

Journal of Health Monitoring · 2018 3(4)  
DOI 10.17886/RKI-GBE-2018-092  
Robert Koch-Institut, Berlin

Stefanie Seeling, Franziska Prütz,  
Johanna Gutsche

Robert Koch-Institut, Berlin  
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheits-  
monitoring

Eingereicht: 31.07.2018  
Akzeptiert: 01.10.2018  
Veröffentlicht: 12.12.2018

# Inanspruchnahme pädiatrischer und allgemeinmedizinischer Leistungen durch Kinder und Jugendliche in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends

## Abstract

Die ambulante Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland erfolgt vor allem durch niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin (Pädiatrie) und Allgemeinmedizin. Mit Daten der zweiten Folgerhebung der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS Welle 2, 2014–2017) wurde die Inanspruchnahme ambulanter fachärztlicher Leistungen bei Kindern und Jugendlichen von 0 bis 17 Jahren untersucht. In den letzten 12 Monaten haben 72,8% der Mädchen und 72,7% der Jungen ambulant pädiatrische und 25,9% der Mädchen und 24,6% der Jungen allgemeinmedizinische Leistungen in Anspruch genommen. Mit dem Alter nimmt die Versorgung in kinder- und jugendmedizinischen Praxen ab und in allgemeinmedizinischen Praxen zu. Während zwischen den Geschlechtern keine relevanten Unterschiede bestehen, zeigt sich in ländlichen Gebieten eine signifikant geringere Inanspruchnahme der Pädiatrie und eine signifikant höhere Inanspruchnahme der Allgemeinmedizin. Im Vergleich mit Daten bisheriger KiGGS-Erhebungen zeigt sich im Trend über etwa zehn Jahre, dass die Inanspruchnahme pädiatrischer Leistungen zu- und allgemeinmedizinischer Leistungen abgenommen hat.

 KINDER UND JUGENDLICHE · AMBULANTE INANSPRUCHNAHME · PÄDIATRIE · ALLGEMEINMEDIZIN · GESUNDHEITSMONITORING

## Einleitung

Die ärztliche Grundversorgung von Kindern und Jugendlichen wird in Deutschland im ambulanten Bereich überwiegend durch niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendmedizin (Pädiatrie) geleistet. Im Rahmen der hausärztlichen Versorgung werden Kinder und Jugendliche auch von Fachärztinnen und -ärzten für Allgemeinmedizin versorgt, insbesondere in ländlichen Regionen [1–3]. Einen Schwerpunkt der Betreuung von Kindern und Jugendlichen stellt die Prävention von Erkrankungen und Entwicklungsstörungen dar. Hierbei haben

die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) geregelten Früherkennungsuntersuchungen („U-Untersuchungen“) von Kindern und Jugendlichen [4, 5] und die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut empfohlenen Impfungen [6] große Bedeutung. Nach Studienlage werden in der Altersgruppe der Säuglinge und Kleinkinder, an die sich diese Maßnahmen überwiegend richten, fast alle Kinder im Laufe eines Jahres kinderärztlich versorgt. Auch zeigte sich, dass mit zunehmendem Alter der Anteil der Kinder und Jugendlichen, die in pädiatrischen Praxen behandelt werden,

## KiGGS Welle 2

Zweite Folgerhebung der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland

**Datenhalter:** Robert Koch-Institut

**Ziele:** Bereitstellung zuverlässiger Informationen über Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten, Lebensbedingungen, Schutz- und Risikofaktoren und gesundheitliche Versorgung der in Deutschland lebenden Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit der Möglichkeit von Trend- und Längsschnittanalysen

**Studiendesign:** Kombinierte Querschnitt- und Kohortenstudie

### Querschnitt in KiGGS Welle 2

**Alter:** 0–17 Jahre

**Grundgesamtheit:** Kinder und Jugendliche mit ständigem Wohnsitz in Deutschland

**Stichprobenziehung:** Einwohnermeldeamt-Stichproben – Einladung zufällig ausgewählter Kinder und Jugendlicher aus den 167 Städten und Gemeinden der KiGGS-Basiserhebung

**Stichprobenumfang:** 15.023 Teilnehmende

### KiGGS-Kohorte in KiGGS Welle 2

**Alter:** 10–31 Jahre

**Stichprobengewinnung:** Erneute Einladung aller wiederbefragungsbereiten Teilnehmenden der KiGGS-Basiserhebung

**Stichprobenumfang:** 10.853 Teilnehmende

### KiGGS-Erhebungswellen:

- ▶ KiGGS-Basiserhebung (2003–2006)  
Untersuchungs- und Befragungssurvey
- ▶ KiGGS Welle 1 (2009–2012)  
Befragungssurvey
- ▶ KiGGS Welle 2 (2014–2017)  
Untersuchungs- und Befragungssurvey

Mehr Informationen unter  
[www.kiggs-studie.de](http://www.kiggs-studie.de)

allmählich zurückgeht und sich zugunsten der Allgemeinmedizin verschiebt [1, 2].

Die Daten der zweiten Folgerhebung der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS Welle 2, 2014–2017) ermöglichen aktuelle Auswertungen zur Inanspruchnahme pädiatrischer und allgemeinmedizinischer Leistungen. Neben der Untersuchung von Prävalenzen (Häufigkeiten), Anzahl der Kontakte und möglichen Einflussfaktoren wie Geschlecht, Wohnort und sozioökonomischem Status wird in diesem Beitrag auch ein Vergleich der Ergebnisse mit den vorangegangenen Erhebungszeitpunkten der KiGGS-Studie (Trend) vorgenommen. Ergebnisse zur Teilnahme an den [Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche](#) werden in einem weiteren Fact sheet in dieser Ausgabe des Journal of Health Monitoring berichtet.

