kinder- und Jugend-Kardiologie und Diabetologie mit 0,3 Weiterbildungsbefugnissen, die restlichen mit 0,2 oder weniger Weiterbildungsbefugnissen vertreten. In Westdeutschland gibt es in der Neuropädiatrie 0,5 Weiterbildungsstellen, in allen weiteren gibt es 0,3 oder weniger Weiterbildungsbefugnisse.

Tabelle 40: Weiterbildungsbefugnisse in Ost- und Westdeutschland: Anzahl, Anteil und Anzahl pro Klinik (erste Datenerfassung), Berlin ausgeschlossen. Daten dargestellt als absolute Werte und Anteile.

Weiterbildungsbefugnisse	Ost		West	
	Anzahl (Anteil)	Anzahl pro Klinik	Anzahl (Anteil)	Anzahl pro Klinik
Kinder- und Jugend-Hämatologie und -Onkologie	6 (6,3 %)	0,2	14 (4,0 %)	0,1
Kinder- und Jugend-Kardiologie	9 (9,4 %)	0,3	25 (7,2 %)	0,3
Neonatologie	14 (14,6 %)	0,5	66 (19,1 %)	0,7
Neuropädiatrie	7 (7,3 %)	0,2	43 (12,4 %)	0,5
Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -Diabetologie	5 (5,2 %)	0,2	21 (6,1 %)	0,2
Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	6 (6,3 %)	0,2	22 (6,4 %)	0,2
Kinder- und Jugend-Nephrologie	3 (3,1 %)	0,1	4 (1,2 %)	0,0
Kinder- und Jugend-Pneumologie	5 (5,2 %)	0,2	20 (5,8 %)	0,2
Kinder- und Jugend-Rheumatologie	5 (5,2 %)	0,2	12 (3,5 %)	0,1
Allergologie	4 (4,2 %)	0,1	19 (5,5 %)	0,3
Diabetologie	8 (8,3 %)	0,3	32 (9,2 %)	0,3
Ernährungsmedizin	1 (1,0 %)	0,0	4 (1,2 %)	0,0
Hämostaseologie	4 (4,2 %)	0,1	2 (0,6 %)	0,0
Immunologie	1 (1,0 %)	0,0	3 (0,9 %)	0,0
Infektiologie	3 (3,1 %)	0,1	4 (1,2 %)	0,0
Intensivmedizin	6 (6,3 %)	0,2	27 (7,8 %)	0,3

Klinische Akut- und Notfallmedizin / Notfallmedizin	4 (4,2 %)	0,1	12 (3,5 %)	0,1
Palliativmedizin	4 (4,2 %)	0,1	11 (3,2 %)	0,1
Spezielle Kardiologie für Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern (EMAH)	1 (1,0 %)	0,0	5 (1,4 %)	0,1

N = 128

5.4.4. Ost-West Vergleich

5.4.4.1. Grunddaten

Tabelle 41 zeigt die Grunddaten zu Bevölkerung, Kliniken und Kinder- und Jugendmedizinern sowie die Zahl der Subspezialisierungen und Weiterbildungsbefugnisse. Das Verhältnis West-Ost-Deutschland der Einwohnerzahl, Bettenzahl und Fallzahlen beträgt 5,2 bis 5,8. Die Zahl der Kliniken, Kinder- und Jugendmediziner und Weiterbildungsbefugnisse beträgt 3,3 bis 3,6. In Ostdeutschland überwiegen Kliniken mit einer geringeren Bettenanzahl, die Bettenzahl in Ostdeutschland beträgt 40,2 pro Klinik, in Westdeutschland hat dagegen jede Klinik im Schnitt über 50 % mehr Betten (64,2 Betten pro Klinik).

Tabelle 41: Grunddaten im Ost-West Vergleich und ihr Verhältnis, Berlin ausgeschlossen. Daten dargestellt als absolute Werte.

	West	Ost	W:O
Einwohner (Mio.)	68,0	12,8	5,3
Einwohner unter 18 Jahren (Mio.)	12,1	2,1	5,8
Klinikzahl	95	29	3,3
Bettenzahl	6.033	1.166	5,2
Fallzahl	270.558	49.936	5,4
Kinder- und Jugendmediziner	5.331	1.502	3,5
Subspezialisierungen	1.387	327	4,2
Weiterbildungsbefugnisse	346	96	3,6

N = 128

5.4.4.2. Grunddaten pro 100.000 Einwohner (unter 18 Jahren)

Tabelle 42 zeigt die oben genannten Daten berechnet auf 100.000 Einwohner unter 18 Jahren in Ost- und Westdeutschland. Es zeigt sich, dass die Zahl behandelter Kinder und Jugendlicher (Fallzahl) und die Gesamtzahl der Betten in Ostdeutschland etwa 10 % höher ist als in Westdeutschland. Die Zahlen der Kliniken, Kinder- und Jugendmediziner und

Weiterbildungsbefugnisse liegen circa 60 % über den entsprechenden Zahlen im Westen, die Subspezialisierungen sogar 74 % darüber.

Tabelle 42: Grunddaten pro 100.000 Einwohner (unter 18 Jahren) im Ost-West Vergleich, Berlin ausgeschlossen. Daten dargestellt als absolute Werte

pro 100.000 Einwohner (unter 18 Jahren)	Ost	West
Klinikzahl	1,4	0,8
Bettenzahl	55,5	49,9
Fallzahl	2377,9	2236,0
Kinder- und Jugendmediziner	71,5	44,1
Subspezialisierungen	15,6	11,5
Weiterbildungsbefugnisse	4,6	2,9

N = 128

5.4.4.3. Subspezialisierungen und Weiterbildungsbefugnisse pro 1 Mio. Einwohner (unter 18 Jahren)

Tabelle 43 beschreibt die Subspezialisierungen und Weiterbildungsbefugnisse pro 1 Mio. Einwohner unter 18 Jahren im Ost-West Vergleich. Außer bei der Neuropädiatrie und der Ernährungsmedizin sind alle Subspezialisierungen pro 1 Mio. Einwohner unter 18 Jahren in Ostdeutschland häufiger. Bei der Kinder- und Jugend-Hämatologie und -Onkologie, der Hämostaseologie, Infektiologie und Palliativmedizin gibt es mehr als dreimal so viele Subspezialisierungen im Osten. Auch die Kinder- und Jugend-Rheumatologie und die Kinder- und Jugend-Nephrologie sind im Osten deutlich häufiger vertreten, alle weiteren Subspezialisierungen liegen in einem ähnlichen Bereich. Mit 3,6 neuropädiatrischen Weiterbildungen pro 1 Mio. Einwohner unter 18 Jahren ist diese Weiterbildungsbefugnis die Einzige, die in Westdeutschland häufiger repräsentiert ist als in Ostdeutschland. Die Weiterbildung für Hämostaseologie ist in Ostdeutschland fast zehnmal so häufig, Infektiologie und Kinder- und Jugend-Nephrologie fast fünfmal so häufig und auch die Weiterbildungsbefugnisse der Kinder- und Jugend-Hämatologie und -Onkologie, Immunologie, Kinder- und Jugend-Rheumatologie und Palliativmedizin sind in Ostdeutschland doppelt so häufig.

Tabelle 43: Subspezialisierungen und Weiterbildungsbefugnisse pro 1 Mio. Einwohner (unter 18 Jahren) im Ost-West Vergleich, Berlin ausgeschlossen. Daten dargestellt als absolute Werte.

	Subspezialisierungen pro 1 Mio. Einwohner (unter 18 Jahren)		Weiterbildungsbefugnisse pro 1 Mio. Einwohner (unter 18 Jahren)	
	Ost	West	Ost	West
Kinder- und Jugend-Hämatologie und -Onkologie	17,1	5,6	2,9	1,2
Kinder- und Jugend-Kardiologie	9,0	8,7	4,3	2,1
Neonatologie	35,2	31,6	6,7	5,5
Neuropädiatrie	9,5	11,1	3,3	3,6
Allergologie	4,3	3,9	1,9	1,6
Diabetologie	7,1	6,9	3,8	2,6
Ernährungsmedizin	0,5	1,7	0,5	0,3
Hämostaseologie	3,3	0,7	1,9	0,2
Immunologie	1,9	0,9	0,5	0,2
Infektiologie	4,3	1,0	1,4	0,3
Intensivmedizin	14,3	10,2	2,9	2,2
Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -Diabetologie	5,7	4,7	2,4	1,7
Kinder- und Jugend- Gastroenterologie	6,2	6,1	2,9	1,8
Kinder- und Jugend-Nephrologie	2,9	1,0	1,4	0,3
Kinder- und Jugend-Pneumologie	5,7	5,5	2,4	1,7
Kinder- und Jugend-Rheumatologie	6,2	2,6	2,4	1,0
Akut- und Notfallmedizin / Notfallmedizin	8,6	6,1	1,9	1,0
Palliativmedizin	12,4	5,0	1,9	0,9
EMAH	1,4	1,3	0,5	0,4

N = 128

6. Diskussion

In Deutschland gibt es weder genaue Daten über subspezialisierte Kinder- und Jugendmediziner noch detaillierte Angaben zu fachspezifischen Fallzahlen oder fachspezifischer Behandlungsdauer. Zwar liegen den Kliniken diese Angaben vor, jedoch werden diese nicht koordiniert erfasst, sodass keine Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse erstellbar ist. Dadurch besteht die Möglichkeit einer gewissen Unterversorgung in manchen spezifischen Fachbereichen der Pädiatrie und einer Überversorgung in anderen.

In den folgenden Kapiteln sollen einige Aspekte der Datenerfassung diskutiert werden; zunächst eine Auswahl an Subspezialisierungen, dann eine Analyse nach Position und Geschlecht sowie ein Ost-West Vergleich.

In den 128 Kliniken, die aus dem ersten Fragebogen ausgewertet wurde, beträgt die Anzahl aller Subspezialisierungen insgesamt 2.086 während in der zweiten Datenerfassung die Anzahl aller Subspezialisierungen in den 303 Kliniken bei 3.821 lag. D.h. anhand der zweiten Datenerfassung über die Websites wurden circa 140 % mehr Kliniken erfasst mit circa 80 % mehr Subspezialisierungen. Dies weist darauf hin, dass zwar von mehr Kliniken Daten erfasst werden konnten, jedoch detailliertere Daten zu Subspezialisierungen durch direkte Anfragen an die Kliniken ermittelt wurden.

Da die Daten des Statistischen Bundesamts und der Bundesärztekammer hinsichtlich der Subspezialisierungen sehr lückenhaft sind (für Deutschland wurde nur ein Kinder-Gastroenterologe und kein Kinder-Rheumatologe erfasst) bezieht sich folgendes Kapitel primär auf die Daten der ersten und zweiten Datenerfassung.

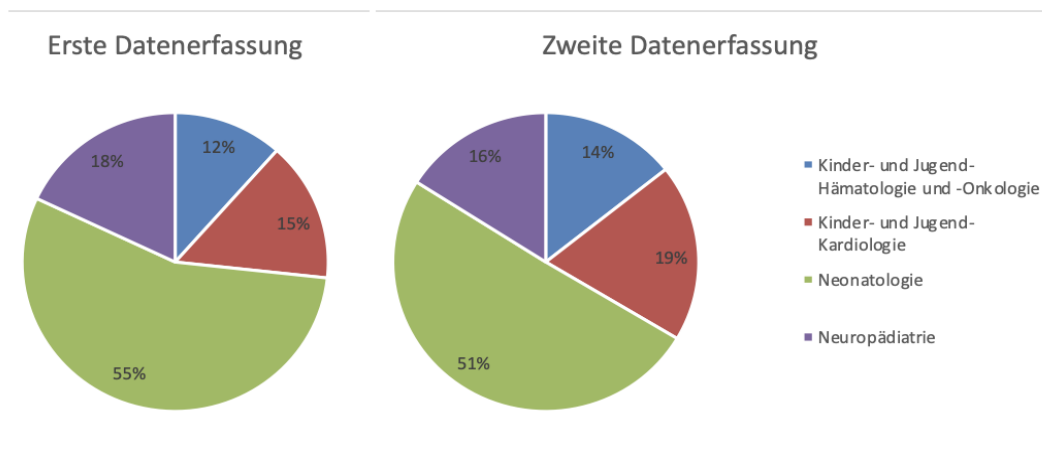
6.1.Subspezialisierungen

6.1.1. Neonatologie

In beiden Datenerfassungen ist der Schwerpunkt Neonatologie mit Abstand am häufigsten vertreten. Mit 559 Neonatologen in der ersten und 977 in der zweiten Datenerfassung sind jeweils rund ein Viertel (26,8 % bzw. 25,6 %) aller Subspezialisierungen neonatologisch (5.2.1; Tabelle 4 & Tabelle 5).

