



Stellungnahme
der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ),
der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCh), des
Verbandes Leitender Kinder- und Jugendärzte und Kinderchirurgen Deutschlands (VLKKD)
und
der Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland (GKiND)
zum
Kabinettsentwurf für ein Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG)
und der Lesefassung des BMG für die Beratungen des Ausschusses für Gesundheit
(Ausschussdrucksache 20(14)221.2 vom 16.09.2024)

Die o.g. Fachgesellschaften und Verbände bedanken sich für die Gelegenheit, Stellung zum aktuellen Stand des KHVVGs zu nehmen. Sollte die aktuell vorliegenden Gesetzentwurfassung unverändert umgesetzt werden und unsere Aspekte auch in der angekündigten Rechtsverordnung nicht berücksichtigt werden, wird die stationäre Kinder- und Jugendmedizin auch in Zukunft nicht adäquat abgebildet und damit grundsätzlich gefährdet sein, da das KHVVG zukünftig nicht nur krankenhauserplanerisch, sondern auch krankenhauserökonomisch wirksam sein wird.

(Kommentare in kursiv)

Seite 4.

Nach § 115f wird folgender § 115g eingefügt:

„§ 115g

Behandlung in einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung

(1) Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen sind Standorte von Krankenhäusern, die nach § 6c Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmt worden sind und die nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 vereinbarten stationären Leistungen erbringen. Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen können über die nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 vereinbarten stationären Leistungen hinaus folgende Leistungen erbringen:

1. ambulante Leistungen aufgrund einer Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung...

Alle Kliniken/Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin sollten als Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen nach § 115 g eingestuft werden. Schon aktuell sind sie im Rahmen von Hochschulambulanzen, persönlichen Ermächtigungen etc. an der Leistungserbringung im ambulanten Sektor maßgeblich beteiligt.

Seite 6.

§ 116a Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser

Zu (1), (2), (3)

Der Zulassungsausschuss muss zugelassene Krankenhäuser in den Planungsbereichen, in denen der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eine eingetretene Unterversorgung nach § 100 Absatz 1, der einen zusätzlichen Versorgungsbedarf ...festgestellt hat...



Es ist sicherzustellen, dass in den Planungsbereichen nicht nur die LG 46 (Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin, sondern auch die Leistungsbereiche der LG 47 (Spezielle Kinder- und Jugendmedizin) berücksichtigt werden. Die hausärztliche Tätigkeit der Kinder- und Jugendmedizin muss unter (3) berücksichtigt werden.

Institutsambulanzen: *Die Empfehlung der Regierungskommission, Institutsambulanzen an Kinderkliniken bzw. Kinderabteilungen bei Versorgungsbedarf zuzulassen und einzurichten, muss umgesetzt werden. Eine Institutsambulanz wird allen Kliniken mit der Leistungsgruppe Allgemeine- oder Spezielle Kinder- und Jugendmedizin (LG 46, LG 47) zuerkannt.*

Seite 9.

Zu § 135 e

7 a) die Vorgabe „Facharzt“ einem Vollzeitäquivalent von 40 Wochenstunden entspricht...

CAVE: die Zahl der Wochenstunden ist tarifabhängig und variiert zw. 38,5 Wochenstunden und 40 Wochenstunden. Wir plädieren zu einer Regelung 0,75 VZÄ pro FA..

Seite 8 ff.

Zu 7. § 135 (4.2.)

Bis zum Inkrafttreten der Rechtsverordnung nach Absatz 1 sind maßgeblich im Sinne des Absatzes 2 Satz 2 die in Anlage 1 genannten Leistungsgruppen und Qualitätskriterien nach Maßgabe der Sätze 2 und 3. Hinsichtlich der Erfüllung der für eine Leistungsgruppe in Anlage 1 als Mindestvoraussetzungen genannten Qualitätskriterien gilt,

1. dass, sofern in den Anforderungsbereichen „Erbringung verwandter Leistungsgruppen“ und „Personelle Ausstattung“ zwischen der Behandlung von Erwachsenen und der Behandlung von Kindern und Jugendlichen unterschieden wird, sich die zu erfüllenden Qualitätskriterien jeweils danach bestimmen, ob nur Erwachsene, nur Kinder und Jugendliche oder sowohl Erwachsene als auch Kinder und Jugendliche behandelt werden sollen...