### Indikator

Die Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) ist Bestandteil des Gesundheitsmonitorings am Robert Koch-Institut. KiGGS beinhaltet unter anderem wiederholt durchgeführte, für Deutschland repräsentative Querschnitterhebungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 0 bis 17 Jahren (KiGGS-Querschnitt). Die KiGGS-Basiserhebung wurde als Untersuchungs- und Befragungssurvey (2003–2006) durchgeführt und KiGGS Welle 1 als telefonischer Befragungssurvey (2009–2012). KiGGS Welle 2 fand von 2014 bis 2017 als kombinierter Untersuchungs- und Befragungssurvey statt.

Eine ausführliche Darstellung der Methodik findet sich in den Beiträgen [Neue Daten für Taten. Die Datenerhebung zur KiGGS Welle 2 ist beendet](#) in Ausgabe S3/2017 sowie

[Querschnitterhebung von KiGGS Welle 2 – Teilnehmendengewinnung, Response und Repräsentativität](#) in Ausgabe 1/2018 des Journal of Health Monitoring [7, 8].

Die Inanspruchnahme ambulanter kinder- und jugendärztlicher und allgemeinmedizinischer Leistungen wurde in KiGGS Welle 2 durch einen schriftlich ausgefüllten Fragebogen erfasst. Für Kinder im Alter von 0 bis 13 Jahren wurde den Sorgeberechtigten die Frage gestellt „Welche niedergelassenen Ärzte/Ärztinnen hat Ihr Kind in den letzten 12 Monaten wie häufig in Anspruch genommen?“ Somit sollten auch Kontakte im Rahmen von Früherkennungsuntersuchungen angegeben werden; explizit eingeschlossen waren ärztliche Hausbesuche („Bitte zählen Sie die Hausbesuche mit“). Unter den Antwortmöglichkeiten waren die Kategorien „Kinderarzt, Pädiater“ und „Praktischer Arzt, Arzt für Allgemeinmedizin“ aufgeführt. Jugendliche von 14 bis 17 Jahren beantworteten die Frage in entsprechend angepasster Formulierung selbst.

Die Analysen basieren auf Daten von 14.468 Heranwachsenden (7.298 Mädchen, 7.170 Jungen) im Alter von 0 bis 17 Jahren mit gültigen Angaben zur Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Leistungen. Die Ergebnisse werden als Prävalenzen stratifiziert nach Geschlecht, Alter und Gemeindegröße dargestellt, darüber hinaus werden Auswertungen nach sozioökonomischem Status (SES) [9] vorgenommen.

Die Berechnungen wurden mit einem Gewichtungsfaktor durchgeführt, der Abweichungen der Stichprobe von der Bevölkerungsstruktur hinsichtlich regionaler Struktur (Stadt/Land), Alter (in Jahren), Geschlecht, Bundesland (Stand 31.12.2015), deutscher Staatsangehörigkeit (Stand 31.12.2014) sowie Bildung der Eltern (Mikrozensus 2013 [10])

**Tabelle 1**  
**12-Monats-Prävalenz der ambulanten Inanspruchnahme von Leistungen bei Fachärztinnen und -ärzten für Pädiatrie und Allgemeinmedizin (einschließlich Praktischen Ärztinnen und Ärzten) durch Kinder und Jugendliche nach Geschlecht, Alter, Gemeindegröße und sozioökonomischem Status (n=7.298 Mädchen, n=7.170 Jungen)**  
 Quelle: KiGGS Welle 2 (2014–2017)

	Fachärztinnen und -ärzte für Pädiatrie				Fachärztinnen und -ärzte für Allgemeinmedizin, Praktische Ärztinnen und Ärzte			
	Mädchen		Jungen		Mädchen		Jungen	
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
<b>Gesamt</b>	<b>72,8</b>	<b>(70,8–74,7)</b>	<b>72,7</b>	<b>(70,9–74,4)</b>	<b>25,9</b>	<b>(23,5–28,5)</b>	<b>24,6</b>	<b>(22,2–27,1)</b>
<b>Altersgruppe</b>								
0–2 Jahre	97,1	(94,3–98,6)	96,9	(94,3–98,4)	8,5	(6,0–11,9)	11,9	(8,6–16,1)
3–6 Jahre	93,4	(91,2–95,2)	91,7	(89,3–93,6)	16,5	(13,5–19,9)	14,9	(12,2–18,1)
7–10 Jahre	79,1	(76,2–81,7)	78,8	(75,8–81,5)	20,9	(17,8–24,4)	20,1	(16,9–23,8)
11–13 Jahre	59,9	(56,0–63,7)	61,7	(57,5–65,7)	31,8	(27,8–36,1)	28,4	(24,8–32,3)
14–17 Jahre	39,7	(36,1–43,5)	38,9	(35,2–42,7)	47,4	(44,0–51,0)	44,7	(41,3–48,2)
<b>Gemeindegröße</b>								
Ländlich (<5.000 Einwohner)	65,3	(60,3–69,9)	65,7	(60,6–70,5)	44,9	(37,9–52,1)	38,3	(32,2–44,8)
Kleinstädtisch (5.000–<20.000 Einwohner)	68,8	(64,9–72,5)	68,9	(65,6–71,9)	30,0	(26,6–33,7)	31,0	(26,7–35,7)
Mittelstädtisch (20.000–<100.000 Einwohner)	74,9	(71,9–77,8)	74,5	(72,0–76,9)	19,6	(16,7–22,8)	19,2	(16,2–22,6)
Großstädtisch (≥100.000 Einwohner)	78,8	(75,9–81,4)	78,4	(75,4–81,1)	17,4	(14,9–20,2)	16,3	(13,6–19,5)
<b>Sozioökonomischer Status</b>								
Niedrig	70,3	(65,7–74,6)	70,4	(65,8–74,7)	26,2	(22,6–30,2)	23,3	(19,8–27,3)
Mittel	72,1	(69,8–74,3)	72,0	(69,6–74,2)	27,9	(25,0–31,0)	26,7	(23,9–29,8)
Hoch	77,4	(74,5–80,0)	77,9	(75,5–80,1)	19,4	(16,4–22,8)	18,8	(16,0–21,9)