Betrachtet man den neonatologischen Anteil an allen Schwerpunkten (Neonatologie, Kinder- und Jugend-Hämatologie und -Onkologie, Kinder- und Jugend-Kardiologie und Neuropädiatrie) bildet die Neonatologie über die Hälfte aller Schwerpunktweiterbildungen (55,3 % bzw. 50,4%).

Grafik 6: Schwerpunktweiterbildungen in der Pädiatrie

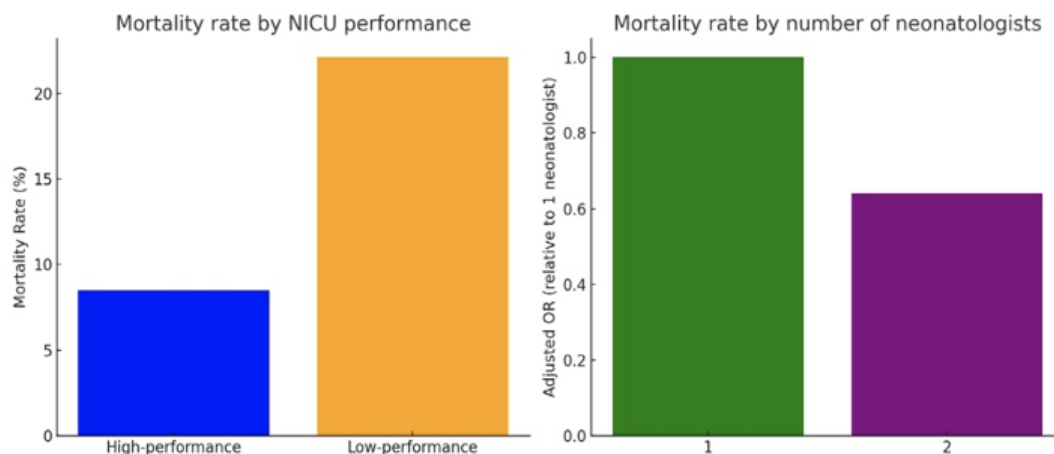


Es stellt sich die Frage, ob ein so hoher Anteil an Neonatologen für eine bedarfsgerechte Versorgung notwendig ist.

In der Bundesrepublik Deutschland gab es im Jahr 2023 laut Statistischem Bundesamt 692.989 Lebendgeburten (Statistisches Bundesamt, 2025). Etwa 10 % aller Schwangerschaften, die zunächst unproblematisch verlaufen, entwickeln während der Geburt unerwartet Komplikationen (Klinikum Darmstadt, 2022). In der Bundesauswertung Geburtshilfe des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) sind im Jahr 2024 von 672.034 Lebendgeburten 50.937, also 7,6 %, Frühgeburten (Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen, 2024 S. 102). In diesem Fall sollte frühzeitig ein Neonatologe in die Betreuung und Behandlung eingeschlossen werden (Berger, et al., 2019 S. 822). Ferner ist bei etwa 4 bis 8 % aller Neugeborenen eine intensivmedizinische Betreuung aufgrund von Untergewicht notwendig. Erhöhte Risiken für Neu- oder Frühgeborene mit einem Gewicht von unter 2.500 Gramm, wie das Atemnotsyndrom, Hypotension, Infektionen oder Hypothermie, erfordern eine personal- und zeitintensive Beobachtung und Behandlung. Auch bei Erkrankungen oder Fehlbildungen sowie Rhesusunverträglichkeit ist die Betreuung durch einen Neonatologen bedeutend (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin, 2025). Die Anwesenheit eines Neonatologen bei Frühgeburten zwischen der 20. und 25. Gestationswoche verringert Komplikationen aufgrund von prompter Beurteilung und Intervention (Grünebaum, et al., 2024 S. 2). Eine Studie aus Korea zeigt außerdem, dass die Mortalitätsrate verbunden ist mit der Qualität der neonatalen Intensivstation. Je niedriger das Verhältnis von Betten zu Personal, desto höher die Überlebenschance. Wenn auf einer neonatologischen Intensivstation mehr als ein Neonatologe tätig ist, verringert dies ebenfalls die Mortalitätsrate. Eine höhere Personal-Patienten Rate liefert verbesserte Langzeitergebnisse mit weniger Komplikationen und verbessertem Entwicklungsfortschritt der Neugeborenen. Ferner sinkt die Mortalitätsrate in

neonatologischen Intensivstationen bei steigender Behandlungszahl. Die Studie zeigt außerdem, dass zwar zwei anstatt nur einem Neonatologen die Ergebnisse verbessern, eine Steigerung zu drei Neonatologen jedoch die Mortalitätsrate nicht weiter senkt. So senken zwei Neonatologen das Risiko für ein schlechtes Ergebnis um 33 % ($p < 0,01$), drei oder mehr Neonatologen zeigen jedoch keinen signifikanten Unterschied. Die Ergebnisse verbessern sich am meisten, wenn ein Neonatologe für elf bis fünfzehn Betten tätig ist. Des Weiteren unterstreicht die Analyse signifikante Differenzen zwischen ländlichen und städtischen Regionen, womöglich aufgrund von Infrastruktur, Verfügbarkeit von Ressourcen und Konzentration von spezifischen Einrichtungen (Chung, et al., 2024).

Grafik 7: Mortalitätsrate von Neugeborenen nach Anzahl der Neonatologen (Chung, et al., 2024)



Eine weitere Studie sagt, dass eine neonatale Intensivstation in Großbritannien jährlich mindestens 100 Aufnahmen von Frühgeborenen mit sehr niedrigem Geburtsgewicht haben sollte. Um eine sichere und kompetente Versorgung des Neugeborenen zu gewährleisten, sollte für die Betreuung und Behandlung mindestens ein Neonatologe vor Ort sein. In Zentren mit mehr als 7.000 Geburten pro Jahr sollte ein zweiter hinzugezogen werden (British Association of Perinatal Medicine, 2021 S. 4).

Eine Studie aus den Vereinigten Staaten zeigt, dass die Rate von neonataler Mortalität in Regionen mit 4,3 Neonatologen pro 10.000 Geburten niedriger ist als in Regionen mit 2,7 Neonatologen pro 10.000 Geburten (OR 0,93 mit 95% Konfidenzintervall, 0,88 bis 0,99). Eine weitere Erhöhung in der Anzahl der Neonatologen bringt keine signifikante Verringerung der neonatalen Mortalitätsrate mit sich. Ein Überschuss könnte sogar paradoxerweise zu einer ineffektiveren Behandlung führen, da die Anzahl von sehr kranken Neugeborenen pro Neonatologe sinkt (Goodman, et al., 2002).

Die Neonatologie ist zwar kostenaufwändig, durch eine prompte und fachspezifische Intervention werden jedoch chronische Komplikationen verringert, wodurch langfristige Ausgaben sinken (Rolnitsky, et al., 2023 S. 5). Eine bedarfsgerechte Versorgung ist daher essenziell.

In neonatologischen Intensivstationen wird oft im Dreischichtensystem (Frühschicht, Spätschicht und Nachtschicht) gearbeitet, um eine dauerhafte Versorgung der Neugeborenen zu gewährleisten. Nach dem Deutschen Arbeitsgesetz, das eine maximale tägliche Arbeitszeit von acht Stunden sowie eine minimale Ruhezeit von 30 bis 35 Minuten voraussetzt (Bundesministerium der Justiz, 2025), und nach den ärztlichen Tarifverträgen, in denen „die regelmäßige Arbeitszeit (...) ausschließlich der Pausen durchschnittlich 40 Stunden wöchentlich“ beträgt (Marburger Bund, 2023), werden für eine volle Schichtbesetzung des Dreischichtmodells circa 5,5 Neonatologen benötigt (Gerber, et al., 2008). Die Zahl kann durch nächtliche Bereitschaftsdienste reduziert werden. In großen Häusern, in denen pro Schicht mehr als ein Neonatologe benötigt wird, sind insgesamt noch mehr erforderlich.

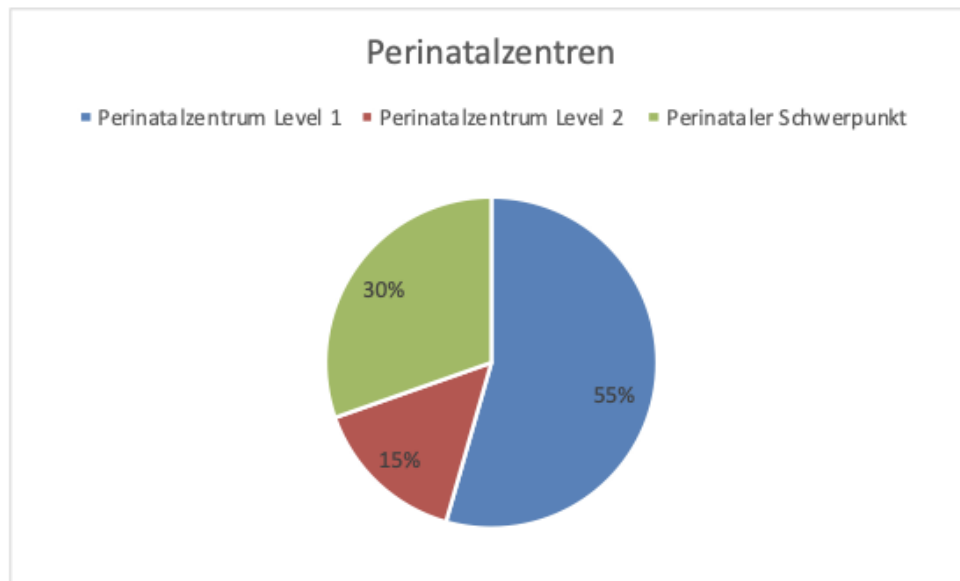
Die perinatalogische Versorgung in Deutschland ist in vier Versorgungsstufen unterteilt. Ein Perinatalzentrum Level 1 verfügt über die höchste Versorgungstufe, darauf folgt das Perinatalzentrum Level 2 und Kliniken mit perinatalem Schwerpunkt. Diese Zentren sind Einrichtungen, die für die Versorgung von Neu- und Frühgeborenen ausgestattet sind (Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen, 2025). Die niedrigste Versorgungsstufe haben Geburtskliniken. Diese gewährleisten eine Standardversorgung ohne spezialisierte perinatalogische Betreuung (Deutscher Bundestag, 2024).

Die Deutsche Gesellschaft für perinatale Medizin empfiehlt für die ärztliche Versorgung der Neugeborenen in Perinatalzentren der Level 1 und 2 eine „permanente Arztpräsenz im neonatologischen Intensivbereich“ sowie das Vorhandensein „einer Rufbereitschaft durch einen Facharzt mit der Schwerpunktbezeichnung „Neonatologie“, der unmittelbar tätig werden kann“. Dieser sollte ebenfalls bei der Geburt von extrem unreifen Frühgeborenen dabei sein (Deutsche Gesellschaft für perinatale Medizin, 2021). In einer Klinik mit perinatalem Schwerpunkt muss ein Arzt innerhalb von zehn Minuten anwesend sein können (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2024).

In der ersten und zweiten Datenerfassung ergibt sich eine Anzahl von 4,4 bzw. 3,2 Neonatologen pro Klinik (5.2.1.; Tabelle 4 und Tabelle 5). Da jedoch nicht alle Kinderkliniken über Perinatalzentren verfügen, wurde der Bedarf von Neonatologen pro Zentrum, das die Betreuung von neonatologischen Fällen vorhält, berechnet. Nur in der zweiten Datenerfassung wurde die Zahl der Perinatalzentren nach Level 1, Level 2 und perinatalem Schwerpunkt

erhoben. Insgesamt gibt es, laut der zweiten Datenerfassung, 283 Kliniken die neonatologischen Fälle in Betreuung nehmen. Von diesen sind 154 Perinatalzentren der ersten Versorgungsstufe, 43 Perinatalzentren des zweiten Levels und 86 Kliniken mit perinatalem Schwerpunkt. Es sind also mehr als die Hälfte der Zentren Perinatalzentren der höchsten Versorgungsstufe (Level 1).