Das ist grundsätzlich zu begrüßen. Eine Bemessung der personellen Ausstattung analog zu den Erwachsenenfächern ist abzulehnen, da die zu versorgenden Patientenzahlen in der Kinder- und Jugendmedizin deutlich niedriger sind, in einigen interventionellen Fächern enge Kooperationen mit den Erwachsenenfächern bestehen, die Notwendigkeit einer analogen Zahl der Zusatzqualifizierten Ärzte/innen somit nicht besteht und aktuell auch nicht zur Verfügung steht.

Seite 43 ff. (3k)

Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

1. Finanzielle Grundsicherung: *Kliniken bzw. Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin benötigen eine finanzielle Grundabsicherung. Dies bedeutet eine Vollfinanzierung der strukturellen Mindest-Vorhaltungen für die im Landeskrankenhausplan vorgesehenen LG Allgemeine- und Spezielle Kinder- und Jugendmedizin (LG 46, 47). Die zukünftig geplanten Vorhaltepauschalen sind nicht geeignet für die flächendeckende Versorgung notwendigen Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin. Diese können die aufgrund der nicht steigerbaren Fallzahl die strukturell bedingten Mindest-Vorhaltekosten nicht aus den zukünftig reduzierten DRG-Erlösen inklusive der geplanten Vorhaltepauschalen decken.*



2. Abschaffung der Vergütungsabschläge bei Unterschreiten der unteren

Grenzverweildauer: Umsetzung der Empfehlung der Regierungskommission, die ersten Tage des stationären Aufenthaltes sind die arbeitsintensivsten Tage. Die Eltern betroffener Kinder drängen auf Frühentlassung. Daher ist davon auszugehen, dass aufgrund des immanenten Entlassungswunsches der Kinder und ihrer Eltern eine Krankenhausbehandlung nur in einem medizinisch begründeten zeitlichen Rahmen erfolgt. Zudem ist eine sekundäre Fehlbelegungsprüfung der oberen Grenzverweildauer unnötig und sollte – auch aus Gründen des Bürokratieabbaus entfallen.

3. Fortführung und Anhebung der Fördermittel: Die bisher 300 Millionen Euro/Jahr müssen nicht nur weitergeführt, sondern bedarfsorientiert angehoben werden, allerdings nur für Kliniken bzw. Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin und nicht wie derzeit für „alle“ Kliniken, die Kinder versorgen, aber keine kindgerechten Strukturen vorweisen.

Seite 62

LG 2, Komplexe Endokrinologie und Diabetologie, personelle Ausstattung, Verfügbarkeit

Die Forderung nach Verfügbarkeit von mindestens zwei FA Kinder- und Jugendmedizin mit ZW und ein dritter FA KJM ist analog zur Erwachsenenmedizin und aufgrund der niedrigeren Patientenzahl nicht notwendig.

Seite 63 ff.

Sollten organbezogene LG auch für die Kinder- und Jugendmedizin erreichbar sein (Beispiel LG 2, Komplexe Endokrinologie und Diabetologie, s.o.), so muss als Standort jeweils auch die LG 47 ermöglicht werden.

Seite 65 ff.

LG 8 Stammzelltransplantation, LG 9 Leukämie und Lymphome

Die Behandlung solider Tumore bei Kindern und Jugendlichen erfolgt in der Kinderonkologie, die weder in der LG 8 noch in der LG 9 berücksichtigt sind. Der Leistungsbereich würde bei Nichtberücksichtigung „verschwinden“.

Seite 71,

LG 15, LG 16

In der Leistungsgruppe 15 Kinder- und Jugendchirurgie muss in der Spalte Verfügbarkeit „oder Belegarzt“ eingefügt werden, da in manchen Regionen die kinderchirurgische Versorgung nur durch Belegärzte durchgeführt wird und diese Versorgung sonst entfällt.

In der Leistungsgruppe 16 muss in der Spalte Qualifikation für orthopädische Leistungen FA für Kinder- und Jugendchirurgie „oder FA Orthopädie und Unfallchirurgie“ mit Zusatz-Weiterbildung (ZW) Kinder- und Jugendorthopädie eingefügt werden, da viele Orthopäden mit dieser Zusatzweiterbildung Kinder versorgen.