KI = Konfidenzintervall

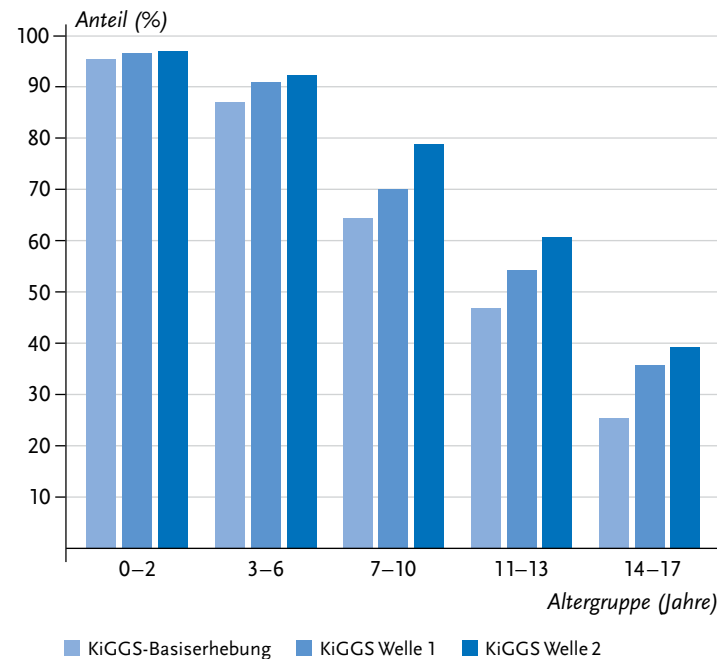
korrigiert. Für die Beschreibung von Trends zwischen den drei KiGGS-Erhebungen wurden auf den Bevölkerungsstand vom 31.12.2015 altersstandardisierte Prävalenzen zu den drei Erhebungszeitpunkten berechnet. Mittels univariabler logistischer Regression wurde geprüft, ob ein linearer Trend über die Erhebungswellen besteht.

Im vorliegenden Beitrag werden die Prävalenzen der Inanspruchnahme ambulanter fachärztlicher Leistungen in den letzten 12 Monaten mit 95%-Konfidenzintervallen (95 %-KI) berichtet. Darüber hinaus wird für die Kinder und

Jugendlichen, die Leistungen in Anspruch genommen haben, das arithmetische Mittel der Kontakthäufigkeit zu Fachärztinnen und -ärzten für Pädiatrie und Allgemeinmedizin ausgewiesen. Bei Prävalenzen handelt es sich um Schätzwerte, deren Präzision mithilfe von Konfidenzintervallen beurteilt werden kann – breite Konfidenzintervalle deuten auf eine größere statistische Unsicherheit der Ergebnisse hin. Von einem statistisch signifikanten Unterschied zwischen Gruppen wird ausgegangen, wenn der unter Berücksichtigung der Gewichtung und des Surveydesigns berechnete p-Wert

**Innerhalb eines Jahres nehmen knapp drei Viertel der Kinder und Jugendlichen pädiatrische und etwa ein Viertel allgemeinmedizinische Leistungen in Anspruch.**

**Abbildung 1**  
**12-Monats-Prävalenz der ambulanten Inanspruchnahme von Leistungen bei Fachärztinnen und -ärzten für Pädiatrie nach Alter im Vergleich der KiGGS-Erhebungswellen (KiGGS-Basiserhebung (n=8.504 Mädchen, n=8.832 Jungen; KiGGS Welle 1 n=5.972 Mädchen, n=6.130 Jungen; KiGGS Welle 2 n=7.298 Mädchen, n=7.170 Jungen)**  
 Quelle: KiGGS-Basiserhebung (2003–2006), KiGGS Welle 1 (2009–2012), KiGGS Welle 2 (2014–2017)



kleiner als 0,05 ist. Aus Gründen der verbesserten Lesbarkeit wird in diesem Beitrag zusammenfassend von Fachärztinnen und -ärzten für Allgemeinmedizin gesprochen und auf die zusätzliche Nennung der deutlich kleineren Gruppe von Praktischen Ärztinnen und Ärzten verzichtet, die in die Analysen eingeschlossen sind.

### Ergebnisse und Einordnung

Nach den Ergebnissen von KiGGS Welle 2 haben 72,8% der Mädchen und 72,7% der Jungen in den letzten 12 Monaten ambulante kinder- und jugendärztliche Leistungen in Anspruch genommen (Tabelle 1). In der Altersgruppe der 0- bis 2-Jährigen waren fast alle Kinder (Mädchen 97,1%, Jungen 96,9%) in pädiatrischer Behandlung. Der Anteil sinkt mit dem Heranwachsen und liegt bei

Jugendlichen von 14 bis 17 Jahren für Mädchen bei 39,7% und für Jungen bei 38,9%.