Grafik 8: Perinatalzentren nach Versorgungsstufe Level 1, 2 und perinataler Schwerpunkt



Berechnet man die Anzahl der Neonatologen pro Perinatalzentrum mit den Daten der zweiten Datenerfassung, beträgt diese 3,5 Neonatologen pro Klinik mit perinatologischer Betreuung. Zu beachten ist jedoch, dass Kliniken mit perinatalem Schwerpunkt nicht über eine neonatologische Intensivstation verfügen und ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin ohne die Schwerpunktsbezeichnung Neonatologie genügt.

Berechnet man also den alleinigen Bedarf von Level 1 und Level 2 Perinatalzentren, die für eine optimale Versorgung eine Mindestanzahl von 5,5 Neonatologen benötigen, braucht man für die 197 Perinatalzentren des Level 1 und 2 insgesamt 1.084 Neonatologen. Vergleicht man diese Zahl mit den 977 erfassten Neonatologen in der zweiten Datenerfassung, könnte man dies als Hinweis interpretieren, dass es in Deutschland nicht zu viele Neonatologen gibt, insbesondere, wenn man berücksichtigt, dass auch noch in den Zentren mit perinatalem Schwerpunkt Neonatologen benötigt werden. Es wird deutlich, dass der Bedarf sogar für die vorhandenen Perinatalzentren der höchsten zwei Versorgungsstufen nicht gedeckt werden kann. Allerdings stellt sich die Frage, ob diese Dysbalance auf einen tatsächlichen Mangel an Neonatologen zurückzuführen ist oder ob die hohe Anzahl an Perinatalzentren einen relativen Mangel erschafft.

Nach Ansicht einiger Autoren besteht in Deutschland eine Überversorgung von Level 1 Perinatalzentren. Ein möglicher Grund dafür könnte der höhere Vergütungssatz aufgrund der komplexen Versorgung von schweren Fällen sein. Obwohl die Neonatologie einen hohen personellen und finanziellen Aufwand aufweist, gehört sie zu den ertragreicheren Bereichen der Pädiatrie (Weyersberg, et al., 2019).

Vergleicht man Deutschland mit anderen europäischen Ländern, hat es die niedrigste Rate an Versorgungen von Geburten und Neugeborenen in Relation zu neonatologischen Intensivstationen. Frankreich hat beispielsweise mit höherer Geburtenrate eine niedrigere Zahl an Intensivstationen und Finnland setzt in fast allen Zentren 3000 Geburten pro Klinik voraus. Dies möglicherweise aufgrund der verbesserten Qualität der Neugeborenenversorgung mit steigender Anzahl an durchgeführten Geburten. Wenn die Anzahl der Perinatalzentren zu hoch ist, können die hohen Kosten des Personals, besonders in Perinatalzentren des Levels 2, kaum gedeckt werden. Ein struktureller Wandel mit einer Reduzierung der Perinatalzentren zu 70 bis 100 Zentren mit neonatologischer Intensivstation könnte finanziell aber auch qualitativ sinnvoll sein, natürlich muss jedoch der Zugang auch bei größeren Entfernungen des Wohnortes garantiert sein (Gerber, et al., 2008). Es zeigt sich, dass in Deutschland etwa doppelt so viele Perinatalzentren der Level 1 und 2 vorhanden sind wie möglicherweise notwendig. Damit würde der Bedarf – bei 5,5 Neonatologen pro neonatologische Intensivstation – nur noch bei 385 bis 550 Neonatologen liegen und könnte mit der aktuellen Anzahl an Neonatologen gedeckt werden. Legt man die oben genannte Studie aus Korea für eine Berechnung des Bedarfs an Neonatologen zu Grunde (beste Ergebnisse der Mortalitätsrate bei elf bis fünfzehn Betten pro Neonatologe), würde der Bedarf in Deutschland bei einer Bettenzahl von 2.134 neonatologischen Betten (vgl. 5.1.2.1) im Dreischichtbetrieb zwischen 786 und 1.072 Neonatologen liegen. Damit liegen die Zahlen der zweiten Datenerfassung im Bereich, ebenso wie die Zahlen des Statistischen Bundesamtes (1.034 Neonatologen, vgl. Tabelle 6).

6.1.2. Intensivmedizin

Die Intensivmedizin repräsentiert die häufigste Zusatzweiterbildung der Kinder- und Jugendmediziner. In beiden Datenerfassung gehen rund 10 % aller Subspezialisierungen auf die Intensivmedizin zurück. Betrachtet man nur die Zusatzweiterbildungen, sind etwa 20 % (18,9 % bzw. 21,3 %) aller Zusatzweiterbildungen der Intensivmedizin zugehörig.

Auf pädiatrischen Intensivstationen wird, wie auf neonatologischen Intensivstationen, im Schichtdienst gearbeitet, ebenfalls oft im Dreischichtsystem. Neben dem notwendigen hohen Bedarf an Pflegekräften gibt es einen hohen und permanenten ärztlichen Personalbedarf, um

eine patientengerechte Versorgung zu gewährleisten. Dies ist ein wichtiger wirtschaftlicher Faktor.

Laut der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) besteht in Deutschland mit 77 pädiatrischen Intensivstationen eine nahezu flächendeckende Versorgung. Auch die Verbindung von Erstversorgerkliniken, dem intensivmedizinischen Transportdienst und die folgende Behandlung an intensivmedizinischen Kompetenzzentren ist in Deutschland garantiert (Deutsches Ärzteblatt, 2015). Dennoch kann es vor allem während des Auftretens von Infektwellen zu Versorgungsengpässen kommen.

Geht man davon aus, dass aufgrund des Dreischichtsystems circa 5,5 Intensivmediziner pro intensivmedizinischer Station gebraucht werden, bedarf es in den 77 pädiatrischen Intensivstationen in Deutschland etwa 424 Intensivmedizinern. In der ersten und zweiten Datenerfassung wurden in 128 Kliniken bzw. 303 Kliniken, 203 bzw. 401 Intensivmediziner erfasst (5.2.1; Tabelle 4 und Tabelle 5). Dies deutet darauf hin, dass in Deutschland, optimale Verteilung vorausgesetzt, der Bedarf gedeckt werden könnte.

6.1.3. Kinder- und Jugend-Kardiologie

Angeborene Herzfehler sind mit einer Prävalenz von etwa 0,8 bis 1 % der Lebendgeburten die häufigsten angeborenen Fehlbildungen. Da immer mehr Kinder mit angeborenen Herzfehlern überleben, entsteht eine wachsende Population von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit angeborenen Herzfehlern. Mehr und mehr Kinder- und Jugend-Kardiologen werden benötigt um bei wachsender Anzahl von Patienten eine bedarfsgerechte Versorgung der angeborenen Herzfehler und ihrer Komplikationen wie Rhythmusstörungen, Herzschwäche oder pulmonale Hypertension zu gewährleisten. Ferner gibt es einen wachsenden Bedarf an präventiver Kardiologie aufgrund der erhöhten Prävalenz von Übergewicht und durch Übergewicht bedingten Komplikationen wie Arteriosklerose und arterielle Hypertension (Lowell, et al., 2024).

Bisher zeigt sich eine Überversorgung in der Kinderkardiologie und Experten streben eine Entwicklung zu weniger Kinderkardiologischen Zentren an, denn weniger Zentren sollten eine Qualitätssteigerung mit sich bringen. Eine Bündelung besonders der invasiv tätigen Zentren wird von der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie und Angeborene Herzfehler (DGPK) befürwortet, da dies zwar längere Anfahrtswege für Patienten mit sich bringen könnte, jedoch eine höhere Routine und Sicherheit in der Patientenversorgung gewährleistet. Zentren mit niedrigen Fallzahlen haben oft Schwierigkeiten den hohen Qualitätsstandard zu gewährleisten, der in Einrichtungen mit einer höheren Fallzahl erreicht wird (Aumiller, 2013 S. 1-2).

Nach dem Statistischen Bundesamt beträgt die kinder-kardiologische Fallzahl 17.209 und laut zweiter Datenerfassung sind 372 Kinderkardiologen im stationären Bereich tätig (5.1.2.2, 5.2.1Tabelle 5). Ein Kinder- und Jugend-Kardiologe könnte also im Durchschnitt 46,3 kardiologische Fälle jährlich behandeln. Dieser Wert scheint generell nicht auf einen Mangel an Kinderkardiologen hinzuweisen, jedoch muss berücksichtigt werden, dass auch viele Fälle, die nicht in direkter kinder-kardiologischer Behandlung stehen, einen Kinderkardiologen benötigen. Die Kinderkardiologie wird interdisziplinär mit Subspezialisierungen wie der Kinder- und Jugend-Hämatologie und -Onkologie, Kinder- und Jugend-Nephrologie, Kinder- und Jugend-Gastroenterologie und besonders in der Transplantation und Intensivmedizin benötigt (Ehrich, 2015 S. 114). Besonders in Kompetenzzentren entsteht daher ein erhöhter Bedarf. Der Bedarf an Kinder- und Jugend-Kardiologen in spezialisierten Zentren zeigt sich möglicherweise daran, dass die Mehrheit der Kinder- und Jugend-Kardiologen in Kliniken mit höherer Bettenzahl tätig ist. Während in der ersten Datenerfassung in Kliniken mit 45 Betten nur 27,9 % der Kinder- und Jugend-Kardiologen tätig sind, sind es in Kliniken mit mehr als 45 Betten 72,1 % der Kinder- und Jugend-Kardiologen. In der zweiten Datenerfassung sind in Kliniken mit 61 Betten oder weniger 11,8 % der Kinder- und Jugend-Kardiologen, während 88,2 % in Kliniken mit mehr als 61 Betten tätig sind. Diese Verteilung ist möglicherweise sinnvoll, da große Kliniken oder Kompetenzzentren über eine höhere Anzahl an fachspezifischen Ärzten verfügen sollten.

Nach Ehrich könnte dies jedoch zu einer Fragmentierung der Kinderheilkunde führen. Um dieser entgegenzuwirken, muss untersucht werden wie viele, welche und in welcher Konstellation Subspezialisierungen in Kompetenzzentren zur Verfügung stehen. Da sich Kompetenzzentren spontan entwickelt haben und keine belegbaren Daten über die Validität vorliegen, ist es bedeutsam, den Bestand und Bedarf zu untersuchen, um die patientengerechte Versorgung gewährleisten (Ehrich, 2015 S. 111-114).

6.1.4. Weitere Subspezialisierungen

Die Neuropädiatrie ist ein Fachbereich, der sich besonders rasch weiterentwickelt, da neuartige molekulare Therapien entstehen. Daher ist der Bedarf an fachspezifischen Neuropädiatern dringlich (Kang, et al., 2015).

Der Schwerpunkt Neuropädiatrie liegt in beiden Datenerfassungen bei 1,4 bzw. 1,0 Neuropädiatern pro Klinik. Wenn jede Klinik einen Neuropädiater benötigt, würde der aktuelle Bestand der Neuropädiater eher nicht ausreichen. Wenn in kleinen Kliniken jedoch kein Neuropädiater tätig sein muss und entweder per Rufbereitschaft oder Weiterleitung an größere Zentren garantiert wird, dass eine patientengerechte Versorgung möglich ist, dann reicht die Anzahl der Neuropädiater womöglich aus. Ziel muss sein, diese optimal zu verteilen,

sodass eine bedarfsgerechte Patientenversorgung im stationären Bereich primär in tertiären Versorgungszentren, also Universitätskliniken oder Kompetenzzentren, vorhanden ist. In spezialisierten Zentren kann mit hochspezialisiertem Personal und hochwertiger Ausstattung sowie durch multidisziplinäre Arbeit mit anderen Fachbereichen eine Versorgung mit hoher Qualität gesichert werden. Relativ schnelle Anfahrtswege und geeignete Transportdienste müssen dafür jedoch mit einbezogen werden.