Seite 99,

LG 47, Spezielle Kinder- und Jugendmedizin

Die Leistungsbereiche sind aus Sicht der Kinder- und Jugendmedizin unvollständig, es fehlen die folgenden Bereiche (Kinderonkologie s.o., Nierenersatztherapie, angeborene Stoffwechselerkrankungen im Kindesalter, Psychosomatik.). Die Kriterien der personellen Verfügbarkeit müssen rechtssicher formuliert sein, zur Erreichbarkeit der LG 47 sind 5 FA,



daraus 3 FA aus der Gruppe der SP oder ZW notwendig. Es sollte klar formuliert werden, dass die Zahl der FA nicht VZÄ entsprechen.

Seite 100

ZW Kinder- und Jugend-Pneumologie

In den verschiedenen Landesärztekammerbereichen sind die Spezialfächer der Kinder- und Jugendmedizin (LG 47) unterschiedlich als SP oder ZW klassifiziert, in Bayern z.B. ist die Kinder- und Jugend-Pneumologie SP. Eine rechtssichere Formulierung muss das berücksichtigen.

Seite 101 ff.

LG 48 und 49, Kinder-Hämatologie und Onkologie

s. Kommentar zu LG 8 und 9

Seite 109 ff.

LG 57 Palliativmedizin

s. Kommentar zu LG 8 und 9

Im Übrigen verweisen wir auf die Stellungnahmen der o.g. Gesellschaften und Verbände zum Referenten- und Kabinettsentwurf des KHVVG. Unten im Anhang finden Sie unser Positionspapier vom 22.07.2024 sowie die Stellungnahme zum Kabinettsentwurf.

Kontakt:

Priv.-Doz. Dr. med. Burkhard Rodeck

Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)

Geschäftsstelle der DGKJ: Chausseestr. 128/129 | 10115 Berlin

Tel. +49 30 3087779-0 | Fax +49 30 3087779-99

Mobil +49 170 2059955

generalsekretaer@dgkj.de | www.dgkj.de

ANHANG

Positionspapier zum KHVVG aus pädiatrischer Perspektive

Stand 22.07.2024

1. Finanzielle Grundsicherung: Kliniken bzw. Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin benötigen eine finanzielle Grundabsicherung. Dies bedeutet eine Vollfinanzierung der strukturellen Mindest-Vorhaltungen für die im Landeskrankenhausplan vorgesehenen LG Allgemeine- und Spezielle Kinder- und Jugendmedizin. Die zukünftig geplanten Vorhaltepauschalen sind nicht geeignet für die für die flächendeckende Versorgung notwendigen



Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin. Diese können aufgrund der nicht steigerbaren Fallzahl die strukturell bedingten Mindest-Vorhaltekosten nicht aus den zukünftig reduzierten DRG-Erlösen inklusive der geplanten Vorhaltepauschalen decken.

2. Abschaffung der Vergütungsabschläge bei Unterschreiten der unteren

Grenzverweildauer: *Umsetzung der Empfehlung der Regierungskommission*, die ersten Tage des stationären Aufenthaltes sind die arbeitsintensivsten Tage. Die Eltern betroffener Kinder drängen auf Frühentlassung. Daher ist davon auszugehen, dass aufgrund des immanenten Entlassungswunsches der Kinder und ihrer Eltern eine Krankenhausbehandlung nur in einem medizinisch begründeten zeitlichen Rahmen erfolgt. Zudem ist eine sekundäre Fehlbelegungsprüfung der oberen Grenzverweildauer unnötig und sollte – auch aus Gründen des Bürokratieabbaus entfallen.

3. Fortführung und Anhebung der Fördermittel: Die bisher 300 Millionen Euro/Jahr müssen nicht nur weitergeführt, sondern bedarfsorientiert angehoben werden, allerdings nur für Kliniken bzw. Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin und nicht wie derzeit für „alle“ Kliniken, die Kinder versorgen, aber keine kindgerechten Strukturen vorweisen.

4. Institutsambulanzen: *Umsetzung der Empfehlung der Regierungskommission*, Institutsambulanzen an Kinderkliniken bzw. Kinderabteilungen sind bei Versorgungsbedarf zuzulassen und einzurichten. Eine Institutsambulanz wird allen Kliniken mit der Leistungsgruppe Allgemeine- oder Spezielle Kinder- und Jugendmedizin (LG 46, LG 47) zuerkannt.