Während sich bei der Inanspruchnahme kinder- und jugendärztlicher Leistungen keine Unterschiede nach Geschlecht zeigen, bestehen deutliche Unterschiede in Zusammenhang mit dem Wohnort: Kinder und Jugendliche aus ländlichen Gebieten und kleinen Städten mit weniger als 20.000 Einwohnern werden seltener pädiatrisch versorgt als Gleichaltrige aus größeren Städten (Tabelle 1). Ferner sind Mädchen und Jungen mit niedrigem und mittlerem SES statistisch signifikant seltener in pädiatrischer Behandlung als jene mit hohem SES.

Der Anteil der Kinder und Jugendlichen, die innerhalb der letzten 12 Monate kinder- und jugendärztliche Leistungen in Anspruch genommen haben, hat im Laufe der letzten zehn Jahre deutlich zugenommen (Abbildung 1). Lagen die Angaben in der KiGGS-Basiserhebung (2003–2006) bei 61,4% der Mädchen und 62,1% der Jungen, betrug die Anteile in KiGGS Welle 1 (2009–2012) bereits 67,9% der Mädchen und 69,2% der Jungen. Mit dem weiteren Anstieg in KiGGS Welle 2 auf 72,8% der Mädchen und 72,7% der Jungen ergibt sich für beide Geschlechter ein signifikanter linearer Trend über die drei Erhebungszeitpunkte. Bei Stratifizierung nach Altersgruppen zeigt sich dieser Trend für Kinder ab 3 Jahren und Jugendliche, während sich für die 0- bis 2-Jährigen keine signifikante zeitliche Entwicklung darstellt.

Die durchschnittliche Anzahl der Kontakte zu Fachärztinnen und -ärzten für Pädiatrie in den letzten 12 Monaten lag in KiGGS Welle 2 für Mädchen bei 3,8 und für Jungen bei 3,7 Kontakten (Tabelle 2). Die mittlere Kontakthäufigkeit ist dabei in der Altersgruppe der 0- bis 2-Jährigen am

**Tabelle 2**  
Anzahl der Kontakte (arithmetisches Mittel) zu  
Fachärztinnen und -ärzten für Pädiatrie und  
Allgemeinmedizin (einschließlich Praktischen  
Ärztinnen und Ärzten) in den letzten 12 Monaten  
nach Geschlecht und Alter  
Quelle: KiGGS Welle 2 (2014–2017)

	Fachärztinnen und -ärzte für Pädiatrie			Fachärztinnen und -ärzte für Allgemeinmedizin, Praktische Ärztinnen und Ärzte		
	n	Anzahl der Kontakte	(95 %-KI)	n	Anzahl der Kontakte	(95 %-KI)
<b>Mädchen (gesamt)</b>	<b>5.020</b>	<b>3,8</b>	<b>(3,6–4,0)</b>	<b>1.872</b>	<b>3,0</b>	<b>(2,8–3,2)</b>
<b>Altersgruppe</b>						
0–2 Jahre		6,2	(5,6–6,8)		2,5	(2,0–3,1)
3–6 Jahre		3,7	(3,5–4,0)		2,7	(2,3–3,0)
7–10 Jahre		2,6	(2,4–2,7)		2,2	(2,0–2,5)
11–13 Jahre		2,5	(2,3–2,7)		2,5	(2,2–2,8)
14–17 Jahre		3,3	(2,9–3,7)		3,7	(3,4–4,0)
<b>Jungen (gesamt)</b>	<b>4.999</b>	<b>3,7</b>	<b>(3,6–3,8)</b>	<b>1.714</b>	<b>2,6</b>	<b>(2,5–2,8)</b>
<b>Altersgruppe</b>						
0–2 Jahre		6,1	(5,7–6,4)		3,0	(2,2–3,7)
3–6 Jahre		3,8	(3,6–4,0)		2,5	(2,2–2,9)
7–10 Jahre		2,7	(2,5–2,8)		2,3	(2,0–2,5)
11–13 Jahre		2,5	(2,3–2,7)		2,1	(2,0–2,3)
14–17 Jahre		2,6	(2,3–2,9)		3,0	(2,7–3,3)
<b>Gesamt (Mädchen und Jungen)</b>		<b>3,7</b>	<b>(3,6–3,9)</b>		<b>2,8</b>	<b>(2,7–2,9)</b>

KI = Konfidenzintervall

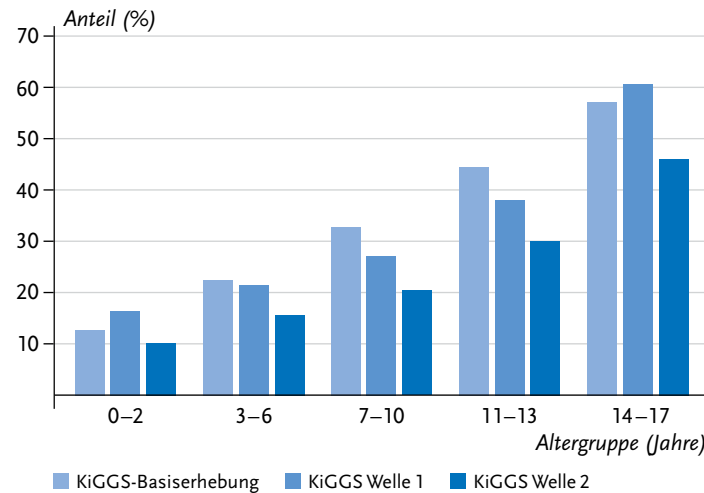
**Pädiatrische Leistungen werden mit zunehmendem Alter seltener in Anspruch genommen, allgemeinmedizinische Leistungen häufiger.**