Die Anteile der restlichen Zusatzweiterbildungen an der Gesamtheit liegen in beiden Datenerfassungen fast alle unter 5 %, die Hämostaseologie, Immunologie und Ernährungsmedizin, und in der ersten Datenerfassung ebenfalls die Kinder- und Jugendnephrologie und EMAH, bei sogar unter 1 %. Somit kommen, nach der ersten Datenerfassung, auf jede fünfte Klinik jeweils ein Arzt mit den Zusatzweiterbildungen Infektiologie, EMAH, Kinder- und Jugend-Nephrologie, Immunologie oder Hämostaseologie. In der zweiten Datenerfassung kommen auf drei Kliniken nur ein Kinder- und Jugend-Rheumatologe und Kinder- und Jugend-Nephrologe und sogar nur ein Hämostaseologe und Immunologe auf zehn Kliniken (5.2.1). Dies scheint eine geringe Anzahl zu sein die, besonders bei nicht optimaler Verteilung, zu einer nicht patientengerechten Versorgung führen könnte. Hochspezialisierte Ärzte sollten so zur Verfügung stehen, dass Patienten, die auf die Expertise angewiesen sind, eine hochwertige Behandlung erhalten können. Kompetenzzentren für jegliche Bereiche können somit die Versorgung erheblich verbessern, da Ärzte durch häufige Diagnose, Betreuung und Therapien in den Fachgebieten noch mehr Erfahrung gewinnen. Es muss jedoch weiterhin eine flächendeckende Versorgung gewährleistet bleiben. Die Aufgabe liegt darin, eine flächendeckende, nicht fragmentierte Versorgung von Kindern auch in spezialisierten Fachbereichen zu gewährleisten, insbesondere in Fachbereichen, in denen wenige subspezialisierte Ärzte zur Verfügung stehen.

6.1.5. Subspezialisierungen nach Position

Laut zweiter Datenerfassung hat ein Kinder- und Jugendmediziner in Deutschland durchschnittlich eine Subspezialisierung.

Ein Chefarzt besitzt im Schnitt etwa 1,8 Subspezialisierungen, ein Oberarzt 1,1 Subspezialisierungen. Chefarzte und Oberärzte spielen, neben der Sicherstellung einer hochwertigen Versorgung und der Diagnostik und Therapie von Patienten, eine wichtige Rolle in der Weiterbildung der Fachärzte und subspezialisierten Fachärzte (Antes, 2020) und geben also indirekt wieder, wie die Verteilung der Weiterbildungen der Subspezialisierungen ist. Ein Facharzt trägt durchschnittlich 0,4 Subspezialisierungen, es hat also nicht einmal jeder zweite Facharzt eine Subspezialisierung.

Fast ein Drittel der Oberärzte und sogar die Hälfte aller Chefärzte haben die Schwerpunktbezeichnung Neonatologie. Diese ist mit Abstand die häufigste Subspezialisierung in beiden Positionen. Vergleicht man diese mit beispielsweise der Subspezialisierung in Kinder- und Jugend-Rheumatologie, die von nur 3-5 % der Chefärzte und Oberärzte besessen wird oder mit der Kinder- und Jugendnephrologie, die von nur 2-3 % der Chefärzte und Oberärzte erworben wurde, erkennt man einen deutlichen Unterschied. Je weniger Chefärzte und Oberärzte mit bestimmten Subspezialisierungen vorhanden sind, desto weniger Ärzte können weitergebildet werden. In Zusatzweiterbildungen wie der Ernährungsmedizin, Hämostaseologie, Immunologie und EMAH sind es daher nur 0,6 % oder weniger der Fachärzte mit den jeweiligen Subspezialisierungen. Im Laufe der Zeit werden sich solche Differenzen noch weiter ausprägen. Daher müssen, um eine fachspezifische Versorgung zu gewährleisten, genug weiterbildende Ärzte in den einzelnen Subdisziplinen vorhanden sein (5.2.2.3).

Der durchschnittliche Chefarztanteil der gesamten Subspezialisierungen liegt in beiden Datenerfassung bei etwa 10 % bis 20 %, bei den Oberärzten bei etwa 65 % bis 75 % und bei Fachärzten ungefähr zwischen 5 % und 15 %. In beiden Datenerfassung bilden unter den Chefärzten die Infektiologie, mit einem überaus hohen Chefarztanteil, und die Kinder- und Jugend-Nephrologie, mit einem relativ niedrigen Chefarztanteil, die Ausnahmen. Bei den Oberärzten nehmen die Ernährungsmedizin und Infektiologie verglichen zu den anderen Zusatzweiterbildungen einen geringen Anteil an. Die Frage, ob diese Verteilung dem Zufallsprinzip unterliegt, oder ob man mit manchen Subspezialisierungen mit höherer oder niedriger Wahrscheinlichkeit Chefarzt oder Oberarzt wird, bleibt offen (5.2.2.1).

6.1.6. Subspezialisierungen nach Geschlecht

Obwohl die Pädiatrie nach der Allgemeinmedizin, der Inneren Medizin und der Gynäkologie auf dem vierten Platz der Fachbereiche mit dem höchsten Frauenanteil liegt, gelangen die Ärztinnen nur selten in Spitzenpositionen (Beerheide, 2017).

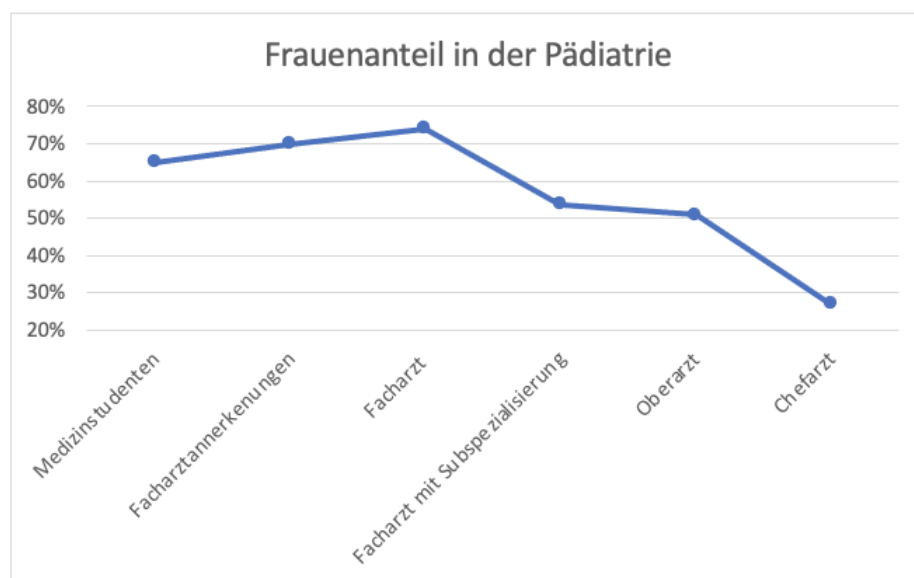
Im Medizinstudium ist die Zahl der Frauen in den letzten Jahren erheblich gestiegen. Während es im Jahr 1998 noch ein nahezu ausgeglichenes Verhältnis zwischen weiblichen und männlichen Studierenden gab, stieg der Frauenanteil bei Medizinstudenten rasant an (Beerheide, 2017). Im Jahr 2023 waren von 113.383 Medizinstudenten 73.244, also rund 65 %, weiblich (Statistisches Bundesamt, 2024). Der Frauenanteil der Anerkennungen der Facharztbezeichnung Kinder- und Jugendmedizin desselben Jahres liegt sogar bei über 70%, denn 557 von 784 Facharztanerkennungen wurden von Frauen erworben (Hartmann, 2024 S. 462). Von den 3.833 Kinder- und Jugendmedizinerinnen, die in der zweiten Datenerfassung

erhoben wurden, sind 2.207 weiblich, d.h. unter den Kinder- und Jugendmediziner ergibt sich ein Frauenanteil von 57,6 %. Aufgrund des höheren Frauenanteils der aktuellen Facharztanerkennungen wird der Frauenanteil der Kinder- und Jugendmediziner in Zukunft noch steigen.

Obwohl mehr weibliche Kinder- und Jugendmediziner im stationären Bereich tätig sind, verringert sich der Frauenanteil mit dem Erwerb einer Subspezialisierung. Während der Frauenanteil der Kinder- und Jugendmediziner bei 57,6 % liegt, ist der Frauenanteil der gesamten Subspezialisierungen, die von den Kinder- und Jugendmediziner erworben wurden, bei nur noch 44,3 % (erste Datenerfassung) bzw. 53,7 % (zweite Datenerfassung).

Betrachtet man den Frauenanteil bei steigender Position wird eine ähnliche Entwicklung deutlich. Während nach der zweiten Datenerfassung in der Position der Fachärzte der Frauenanteil 74,1 % beträgt, sinkt er mit steigender Position ab, auf 67,0 % bei Funktionsoberärzten, dann auf 51,4 % bei den Oberärzten und beträgt bei den Chefärzten nur noch 27 % (5.1.4).

Grafik 9: Frauenanteil der Medizinstudenten und Kinder- und Jugendmediziner nach Position



Auch wenn die Studie „Medical Women on Top“ des Deutschen Ärztinnenbundes, die zum dritten Mal zwischen den Jahren 2016 bis 2019 stattfand und den Frauenanteil der Klinikdirektoren untersucht, ergab, dass die Kinderheilkunde nach der Psychiatrie/Psychotherapie der Fachbereich mit dem zweithöchsten Frauenanteil der 14 untersuchten klinischen Fächer ist (Hanke, 2022), ist ein Frauenanteil von 27 % in

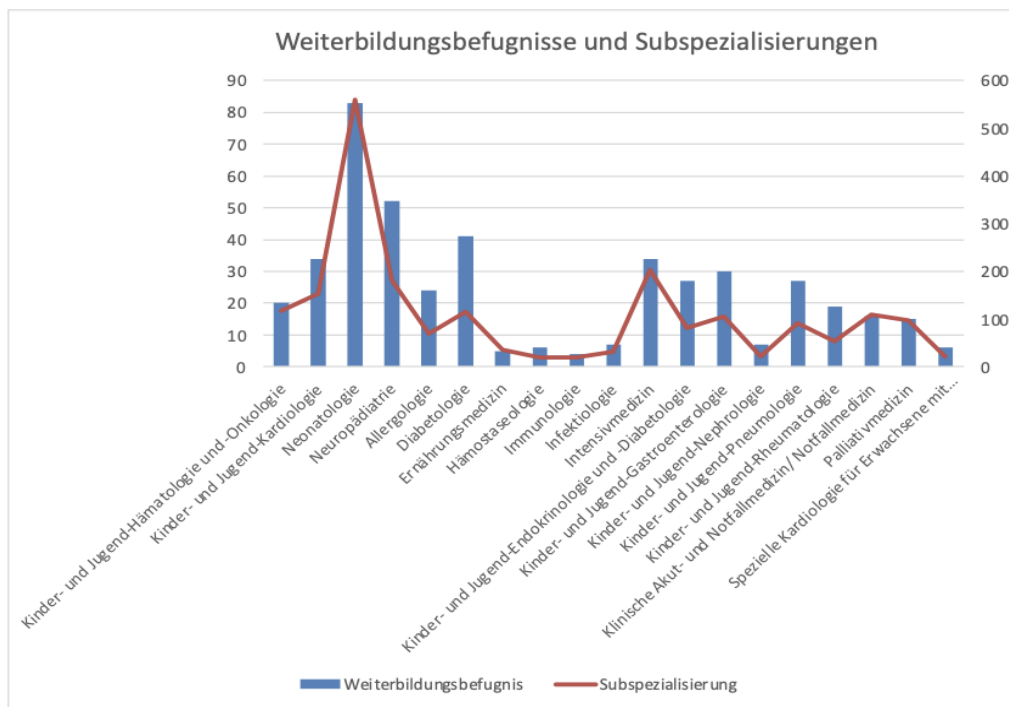
Führungspositionen sehr niedrig, insbesondere wenn 70 % aller Fachärzte der Kinder- und Jugendmedizin weiblich sind.

Betrachtet man nicht nur die Frauenanteile der Kinder- und Jugendmediziner, sondern die der subspezialisierten Kinder- und Jugendmediziner nach Position sieht man einen noch deutlicheren Abfall bei steigender Position. In beiden Datenerfassungen liegt der Frauenanteil der Gesamtheit der Subspezialisierungen in der Position der Fachärzte durchschnittlich über 70 % und sinkt dann in der Position der Oberärzte auf 44 % und in der Position der Chefärzte auf sogar unter 20 % (5.2.4.1).