5. LG 47: Spezielle Kinder- und Jugendmedizin: Sollte die Anzahl der benötigten Fachärztinnen/Fachärzte (drei VKÄ, wie derzeit im Gesetzentwurf) mit der jeweiligen Schwerpunkt-bezeichnung gesetzlich festgeschrieben werden, lässt sich die Versorgung der Kinder und Jugendlichen nicht mehr sicherstellen.

Für das Erreichen der LG 47 müssen daher entweder mindestens in einem Schwerpunkt (SP) 3 Fachärztinnen/Fachärzten (FA) mit der gleichen Schwerpunktbezeichnung vorgehalten werden oder in mindestens 2 SP (gemäß Leistungsgruppenliste /Orientierung an den Schwerpunkten / Zusatzbezeichnungen der Muster-Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und den

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) zum Kabinettsentwurf für ein Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG)
(Stand 24.06.2024)

Im Folgenden beschränken wir uns auf die spezifischen Aspekte der konservativen und in Teilen der operativen Kinder- und Jugendmedizin im KHVVG. Zu anderen Aspekten verweisen wir auf die Stellungnahme der AWMF zum Referentenentwurf des KHVVG. Die



Stellungnahme der DGKJ wird von den u.g. Fachgesellschaften und Verbänden aus der Pädiatrie unterstützt.

Unsere Anregungen zum Referentenentwurf des Gesetzes, die wir auch mündlich vorgetragen haben, sind bisher leider nur teilweise bzw. gar nicht im Kabinettsentwurf umgesetzt worden.

Grundsätzlich wird in der politischen Diskussion zwar die Notwendigkeit einer besseren Finanzierung der stationären kinder- und jugendmedizinischen Versorgung durchaus gesehen. Allerdings überzeugt der vorliegende Gesetzentwurf angesichts dieser Zielsetzung nicht ganz. Der wichtigste Punkt betrifft die Einrichtung eines Sonderfonds Pädiatrie gemäß der 3. und 6. Stellungnahme der Regierungskommission, der im Gesetzentwurf so nicht vorgesehen ist und den wir an dieser Stelle nachdrücklich anmahnen. Die geplanten Förderbeträge für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen bleiben – was die gesellschaftspolitische Signalwirkung und Betonung einer kinderorientierten Politik betrifft – weit hinter einem „Sonderfonds Kinder- und Jugendmedizin“ (Pädiatrie und Kinderchirurgie) zurück. Wenn dieser Sonderfonds nicht jetzt umgesetzt wird, ist dies eine verpasste Chance, die für viele Jahre die unzureichende Bedeutung einer medizinischen Versorgung von Kindern im Krankenhaus zementiert.

Nachfolgend nehmen wir zu einzelnen Aspekten des Gesetzentwurfs Stellung.

§ 115g (S. 10) Behandlung in einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung (zu 1. u. 2.) und § 6c (S. 32) Bestimmung als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung

In der 6. Stellungnahme der Regierungskommission wird die Etablierung von Institutsambulanzen für Kinder und Jugendliche (KIA) in den Schwerpunktbereichen der Pädiatrie empfohlen. Schwerpunktbereiche der Pädiatrie umfassen die in der Muster-Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer genannten Schwerpunkt- und Zusatzweiterbildungsfächer, zusätzlich Bereiche, die in der Weiterbildungsordnung nicht genannt sind, aber anerkannte Spezialgebiete der Pädiatrie darstellen. Ein großer Teil von Kindern und Jugendlichen mit schweren, komplexen und seltenen Krankheitsbildern wird in Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin bzw. -chirurgie neben den Hochschulambulanzen im Rahmen von persönlichen Ermächtigungen von Krankenhausärzten in der Schwerpunktversorgung ambulant behandelt. Die Ermächtigungen werden von den zuständigen Zulassungsausschüssen erteilt, sind gegenüber Vertragsärzten eingeschränkt (u. a. Zugriff auf EBM-Gebührenordnungspositionen, Alter und/oder Anzahl der Patienten, Diagnosen) und gelten nur für 2 Jahre. Fachärztliche Weiterbildung ist wegen der Verpflichtung der persönlichen Leistungserbringung nicht möglich. Eine Planungssicherheit ist weder für die ermächtigten Ärzte, die Krankenhausträger, noch für die Patienten gegeben. Daher sollten die persönlichen Ermächtigungen durch Krankenhausermächtigungen abgelöst werden.

Nahezu jede Klinik bietet im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin ambulante Versorgungsstrukturen an. Wenn ausschließlich Krankenhäuser, die nach § 6c des Krankenhausfinanzierungsgesetzes als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmt worden sind, ambulante Leistungen erbringen können, ist das für Kliniken/Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin bzw. -chirurgie, ein Ausschlusskriterium für entsprechende Versorgungsangebote. **Grundsätzlich müssen daher alle**



Kliniken/Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin bzw. -chirurgie als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen zugelassen werden, damit sie entsprechende Krankenhausermächtigungen erlangen können.

Eine Alternative wäre eine großzügige Auslegung von § 116a:

§ 116a (Seite 11) Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser

Wir begrüßen Satz 1 „Der Zulassungsausschuss muss zugelassene Krankenhäuser für das entsprechende Fachgebiet in den Planungsbereichen, in denen der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eine eingetretene Unterversorgung nach § 100 Absatz 1 oder einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf nach § 100 Absatz 3 festgestellt hat, auf deren Antrag zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigen, soweit und solange dies zur Beseitigung der Unterversorgung oder zur Deckung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs erforderlich ist.“ ***Wir interpretieren das so, dass eine pädiatrische Institutsambulanz, die auch seitens der Regierungskommission empfohlen wurde, für Kliniken/Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin bzw. -chirurgie ermöglicht werden soll.***

§135e (Seite 13) Mindestanforderungen an die Qualität der Krankenhausbehandlung, Verordnungsermächtigung

Anlage 1 (zu § 135e) (Seite 75 u. 101) Qualitätskriterien für bestimmte Leistungsgruppen

In der Speziellen Kinder- und Jugendmedizin sind einzelne Schwerpunkte aufgeführt. Die personelle Ausstattung wird mit 5 FÄ (VZÄ), davon 3 FÄ (VZÄ) mit Zusatzqualifikation im Schwerpunkt beschäftigt, festgelegt. Dies entspricht analog den Vorgaben für die Erwachsenenmedizin, ist aber für die Pädiatrie nicht angemessen und auch nicht praktikabel. Grundsätzlich bezweifeln wir die Notwendigkeit der Gleichstellung von FÄ an VZÄ, Teilzeitarbeit ist insbesondere in der Pädiatrie weit verbreitet. Wir schlagen die Orientierung an 0,75 VZÄ vor. Die Verpflichtung einer Vorhaltung von 3 FÄ für jeden Schwerpunkt in der Kinder- und Jugendmedizin ist unrealistisch. 3 FÄ sind in der Pädiatrie nicht notwendig, um eine zeitlich umfängliche Versorgung in einer Leistungsgruppe (LG) sicherzustellen. Hier muss eindeutig festgelegt werden, dass die 3 FÄ verschiedene Zusatzqualifikationen haben dürfen. Alternativ kann die Schwerpunktdefinition an der – zumindest teilweisen - Weiterbildungsermächtigung /-befugnis durch die Ärztekammern festgemacht werden, in der Strukturqualität über u. a. Fachpersonalvorhaltung abgebildet ist.

Die unveränderte Umsetzung dieser Vorgabe wird den Großteil der Schwerpunktversorgung an Kliniken/Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin gefährden, da deren auskömmliche Finanzierung von der Erreichbarkeit der LG Spezielle Kinder- und Jugendmedizin abhängt. Auch die LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin würde geschwächt, da beide LG eng verflochten sind.

Grundsätzlich sollte auch eine telemedizinische Behandlung bei allen Schwerpunkten der Kinder- und Jugendmedizin ermöglicht werden, da nicht immer zwingend die persönliche Anwesenheit des FA notwendig ist. Zudem sollte die Kooperation mit Abteilungen der Erwachsenen-disziplinen ermöglicht und explizit genannt werden.



Die im Gesetzentwurf genannten Schwerpunkte in der Speziellen Kinder- und Jugendmedizin sind unvollständig und entsprechen nicht vollständig denen, die in den Empfehlungen der Regierungskommission (3. Stellungnahme) niedergelegt sind. Folgende Bereiche müssen ergänzt werden:

- Kinderonkologie (die Spezifizierung Stammzelltransplantation, davon getrennt Leukämie und Lymphome lässt außer Acht, dass solide Tumore im Kindes- und Jugendalter fast ausschließlich in kideronkologischen Abteilungen behandelt werden. Das ist ein anderes Szenario als die Erwachsenenonkologie, wo solide Tumoren in den jeweiligen Organfächern behandelt werden).
- Hämostasiologie (ist ein eigener Fachbereich in der Hämatologie)
- Nierenersatztherapie für Kinder (ist zusätzlich zu KJ-Nephrologie zu nennen)
- Psychosomatik

Wenn diese anerkannten Zusatzqualifikationen nicht gesondert ausgewiesen werden, droht auch hier eine systematische Unterfinanzierung, da die LG Spezielle Kinder- und Jugendmedizin nicht erreicht werden kann.

Bei den sonstigen Struktur- und Prozesskriterien in den LG 46, 47 wird die Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen benannt. In der PpUGV ist die Qualifikation entsprechend der Wahlmöglichkeit zur Ausbildung in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und in der Generalistischen Ausbildung mit dem Vertiefungsschwerpunkt „Pädiatrie“ Pflegeberufegesetz (§ 59) nicht festgelegt. In Konsequenz bedeutet das, dass auch Pflegekräfte ohne spezifische Qualifikation in der Kinderkrankenpflege in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen eingesetzt werden können. Dies entspricht nicht der UN-EACH Charta. Unter Qualitätsgesichtspunkten ist das nicht zu akzeptieren. **Während beim ärztlichen Personal unrealistische Anforderungen gestellt werden, fehlt bei Pflegepersonal jegliche Qualitätsanforderung.** Die Pflege von kranken Kindern und Jugendlichen setzt – im ambulanten und im stationären Versorgungsbereich als Mindestanforderung die abgeschlossene Ausbildung im Vertiefungsansatz Pädiatrie voraus.

§ 39 (S. 44) Förderbeträge für die Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin

Der „Bereich Pädiatrie“ ist nicht eindeutig definiert. Das gesteigerte Erlösvolumen sollte nicht kontextunabhängig gewährt werden. Damit die Versorgung von Kindern und Jugendlichen verbessert wird, ist zwingend eine kindgerechte Unterbringung, Betreuung und Behandlung sicherzustellen (s. o. UN-EACH Charta). Dieses ist nur in einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin bzw. –chirurgie möglich. Daher sollte das gesteigerte Erlösvolumen nur an eine solche Fachabteilung gebunden werden (vgl. 6. Stellungnahme der Regierungskommission zur Krankenhausreform). Im Rahmen von innerbetrieblichen Leistungsverrechnungen sind andere an der Behandlung beteiligte Fachgebiete an der Leistungsvergütung zu beteiligen.



§ 5, Absatz 3k (S. 49)

„Zur Förderung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen erheben Krankenhäuser und die in § 17b Absatz 1 Satz 10 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten besonderen Einrichtungen, die im jeweiligen Kalenderjahr aus dem Vergütungssystem ausgenommen sind, für die Jahre 2025 und 2026 einen Zuschlag.“

Die Formulierungen eröffnet grundsätzlich allen Krankenhäusern die Möglichkeit eine zusätzliche Finanzierung über den Zuschlag. Das sehen wir aus o. g. Gründen kritisch.

In der Begründung (Zu Absatz 3k, S. 239) wird ausgeführt, dass die zusätzlichen Mittel über erhöhte Vorhaltebewertungsrelationen der „Leistungsgruppen der Pädiatrie“ finanziert werden. Auch hier fehlt die genaue Definition. Betrifft das nur die LG Allgemeine und/oder Spezielle Pädiatrie?

Die Zuschläge für die Einrichtungen nach §17n Absatz1 Satz 10 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes müssen wie bisher von den Mehrerlösausgleichen ausgenommen werden.

„Maßgebliche Fälle sind alle voll- oder teilstationär behandelten Patientinnen und Patienten, die zum Zeitpunkt der Aufnahme in das Krankenhaus über 28 Tage und unter 16 Jahre alt sind.“

Die obere Altersbegrenzung ist für uns nicht nachvollziehbar, das Kindes- und Jugendalter ist national und international bis zum Abschluss des 18. Lebensjahres definiert. Eine Einordnung der Leistungserbringung in LG der Erwachsenenmedizin sollte für die konservative Pädiatrie grundsätzlich ausgeschlossen werden (Ausnahme Notfälle). Für die operativen Disziplinen ist die Vorhaltung einer Leistungsgruppe Allgemeine Pädiatrie am gleichen Standort Voraussetzung (Ausnahme dringende Notfallversorgung).

InEK-Kriterien (Seite 124, Vorhaltevergütung)

Seitens des InEK liegt der Vorschlag vor, die Leistungsgruppen basierend auf OPS- und ICD10-Codes darzustellen. Kinder- und Jugendmedizin ist nur in einigen Schwerpunkten über OPS darstellbar, da Interventionen vergleichsweise selten sind. Ein Großteil der auch in der Speziellen Kinder- und Jugendmedizin relevanten Diagnosen (ICD10) betreffen Erkrankungen, die auch in der Erwachsenenmedizin behandelt werden. Das aktuell seitens des InEK diskutierte Alleinstellungsmerkmal als Grundlage eines Groupers, der die Grundlage für die Abgrenzung von Leistungsgruppen sein wird, wird seitens der Speziellen Kinder- und Jugendmedizin daher kaum erreichbar sein.

Eine Kalkulation der Vorhaltekosten für die Spezielle Kinder- und Jugendmedizin auf dieser Basis wird daher zu einer massiven Unterschätzung führen und weitere Standorte von Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin gefährden.

Prüfungen durch den Medizinischen Dienst (Seite 187 ff.)

Die Einhaltung von Kriterien zu Leistungsgruppen, OPS etc. soll durch den Medizinischen (MD) Dienst erfolgen. Die Prüfungen des MD muss ausschließlich von im jeweiligen Fachgebiet qualifizierten Ärzten/Ärztinnen durchgeführt werden. Die MD-Prüfkriterien sollten bundeseinheitlich festgelegt werden. Sie dürfen nicht detaillierter formuliert sein als z.B. in den G-BA Qualitätsrichtlinien. Sollte es zu unterschiedlichen Bewertungen der



Krankenhäuser und des MD kommen, muss es eine Schiedsstelle geben, die das Prüfergebnis nach Anhörung der Beteiligten beurteilt.

Aufhebung der Grenzverweildauern

In der Kinder- und Jugendmedizin sollten die Abschlüsse wegen Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer dauerhaft wegfallen (vgl. 6. Stellungnahme der Regierungskommission zur Krankenhausreform). Die ersten Tage des stationären Aufenthaltes sind die arbeitsintensivsten Tage. Die Eltern betroffener Kinder drängen auf Frühentlassung. Daher ist davon auszugehen, dass aufgrund des immanenten Entlassungswunsches der Kinder und ihrer Eltern eine Krankenhausbehandlung nur in einem medizinisch begründeten zeitlichen Rahmen erfolgt. Eine Fehlbelegungsprüfung auch der oberen Grenzverweildauer ist daher unnötig und sollte – auch aus Gründen des Bürokratieabbaus entfallen. Insgesamt ist die Maßnahme geeignet, zusätzliche Behandlungskapazitäten zu schaffen.

Diese Stellungnahme wird unterstützt von:

AG Kinder- und Jugendgynäkologie

Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie e. V. (DGKCH)

Deutsche Gesellschaft für pädiatrische und adoleszente Endokrinologie und Diabetologie e.V. (DGPAED)

Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Psychosomatik e. V. (DGPPS)

Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie e. V. (DGPI)

Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e. V. (DGSPJ)

Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland (GKiND)

Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie e. V. (GKJR)

Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie e. V. (GPOH)

Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie e. V. (GPP)

Verband Leitender Kinder- und Jugendärzte und Kinderchirurgen Deutschlands (VLKKD)

Kontakt:

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DGKJ)

Prof. Dr. Ursula Felderhoff-Müser, Präsidentin

Priv.-Doz. Dr. Burkhard Rodeck, Generalsekretär

Geschäftsstelle: Chausseestr. 128/129, 10115 Berlin

Tel. 030 308 7779-0

politik@dgkj.de, www.dgkj.de