höchsten und bei den 11- bis 13-Jährigen am niedrigsten. Im Vergleich zu den früheren Erhebungszeitpunkten der KiGGS-Studie zeigt sich bei beiden Geschlechtern kein signifikanter Trend in Richtung einer Zu- oder Abnahme der Kontakthäufigkeit.

Auch allgemeinmedizinische Leistungen werden von Kindern und Jugendlichen in Anspruch genommen. Die Inanspruchnahme in den letzten 12 Monaten lag in KiGGS Welle 2 für Mädchen bei 25,9 % und für Jungen bei 24,6 % (Tabelle 1). Der Anteil steigt dabei mit zunehmendem Alter von 8,5 % der Mädchen und 11,9 % der Jungen bei den 0- bis 2-Jährigen auf 47,4 % der Mädchen und 44,7 % der Jungen bei den 14- bis 17-Jährigen.

In keiner Altersgruppe zeigen sich signifikante Geschlechterunterschiede in der Inanspruchnahme allgemeinmedizinischer Leistungen (Tabelle 1). Der Wohnort spielt hingegen eine deutliche Rolle: Besonders häufig werden Fachärztinnen und -ärzte für Allgemeinmedizin von Kindern und Jugendlichen in ländlichen Gebieten aufgesucht. Auch im Hinblick auf den SES stellen sich Unterschiede dar. Mädchen mit niedrigem und mittlerem SES werden häufiger in allgemeinmedizinischen Praxen versorgt als Mädchen mit hohem SES (26,2 % vs. 27,9 % vs. 19,4 %). Bei Jungen liegt die Inanspruchnahme bei niedrigem, mittlerem und hohem SES bei 23,3 %, 26,7 % und 18,8 %, wobei nur der Unterschied zwischen mittlerem und hohem SES signifikant ist. Im Focus-Artikel zu [sozialen Unterschieden](#)

**Abbildung 2**  
**12-Monats-Prävalenz der ambulanten Inanspruchnahme von Leistungen bei Fachärztinnen und -ärzten für Allgemeinmedizin (einschließlich Praktischen Ärztinnen und Ärzten) nach Alter im Vergleich der KiGGS-Erhebungswellen (KiGGS-Basiserhebung n=8.505 Mädchen, n=8.832 Jungen; KiGGS Welle 1 n=5.955 Mädchen, n=6.102 Jungen; KiGGS Welle 2 n=7.298 Mädchen, n=7.170 Jungen)**  
 Quelle: KiGGS-Basiserhebung (2003–2006), KiGGS Welle 1 (2009–2012), KiGGS Welle 2 (2014–2017)



in der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen in dieser Ausgabe werden Ergebnisse einer multivariaten Analyse berichtet; bei Kontrolle für Alter und Migrationshintergrund zeigt sich bei Jungen auch für den Unterschied zwischen der niedrigen und der hohen Statusgruppe eine statistische Signifikanz [11].

Im Laufe der letzten zehn Jahre ist der Anteil der Kinder und Jugendlichen, die innerhalb der letzten 12 Monate allgemeinmedizinische Leistungen in Anspruch genommen haben, signifikant zurückgegangen (Abbildung 2). In der KiGGS-Basiserhebung lag der Anteil bei 35,4% (Mädchen 35,5%, Jungen 35,3%), in KiGGS Welle 1 bei 33,8% (Mädchen 34,0%, Jungen 33,6%) und in KiGGS Welle 2 deutlich niedriger bei 25,2% (Mädchen 25,9%, Jungen 24,6%). Betrachtet man die zeitliche Entwicklung nach Alter, ist dieser Trend bei Mädchen und Jungen ab der Altersgruppe der 3- bis 6-Jährigen signifikant.

Die Anzahl der Kontakte zu Fachärztinnen und -ärzten für Allgemeinmedizin in den letzten 12 Monaten lag in

KiGGS Welle 2 im Durchschnitt für Mädchen bei 3,0 und für Jungen bei 2,6 Kontakten (Tabelle 2). Am höchsten ist die mittlere Kontakthäufigkeit bei den Mädchen in der Altersgruppe der 14- bis 17-Jährigen. Bei den Jungen weisen die Altersgruppen 0 bis 2 und 14 bis 17 Jahre die höchsten Kontakthäufigkeiten auf. Über die Erhebungszeitpunkte der KiGGS-Studie zeigt sich für beide Geschlechter kein signifikanter linearer Trend bezüglich der Kontakthäufigkeit.

Insgesamt 12,1% der Kinder und Jugendlichen haben innerhalb des letzten Jahres weder ambulante pädiatrische noch allgemeinmedizinische Leistungen in Anspruch genommen. Der Anteil steigt mit dem Altersverlauf von rund vier Prozent der Mädchen und Jungen von 3 bis 6 Jahren auf knapp ein Viertel der Jugendlichen von 14 bis 17 Jahren. In der mit Blick auf den Versorgungsbedarf besonders relevanten Altersgruppe von 0 bis 2 Jahren liegen in der Subgruppe, die ambulant weder pädiatrisch noch allgemeinmedizinisch betreut wurde, keine ausreichend hohen Fallzahlen für verlässliche Prävalenzschätzungen vor.