6.2. Weiterbildungsbefugnisse

In der ersten Datenerfassung wurde eine Bestandsaufnahme zu den aktuell vorhandenen Weiterbildungsbefugnissen in den 128 Kliniken durchgeführt (5.3). Es gibt insgesamt 124 Weiterbildungsbefugnisse für den Facharzt Kinder- und Jugendmedizin, d.h. durchschnittlich eine pro Klinik. Weiterbildungsbefugnisse der Subspezialisierungen gibt es insgesamt 457, d.h. 3,6 pro Klinik. Grafik 10 zeigt, dass je mehr Weiterbildungsbefugnisse in einer Subspezialisierung vorhanden sind, desto mehr subspezialisierte Kinder- und Jugendmediziner gibt es in dieser Subspezialisierung. So ist die häufigste Weiterbildungsbefugnis mit 83 Weiterbildungsbefugnissen, d.h. einem Anteil von 18,2 % aller Weiterbildungsbefugnisse, die Neonatologie. In den Zusatzweiterbildungen Ernährungsmedizin, Immunologie, Hämostaseologie, EMAH, Infektiologie und Kinder- und Jugend-Nephrologie stehen jeweils weniger als sieben Weiterbildungen, also 0,1 oder weniger pro Klinik zur Verfügung. Vergleicht man dies mit den momentanen Beständen der subspezialisierten Ärzte wird deutlich, dass eine hohe positive Korrelation zwischen Weiterbildungen und Subspezialisierungen besteht (Pearson-Korrelationskoeffizient = 0,91, $p < 0,0001$).

Grafik 10: Weiterbildungsbefugnisse und Subspezialisierungen



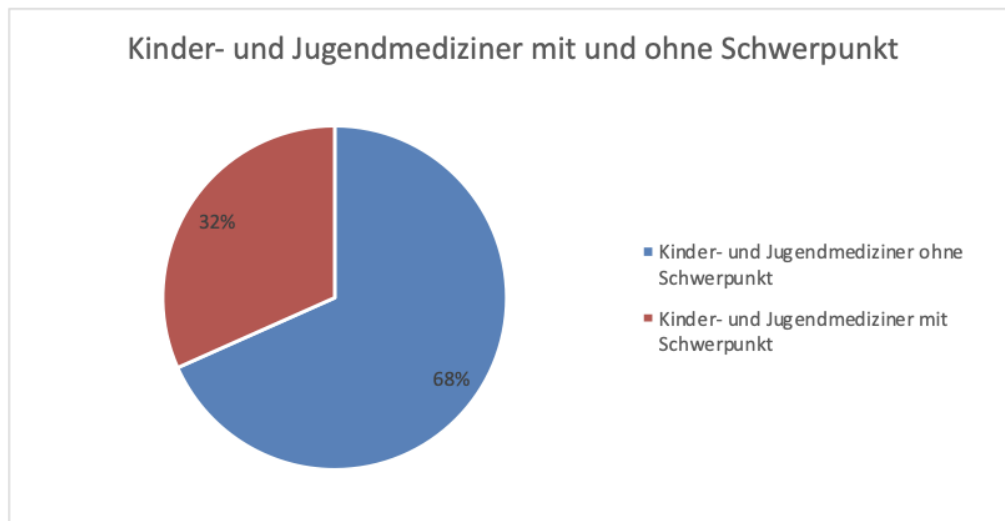
Weiterbildungsbefugnisse sind der Kern zu einer zukunftsorientierten Verbesserung der flächendeckenden und patientengerechten fachspezifischen Versorgung. Durch eine systematische Koordination der Weiterbildungsbefugnisse kann in Kliniken mit weniger subspezialisierten Fachärzten die Weiterbildung bestimmter Subspezialisierung gefördert und damit die Anzahl an subspezialisierten Ärzten erhöht werden. Eine hochwertige, strukturierte Weiterbildung in den einzelnen pädiatrischen Fachbereichen könnte die fachspezifische Behandlung verbessern. Aufgrund des Wandels der Klinikstrukturen muss die Koordination der Weiterbildungsbefugnisse ebenfalls angepasst werden (Seekamp, et al., 2024).

In Deutschland wird die Koordination der Weiterbildungsbefugnisse durch die Landesärztekammern gesteuert, es gibt also keine länderübergreifende Planung. In anderen Ländern Europas, beispielsweise Dänemark, wird die Vergabe der Weiterbildungsbefugnisse sowie Bewerbungen zu Weiterbildungen zentralisiert gesteuert. Eine deutschlandweite zentrale Strukturierung und Verteilung der Weiterbildungsbefugnisse könnten zur Förderung der flächendeckenden Versorgung beitragen (Bundesärztekammer, 2018).

Laut Bundesärztekammer besitzen außerdem 4.670 der 6.834 Kinder- und Jugendmediziner, also fast 70 %, keine Schwerpunktbezeichnung (Statistisches Bundesamt, 2024). Um eine fachspezifische Patientenbehandlung zu verbessern, wäre das Fördern von Weiterbildungen

dieser Ärzte ein möglicher Ansatzpunkt (Grafik 11: Kinder- und Jugendmediziner mit und ohne Schwerpunktbezeichnung Grafik 11).

Grafik 11: Kinder- und Jugendmediziner mit und ohne Schwerpunktbezeichnung



6.3. Ost-West Vergleich

Für den Ost-West Vergleich wird die erste Datenerfassung genutzt und Berlin für die Analyse ausgeschlossen (siehe 5.4.4). Die Verhältnisse von Westdeutschland zu Ostdeutschland in Bezug auf die Einwohnerzahl, Bettenzahl und Fallzahl liegen in einem ähnlichen Verhältnis. Das Verhältnis der Zahl der Kliniken, der Kinder- und Jugendmediziner und Weiterbildungsbefugnisse ist jedoch deutlich geringer, d.h. letztere sind in Ostdeutschland im Verhältnis zur Einwohnerzahl überrepräsentiert. Ebenfalls wird deutlich, dass Ostdeutschland zwar mehr Kliniken hat, jedoch pro Klinik eine geringere Bettenzahl.

Pro 100.000 Einwohner unter 18 Jahren ist die Zahl der behandelten Kinder und Jugendlichen und die Bettenzahl etwa 10 % höher als in Westdeutschland, die Zahlen der Kliniken, Kinder- und Jugendmediziner und Weiterbildungsbefugnisse liegen circa 60 % über den entsprechenden Zahlen im Westen und die Subspezialisierungen sogar 74 % darüber. Betrachtet man die einzelnen Subspezialisierungen sind ebenfalls fast alle häufiger in Ostdeutschland vertreten.

6.4. Kompetenzzentren

Wie bereits erwähnt stellen Kompetenzzentren einen möglichen Ansatz dar, um die flächendeckende patientengerechte Versorgung von Kinder- und Jugendlichen in Deutschland zu gewährleisten.

Vom fachspezifischen Ärztemangel sind besonders ländliche Regionen mit kleineren Kliniken betroffen und es werden immer häufiger Kinderabteilungen aufgrund von Personalmangel geschlossen (Eppinger, 2021). Eine flächendeckende patientengerechte Versorgung spielt in

Krankenhäusern in ländlichen Gebieten jedoch eine zentrale Rolle, und der ärztliche Fachkräftemangel betrifft Kliniken im ländlichen Raum noch stärker (Oberlausitz Kliniken, 2025).

Lösungen sind entweder ein Anstieg spezialisierter Fachkräfte oder alternativ die Bildung von Kompetenzzentren. Da sekundäre Versorgungszentren weniger spezialisierte Fachkräfte benötigen, könnten diese dann in spezialisierten Zentren mit spezialisierter Ausstattung und Personal tätig sein. Besonders seltene und komplexe Erkrankungen könnten dann von multidisziplinären Teams eine professionelle Behandlung erhalten. Die flächendeckende Primär- und Sekundärversorgung muss jedoch weiterhin mit Generalisten gewährleistet werden. Um einer Fragmentierung der Kinderheilkunde entgegenzuwirken muss untersucht werden, wie viele, welche und in welcher Konstellation Subspezialisierungen in Kompetenzzentren zur Verfügung stehen. Da sich Kompetenzzentren spontan entwickelt haben und keine belegbaren Daten über die Validität vorliegen, ist es wichtig den Bestand und Bedarf zu untersuchen, um die patientengerechte Versorgung zu gewährleisten (Ehrich, 2015 S. 113).

7. Fazit

Die Bundesrepublik Deutschland hat eine der teuersten Gesundheitsversorgungen in der Europäischen Union und stimmte 1992 der UN-Konvention für die Rechte des Kindes auf einen hohen Standard der Gesundheitsversorgung zu. Dennoch sind zur Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen im stationären Bereich in Deutschland nur sehr lückenhaft Daten vorhanden. Es gibt keine vollständigen Daten zu Subspezialisierungen der Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin und keine zentral zugänglichen Daten zur Weiterbildung. Ferner liegen keine Daten zu fachspezifischen Fallzahlen und Behandlungstagen vor sowie keine Bedarfsanalyse der einzelnen Fachbereiche in der Pädiatrie. Weder die Fachgesellschaften, Landesärztekammern, Bundesärztekammer, Gesundheitsberichterstattung des Bundes noch das Statistische Bundesamt liefern vollständige Daten. Auch die Vorgaben zur Weiterbildung der Bundesärztekammer werden von den Landesärztekammern nicht einheitlich umgesetzt.

Für eine flächendeckende patientengerechte Versorgung von Kindern und Jugendlichen wird eine bedarfsgerechte Anzahl und Verteilung von subspezialisierten Kinder- und Jugendmedizinern benötigt. Der Bedarf ändert sich fortwährend, unter anderem bedingt durch Änderung der Krankheitsbilder, der Geburtenzahl und der räumlichen Verteilung der Bevölkerung.

Diese Arbeit hat gezeigt, dass es in der Anzahl und Verteilung der subspezialisierten Kinder- und Jugendmediziner große Unterschiede gibt, auch Ungleichheiten bei der Geschlechter- und Ost-/West-Verteilung sind vorhanden. Außerdem zeigte sich eine positive Korrelation zwischen Subspezialisierungen und Weiterbildungsbefugnissen, d. h. Weiterbildungsbefugnisse könnten ein wichtiges Instrument zur Steuerung der Anzahl an pädiatrischen Subspezialisten darstellen.

Diese Arbeit liefert einen ersten Überblick, zeigt aber auch wie schwierig es ist, trotz Nutzung vieler Quellen, einen aktuellen und umfassenden Bestand zu erheben. Es sollte ein kontinuierliches Monitoring von Daten zu weitergebildeten Kinder- und Jugendmedizinern, zu fachspezifischen Daten, wie Diagnosen und entsprechende Behandlungsdauer in den jeweiligen Subspezialisierungen, und zu Weiterbildungsbefugnissen der Kliniken durchgeführt werden.

Eine qualitative stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Kinderkliniken und Kinderabteilungen kann durch eine Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse und durch die Koordination und Verteilung der Fachspezialisten und Weiterbildungsbefugnisse verbessert werden. Dies könnte auch für eine koordinierte Bildung von Kompetenzzentren genutzt werden, die sich bisher weitgehend spontan entwickeln. So könnte eine ausreichende Anzahl

und optimale Verteilung von Kompetenzzentren gefördert werden, in denen Fachspezialisten mit hochspezialisierter Ausstattung fachspezifische Behandlungen durchführen können.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es sehr viele Variablen in der Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland gibt.

Veränderungen dieser Variablen (Geburten, Fachabteilungen, Betten, Fall, Spektrum pädiatrischer Erkrankungen, Fachärzte und subspezialisierte Fachärzte, Weiterbildungsbefugnisse und Weiterbildungsordnungen) und die Koordination in einem föderalen System sind Herausforderungen, die eine flexible Anpassung erfordern. Während einige dieser Variablen bereits erfasst werden (Geburtenzahl, Bettenzahl, Fachabteilungen etc.) gibt es kein System der Erfassung der subspezialisierten Kinder- und Jugendmediziner. Eine dem hochentwickelten Gesundheitssystem Deutschlands angemessene patientengerechte und flächendeckende Versorgung von Kindern und Jugendlichen erfordert eine bedarfsgerechte Steuerung der Weiterbildung, welche ohne eine Bestandsaufnahme der Anzahl von Subspezialisierungen und Weiterbildungsbefugnissen unmöglich ist.

8. Literaturverzeichnis

- 1) Ehrich J, Grote U, Gerber-Grote A, Strassburg M (Oktober 2016) The Child Health Care System of Germany. The Journal of Pediatrics. 177S: 71 – 86
- 2) Ehrich J (11 August 2015) Pädiatrische Subspezialisierungen in Europa: Chancen und Risiken der Fragmentierung der Kinderheilkunde. Paediatric Paedolog. 50: 111 – 115
- 3) Heckman J (7 December 2012) Invest in Early Childhood Development: Reduce Deficits, Strengthen the Economy (online abgerufen am 24 Januar 2025)
https://heckmanequation.org/wp-content/uploads/2013/07/F_HeckmanDeficitPieceCUSTOM-GeneriC_052714-3-1.pdf
- 4) Statistisches Bundesamt (DESTATIS) (10 Januar 2025) Bevölkerung nach Altersgruppen (ab 2011) (online abgerufen am 24 Januar 2025)
<https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Tabellen/liste-altersgruppen-basis-2022.html#1344734>
- 5) Statistisches Bundesamt (DESTATIS) (2 Mai 2024) Pressemitteilung Nr. 174: Zahl der Geburten im Jahr 2023 auf niedrigstem Stand seit 2013 (online abgerufen am 24 Januar 2025)
https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/05/PD24_174_126.html?nn=2088
- 6) Gesundheitsberichterstattung des Bundes (25 Januar 2025) Gesundheitsausgaben in Deutschland als Anteil am BIP und in Mio. € (absolut und je Einwohner) (online abgerufen am 25 Januar 2025) https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg_isgbe5.prc_menu_olap?p_uid=gastd&p_aid=38882972&p_sprache=D&p_help=0&p_indnr=522&p_indsp=&p_ityp=H&p_fid=
- 7) Statistisches Bundesamt (DESTATIS) (7 November 2024) Deutschland mit höchsten Gesundheitsausgaben der EU (online abgerufen am 25 Januar 2025)
<https://www.destatis.de/Europa/DE/Thema/Bevoelkerung-Arbeit-Soziales/Gesundheit/Gesundheitsausgaben.html#:~:text=Die%20laufenden%20Gesundheitsausgaben%20in%20Deutschland,Anteil%20für%20sein%20Gesundheitssystem%20aus>
- 8) Bundesärztekammer (31 Dezember 2023) Ärztestatistik zum 31 Dezember 2023 (online abgerufen am 25 Januar 2025)
https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Ueber_uns/Statistik/AErztestatistik_2023_18.04.2024.pdf
- 9) Statistisches Bundesamt (19 Oktober 2023) Pressemitteilung Nr. N056: Von 2012 bis 2022 gut 1100 Krankenhausbetten für Kinder abgebaut (online abgerufen am 25 Januar 2025)

- 2025)
- https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/10/PD23_N056_231.html
- 10) Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (27 Januar 2023) Kinderkliniken vernünftig finanzieren (online abgerufen am 24 Januar 2025) <https://www.dgkj.de/unsere-arbeit/politik/faqs-finanzierung-kinderkliniken>
 - 11) Statistisches Bundesamt (DESTATIS) (2024)
 - 12) Statistisches Bundesamt (DESTATIS) (2024)
 - 13) Deutsches Ärzteblatt (19 Oktober 2023) Zahl der Krankenhausbetten für Kinder gesunken (online abgerufen am 24 Januar 2025)
 - 14) Statistisches Bundesamt (DESTATIS) (2022)
 - 15) Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (April 2024) Stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Baden-Württemberg seit 2012 – Ein Überblick (online abgerufen am 25 Januar 2025) <https://www.statistik-bw.de/Service/Veroeff/Monatshefte/20240401>
 - 16) Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (1 Dezember 2022) Pressemeldung: Aktuelle Klinik-Umfrage belegt: Durchschnittlich kein freies Intensivbett für kritisch kranke Kinder - Notfallmediziner fordern neue Strukturen (online abgerufen am 25 Januar 2025) <https://www.divi.de/pressemeldungen/pm-aktuelle-klinik-umfrage-belegt-durchschnittlich-kein-freies-intensivbett-fuer-kritisch-krank-kinder-notfallmediziner-fordern-neue-strukturen>
 - 17) Süddeutsche Zeitung (1 Dezember 2022) Jede zweite Kinderklinik muss Patienten wegschicken, weil sie kein freies Bett mehr hat (online abgerufen am 25 Januar 2025) <https://www.sueddeutsche.de/wissen/rsv-welle-kinder-krankenhaus-betten-deutschland-1.5707140>
 - 18) Reimbursement Institute (Januar 2025) DRG – Diagnosis Related Groups (online abgerufen am 25 Januar 2025) <https://reimbursement.institute/glossar/drg/>
 - 19) Bundesministerium für Gesundheit (4 November 2024) Fallpauschalen (online abgerufen am 25 Januar 2025) <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/f/fallpauschalen.html>
 - 20) Zimmermann T (18 August 2023) Primäre Gesundheitsversorgung / Primary Health Care (Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention) (online abgerufen am 24 Januar 2025) <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/primaere-gesundheitsversorgung-primary-health-care>
 - 21) eHealth (Januar 2025) Primär-, Sekundär- und Tertiärversorgung in Deutschland (online abgerufen am 24 Januar 2025) https://ehealth24.info/my_keywords/primaer-sekundaer-und-tertiaerversorgung-in-deutschland/

- 22) Bundesärztekammer (14 Juni 2024) (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018 (online abgerufen am 25 Januar 2025) https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Aus-Fort-Weiterbildung/Weiterbildung/20240614_MWBO-2018.pdf
- 23) Bundesärztekammer (Januar 2025) (Muster-)Fachlich empfohlene Weiterbildungspläne (online abgerufen am 25 Januar 2025) <https://www.bundesaerztekammer.de/themen/aerzte/aus-fort-und-weiterbildung/aerztliche-weiterbildung/fewp>
- 24) Böttcher S (14 März 2022) Gesundheit und Gesundheitsversorgung in der DDR (online abgerufen am 24 Januar 2025) <https://www.bpb.de/themen/deutsche-einheit/lange-wege-der-deutschen-einheit/505032/gesundheit-und-gesundheitsversorgung-in-der-ddr/>
- 25) Statistisches Bundesamt (17 Februar 2025) Bevölkerung: Bundesländer, Stichtag, Altersjahre (online abgerufen am 8 März 2025) <https://www-genesis.destatis.de/datenbank/online/statistic/12411/table/12411-0012/table-toolbar/search/s/MTI0MTE=#filter=JTdCJTlYaGlkZUVtcHR5Q29scyUyMiUzQWZhbnHNIJTJDJTlYaGlkZUVtcHR5Um93cyUyMiUzQWZhbnHNIJTJDJTlYyY2FwdGlvbiUyMiUzQSU1QiU3QiUyMnZhcmllhYmxlSWQlMj>
- 26) Hoffman F, Landeg M, Rittberg W, Hinzmann D, Steinbrunner D, Böcker W, Heinen F, Kanz K, Borgner-Flatz V (2021) Pädiatrische Notfälle – zunehmende Versorgungsengpässe am Beispiel einer deutschen Großstadt. Deutsches Ärzteblatt. 118: 373-4
- 27) Weyersberg A, Roth B, Köstler U, Woppen C (2019) Pädiatrie: Gefangen zwischen Ethik und Ökonomie. Deutsches Ärzteblatt. 116 (37): A 1586 – 91
- 28) Moridani M, Bendig M, Arsenova R, Junghanns F, Friedrich S (29 Februar 2024) Ärztlichen Nachwuchs in der Pädiatrie sichern – aber wie? Monatsschrift Kinderheilkunde. 172: 342 – 350
- 29) Wolfe I, Matthew T, Gill P, Tamburlini G, Blar M, van den Bruel A, Ehrich J, Pettoello-Mantovani M, Janson S, Karanikolos M, McKee M (27 März 2013) Health services for children in western Europe. The Lancet. 381: 1 – 11
- 30) Lakshminrusima S, Cheng T, Leonard M, Devaskar S, Vinci R, Degnon L, St. Geme J (April 2024) Raising the Bar: The Need for Increased Financial Support to Sustain and Expand the Community of Pediatric Subspecialists. Notes From the Association Of Medical School Pediatric Department Chairs. 267: 1 – 7
- 31) Ehrich J, Kerbl R, Pettoello-Mantovani M, Lenton S (November 2015) Opening the Debate on Pediatric Subspecialties and Specialist Centers: Opportunities for Better Care or Risk of Care Fragmentation. European Paediatric Association Pages. 167: 1177 – 1178

- 32) Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (5 Februar 2025) Kinderkliniken (online abgerufen am 5 Februar 2025) <https://www.dgkj.de/veroeffentlichungen/kinderkliniken>
- 33) Klinikradar (2024) Datenquellen (online abgerufen im Juni 2024) <https://klinikradar.de/datenquellen>
- 34) Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2024) Umsetzung der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung im Jahr 2023: Gesamtübersicht der am 01.01.2023 gültigen Stationen und einzuhaltenden Pflegepersonaluntergrenzen (online abgerufen im Juli 2024) <https://www.g-drg.de/archiv/pflegepersonaluntergrenzen/pflegepersonaluntergrenzen-2023/umsetzung-der-verordnung-zur-festlegung-von-pflegepersonaluntergrenzen-in-pflegesensitiven-bereichen-in-krankenhaeusern-ppugv-fuer-das-jahr-2023>
- 35) Statistisches Bundesamt (DESTATIS) (2022) Hauptfachabteilungen Pädiatrie (E-Mail-Korrespondenz, 2024)
- 36) Statistisches Bundesamt (DESTATIS) (2022) Bettenzahl Pädiatrie (E-Mail-Korrespondenz, 2024)
- 37) Statistisches Bundesamt (DESTATIS) (2022) Fallzahl Pädiatrie (E-Mail-Korrespondenz, 2024)
- 38) Statistisches Bundesamt (DESTATIS) (2022) Berechnungstage Pädiatrie (E-Mail-Korrespondenz, 2024)
- 39) Statistisches Bundesamt (DESTATIS) (2022) Nutzungsgrad und Verweildauer Pädiatrie (E-Mail-Korrespondenz, 2024)
- 40) Statistisches Bundesamt (DESTATIS) (2022) Subspezialisierungen Pädiatrie (E-Mail-Korrespondenz, 2024)
- 41) Statistisches Bundesamt (DESTATIS) (Januar 2025) Geburten (online abgerufen am 25 Januar 2025) https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Geburten/_inhalt.html
- 42) Klinikum Darmstadt (3 August 2022) 11 Prozent aller Kinder kommen nicht in der adäquaten Geburtsklinik zur Welt (online abgerufen am 25 Januar 2025) <https://klinikum-darmstadt.de/aktuelles-news/11-prozent-aller-kinder-kommen-nicht-in-der-adaequaten-geburtsklinik-zur-welt>
- 43) Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (August 2024) Bundesauswertung PM – GEBH: Geburtshilfe (Auswertungsjahr 2024, Erfassungsjahr 2023) (online abgerufen am 25 Januar 2025) https://iqtig.org/downloads/auswertung/aj2024/pm-gebh/DeQS-RL_PM-GEBH_AJ2024_BUAW_V02_2024-08-15.pdf

- 44) Berger R, Abele H, Bahlmann F, Bedei I, Doubek K, Felderhoff-Müser U, Fluhr H, Garnier Y, Grylka-Baeschlin S, Helmer H, Herting E, Hoopmann M, Hösli I, Hoyme U, Jendreyzeck A (2019) Prävention und Therapie der Frühgeburt. Leitlinie der DGGG, OEGGG und SGGG. Geburtshilfe und Frauenheilkunde. 79: 813 – 833
- 45) Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (Januar 2025) Neonatologie (online abgerufen am 25 Januar 2025) <https://www.dgkj.de/eltern/spezialist/-innen-portraits/neonatologie>
- 46) Grünebaum A, McLeod-Sordjan R, Grosso M, Chervenak F (Dezember 2024) Advocating for neonatology presence at births between 20 and 25 weeks of gestation. Seminars in Fetal and Neonatal Medicine. 29
- 47) Chung S, Kim C, Choi Y, Lee M, Lim J, Lee B, Kim K (September 2024) Mortality of very low birth weight infants by neonatal intensive care unit workload and regional group status. Clinical and Experimental Pediatrics. 67: 619 – 627
- 48) British Association of Perinatal Medicine (April 2021) Optimal Arrangements for Neonatal Intensive Care Units in the UK including guidance on their Medical Staffing - A Framework for Practice (online abgerufen am 25 Januar 2025) https://hubble-live-assets.s3.eu-west-1.amazonaws.com/bapm/file_asset/file/131/Optimal_Arrangement_for_NICUs_revision_10-6-21.pdf
- 49) Goodman D, Fisher E, Little G, Stukel T, Chang C, Schoendorf K (16 Mai 2002) The Relation between the Availability of Neonatal Intensive Care and Neonatal Mortality. The New England Journal of Medicine. 346: 1538 – 1544
- 50) Rolnitsky A, Unger S, Urbach D, Bell C (7 Februar 2023) The price of neonatal intensive care outcomes - in-hospital costs of morbidities related to preterm birth. Frontiers in Pediatrics. 11:1068367: 1 – 8
- 51) Bundesministerium der Justiz (Januar 2025) Arbeitsgesetz (ArbZG) Paragraf 3 Arbeitszeit der Arbeitnehmer und Paragraf 4 Ruhepausen (online abgerufen am 25 Januar 2025) https://www.gesetze-im-internet.de/arbzg/_4.html
- 52) Marburger Bund (1 Januar 2023) Tarifvertrag für Ärztinnen und Ärzte an kommunalen Krankenhäusern im Bereich der Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände (online aufgerufen am 25 Januar 2025) <https://www.marburger-bund.de/sites/default/files/tarifvertraege/2023-10/TV-Ärzte%20VKA%20i.d.F%209.%20ÄnderungsTV.pdf>
- 53) Gerber A, Lauterbach K, Lungen M (27 Juni 2008) Perinatalzentren: Manchmal ist weniger mehr. Deutsches Ärzteblatt. 26: 1439 – 1442