Die Ergebnisse der KiGGS-Studie zeigen, neben einem weiterhin hohen Versorgungsgrad von Säuglingen und Kleinkindern unter drei Jahren, eine Erhöhung der Inanspruchnahmequote von Fachärztinnen und -ärzten für Kinder- und Jugendmedizin durch Kinder ab drei Jahren und Jugendliche in den letzten zehn Jahren. Die durchschnittliche Anzahl der Kontakte ist dabei in diesem Zeitraum nicht gestiegen.

Die Gründe für den Anstieg der Inanspruchnahme kinder- und jugendärztlicher Leistungen sind sicher vielschichtig. Sie liegen vermutlich zum einen in der Einführung neuer U-Untersuchungen (U7a, U10, U11, J2) im Jahr 2006 und in einer erhöhten Teilnahmequote, auch aufgrund der

**In ländlichen Regionen werden allgemeinmedizinische Leistungen häufiger und pädiatrische Leistungen seltener in Anspruch genommen als in Städten.**

Einführung unterschiedlicher Einladungs-, Erinnerungs- und Rückmeldesysteme in den Bundesländern [12, 13]. Zum anderen wurden seit der KiGGS-Basiserhebung zusätzliche Impfungen in die STIKO-Empfehlungen aufgenommen, beispielsweise die Impfung gegen Humane Papillomviren (HPV), mit entsprechendem Beratungsbedarf [14, 15]. Zudem geht mit der als „Neue Morbidität“ bezeichneten Verlagerung des Krankheitsspektrums zu chronischen Erkrankungen und Entwicklungs- und Verhaltensstörungen [16, 17] ein hoher Beratungs- und Behandlungsbedarf einher [18]. Auch generell beobachten Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte ein wachsendes Informationsbedürfnis der Eltern [18].

Bei der Inanspruchnahme allgemeinmedizinischer Leistungen durch Kinder und Jugendliche stellt sich eine gegenläufige Entwicklung zur Inanspruchnahme kinder- und jugendärztlicher Leistungen dar. Die Versorgung von Kindern und Jugendlichen durch Fachärztinnen und -ärzte für Allgemeinmedizin ist in den letzten zehn Jahren deutlich zurückgegangen. Auch der in KiGGS Welle 1 beobachtete Anstieg in der Altersgruppe der 14- bis 17-jährigen [2] hat sich nicht weiter fortgesetzt, sondern in eine deutliche Abnahme umgekehrt. Die Daten aus KiGGS Welle 2 bestätigen jedoch den Befund der vorherigen KiGGS-Erhebungen, dass allgemeinmedizinische Praxen bei der Versorgung Heranwachsender mit zunehmendem Alter an Bedeutung gewinnen und in ländlichen im Vergleich zu urbanen Regionen stärker in Anspruch genommen werden [1, 2]. Dies zeigen auch Auswertungen der Barmer GEK. Eine maßgebliche Rolle bei der Wahl der Arztgruppe spielt demnach neben dem Alter die regionale Erreichbarkeit [3].

Die Daten aus KiGGS Welle 2 zeigen keine bedeutsamen Geschlechterunterschiede in der Inanspruchnahmequote

pädiatrischer oder allgemeinmedizinischer Leistungen. Bei Mädchen im Jugendalter steigen allerdings im Vergleich zu Jungen die Frequenz der Arztkontakte insgesamt und die Anzahl der kontaktierten Arztgruppen [1, 2], wobei gynäkologischen Themen und Empfängnisverhütung große Bedeutung zukommt [19, 20].

Die Ergebnisse nach SES weisen in Richtung einer höheren Inanspruchnahme pädiatrischer und einer geringeren Inanspruchnahme allgemeinmedizinischer Leistungen durch Kinder und Jugendliche mit hohem SES. Da sich dieser Befund in bisherigen Auswertungen nicht durchgehend als eigenständiger Einflussfaktor bestätigt hat, sind hier weiterführende Zusammenhangsanalysen nötig, die auch den Wohnort einschließen [2, 21].

Die hier dargestellte Inanspruchnahme pädiatrischer und allgemeinmedizinischer Leistungen aus der Perspektive der Eltern von Kindern bis 13 Jahren und der Jugendlichen selbst stellt wichtige Informationen zur Versorgung über die Daten aus amtlicher Statistik und Abrechnungsdaten hinaus zur Verfügung. Die Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts liefern Daten für gesetzlich und privat Krankenversicherte und ermöglichen die Verknüpfung mit sozialen und anderen Einflussfaktoren. Die deskriptiven Auswertungen zur Inanspruchnahme können allerdings keinen Beitrag zur Diskussion über die Bedarfsgerechtigkeit der hausärztlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen in allgemeinmedizinischen Praxen leisten [22, 23], zumal keine Informationen zum Behandlungsanlass erhoben wurden. Hierzu verspricht ein Projekt auf europäischer Ebene wichtige Erkenntnisse. Die Studie Models of Child Health Appraised (MOCHA) untersucht die Vor- und Nachteile verschiedener Modelle der Grundversorgung von

Seit der KiGGS-Basiserhebung (2003–2006) hat die Inanspruchnahme pädiatrischer Leistungen zugenommen und die Inanspruchnahme allgemeinmedizinischer Leistungen abgenommen.