- 54) Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (Januar 2025) Information – Häufig gestellte Fragen (Perinatalzentren) (online abgerufen am 25 Januar 2025) <https://perinatalzentren.org/informationen/faq/#collapse76>
- 55) Deutscher Bundestag (26 Juni 2024) Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Ina Latendorf, Ates Gürpınar, Dr. Gesine Löttsch, weiterer Abgeordneter und der Gruppe Die Linke; Zukunft und Perspektiven der Perinatalzentren. 2 (online abgerufen am 25 Januar 2025) <https://dserver.bundestag.de/btd/20/120/2012068.pdf>
- 56) Deutsche Gesellschaft für Perinatale Medizin (31 März 2021) Empfehlung für die strukturellen Voraussetzungen der perinatologischen Versorgung in Deutschland (AWMF-Leitlinien-Register Nr. 087-001, Leitlinienklasse: S2k) (online abgerufen am 24 Januar 2025) https://register.awmf.org/assets/guidelines/087-0011_S2k_Empfehlungen-strukturelle-Voraussetzungen-perinatologische-Versorgung-Deutschland_2021-04_01.pdf
- 57) Gemeinsamer Bundesausschuss (18 Juli 2024) Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborenen (QFR-RL). 26 (online abgerufen am 25 Januar 2025) https://www.g-ba.de/downloads/40-268-10692/2024-07-18_QFR-RL_Aenderungen-Paragrafen-1-13-Anlagen-1-2_TrG.pdf
- 58) Deutsches Ärzteblatt (26 November 2015) Kinderintensivstationen in Deutschland fast flächendeckend verfügbar (online abgerufen am 25 Januar 2025) <https://www.aerzteblatt.de/news/kinderintensivstationen-in-deutschland-fast-flaechendeckend-verfuegbar-865443fc-1728-450e-a6da-ba458a604b4b>
- 59) Lowell F, Glickstein J, Brown D, Mink R, Ross R (Februar 2024) Child Health Needs and the Pediatric Cardiology Workforce: 2020-2040. Pediatrics (American Academy of Pediatrics). 153: 2 – 12
- 60) Aumiller J (10 April 2013) Gewünschte Schrumpfung - Weniger Zentren, aber zertifizierte Qualität. Herzbericht 2011 – Pädiatrische Kardiologie (Springer Nature). 13: 35 – 36
- 61) Kang P, Bale Jr J, Mintz M, Joshi S, Gilber D, Radabaugh C, Ruch-Ross H (27 September 2016) The child neurology clinical workforce in 2015. Neurology (American Academy of Neurology, Pub Med Central). 87 (13): 1384 – 1392
- 62) Antes K (7 Mai 2020) So werden Sie Oberarzt oder Oberärztin. Ärztstellen (Deutsches Ärzteblatt) (online abgerufen am 25 Januar 2025) <https://aerztstellen.aerzteblatt.de/de/redaktion/so-werden-sie-oberarzt>
- 63) Beerheide R (10 März 2027) Ärztinnen gelangen selten in Spitzenpositionen. Deutsches Ärzteblatt. 114: 452 – 454

- 64) Statistisches Bundesamt (9 August 2024) Studierende insgesamt und Studierende Deutsche im Studienfach Medizin (Allgemein-Medizin) nach Geschlecht (online abgerufen am 25 Januar 2025) <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bildung-Forschung-Kultur/Hochschulen/Tabellen/lrbil05.html#242500>
- 65) Hartmann W (Juli 2024) Pädiatrie in Zahlen (nach Angaben von BÄK und KBV). Kinder- und Jugendarzt. 55: 459 – 463
- 66) Hanke S (7 Juni 2022) Führungspositionen an Uniklinik: Noch immer wenige Ärztinnen. Ärztstellen (Deutsches Ärzteblatt) (online abgerufen am 25 Januar 2025) <https://aerztestellen.aerzteblatt.de/de/redaktion/fuehrungspositionen-unikliniken-noch-immer-nur-wenige-aerztinnen>
- 67) Seekamp A, Herrmann H, Scheibel M, Pennig D, Kladny B (3 Mai 2024) Weiterbildung: Die Zukunft sichern. Deutsches Ärzteblatt- 121: 588 – 591
- 68) Statistisches Bundesamt (DESTATIS) (2024)
- 69) Eppinger U (27 April 2021) Abbau "nicht lukrativer" Kinderabteilungen in Kliniken: "Telemedizinische Triage" soll die ländliche Versorgung sichern (online abgerufen am 25 Januar 2025) https://deutsch.medscape.com/artikelansicht/4909938?st=fpf&scode=msp&socialSite=google&icd=login_success_gg_match_fpf&form=fpf
- 70) Oberlausitz Kliniken (2025) Ländliche Krankenhausversorgung heute und 2020 (online abgerufen am 25 Januar 2025) https://www.oberlausitz-kliniken.de/fileadmin/Downloads/Presse/BDO_Krankenhausstudie2014.pdf
- 71) Van den Berg N, Fleßa S, Hoffman W (18 November 2021) Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum (online abgerufen am 25 Januar 2025) <https://www.bpb.de/themen/stadt-land/laendliche-raeume/334219/gesundheitsversorgung-im-laendlichen-raum/#node-content-title-0>

Anhang: Fragebogen

Qualtrics Survey Software

05.02.25, 16:15

Einführung

Pädiatrische Subspezialisierungen in Deutschland

In dem nachstehenden Fragebogen werden Sie zunächst gebeten einige kurze Angaben zu Ihrer Kinderklinik einzutragen.

Anschließend folgt die Abfrage von Informationen zu Aus- und Weiterbildung Ihrer aktuell aktiv tätigen kinderärztlichen Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter.

Vielen Dank für Ihren Beitrag!

KIKli

Anschrift der Kinderklinik

Bezeichnung der
Klinik

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Stadt

Über wie viele Betten verfügt die Kinderklinik?

Wie viele Patienten hat die Kinderklinik im Jahr 2021 stationär behandelt?

Über welche Weiterbildungsbefugnisse verfügt die Kinderklinik?

	Befugnis [ja/nein]	Dauer [Monate]
Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin	☐	
Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Hämatologie und -Onkologie	☐	
Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie	☐	
Schwerpunkt Neonatologie	☐	
Schwerpunkt Neuropädiatrie	☐	
Zusatz-Weiterbildung Allergologie	☐	
Zusatz-Weiterbildung Diabetologie	☐	
Zusatz-Weiterbildung Ernährungsmedizin	☐	
Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie	☐	
Zusatz-Weiterbildung Immunologie	☐	
Zusatz-Weiterbildung Infektiologie	☐	
Zusatz-Weiterbildung Intensivmedizin	☐	
Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -Diabetologie	☐	

Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	☐	
Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Nephrologie	☐	
Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie	☐	
Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie	☐	
Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Rheumatologie	☐	
Zusatz-Weiterbildung Klinische Akut- und Notfallmedizin	☐	
Zusatz-Weiterbildung Notfallmedizin	☐	
Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin	☐	
Zusatz-Weiterbildung Spezielle Kardiologie für Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern (EMAH)	☐	
Zusatz-Weiterbildung Spezielle Kinder- und Jugend-Urologie	☐	
Zusatz-Weiterbildung Spezielle Schmerztherapie	☐	
andere	☐	

Andere Weiterbildungsbefugnisse

Zusatz-
Weiterbildungen

andere
Facharztweiterbildung

Zertifikate

sonstige
Qualifikationen

CA

**Geschlecht der Klinikdirektorin/des Klinikdirektors bzw. der
Chefärztin/des Chefarztes**

- ☐ männlich (m)
☐ weiblich (w)
☐ divers (d)

**Qualifikationen der Klinikdirektorin/des Klinikdirektors bzw. der
Chefärztin/des Chefarztes**

- ☐ Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Hämatologie und -Onkologie
☐ Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie
☐ Schwerpunkt Neonatologie
☐ Schwerpunkt Neuropädiatrie
☐ Zusatz-Weiterbildung Allergologie
☐ Zusatz-Weiterbildung Diabetologie
☐ Zusatz-Weiterbildung Ernährungsmedizin
☐ Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie
☐ Zusatz-Weiterbildung Immunologie
☐ Zusatz-Weiterbildung Infektiologie
☐ Zusatz-Weiterbildung Intensivmedizin
☐ Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -Diabetologie
☐ Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie
☐ Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Nephrologie
☐ Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie
☐ Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie
☐ Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Rheumatologie
☐ Zusatz-Weiterbildung Klinische Akut- und Notfallmedizin
☐ Zusatz-Weiterbildung Notfallmedizin
☐ Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin

- ☐ Zusatz-Weiterbildung Spezielle Kardiologie für Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern (EMAH)
- ☐ Zusatz-Weiterbildung Spezielle Kinder- und Jugend-Urologie
- ☐ Zusatz-Weiterbildung Spezielle Schmerztherapie
- ☐ andere

Andere Weiterbildungen, Qualifikationen und Zertifikate

Zusatz-
Weiterbildungen

andere
Facharztweiterbildung

Zertifikate

sonstige
Qualifikationen

OA

Qualifikationen der Oberärztinnen/Oberärzte

	Anzahl		
	m	w	d
Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Hämatologie und -Onkologie			
Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie			
Schwerpunkt Neonatologie			
Schwerpunkt Neuropädiatrie			
Zusatz-Weiterbildung Allergologie			

Zusatz-Weiterbildung Diabetologie	☐	☐	☐
Zusatz-Weiterbildung Ernährungsmedizin	☐	☐	☐
Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie	☐	☐	☐
Zusatz-Weiterbildung Immunologie	☐	☐	☐
Zusatz-Weiterbildung Infektiologie	☐	☐	☐
Zusatz-Weiterbildung Intensivmedizin	☐	☐	☐
Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -Diabetologie	☐	☐	☐
Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	☐	☐	☐
Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Nephrologie	☐	☐	☐
Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie	☐	☐	☐
Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie	☐	☐	☐
Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Rheumatologie	☐	☐	☐
Zusatz-Weiterbildung Klinische Akut- und Notfallmedizin	☐	☐	☐
Zusatz-Weiterbildung Notfallmedizin	☐	☐	☐
Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin	☐	☐	☐
Zusatz-Weiterbildung Spezielle Kardiologie für Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern (EMAH)	☐	☐	☐
Zusatz-Weiterbildung Spezielle Kinder- und Jugend-Urologie	☐	☐	☐
Zusatz-Weiterbildung Spezielle Schmerztherapie	☐	☐	☐
andere	☐	☐	☐

Andere Weiterbildungen, Qualifikationen und Zertifikate

Zusatz-Weiterbildungen	
andere Facharztweiterbildung	

Zertifikate

sonstige
Qualifikationen

Andere Weiterbildungen, Qualifikationen und Zertifikate

	Anzahl		
	m	w	d
Zusatz-Weiterbildungen			
andere Facharztweiterbildung			
Zertifikate			
sonstige Qualifikationen			

FA

Qualifikationen der Fachärztinnen/Fachärzte

	Anzahl		
	m	w	d
Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Hämatologie und -Onkologie			
Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie			
Schwerpunkt Neonatologie			
Schwerpunkt Neuropädiatrie			
Zusatz-Weiterbildung Allergologie			
Zusatz-Weiterbildung Diabetologie			
Zusatz-Weiterbildung Ernährungsmedizin			
Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie			

Zusatz-Weiterbildung Immunologie	☐	☐	☐
Zusatz-Weiterbildung Infektiologie	☐	☐	☐
Zusatz-Weiterbildung Intensivmedizin	☐	☐	☐
Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -Diabetologie	☐	☐	☐
Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	☐	☐	☐
Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Nephrologie	☐	☐	☐
Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie	☐	☐	☐
Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie	☐	☐	☐
Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Rheumatologie	☐	☐	☐
Zusatz-Weiterbildung Klinische Akut- und Notfallmedizin	☐	☐	☐
Zusatz-Weiterbildung Notfallmedizin	☐	☐	☐
Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin	☐	☐	☐
Zusatz-Weiterbildung Spezielle Kardiologie für Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern (EMAH)	☐	☐	☐
Zusatz-Weiterbildung Spezielle Kinder- und Jugend-Urologie	☐	☐	☐
Zusatz-Weiterbildung Spezielle Schmerztherapie	☐	☐	☐
andere	☐	☐	☐

Andere Weiterbildungen, Qualifikationen und Zertifikate

Zusatz-
Weiterbildungen

andere
Facharztweiterbildung

Zertifikate

sonstige
Qualifikationen

Andere Weiterbildungen, Qualifikationen und Zertifikate

	Anzahl		
	m	w	d
Zusatz-Weiterbildungen			
andere Facharztweiterbildung			
Zertifikate			
sonstige Qualifikationen			

Collaborator

Möchten Sie als Collaborator aufgenommen werden?

- ☐ ja
☐ nein

Bitte geben Sie Ihre Kontaktdaten an

Klinikbezeichnung

Name, Vorname

E-Mailadresse

Möchten Sie per E-Mail über die Ergebnisse informiert werden?

- ☐ ja
☐ nein

Bitte geben Sie die gewünschte E-Mailadresse an

ANM

Möchten Sie Anmerkungen machen?

Powered by Qualtrics

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Schwerpunkte, Pädiatrie-spezifische und Pädiatrie-unspezifische Zusatzweiterbildungen.....	16
Tabelle 2: Anzahl der Kliniken nach Bettenzahl angegeben in Quartilen (erste und zweite Datenerfassung). Daten dargestellt als absolute Werte und Anteile.....	21
Tabelle 3: Anzahl Kliniken nach Fallzahl angegeben in Quartilen (erste und zweite Datenerfassung). Daten dargestellt als absolute Werte und Anteile.....	21
Tabelle 4: Anzahl und Anteil der Subspezialisierungen, Anzahl pro Klinik (erste Datenerfassung). Daten dargestellt als absolute Werte und Anteile.....	24
Tabelle 5: Anzahl und Anteil und der Subspezialisierungen, Anzahl pro Klinik (zweite Datenerfassung). Daten dargestellt als absolute Werte und Anteile.....	25
Tabelle 6: Anzahl der Subspezialisierungen in Deutschland und Anteil der Subspezialisierungen an den gesamten Kinder- und Jugendmediziner (dritte Datenerfassung). Daten dargestellt als absolute Werte und Anteile.....	26
Tabelle 7: Anzahl und Anteil der Subspezialisierungen nach Position (erste Datenerfassung). Daten dargestellt als absolute Werte und Anteile.....	27
Tabelle 8: Anzahl und Anteil der Subspezialisierungen nach Position (zweite Datenerfassung). Daten dargestellt als absolute Werte und Anteile.....	28
Tabelle 9: Subspezialisierungen pro Klinik nach Position (erste Datenerfassung). Daten dargestellt als absolute Werte.....	30
Tabelle 10: Subspezialisierungen pro Klinik nach Position (zweite Datenerfassung). Daten dargestellt als absolute Werte.....	31
Tabelle 11: Anzahlen und Anteile der Subspezialisierungen in der Position Chefarzt (erste Datenerfassung). Daten dargestellt als absolute Werte und Anteile.....	32
Tabelle 12: Anzahlen und Anteile der Subspezialisierungen in den jeweiligen Positionen (zweiten Datenerfassung). Daten dargestellt als absolute Werte und Anteile.....	33
Tabelle 13: Subspezialisierungen nach Geschlecht (erste Datenerfassung).....	35
Tabelle 14: Subspezialisierungen nach Geschlecht (zweite Datenerfassung).....	36
Tabelle 15: Subspezialisierung in der Position Chefarzt nach Geschlecht (erste Datenerfassung). Daten dargestellt als absolute Werte und Anteile.....	38
Tabelle 16: Subspezialisierung in der Position Chefarzt nach Geschlecht (zweite Datenerfassung). Daten dargestellt als absolute Werte und Anteile.....	39
Tabelle 17: Subspezialisierungen der Chefärzte nach Geschlecht (erste Datenerfassung). Daten dargestellt als absolute Werte und Anteile.....	40
Tabelle 18: Subspezialisierungen der Chefärzte nach Geschlecht (zweite Datenerfassung). Daten dargestellt als absolute Werte und Anteile.....	41

Tabelle 19: Subspezialisierungen in der Position Oberarzt nach Geschlecht (erste Datenerfassung). Daten dargestellt als absolute Werte und Anteile.....	43
Tabelle 20: Subspezialisierungen in der Position Oberarzt nach Geschlecht (zweite Datenerfassung). Daten dargestellt als absolute Werte und Anteile.....	44
Tabelle 21: Subspezialisierungen der Oberärzte nach Geschlecht (zweite Datenerfassung). Daten dargestellt als absolute Werte und Anteile.....	45
Tabelle 22: Subspezialisierungen in der Position Funktionsoberarzt nach Geschlecht (zweite Datenerfassung). Daten dargestellt als absolute Werte und Anteile.....	46
Tabelle 23: Subspezialisierungen der Funktionsoberärzte nach Geschlecht (zweite Datenerfassung). Daten dargestellt als absolute Werte und Anteile.....	47
Tabelle 24: Subspezialisierungen in der Position Facharzt nach Geschlecht (erste Datenerfassung). Daten dargestellt als absolute Werte und Anteile.....	48
Tabelle 25: Subspezialisierungen in der Position Facharzt nach Geschlecht (zweite Datenerfassung). Daten dargestellt als absolute Werte und Anteile.....	49
Tabelle 26: Subspezialisierungen der Fachärzte nach Geschlecht (zweite Datenerfassung). Daten dargestellt als absolute Werte und Anteile.....	50
Tabelle 27: Subspezialisierungen pro 100 Betten (erste und zweite Datenerfassung). Daten dargestellt als absolute Werte.	51
Tabelle 28: Subspezialisierungen pro 100 Betten (dritte Datenerfassung). Daten dargestellt als absolute Werte.	52
Tabelle 29: Subspezialisierungen pro 1.000 Fälle (erste und zweite Datenerfassung). Daten dargestellt als absolute Werte.	53
Tabelle 30: Subspezialisierungen pro 1.000 Fälle (dritte Datenerfassung). Daten dargestellt als absolute Werte.	54
Tabelle 31: Subspezialisierungen pro 100.000 Einwohner unter 18 Jahren (erste und zweite Datenerfassung). Daten dargestellt als absolute Werte.	55
Tabelle 32: Subspezialisierungen pro 100.000 Einwohner unter 18 Jahren (dritte Datenerfassung). Daten dargestellt als absolute Werte.	56
Tabelle 33: Weiterbildungsbefugnisse (erste Datenerfassung). Daten dargestellt als absolute Werte und Anteile.....	57
Tabelle 34: Klinikzahl, Bettenzahl und Fallzahl und Anzahl der Kinder- und Jugendmediziner nach Ost- und West-Deutschland (erste und zweite Datenerfassung). Daten dargestellt als absolute Werte.	58
Tabelle 35: Subspezialisierung in Ost- und Westdeutschland: Anzahl, Anteil und Anzahl pro Klinik (erste Datenerfassung). Daten dargestellt als absolute Werte und Anteile.....	60
Tabelle 36: Subspezialisierung in Ost- und Westdeutschland: Anzahl, Anteil und Anzahl pro Klinik (zweite Datenerfassung). Daten dargestellt als absolute Werte und Anteile.....	61

Tabelle 37: Subspezialisierung pro 100 Betten und pro 1.000 Fälle in Ost- und Westdeutschland (erste Datenerfassung). Daten dargestellt als absolute Werte.	63
Tabelle 38: Subspezialisierung pro 100 Betten und pro 1.000 Fälle in Ost- und Westdeutschland (zweite Datenerfassung). Daten dargestellt als absolute Werte.....	64
Tabelle 39: Weiterbildungsbefugnisse gesamt in Ost- und Westdeutschland: Anzahl, Anteile und Anzahl pro Klinik, pro 100 Betten und pro 1.000 Fälle (erste Datenerfassung), Berlin ausgeschlossen. Daten dargestellt als absolute Werte.	65
Tabelle 40: Weiterbildungsbefugnisse in Ost- und Westdeutschland: Anzahl, Anteil und Anzahl pro Klinik (erste Datenerfassung), Berlin ausgeschlossen. Daten dargestellt als absolute Werte und Anteile.....	66
Tabelle 41: Grunddaten im Ost-West Vergleich und ihr Verhältnis, Berlin ausgeschlossen. Daten dargestellt als absolute Werte.	67
Tabelle 42: Grunddaten pro 100.000 Einwohner (unter 18 Jahren) im Ost-West Vergleich, Berlin ausgeschlossen. Daten dargestellt als absolute Werte	68
Tabelle 43: Subspezialisierungen und Weiterbildungsbefugnisse pro 1 Mio. Einwohner (unter 18 Jahren) im Ost-West Vergleich, Berlin ausgeschlossen. Daten dargestellt als absolute Werte.....	69

Abbildungsverzeichnis

Grafik 1: Geburtenzahl in Deutschland in den Jahren 2013 bis 2023 (Statistisches Bundesamt, 2024)	7
Grafik 2: Kinder- und Jugendmediziner in Deutschland in den Jahren 2013 bis 2023 (Statistisches Bundesamt, 2023)	8
Grafik 3: Entwicklung der Geburten und pädiatrischen Fachabteilungen in den Jahren 2013 bis 2023	8
Grafik 4: Bettenzahl in der Pädiatrie in den Jahren 2013 bis 2023	9
Grafik 5: Gesundheitsversorgung in der DDR und BRD - Trägerstruktur der Krankenhäuser 1960 und 1989 (Böttcher, 2022)	12
Grafik 6: Schwerpunktweiterbildungen in der Pädiatrie	71
Grafik 7: Mortalitätsrate von Neugeborenen nach Anzahl der Neonatologen (Chung, et al., 2024)	72
Grafik 8: Perinatalzentren nach Versorgungsstufe Level 1, 2 und perinataler Schwerpunkt.74	
Grafik 9: Frauenanteil der Medizinstudenten und Kinder- und Jugendmediziner nach Position	80
Grafik 10: Weiterbildungsbefugnisse und Subspezialisierungen	82
Grafik 11: Kinder- und Jugendmediziner mit und ohne Schwerpunktbezeichnung	83

Abkürzungsverzeichnis

DIVI	Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin
DRG	Diagnosis Related Groups
EMAH	Spezielle Kardiologie für Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern
IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
MWBO	Musterweiterbildungsordnung

Publikationen

Die Dissertation befindet sich momentan als “Manuscript under Revisions” bei der renommierten medizinischen Fachzeitschrift “Wiener Medizinische Wochenschrift”.

Danksagung

Zunächst möchte ich mich sehr bei meinem Doktorvater, Prof. Dr. Sascha Meyer, für die Möglichkeit bedanken, dieses interessante Thema bearbeiten zu dürfen. Die intensive fachliche und methodische Unterstützung, die sehr gute Zusammenarbeit und das direkte Feedback auf Augenhöhe hat mich immer sehr motiviert. Ebenso sehr danke ich meinem Betreuer, PD Dr. Martin Poryo, für seine konstruktiven Rückmeldungen und die tolle Zusammenarbeit und Unterstützung.

Charlien Gunsch danke ich für die wertvolle Vorarbeit und Unterstützung im Rahmen der Datenerfassung. Allen Teilnehmern der Studie, den Vertretern der Fachgesellschaften, der Bundesärztekammer, der Landesärztekammern sowie des Statistischen Bundesamts und den Experten Prof. Dr. Ehrich, Dr. Schirmer und Dr. Hartmann danke ich für die bedeutende Unterstützung bei meiner Recherche.

Vielen herzlichen Dank an meine Freundinnen Sarah Lüder und Sophia Wibbeke für die große Unterstützung und interessanten Anregungen.

Zu guter Letzt danke ich meiner Familie von ganzem Herzen für den beständigen Rückhalt und die liebevolle Unterstützung.

Lebenslauf

Aus datenschutzrechtlichen Gründen wird der Lebenslauf in der elektronischen Fassung der Dissertation nicht veröffentlicht.