Kindern in Europa: die primär pädiatrische, die primär allgemeinmedizinische und die gemischte pädiatrische und allgemeinmedizinische Versorgung. Mit ersten Ergebnissen wird 2018 gerechnet [24, 25].

Wie häufig Kinder und Jugendliche innerhalb eines Jahres beide Arztgruppen – also sowohl Fachärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendmedizin als auch für Allgemeinmedizin – oder keine der beiden Arztgruppen aufgesucht haben und welche Einflussfaktoren mit dem Inanspruchnahmeverhalten assoziiert sind, wird Gegenstand weiterer Auswertungen sein. Tiefergehende Analysen sollten neben Einflussfaktoren wie Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten die regionalen (Fach-)Arztdichten und die Erreichbarkeit von Arztpraxen einschließen [26] und auch weitere soziodemografische Faktoren wie den Migrationshintergrund berücksichtigen. Als Rahmen könnte hierfür das Verhaltensmodell nach Andersen herangezogen werden, das auf einer Einteilung der Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in die Kategorien Predisposing Characteristics, Enabling Resources und Need basiert [27]. Mit den Daten der KiGGS-Kohorte sind darüber hinaus längsschnittliche Analysen möglich, die Erkenntnisse zum Inanspruchnahmeverhalten im Lebensverlauf ermöglichen.

#### Korrespondenzadresse

Stefanie Seeling  
Robert Koch-Institut  
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring  
General-Pape-Str. 62–66  
12101 Berlin  
E-Mail: [SeelingS@rki.de](mailto:SeelingS@rki.de)

#### Zitierweise

Seeling S, Prütz F, Gutsche J (2018)  
Inanspruchnahme pädiatrischer und allgemeinmedizinischer Leistungen durch Kinder und Jugendliche in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. Journal of Health Monitoring 3(4):57–67.  
DOI 10.17886/RKI-GBE-2018-092

#### Datenschutz und Ethik

Alle Studien des Robert Koch-Instituts unterliegen der strikten Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG). Die Ethikkommission der Charité – Universitätsmedizin Berlin hat die KiGGS-Basiserhebung (Nr. 101/2000) sowie KiGGS Welle 1 (Nr. EA2/058/09) und die Ethikkommission der Medizinischen Hochschule Hannover KiGGS Welle 2 (Nr. 2275-2014) unter ethischen Gesichtspunkten geprüft und den Studien zugestimmt. Die Teilnahme an den Studien war freiwillig. Die Teilnehmenden beziehungsweise ihre Sorgeberechtigten wurden über die Ziele und Inhalte der Studien sowie über den Datenschutz informiert und gaben ihre schriftliche Einwilligung (informed consent).

#### Förderungshinweis

KiGGS wird finanziert durch das Bundesministerium für Gesundheit und das Robert Koch-Institut.

#### Interessenkonflikt

Die Autorinnen geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.



### Danksagung

Unser Dank richtet sich in erster Linie an alle Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer und deren Eltern. Auch allen Verantwortlichen in den 167 Studienorten möchten wir danken für die zur Verfügung gestellten Räume und die tatkräftige Unterstützung vor Ort.

Die KiGGS Welle 2 hätte nicht realisiert werden können ohne die engagierte Mitarbeit zahlreicher Kolleginnen und Kollegen im Robert Koch-Institut. Wir danken insbesondere den Studienteams für ihre exzellente Arbeit und das außergewöhnliche Engagement während der dreijährigen Datenerhebungsphase.

### Literatur

1. Kamtsiuris P, Bergmann E, Rattay P et al. (2007) Inanspruchnahme medizinischer Leistungen – Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl 50(5):836-850. <https://edoc.rki.de/handle/176904/432> (Stand: 27.06.2018)
2. Rattay P, Starker A, Domanska O et al. (2014) Trends in der Inanspruchnahme ambulant-ärztlicher Leistungen im Kindes- und Jugendalter: Ergebnisse der KiGGS-Studie – Ein Vergleich von Basiserhebung und erster Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Bundesgesundheitsbl 57(7):878-891. <https://edoc.rki.de/handle/176904/1901> (Stand: 27.06.2018)
3. BARMER GEK (Hrsg) (2012) BARMER GEK Arztreport 2012, Schwerpunkt Kindergesundheit. BARMER GEK, Schwäbisch Gmünd
4. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2017) Früherkennung von Krankheiten bei Kindern. <https://www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/frueherkennung/kinder/> (Stand: 02.07.2018)
5. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2017) Früherkennung von Krankheiten bei Jugendlichen. <https://www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/frueherkennung/jugendliche/> (Stand: 02.07.2018)
6. Ständige Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut (2018) Empfehlungen der Ständigen Impfkommission. [https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/Empfehlungen/Impfempfehlungen\\_node.html](https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/Empfehlungen/Impfempfehlungen_node.html) (Stand: 02.07.2018)
7. Mauz E, Gößwald A, Kamtsiuris P et al. (2017) Neue Daten für Taten. Die Datenerhebung zur KiGGS Welle 2 ist beendet. Journal of Health Monitoring 2(S3):2-28. <https://edoc.rki.de/handle/176904/2806> (Stand: 27.06.2018)
8. Hoffmann R, Lange M, Butschalowsky H et al. (2018) Querschnitterhebung von KiGGS Welle 2 – Teilnehmendengewinnung, Response und Repräsentativität. Journal of Health Monitoring 3(1):82-96. <https://edoc.rki.de/handle/176904/3041> (Stand: 27.06.2018)
9. Lampert T, Hoebel J, Kuntz B et al. (2018) Messung des sozio-ökonomischen Status und des subjektiven sozialen Status in KiGGS Welle 2. Journal of Health Monitoring 3(1):114-133. <https://edoc.rki.de/handle/176904/3043> (Stand: 27.06.2018)
10. Forschungsdatenzentren der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (2017) Mikrozensus, 2013, eigene Berechnungen. <http://www.forschungsdatenzentrum.de/bestand/mikrozensus/> (Stand: 20.11.2017)
11. Lampert T, Prütz F, Rommel A et al. (2018) Soziale Unterschiede in der Inanspruchnahme ambulanter und stationärer medizinischer Leistungen von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2. Journal of Health Monitoring 3(4):38-56. <http://rki.de/journalhealthmonitoring> (Stand: 12.12.2018)
12. Schmidtke C, Kuntz B, Starker A et al. (2018) Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen für Kinder in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2. Journal of Health Monitoring 3(4):68-77. <http://rki.de/journalhealthmonitoring> (Stand: 12.12.2018)
13. Thaiss H, Klein R, Schumann EC et al. (2010) Früherkennungsuntersuchungen als Instrument im Kinderschutz. Erste Erfahrungen der Länder bei der Implementation appellativer Verfahren. Bundesgesundheitsbl 53(10):1029-1047
14. Robert Koch-Institut (2018) Impfquoten bei der Schuleingangsuntersuchung in Deutschland 2016. Epidemiologisches Bulletin (16):151-156
15. Rieck T, Feig M, Siedler A et al. (2018) Aktuelles aus der KV-Impfsurveillance – Impfquoten ausgewählter Schutzimpfungen in Deutschland. Epidemiologisches Bulletin (1):1-14

16. Perrin JM, Anderson LE, Van Cleave J (2014) The rise in chronic conditions among infants, children, and youth can be met with continued health system innovations. *Health Aff (Millwood)* 33(12):2099-2105
17. Perou R, Bitsko RH, Blumberg SJ et al. (2013) Mental health surveillance among children—United States, 2005–2011. *MMWR Suppl* 62(2):1-35
18. Fischbach T, Fehr F, Fegeler U (2018) Flächendeckende ambulante pädiatrische Versorgung in Deutschland. *Monatsschr Kinderheilkd* 166(2):108-115
19. BARMER GEK (Hrsg) (2013) BARMER GEK Arztreport 2013, Schwerpunkt Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen. BARMER GEK, Schwäbisch Gmünd
20. Krause L, Seeling S, Prütz F et al. (2017) Häufigkeiten und Trends in der Inanspruchnahme von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten für Frauenheilkunde durch Mädchen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS). *Geburtshilfe Frauenheilkund* 77(9):1002-1011
21. Berra S, Tebe C, Erhart M et al. (2009) Correlates of Use of Health Care Services by Children and Adolescents from 11 European Countries. *Med Care* 47(2):161-167
22. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM), Sektion Versorgungsaufgaben (2009) Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) zur Grundversorgung von Kindern und Jugendlichen. <https://www.degam.de/positionspapiere.html> (Stand: 09.07.2018)
23. Eßer KJ (2018) Aktuelle Herausforderungen für die ambulante pädiatrische Versorgung in Deutschland. *Monatsschr Kinderheilkd* 166(2):104-107
24. Weber MW, Backhaus S, Chukwujama O et al. (2018) Pädiatrische Versorgungskonzepte in Europa. *Monatsschr Kinderheilkd* 166(2):131-140
25. Models of Child Health Appraised (MOCHA) (2018) A study of primary healthcare in 30 European countries. <http://www.childhealthservicemodels.eu/> (Stand: 09.07.2018)
26. Bock C, Osterkamp N, Schulte C (2012) Fachärztliche Versorgung auf dem Land – Mangel oder fehlender Komfort? In: Braun B, Repschläger U (Hrsg) *Gesundheitsmonitor 2012: Bürgerorientierung im Gesundheitswesen*. Kooperationsprojekt der Bertelsmann Stiftung und der BARMER/GEK. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, S. 160-181
27. Andersen RM (1995) Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav* 36(1):1-10

## Impressum

### Journal of Health Monitoring

#### Herausgeber

Robert Koch-Institut  
Nordufer 20  
13353 Berlin

#### Redaktion

Susanne Bartig, Johanna Gutsche, Dr. Birte Hintzpeter,  
Dr. Franziska Prütz, Martina Rabenberg, Dr. Alexander Rommel,  
Dr. Livia Ryl, Dr. Anke-Christine Saß, Stefanie Seeling,  
Martin Thißen, Dr. Thomas Ziese  
Robert Koch-Institut  
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring  
Fachgebiet Gesundheitsberichterstattung  
General-Pape-Str. 62–66  
12101 Berlin  
Tel.: 030-18 754-3400  
E-Mail: [healthmonitoring@rki.de](mailto:healthmonitoring@rki.de)  
[www.rki.de/journalhealthmonitoring](http://www.rki.de/journalhealthmonitoring)

#### Satz

Gisela Dugnus, Alexander Krönke, Kerstin Möllerke

ISSN 2511-2708

#### Hinweis

Inhalte externer Beiträge spiegeln nicht notwendigerweise die  
Meinung des Robert Koch-Instituts wider.



Dieses Werk ist lizenziert unter einer  
Creative Commons Namensnennung 4.0  
International Lizenz.



Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im  
Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit