

Dr. Ralf van Heek • Altenholzer Straße 7 • 24161 Altenholz

Sozialausschuss des Landtages
Schleswig-Holsteinischer Landtag

Landeshaus Postfach 7121
24171 Kiel

Dr. Ralf van Heek
Landesverbandsvorsitzender
Schleswig-Holstein

Altenholzer Straße 7
24161 Altenholz
Telefon: 0431-3292939
Telefax: 0431-3292978

ralf.vanheek@uminfo.de

Kiel, 25.6.2020

Stellungnahme zum Entwurf für ein Landeskrankenhausgesetz

Sehr geehrte Abgeordnete,
sehr geehrter Herr Vorsitzender,
sehr geehrter Herr Geschäftsführer,

hiermit erlaube ich mir, im Namen unseres Verbandes zu dem vorliegenden Entwurf eines Landeskrankenhausgesetzes Stellung zu nehmen. Der BVKJ vertritt Kinder- und Jugendärztinnen und –ärzte in allen Berufsfeldern. Seine vornehmliche Aufgabe ist es, „die Voraussetzungen und Rahmenbedingungen für die bestmögliche gesundheitliche Versorgung der Kinder und Jugendlichen zu erarbeiten und zu vertreten“.

Die Versorgungslage von Kindern und Jugendlichen im Krankenhaus macht uns dabei besondere Sorgen. Ihnen dürfte ja die öffentliche Diskussion v.a. im vergangenen Jahr mit wichtigen bundesweiten Reportagen und Analysen und dramatischen Falldarstellungen bekannt sein.

Zur Ergänzung füge ich bei die aktuelle Petition der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ) an den Bundestag sowie die Stellungnahme zum Fragenkatalog des BMG zur Versorgungssituation der Kinder und Jugendlichen aus Sicht des Verbandes Leitender Kinderärzte und Kinderchirurgen des Landes Schleswig-Holstein.

Wir bitten Sie dringend, die Gelegenheit zu nutzen, gesetzgeberisch die medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen in unserem Land zu verbessern und zu sichern.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Ralf van Heek

Kinder und Jugendliche im Krankenhaus -Anforderungen an das Krankenhausgesetz

Kommentar des BVKJ zum Entwurf der Landesregierung

Der BVKJ begrüßt, dass Regierung und Landtag Schleswig-Holstein als letztem Bundesland ein Landeskrankenhausgesetz geben wollen. Hierin wird als Ziel die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung genannt. Dabei werden Qualitätskriterien für die Krankenhausplanung genannt.

Dabei begrüßen die Kinder- und Jugendärzte ausdrücklich die mehrfache Berücksichtigung von Kindern und Jugendlichen. Auch wenn sie anderen erwähnten Patientengruppen angehören (wie z.B. Menschen mit Handicaps und Sterbenden), haben sie spezifische und nicht nur allgemeine Versorgungsbedarfe.

Allerdings sind aus der Perspektive der medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen einige Aspekte im vorliegenden Gesetzentwurf unterrepräsentiert. Dies betrifft quantitative und qualitative Bedarfe. Wir möchten an dieser Stelle auf Artikel 10 der Landesverfassung hinweisen, die bereits 2010 spezifische Kinderrechte in die Verfassung aufgenommen hat. Diese Rechte der Kinder sollten explizit auch im Rahmen stationärer und ambulanter Krankenbehandlung adressiert werden. Daher schlagen wir unter Teil 2 §5 vor, auch eine Vertreter*in des Landesverbandes des Deutschen Kinderschutzbundes in den Landeskrankenhausausschusses aufzunehmen.

Artikel

10

Schutz von Kindern und Jugendlichen

- (1) Kinder und Jugendliche stehen unter dem besonderen Schutz des Landes, der Gemeinden und Gemeindeverbände sowie der anderen Träger der öffentlichen Verwaltung.
- (2) Bei der Schaffung und Erhaltung kindgerechter Lebensverhältnisse ist dem besonderen Schutz von Kindern und ihren Fähigkeiten und Bedürfnissen Rechnung zu tragen.
- (3) Kinder und Jugendliche sind Träger von Rechten. Sie haben ein Recht auf gewaltfreie Erziehung, auf Bildung, auf soziale Sicherheit und auf die Förderung ihrer Entwicklung zu eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeiten.

Finanzierung der Pädiatrie

In den vergangenen Jahren wurde zunehmend öffentlich, dass es quantitative Mängel der Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Krankenhäusern gibt. Dies betrifft insbesondere die Neugeborenen- und Kinderintensivmedizin. Auch in Schleswig-Holstein wurden Schwangere aufgrund von Kapazitätsgründen z.T. abgewiesen. Es muss ein abgestuftes Konzept einer perinatal-medizinischen Versorgung mit ausreichenden Kapazitäten vorgehalten werden, damit Früh- und kritisch kranke Neugeborene nicht zu Schaden kommen. Experten berichten auch aus anderen Bundesländern kritische Versorgungslagen, die auch zu vermeidbaren Gesundheitsschäden und Todesfällen führten.

Auch in unserem Land entstanden insbesondere jeweils in der Infektsaison der letzten Jahre kritische Versorgungslagen, auf die unser Verband mehrfach hingewiesen hat. Das ist einerseits bedingt durch eine strukturelle Unterversorgung mit Planbetten, die auf Jahresmittelwerten beruht, die der saisonalen Spitzenauslastung nicht gerecht wird. Andererseits wird die Unterversorgung dadurch verschärft, dass die Behandlungsplätze aufgrund von Personalmangel nicht betrieben werden können.

In Teil 3 Krankenhausplanung § 7 Aufstellung eines Krankenhausplans bzw. § 8 Planungsgrundsätze Abschnitt 3 sollte explizit aufgenommen werden, dass die für Kinder- und Jugendliche typischen Auslastungen und maximale Belegung gesondert ausgewiesen werden. Die Auslastung in Kliniken für Kinder und Jugendliche dürfen geplante 75% nicht überschreiten, da in der Regel 80% der stationären Behandlungen nicht geplant erfolgen, sondern abhängig sind von saisonalen Infektionserkrankungen, jahreszeitlichen Änderungen im Unfallgeschehen, Geburtenzahlen und psychosozialen Belastungen in der Bevölkerung. Eine Vollbelegung ist aufgrund der verschiedenen Altersgruppen, Geschlechter der Kinder, bzw. Jugendlichen und ihrer Begleitpersonen nicht möglich. Im Übrigen variiert die tatsächliche Ausstattung, sodass Bett nicht gleich Bett ist (z.B. Wärmebett auf der Säuglingsstation und Bett auf der Jugendlichenstation). Die Zimmergrößen müssen so bemessen sein, dass auch die Möglichkeit der Mitaufnahme von Begleitpersonen besteht.

Bedeutender Grund dafür ist, dass der besondere Personalaufwand bei Kindern in der Bewertung der Behandlungskosten im DRG-System wie auch die erforderlichen Vorhaltekosten aufgrund der saisonalen Bedarfe nicht abgebildet ist. Das führt innerhalb der Krankenhäuser häufig zu einer wirtschaftlichen Benachteiligung der Kinder- und Jugendabteilungen, mit der Folge, dass unter dem Primat der Wirtschaftlichkeit diese Abteilungen tendenziell zugunsten finanziell rentablerer Abteilungen verkleinert oder benachteiligt werden.

Wir sehen es als staatliche Aufgabe bei der Krankenhausplanung, die erforderlichen Ressourcen für die Daseinsvorsorge sicher zu stellen. Deswegen sehen wir die mehrfache Forderung von Wirtschaftlichkeit (§8(3), §11(2)) als kritisch und ergänzungsbedürftig, in dem Sinne, dass die Versorgungssicherstellung Vorrang haben muss.

Infrastruktur und Ausstattung

Zu Teil 4 § 11 und § 14 sowie §15: Bei den Fördermitteln ist zu berücksichtigen, dass kind- und jugendgerechte räumliche und sächliche Ausstattung so gestaltet werden müssen, dass sie entwicklungsfördernd und heilsam wirken. Hierfür müssen in der Regel besondere Maßstäbe angelegt werden. Kinder und Jugendlichen sind bei neuen Infrastrukturmaßnahmen (Neu- und Umbauten) selbst zu beteiligen.

Dieser Aspekt betrifft auch die unter § 32 Sonstige Pflichten genannte Aufgabe „Das Krankenhaus unterstützt die schulische Betreuung von ihm versorgter Schulpflichtiger.“ Die Formulierung greift aufgrund der zitierten Rechte der Kinder auf Förderung und Bildung zu kurz. Zur Unterstützung gehört die Bereitstellung geeigneter kindgerechter Räumlichkeiten.

Kinderkrankenpflege

Der quantitative Mangel an Pflegepersonal entsteht auch durch Unterbezahlung von Pflegekräften. Eine Verschärfung der Situation befürchtet unser Verband durch die Reform der Pflegeausbildung, die zu einer zu geringen Ausbildung von Kinderkrankenpflegepersonal führen könnte. Insbesondere möchten wir an dieser Stelle die Gelegenheit nutzen, darauf hinzuweisen, dass durch die Reform der Pflegeausbildung mit Priorisierung der generalisti-

schen Ausbildung an zahlreichen Pflegeschulen keine grundständige Ausbildungsmöglichkeit in der Kinderkrankenpflege angeboten wird. Ohne qualifizierte Fachkräfte können weder die Pflegemindeststandards eingehalten noch insgesamt eine familienorientierte, entwicklungsfördernde und auf Kinder und Jugendliche spezialisierte Pflege ermöglicht werden. Diese ist jedoch unabdingbar, weil ein stationärer Aufenthalt, eine Notfallbehandlung oder Vorstellung in einer Spezialambulanz für Kinder und Jugendliche eine besondere Herausforderung ist, auf die mit besonderer Kompetenz reagiert werden soll, um einerseits dem Kind gute Erfahrungen zu ermöglichen und andererseits das Vertrauen in das Gesundheitswesen zu stärken.

Da der Gesetzentwurf die Ausbildungseinrichtungen mit einbezieht (§26) ist es erforderlich, hier die ausreichende Ausbildung an Weiterbildungsstätten für die Spezialisierte Kinderkrankenpflege als Anforderung für die Förderung zu nennen. Die sogenannte „Vertiefung“ ist hier in keiner Weise ausreichend.

Notfallversorgung

Teil 5 Pflichten der Krankenhäuser § 27 Aufnahmen, Dienstbereitschaft und Notaufnahme: Hier sollten die besonderen Notfallambulanzen für Kinder und Jugendliche in den Krankenhäusern, die diese vorhalten (sollen) explizit ausgewiesen werden. Kinder können in aller Regel nicht in den allgemeinen interdisziplinären Notfallambulanzen behandelt werden. Hier erleben sie kein kindgerechtes, sondern in der Regel für sie traumatisierendes Umfeld, können nicht regelhaft von fachkundigem Pflegepersonal aus der Kinderkrankenpflege versorgt werden und erleben Wartezeiten, die für Kinder nicht erträglich sind. Wo keine eigenständigen Kindernotfallambulanzen eingerichtet werden, muss das entsprechende Triagesystem und Kooperationen beschrieben werden.

Besondere Bedürfnisse

§ 28 Patientinnen und Patienten mit besonderem Betreuungsbedarf: Die Forderung, den besonderen Bedürfnissen von Kindern durch Mitaufnahme von Begleit- und Betreuungspersonen und angemessenen Besuchsregeln gerecht zu werden, ist sehr begrüßenswert, greift aber zu kurz. Zum einen sind es sicherlich nicht ausschließlich medizinische Gründe, die zur Mitaufnahme von Bezugspersonen führen, sondern entwicklungspsychologische. Die Formulierung, dass die Mitaufnahme „zu ermöglichen“ ist, ist aus kinderrechtlicher Sicht unzureichend. Eine Mitaufnahme bis zum vollendeten 7. Lebensjahr sollte immer erfolgen und auf Wunsch von Eltern und Kind bis zum vollendeten 11. Lebensjahr ermöglicht werden. Darüber hinaus gibt es Gründe für die Mitaufnahme auch bei älteren Kindern, wenn die Eltern eine durchgehende Anleitung erfahren müssen, bevor die Kinder entlassen werden können. Hier handelt es sich um eher seltene Fälle schwer und komplex kranker Kinder und Jugendlicher.

Andererseits ist nicht immer eine Begleitperson verfügbar, nicht immer ist diese ausreichend, z.B. bei prekären Familiensituationen oder psychischer Erkrankung der Eltern. In diesen Fällen ist es erforderlich, dass den besonderen Bedürfnissen von Kindern im Krankenhaus durch professionelle Versorgung Rechnung getragen wird. Dies gilt auch für Abteilungen, in denen Kinder behandelt werden, ohne dass durch Beschäftigung von Kinderkrankenpflegepersonal, Kinder- und Jugendmedizinerinnen und psychologisch-pädagogischen Fachkräften dem besonderen Bedarf Rechnung getragen werden kann. Grundsatz sollte sein, dass das Landeskrankenhausgesetz dafür Sorge trägt, dass Menschen jünger als 18 Jahre tatsächlich in Kliniken betreut werden, die auf Kinder- und Jugendmedizin spezialisiert sind und entsprechend qualifizierte Fachkräfte vorhalten.

Besonderer Behandlungsbedarf besteht häufig bei jungen Erwachsenen mit seltenen, teils angeborenen Erkrankungen, Schädigungen und Funktionsbeeinträchtigungen, für die nur in der Pädiatrie ausreichende Expertise und Struktur vorhanden ist. Die Fortsetzung einer oft lebenslangen Behandlung muss bis zu einer erfolgreichen Transition in die Erwachsenenmedizin stationär und ambulant durch die Pädiatrie sichergestellt werden.

Ambulante Versorgung am Krankenhaus

Ein weiterer nicht ausreichend beachteter Aspekt ist die ambulante Versorgung von Kindern und Jugendlichen an Krankenhäusern. Da die Pädiatrie einerseits ein zahlenmäßig kleines Fach ist, andererseits aber Leistungen zahlreicher Spezialgebiete erbracht werden müssen, können, viel häufiger als in der Erwachsenenmedizin, nicht alle erforderlichen Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung erbracht werden. Die pädiatrischen Spezialambulanzen an den Krankenhäusern sind deshalb besonders wichtig. Sie müssen in der Krankenhausplanung und -finanzierung in besonderem Maße berücksichtigt werden, sofern die Versorgung in den Praxen niedergelassener ÄrztInnen nicht gewährleistet werden kann. Dies gilt auch für die teilstationäre Versorgung.

Diese notwendige Unterhaltung von Spezialambulanzen nach §120, §116b, und Tageskliniken sollen in §9 in den Feststellungsbescheid explizit mit aufgenommen werden.

Kinderschutz

Nicht zuletzt erfordert auch der Kinderschutz bei Misshandlung und Vernachlässigung besondere Beachtung, die im Gesetz genannt werden müsste. Die Krankenhäuser, in denen Kinder und Jugendliche medizinisch und pflegerisch betreut werden, müssen verbindlich ein Kinderschutzkonzept vorlegen, das die Qualifizierung der Fachkräfte, Qualitätssicherung zum Schutz von Kindern und Jugendlichen vor Gewalt, Berichtssysteme und Beschwerdemanagement vorsieht.

Ferner wäre die Einrichtung eines Landesreferenzzentrums für medizinischen Kinderschutz wie in anderen Bundesländern wünschenswert.

Kinderrechte

Auch die Wahrung der Kinderrechte im Krankenhaus erfordert besondere Qualifikation und Personalaufwand, die erwähnt werden sollten. Zwar greifen hier auch andere Gesetze, dies ist aber z.B. auch bei Datenschutz der Fall, der dennoch umfangreich im Entwurf Beachtung findet.

Kiel, 25.06.2020

Dr. med. Ralf van Heek

Landesvorsitzender BVKJ Schleswig-Holstein
Für den Landesvorstand

Unter Mitarbeit von:

Dr. med. Georg Hillebrand

Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin am Klinikum *Itzehoe*, Landesvertreter des Verbandes Leitender Kinderärzte und Kinderchirurgen Deutschlands (VLKKD) für Schleswig-Holstein

Prof. Dr. med. Egbert Herting

Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, UKSH, Lübeck

Prof. Dr. med. Ute Thyen

Stellvertretende Klinikdirektorin der Klinik, Leiterin Neuropädiatrie und Sozialpädiatrisches Zentrum, UKSH, Lübeck

Dr. med. Thorsten Wygold

Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin am WKK Heide

Anhang:

https://epetitionen.bundestag.de/petitionen/_2019/_09/_06/Petition_98930.nc.html

Stellungnahme zum Fragenkatalog des BMG zur Versorgungssituation der Kinder und Jugendlichen aus Sicht des Verbandes Leitender Kinderärzte und Kinderchirurgen des Landes Schleswig-Holstein

**Berufsverband der Kinder-
und Jugendärzte e.V.**

Mielenforster Straße 2
51069 Köln

Fon
Verwaltung (0221) 6 89 09-0
Kongresse (0221) 6 89 09-15/16
Fax (0221) 68 32 04
bvkj.buero@uminfo.de
www.kinderaerzte-im-netz.de
www.bvkJ.de/kongresse
www.bvkJ.de

Deutsche Apotheker-
und Ärztebank Köln
IBAN: DE91 3006 0601 0001 2737 79
BIC: DAAEEDXXX

An das
Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend,
Familie und Senioren
Abtlg. Gesundheit
Frau Silke Seemann

Adolf-Westphal-Str. 4
24143 Kiel

Dr. Georg Hillebrand

**Chefarzt, Klinik für Kinder- und
Jugendmedizin, Neonatologie und
Päd. Intensivmedizin**

**Klinikum Itzehoe
Robert-Koch Str. 2
25524 Itzehoe**

g.hillebrand@kh-itzehoe.de
04821 – 772 2200

Fragenkatalog des Bundesgesundheitsministeriums zur Versorgungssituation der Kinder und Jugendlichen aus Sicht der Länder

Sehr geehrte Frau Seemann,

Zunächst darf ich Ihnen mitteilen, daß ich kürzlich als neuer Landesvertreter des Verbandes Leitender Kinderärzte und Kinderchirurgen Deutschlands (VLKKD) für Schleswig-Holstein gewählt worden bin, ich trete dieses Amt in Nachfolge von Dr. Claaß, Chefarzt der Kinderklinik am Städt. Krankenhaus Kiel, an.

Als „erste Amtshandlung“ schreibe ich Sie heute in o.g. Angelegenheit an. Das Bundesgesundheitsministerium hat kürzlich alle Landesgesundheitsministerien angeschrieben und um Beantwortung eines Fragenkataloges (Anlage am Ende dieses Schreibens) zur Versorgungssituation der Kinder und Jugendlichen aus Sicht der Länder gebeten. Sicherlich haben auch Sie diese Fragen erhalten. Es ist aus Sicht des VLKKD sehr zu begrüßen, dass die darin aufgeführten Themen nun zwischen den Ministerien besprochen werden sollen. Gerne möchte ich zu einigen ausgesuchten Fragen des Fragenkatalogs aus Sicht unseres Verbandes Stellung beziehen.

Für Rückfragen stehe ich Ihnen zur Verfügung, falls gewünscht, kann ich gerne auch zu den einzelnen Themen weitere Fakten aus den Kinderkliniken des Landes beitragen.

Mit herzlichen Grüßen aus Itzehoe,

Dr. Georg Hillebrand

Stellungnahme zum Fragenkatalog des BMG zur Versorgungssituation der Kinder und Jugendlichen aus Sicht des Verbands Leitender Kinderärzte und Kinderchirurgen des Landes Schleswig Holstein

Ad I. Stationäre Versorgung

Frage 3. Wie ist die durchschnittliche Auslastung in diesen Kliniken?

Bei der Beantwortung dieser Frage ist zu beachten, dass eine Kinderklinik mit einer Belegung von 70 % als ausgelastet gilt. Auslastungen darüber hinaus gehen dann häufiger mit Verletzungen der hygienischen Zuordnung einher. Mit der zunehmenden Ausbreitung multiresistenter Keime ist diese Belegung in den baulichen Bedingungen der meisten Kinderkliniken noch schwieriger zu erreichen.

10. Haben sich Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin oder die ihnen zugeordneten Intensivbetteneinheiten im vergangenen Jahr von der Versorgung abgemeldet? Wenn ja, wie oft?

Eine zentrale überregionale Erfassung der Abmeldungen von Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin steht für Schleswig Holstein noch nicht zur Verfügung. In einzelnen Bundesländern (Niedersachsen, Hessen) erfasst das IVENA-System sehr detailliert auch stundenweise Abmeldungen einzelner Fachgebiete. Alle anderen "Abmeldungen" sind lokale Informationen an die Rettungsleitstellen, die nicht strukturiert erfasst bzw. dokumentiert werden. Eine alleinige Abfrage nach der Häufigkeit der Abmeldungen wird keinesfalls belastbare Daten generieren, die eine Beurteilung der Versorgungsrealität ermöglicht. Eine generelle Abmeldung einer kompletten Klinik für Kinder- und Jugendmedizin von der Grundversorgung ist nicht möglich, da z.B. selbst über IVENA nur die Rettungsleitstellen informiert werden, die „Laufkundschaft“ sucht natürlich jede Klinik, bei der die Eingangstür nicht geschlossen ist, auf.

Der VLKGD hat in Schleswig Holstein im Okt. 2019 die Chefärzte der Kinderkliniken nach der Häufigkeit von Patientenabweisungen befragt. Dabei berichteten folgende Kliniken über regelmäßig notwendige Abweisungen: Rendsburg, Schleswig, UKSH Kiel (Neuropädiatrie), Städt. KH Kiel, Eutin. Die Kliniken in Itzehoe und Flensburg berichteten vereinzelt notwendige Abweisungen, v.a. in der Infektsaison. In Heide und Neumünster bestand die Notwendigkeit bis dato nicht. Die übrigen Kinderkliniken oder –abteilungen haben nicht geantwortet.

Aus eigener Erfahrung in Itzehoe kann ich zudem seit Dez. 2019 über häufigere Abweisungen bzw. Verlegungen aus der Klinik in Pinneberg berichten, sowie über häufige Anfragen aus den Kliniken Altona und UKE in Hamburg nach Möglichkeit der Übernahme von Patienten aufgrund dortiger Überfüllung.

11. Plädieren Sie für eine bundesweite Meldepflicht bei Abmeldung einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin? Wenn ja/nein, warum?

Ja, Abmeldungen sollten bundesweit erfasst und dokumentiert werden. Gerade in Sondersituationen (z.B. Influenzasaison) zeigt sich eine problematische Ausnahmesituation an den Kliniken in den Bundesländern, in denen bereits erfasst wird. Eine verbesserte Dokumentation könnte zu einer verbesserten Argumentation zur Unterstützung der Kliniken und damit letztlich der Versorgung führen.

Die zentrale Erfassung z.B. für Hessen über das IVENA-System hat sich also dem Grunde nach bewährt, da sie neben der Hauptfunktion als Online-Meldesystem für die Zuweisung von Notfallpatienten an Krankenhäuser mit freien Kapazitäten jederzeit abrufbare und über Zeiträume auswertbare Daten über die Versorgungssituation liefert. Eine Einführung dieses oder ähnlicher, aber kompatibler Systeme würde allein schon aus diesem Grund Sinn machen.

Schwächen, wie die oben erwähnten unstrukturierten, nicht dokumentierten Abmeldungen, müssten dabei möglichst vermieden oder zumindest nachdokumentiert werden.

Einschränkend muss weiterhin angemerkt werden, dass einzelnen Berichten zufolge selbst bei erschöpfter Versorgungskapazität eine Abmeldung und somit Umleitung der Patienten von Klinikleitungen nicht erwünscht sei. Es gab auch Hinweise, dass die Entscheidung, ob eine vorübergehende Abmeldung erfolgt, nicht immer in ärztlicher Hand liege und durch lange Entscheidungsketten erheblich verzögert erfolge (Deutsches Ärzteblatt 13.03.2018, „Meldesystem für Zuweisung von Notfallpatienten verbesserungsbedürftig“).

Trotz dieser Kritikpunkte, an denen ggfls. gearbeitet werden müsste, überwiegen die Vorteile des Systems bei Weitem.

Insbesondere auch im Hinblick auf die geplanten Änderungen des Bundesgesundheitsministeriums zur Notfallversorgung wäre ein bundeseinheitliches oder zumindest länderübergreifend kompatibles Meldesystem ideale Voraussetzung für die gezielte Disposition durch die neuen gemeinsamen Notfallleitstellen, wie sie im geplanten neuen § 133b SGB V gefordert wird.

12. Besteht aus Ihrer Sicht ein Personal- und Bettenmangel in der Kinder- und Jugendmedizin in Ihrem Bundesland? Wenn ja, wie hoch quantifizieren Sie diesen?

Grundsätzlich muss zwischen Personal- und Bettenmangel unterschieden werden. Für die Kinderkliniken in SH berichten die Chefärzte, dass es immer wieder zu Versorgungsengpässen bei der stationären Versorgung von Kindern und Jugendlichen kommt, s.o. Ursächlich dafür sind u.a. die erheblichen Belegungsschwankungen in der Kinder- und Jugendmedizin; in Hochbelegungsphasen auch fehlende Bettenkapazitäten. Dabei ist weniger die physische Bettenanzahl, sondern vielmehr fehlendes Fachpersonal, insbesondere in der Kinderkrankenpflege, aber auch im ärztlichen Bereich, das hauptsächliche Problem.

In einigen Regionen, v.a. bei steigender Entfernung von den Ballungszentren, sind Assistenzarztstellen in der Regel gerade noch besetzbar, teils ohne größere Bewerber/-innen-Auswahl. Allgemeine Oberarztstellen lassen sich teilweise eben noch besetzen, während fachärztliche Zusatzqualifikationen (Schwerpunktweiterbildungen und Zusatzweiterbildungen) meist nur mit großen Schwierigkeiten besetzt werden können. Hier fehlen Ausbildungsbudgets auf allen Ebenen, beginnend bei der Facharztausbildung.

Problematisch ist die Situation in der Weiterbildung für die Subspezialitäten. Hier sind die einzelnen Bereiche in der Kinder- und Jugendmedizin zahlenmäßig sehr klein und verfügen daher in aller Regel nicht über einen eigenen Personalstamm jenseits der Oberarztebene. Eine externe Förderung der Weiterbildung ist aus unserer Sicht die einzige Möglichkeit, sicherzustellen, dass auch in Zukunft hochqualifizierte Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin in den kleineren Subspezialitäten (z.B. päd. Gastroenterologie, päd. Nephrologie, päd. Diabetologie, päd. Endokrinologie, päd. Rheumatologie etc.) in ausreichendem Maße zur Verfügung stehen und die Versorgung sichern. Selbst in den großen Subspezialitäten, wie der Neonatologie, gestaltet sich die Stellenbesetzung außerhalb der Ballungszentren problematisch.

Gravierender ist aber für alle Kliniken der Mangel an Gesundheits- und **Kinder**krankenpflegerinnen. Aktuell ist kaum eine Klinik in der Lage, den Bedarf zu decken. Hierbei muss beachtet werden, wie kurz die „Verweilzeit“ einer Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin im Beruf tatsächlich ist. Die Konsequenz ist, dass einzelne Kliniken eine beträchtliche Anzahl an Patienten jährlich auch in Notfallsituationen für die stationäre Aufnahme ablehnen müssen.

13. Besteht aus Ihrer Sicht ein Personal- und Bettenmangel in der Kinderintensivmedizin und der Neonatologie in Ihrem Bundesland? Wenn ja, wie hoch quantifizieren Sie diesen?

Es gibt Unterschiede zwischen den Bereichen Kinderintensivmedizin und Neonatologie, die gerade in Zentren der Maximalversorgung räumlich und personaltechnisch getrennt arbeiten.

Der Personalmangel insbesondere im Pflegedienst der neonatologischen Intensivstationen ergibt sich aus den Auswertungen im Rahmen des Klärenden Dialogs gem. G-BA-Qualitätssicherungs-Richtlinie

Früh- und Reifgeborene. Hierzu hat der G-BA am 16.01.2020 die Kommentierung zu den Berichten der Lenkungsgruppen über den klärenden Dialog nach § 8 Absatz 11 QFR-RL vom 31. Juli 2019 veröffentlicht.

Danach ist die Zahl der Perinatalzentren, die gegenüber dem G-BA gemeldet haben, die Anforderungen an die pflegerische Versorgung gemäß I.2.2 oder II.2.2 der Anlage 2 QFR-RL nicht zu erfüllen, gegenüber den letzten Halbjahresberichten vom 31. Januar 2019 mit 183 von 213 Perinatalzentren insgesamt gleichgeblieben. Hinsichtlich der Umsetzungsschwierigkeiten bei der Erfüllung der Anforderungen an die pflegerische Versorgung gehen aus den Berichten ähnliche Ursachen wie auch schon in den vorherigen Berichtszeiträumen hervor. Hierzu zählen insbesondere

- fehlende Verfügbarkeit von qualifiziertem Personal am Arbeitsmarkt,
- hohes bzw. unvorhergesehenes Patientenaufkommen (z. B. Mehrlingsgeburten),
- unvorhergesehener, krankheitsbedingter Personalausfall,
- Schwierigkeiten bei der Verlegung von Kindern bei Versorgungsengpässen.

Allein dieser Bericht nur für die neonatologischen Intensivstationen verdeutlicht den Personal- und Bettenmangel.

Für die Pädiatrische Intensivmedizin (andere intensivpflichtige Patienten, nicht Früh- oder Reifgeborene) sowie die Normalpflegestationen in der Kinder- und Jugendmedizin liegen derzeit keine aussagekräftigen Daten zu Personalmangel vor.

Es gibt aber sehr wohl Aussagen, dass der zusätzliche Bedarf in den neonatologischen Intensivstationen aufgrund der QFR-RL zu einer Ausdünnung in den Normalpflegestationen geführt hat, da wegen fehlender Verfügbarkeit von qualifiziertem Personal am Arbeitsmarkt auf hauseigenes Personal aus dem Normalpflegebereich zurückgegriffen werden musste.

15. Welche Aktivitäten haben die Länder unternommen, um bei der Studienplatzvergabe und der Weiterbildung den Beruf der Kinder- und Jugendärztin bzw. des Kinder- und Jugendarztes attraktiv zu machen?

Die hier angesprochene Frage ist nach unserer Einschätzung nicht der zentrale Punkt. Der Beruf ist attraktiv, jedoch sind die Stellenpläne und Budgets der Kliniken aufgrund des wirtschaftlichen Drucks begrenzt und die ärztliche Weiterbildung aus Sicht der Kliniken, die Kinderkliniken betreiben, nicht bzw. nicht ausreichend in den Budgets der Krankenhäuser refinanziert.

16. Bietet das in Ihrem Bundesland für die neue Pflegeberufeausbildung vereinbarte Ausbildungsbudget voraussichtlich einen Anreiz für die Einrichtungen, mehr auszubilden?

Die Tatsache, dass ein gesetzlicher Anspruch auf die vollständige Kostenübernahme für die Pflegeberufeausbildung im 1. Ausbildungsjahr besteht, stellt natürlich einen besseren Anreiz dar. Dass aber die Kosten des 2. und 3. Ausbildungsjahres nicht voll ausfinanziert werden, schwächt diesen Effekt.

17. Wie stellt sich für das Jahr 2020, in dem die neue Pflegeberufeausbildung in Kraft tritt, die Entwicklung der Zahl der Ausbildungsinteressierten dar?

Die Tatsache, dass in der Öffentlichkeit kommuniziert wird, es gebe jetzt nur noch eine „generalistische“ Ausbildung, in der die Krankenpflege-, Kinderkrankenpflege- und Altenpflegeausbildung zusammengeführt werden, führt bei potentiell an der Kinderkrankenpflegeausbildung Interessierten zu einer erheblichen Verunsicherung. Die Möglichkeit der Vertiefung in der Pädiatrie und Spezialisierung in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege im 3. Ausbildungsjahr wird nur dann noch wahrgenommen, wenn die Träger der Ausbildung dies aktiv kommunizieren. Erschwerend hinzu kommt, dass einige Pflegeschulen, die bisher in der

Kinderkrankenpflege ausgebildet haben, nun diese Spezialisierung (nach §§ 58 ff. PflBG) nicht mehr anbieten.

Diese Entwicklung wird vermutlich zu einer erheblichen Verschärfung der Personalsituation in den Kinderkliniken und Kinderabteilungen führen.

Nach einer aktuellen Umfrage des VLKKD könnten ab 2020 bis zur Hälfte der bisherigen Ausbildungsplätze in der Kinderkrankenpflege wegfallen.

18. Welche weiteren Maßnahmen werden in Ihrem Bundesland ergriffen, um mehr Gesundheits- und Krankenpfleger und Kinderkrankenpfleger in den Krankenhäusern auszubilden und die Attraktivität des Berufs zu erhöhen?

Gezielte Maßnahmen dazu sind aus unserer Sicht nicht erkennbar. Eine eindeutige Aufforderung der Landesregierungen an alle Pflegeschulen, die Spezialisierung zur/m Gesundheits- und **Kinderkrankenpfleger/-in** gem. §§ 58 ff. PflBG weiterhin anzubieten und die Zahl der bisher bestehenden Ausbildungsplätze um mindestens 30% zu erhöhen, könnte über einen Zeitraum von 5-10 Jahren das Defizit in der Kinderkrankenpflege entschärfen.

Darüber hinaus bedarf es einer eindeutigen Kommunikation in Form einer öffentlichen Kampagne, dass die Ausbildung zum/r Gesundheits- und **Kinderkrankenpfleger/-in** weiterhin möglich ist, um die Verunsicherung der potentiellen Bewerber/-innen zu beenden.

Ad 2 - Ambulante Versorgung

1. Gibt es Spezialisierungen in der Kinder- und Jugendmedizin, die durch die ambulante Versorgung nicht gedeckt werden können (z.B. Kinderkardiologie, Kinder mit angeborenen Herzfehlern, Kinderherzchirurgie usw.)? Wenn ja, welche?

In der Kinder- und Jugendmedizin gibt es 4 Schwerpunktweiterbildungen und 5 Zusatzweiterbildungen, die unterschiedliche Spezialbereiche des Fachgebietes abdecken. Hinzu kommen weitere Kind-spezifische Fachgebiete, wie Kinderchirurgie, Kinderradiologie, Kinderorthopädie etc..

Im Gegensatz zu erwachsenen Patienten erfolgt bei spezialärztlichem Bedarf die Versorgung von Kindern und Jugendlichen nicht schwerpunktmäßig durch *niedergelassene* Kinder- und Jugendärzte/-innen, sondern häufig durch persönlich *an der Klinik ermächtigte* Kinder- und Jugendärzte/-innen. Dies sind Kinder- und Jugendärzte mit einer der o.g. Schwerpunkt- oder Zusatzweiterbildung (Kinderkardiologie, Kindergastroenterologie, Kinderonkologie, etc.). Diese Ärzte für Kinder- und Jugendliche sind auf die spezifischen, angeborenen oder chronischen Erkrankungen im Kindesalter hochspezialisiert.

Im Gegensatz zur sog. Erwachsenenmedizin, wo in der Spezialisierung sowohl im Krankenhaus als auch in der Praxis gearbeitet wird, gibt es für Kinder keine solche doppelte Facharztstruktur. Eine alleinige ambulante Versorgung dieser Patientengruppe durch niedergelassene Vertragsärzte in der Kinder- und Jugendmedizin ist unmöglich. Ermächtigungen werden von den Zulassungsausschüssen jedoch zeitlich begrenzt (nur über 2 Jahre), altersbegrenzt (z.B. nur Pat. unterhalb von 12 Jahren), Fallzahl-begrenzt oder EBM-Ziffer-begrenzt und ohne klare Kriterien-Vorgaben vergeben. Das betrifft in unterschiedlichem Ausmaß alle Subspezialitäten für Kinder und Jugendliche.

Es entstehen zunehmend Versorgungslücken, -probleme und -verzögerungen, die vermieden werden müssen. Es kommt zu inadäquaten Behandlungen von Kindern und Jugendlichen durch Erwachsenenmediziner, was unbedingt vermieden werden muss. Familien fehlt es an der notwendigen Versorgungssicherheit, insbesondere Versorgungskontinuität für ihre chronisch oder schwer erkrankten Kinder in ihrer Region. Kinder und Jugendliche dürfen in der medizinischen

Versorgung nicht mehr schlechter gestellt werden, als Erwachsene. Auch Kinder und Jugendliche haben das Recht auf einen zeitnahen Termin bei dem möglichst wohnortnahen Kinder-Spezialisten.

Spezialambulanzen sind außerdem als Ort der Weiterbildung für spezialisierte Kinder- und Jugendärzte/-innen unverzichtbar, da die Spezialisierung nahezu ausschließlich an Krankenhäusern erfolgt und immer mehr Leistungen gerade bei Kindern ambulant erbracht werden. Aufgrund der Verpflichtung von persönlich Ermächtigten zur höchstpersönlichen Leistungserbringung ist ihnen Weiterbildung in der Ambulanz aber nicht möglich, sehr wohl aber in Institutsambulanzen, die es derzeit nicht gibt, die aber erstrebenswert wären.

2. Welche Informationen liegen Ihnen darüber vor, dass Ermächtigungen trotz bestehenden Versorgungsbedarfs nicht erteilt wurden? Wie viele Ablehnungen von Ermächtigungen sind Ihnen – differenziert nach den einzelnen Ermächtigungstatbeständen – bekannt und wie werden diese begründet?

Wir gehen davon aus, dass die Landesministerien darüber keine Kenntnis haben, da die Planung der ambulanten Versorgung gar nicht in den Zuständigkeitsbereich der Länder fällt. Dem BMG liegen dazu allerdings bereits seit Anfang des Jahres 2020 zahlreiche Berichte aus dem gesamten Bundesgebiet vor. Diese Berichte aus insgesamt 109 Kliniken für Kinder und Jugendliche (von insgesamt rd. 320 Fachabteilungen) waren vom BMG über die Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland (GKinD) e.V. angefordert worden. Da es sich um vertrauliche, teilweise personenbezogene Daten (persönliche Ermächtigungen!) handelt, ist GKinD derzeit nur autorisiert, diese Informationen an das BMG weiterzugeben.

3. Welche Kenntnis haben Sie darüber, dass Ermächtigungen von Kinder- und Jugendambulanzen wieder zurückgenommen, eingeschränkt oder nach Zeitablauf nicht erneut erteilt wurden?

s. dazu unter 2. Die Liste differenziert allerdings nicht zwischen gar nicht erteilten oder zurückgenommenen oder eingeschränkten Ermächtigungen.

4. Woran liegt es aus Ihrer Sicht, dass die für diesen Fall bereits vorgesehenen und gesetzlich geregelten Ermächtigungsmöglichkeiten nicht in hinreichendem Maße wahrgenommen werden?

Ursächlich ist das Verfahren bei der Erteilung von Ermächtigungen durch die Zulassungsausschüsse. Der gesetzlich festgelegte Vorrang der ambulanten Leistungserbringung möglichst durch Vertragsärzte, ist bei der spezialärztlichen Versorgung von Kindern oft nicht zielführend. So reicht es z.B. aus, wenn in der Anhörung zu einem Ermächtigungsantrag beispielsweise in der Kardiologie ein Erwachsenen-Kardiologe behauptet, Kinder auch versorgen zu können, und der Antrag wird abgelehnt oder erheblich eingeschränkt. Eine Überprüfung der Qualifikation des Erwachsenen-Kardiologen erfolgt nicht, obwohl allgemein bekannt sein dürfte, dass es Erwachsenen-Kardiologen an der fachlichen Kompetenz zur Betreuung von Patienten mit angeborenen Herzfehlern mangelt.

5. In welchen medizinischen Fachgebieten kann ein spezialisierter kinder- und jugendmedizinischer Behandlungsbedarf aus Ihrer Sicht nicht hinreichend durch Vertragsärztinnen und Vertragsärzte und medizinische Versorgungszentren gedeckt werden?

Bundesweit trifft dies praktisch auf alle Fachgebiete zu. Selbstverständlich gibt es auch Regionen, in denen sowohl die KVen als auch der Zulassungsausschuss vernünftige Entscheidungen zu Ermächtigungsanträgen treffen. Das ist allerdings eher die Ausnahme.

Diese Willkür muss beendet werden, um die spezialärztliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen möglichst wohnortnah, zeitnah und ohne zusätzliche Barrieren und Umwege sicher zu

stellen. Das ist u.E. mit **Kinder-Institutsambulanzen** an Kliniken für Kinder- und Jugendliche zu realisieren, die per Gesetz und im Rahmen ihres Versorgungsauftrages ermächtigt sind.

Ad 3 - Finanzierung

1. Gibt es Probleme bei der Finanzierung der Versorgungsleistungen in der stationären Kinder- und Jugendmedizin?

Ja, es gibt erhebliche Probleme insbesondere bei der Finanzierung der besonders hohen Vorhaltekosten von Fachabteilungen für Kinder und Jugendliche (zur Begründung siehe weiter unten unter 3.4.).

4. Worauf sind Ihrer Meinung nach diese Defizite zurückzuführen?

Die Ursachen sind vielfältig und größtenteils systembedingt:

- a. Kostensenkungsdruck im stationären Bereich: Die Budgetanpassung im stationären Bereich an die allgemeine Kostenentwicklung ist seit vielen Jahren gedeckelt. Sie durfte den Anstieg der sog. Grundlohnsumme / Veränderungsrate nicht übersteigen. Damit waren jedoch insbesondere die Tarifsteigerungen im Personalbereich und i.d.R. auch die Sachkostensteigerungen nicht abgedeckt. Hieraus entstand ein enormer Kostensenkungsdruck auf alle Krankenhäuser.
- b. Fallzahlsteigerung im stationären Bereich: Diesen Kostensenkungsdruck konnten die meisten Kliniken kompensieren, weil die Fallzahlen kontinuierlich angestiegen sind. Demographische Aspekte mit Zunahme der Morbidität im höheren Alter sind hierfür sicherlich partiell verantwortlich zu machen. Öffentlich diskutiert wurde darüber hinaus, in wie fern Fehlanreize im DRG-System für den Erwachsenen-Bereich begründet liegen, ob beispielsweise unnötige, nicht medizinisch indizierte Operationen durchgeführt werden, um die Fallzahlen ebenso wie Erlöse weiter zu steigern. Allein in der Zeit von 2005 bis 2012 betrug die Fallzahlsteigerung in der Patientengruppe von 20 bis 95 Jahre und älter 14,4 %.
- c. Fallzahlsteigerung für Kinderkliniken nicht möglich: Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr machen - mit leicht sinkender Tendenz - nur noch rund 16% der Gesamtbevölkerung aus. Im Jahr 2015 gab es 1.170.037 vollstationäre Fälle von Kindern und Jugendlichen bis 18 Jahren in pädiatrischen, kinderchirurgischen und kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen. Das sind 6,08 % der stationären Fallzahlen. Die Rate der stationären Einweisungen ist im internationalen Vergleich relativ niedrig. In Großbritannien wird 1 von 3 Kindern im 1. Lebensjahr mindestens 1 x stationär aufgenommen. Kinderkrankenhäuser oder kinder- und jugendmedizinische Fachabteilungen stehen in einem wirtschaftlich ungleichen Wettbewerb zu entsprechenden Fachabteilungen der Erwachsenen-Medizin. Denn während letztere auch Kinder und Jugendliche behandeln dürfen, sind sie auf die Versorgung eines Bruchteils der Bevölkerung beschränkt. Wegen dieser Beschränkung und der Tatsache, dass die Geburtenzahlen tendenziell wieder rückläufig sind, konnten die Fallzahlen in Kinderkliniken nicht gesteigert werden. Eine Fallzahlsteigerung durch Ausweitung der Indikationen ist in der Pädiatrie auch aus ethischen Gründen auch in Kliniken mit bester Leistungsqualität nicht möglich. Den Kinderkliniken fehlt deshalb eine entsprechende Kompensationsmöglichkeit, um die Budgetdeckelung abzufangen. Dies war und ist weiterhin ausschließlich denjenigen Abteilungen vorbehalten, die erwachsene Patienten versorgen. Hätten Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in gleicher Weise ihre Fallzahlen steigern können, wären ihre Einnahmen in 2012 um mindestens 550 Millionen € höher gewesen. Diese Zahl verdeutlicht die Dimension des Effektes aus der nicht möglichen Fallzahlsteigerung.
- d. Gewinner- / Verlierer-Abteilungen: Innerhalb eines Krankenhauses, das diverse Fachabteilungen betreibt, haben sich klassische Gewinner- und Verlierer-Abteilungen herausgebildet. Anspruch des DRG-Systems ist es jedoch seit seiner Einführung, medizinische Leistungen im erforderlichen Umfang und mit bestmöglicher Qualität abzubilden. Ein „gerechtes“ Vergütungssystem müsste dazu führen, dass es keine systembedingten Gewinner und Verlierer gibt. Lediglich der

- Unterschied zwischen wirtschaftlichen und unwirtschaftlichen Kliniken oder Abteilungen dürfte sichtbar werden. Es werden also offensichtlich Leistungen systematisch überfinanziert und andere wiederum systematisch unterfinanziert.
- e. Problematik Finanzierung von Vorhaltekosten im Fallpauschalensystem: Die Kalkulationsdaten für das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK GmbH) werden methodisch als korrekt angesehen. Die Ursache liegt deshalb in der ausschließlichen Leistungsvergütung über ein Fallpauschalensystem, welches notwendige Vorhaltekosten nicht berücksichtigt. Die Kosten von Krankenhäusern lassen sich grob (wie die eines jeden Unternehmens) in Fixkosten (von der Leistungszahl unabhängige Vorhaltekosten) und variable Kosten (leistungsabhängige Kosten) unterteilen. Die variablen Kosten werden mit Fallpauschalen grundsätzlich adäquat vergütet, soweit sie vom InEK überhaupt kalkulierbar sind. Schwierig wird es bei der Vergütung von Vorhaltekosten. Kliniken mit überdurchschnittlich hohen Vorhaltekosten werden eher unterfinanziert sein und Kliniken mit unterdurchschnittlichen Vorhaltekosten werden tendenziell Gewinne erwirtschaften. Die Gründe für mehr oder weniger hohe Vorhaltekosten sind vielfältig. Ein wesentlicher Faktor für die Höhe der Vorhaltekosten ist die Planbarkeit der Leistung.
 - f. DRG-System ist ausgerichtet auf Durchschnittskliniken: Die Bewertungen der Fallpauschalen im DRG-System sind Durchschnittswerte auf Basis der Kosten in denjenigen Häusern, die sich an der Kalkulation durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK GmbH) beteiligt haben. Das macht deutlich, dass das System ausgerichtet ist auf Durchschnittskliniken (durchschnittliche Fallzahl, durchschnittlicher Schweregrad = 1,0, durchschnittliches Leistungsspektrum, durchschnittliche Kostenstruktur etc.). In einer solchen Durchschnittsklinik wären also theoretisch die Vorhaltekosten für die zu erbringenden Leistungen refinanziert.
 - g. Vorhaltekosten in Kinderkrankenhäusern und Kinderabteilungen oft überproportional hoch: Kinder- und jugendmedizinische Einrichtungen sind aufgrund ihrer hohen Vorhaltekostenanteile erheblich benachteiligt. Warum sind die Vorhaltekosten höher? Die Kinder- und Jugendmedizin hat mit einer enorm hohen Anzahl akut auftretender Erkrankungen (Notfallquote) zu kämpfen. Dies zeigt sich u.a. auch in starken unterjährigen Belegungsschwankungen. Es werden nur zu einem geringen Anteil (ca. 20%) planbare Leistungen erbracht. Pädiatrische Abteilungen decken ein weit überdurchschnittlich breites Leistungsspektrum (i.d.R. zwischen 400 bis 500 unterschiedliche DRGs) ab. Abteilungen der Erwachsenenmedizin decken lediglich ein Spektrum von 50 bis 300 unterschiedlichen DRGs ab, wobei der Durchschnitt unterhalb 200 DRGs liegt. Auch dies erhöht zwangsläufig die Vorhaltekosten für die adäquate Versorgung von Kindern und Jugendlichen.
 - h. Seltene, nicht kalkulierbare Leistungen: Daneben existiert noch das Problem der selten vorkommenden, oft teuren, aber aufgrund der geringen Fallzahlen nicht kalkulierbaren Leistungen. Für diese Leistungen existieren dann oft keine adäquaten DRGs. Kliniken der Maximalversorgung, also große Kinderkliniken, Universitätskinderkliniken, spezialisierte Kinderkliniken oder –abteilungen mit einem überdurchschnittlichen Anteil solcher Leistungen erhalten dadurch eine inadäquate Vergütung.
 - i. Kaum Wahlleistungserlöse: Der ungleiche Wettbewerb für Kinderkliniken wird zudem auch noch dadurch verschärft, dass die Erwachsenen-Medizin über Möglichkeiten der Erlössteigerung durch Wahlleistungen verfügt: Gewinne aus Zuschlägen für 1- und 2-Bettzimmer sowie Liquidationserlöse bei Privatpatienten. Dies führt regelmäßig zu zusätzlichen Einnahmen im Millionenbereich neben den Fallpauschalen. Diese Möglichkeit, zusätzliche Einnahmen zu generieren, fehlt in der Pädiatrie weitgehend.

5. Werden Ihrer Meinung nach durch das Pflegebudget im Jahr 2020 Kinderkliniken finanziell besser gestellt als bisher?

Da jede zusätzliche Stelle in der Pflege refinanziert wird, werden theoretisch natürlich auch die Kinderkliniken in diesem Bereich insoweit bessergestellt. Allerdings ist derzeit noch nicht absehbar, wie sich die Umstellung des DRG-Vergütungssystems und die damit einhergehende Ausgliederung des Pflegebudgets im Detail tatsächlich auf das Klinikbudget auswirkt. Das werden die wenigsten

Kliniken aktuell sicher beantworten können. Leider hat aber die restriktive Politik der vergangenen Jahrzehnte dazu geführt, dass Stellen und Ausbildungsstellen in der Kinderkrankenpflege abgebaut wurden und daher aktuell auf dem Arbeitsmarkt nun keine Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekräfte mehr verfügbar sind. Dies ergibt sich auch aus den Auswertungen im Rahmen des Klärenden Dialogs gem. G-BA-Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene. Was nützt also letztlich in der Praxis das Pflegebudget, wenn das zusätzlich erforderliche Personal nicht existiert? Das ist dem BMG bekannt. Nicht ohne Grund versucht man verzweifelt, Pflegepersonal im Ausland zu rekrutieren. Nur durch eine deutliche Steigerung der Ausbildungskapazitäten lässt sich dieses Problem langfristig lösen und werden die Kinderkliniken auch wirklich bessergestellt.

6. Ist gewährleistet, dass Kinderkliniken keine Betriebsmittel für Investitionen aufwenden müssen?

Nein, die Bundesländer kommen ihren Investitionsverpflichtungen auch in Kliniken für Kinder- und Jugendliche nur unzureichend nach. Somit müssen notwendige Investitionen selbstverständlich auch in Kinderkliniken immer wieder aus Betriebsmitteln finanziert werden.

27. Feb. 2020, Dr. Georg Hillebrand

Anlage

Vollständiger Fragenkatalog des BMG an die Länder zur Versorgungssituation der Kinder und Jugendlichen aus Sicht der Länder

1. Stationäre Versorgung

1. Wie viele Einrichtungen und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin befinden sich in Ihrem Land?
2. Wie viele davon sind gleichzeitig verbunden mit einer Fachabteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe?
3. Wie ist die durchschnittliche Auslastung in diesen Kliniken?
4. Wie viele Einrichtungen und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin wurden in den Jahren 2017-2019 geschlossen und was waren die Gründe dafür?
5. Von wem ging die Initiative zur Schließung aus: vom Träger oder vom Land?
6. Sind Schließungen von Einrichtungen und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin aus Mitteln des Krankenhausstrukturfonds gefördert worden?
7. Wie war die Auslastung der geschlossenen Fachabteilungen in den letzten fünf Jahren vor der Schließung?
8. Gab es bei den Schließungen weitere Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin in einem Umkreis von 30 bis 40 PKW Fahrzeitminuten?
9. Wie stellen Sie die Kinderversorgung nach einer Schließung weiter sicher?
10. Haben sich Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin oder die ihnen zugeordneten Intensivbetteneinheiten im vergangenen Jahr von der Versorgung abgemeldet? Wenn ja, wie oft?
11. Plädieren Sie für eine bundesweite Meldepflicht bei Abmeldung einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin? Wenn ja/nein, warum?
12. Besteht aus Ihrer Sicht ein Personal- und Bettenmangel in der Kinder- und Jugendmedizin in Ihrem Bundesland? Wenn ja, wie hoch quantifizieren Sie diesen?
13. Besteht aus Ihrer Sicht ein Personal- und Bettenmangel in der Kinderintensivmedizin und der Neonatologie in Ihrem Bundesland? Wenn ja, wie hoch quantifizieren Sie diesen?
14. Was sind Ihre konkreten Vorhaben, um diese Mängel zu beheben?
15. Welche Aktivitäten haben die Länder unternommen, um bei der Studienplatzvergabe und der Weiterbildung den Beruf der Kinder- und Jugendärztin bzw. des Kinder- und Jugendarztes attraktiv zu machen?
16. Bietet das in Ihrem Bundesland für die neue Pflegeberufausbildung vereinbarte Ausbildungsbudget voraussichtlich einen Anreiz für die Einrichtungen, mehr auszubilden?

17. Wie stellt sich für das Jahr 2020, in dem die neue Pflegeberufeausbildung in Kraft tritt, die Entwicklung der Zahl der Ausbildungsinteressierten dar?

18. Welche weiteren Maßnahmen werden in Ihrem Bundesland ergriffen, um mehr Gesundheits- und Krankenpfleger und Kinderkrankenpfleger in den Krankenhäusern auszubilden und die Attraktivität des Berufs zu erhöhen?

2. Ambulante Versorgung

1. Gibt es Spezialisierungen in der Kinder- und Jugendmedizin, die durch die ambulante Versorgung nicht gedeckt werden können (z.B. Kinderkardiologie, Kinder mit angeborenen Herzfehlern, Kinderherzchirurgie usw.)? Wenn ja, welche?

2. Welche Informationen liegen Ihnen darüber vor, dass Ermächtigungen trotz bestehenden Versorgungsbedarfs nicht erteilt wurden? Wie viele Ablehnungen von Ermächtigungen sind Ihnen – differenziert nach den einzelnen Ermächtigungstatbeständen – bekannt und wie werden diese begründet?

3. Welche Kenntnis haben Sie darüber, dass Ermächtigungen von Kinder- und Jugendambulanzen wieder zurückgenommen, eingeschränkt oder nach Zeitablauf nicht erneut erteilt wurden?

4. Woran liegt es aus Ihrer Sicht, dass die für diesen Fall bereits vorgesehenen und gesetzlich geregelten Ermächtigungsmöglichkeiten nicht in hinreichendem Maße wahrgenommen werden?

5. In welchen medizinischen Fachgebieten kann ein spezialisierter kinder- und jugendmedizinischer Behandlungsbedarf aus Ihrer Sicht nicht hinreichend durch Vertragsärztinnen und Vertragsärzte und medizinische Versorgungszentren gedeckt werden?

3. Finanzierung:

1. Gibt es Probleme bei der Finanzierung der Versorgungsleistungen in der stationären Kinder- und Jugendmedizin?

2. Wie viele Kinderkrankenhäuser und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin wirtschaften auskömmlich?

3. Wie viele Kinderkrankenhäuser und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin weisen Defizite auf?

4. Worauf sind Ihrer Meinung nach diese Defizite zurückzuführen?

5. Werden Ihrer Meinung nach durch das Pflegebudget im Jahr 2020 Kinderkliniken finanziell bessergestellt als bisher?

6. Ist gewährleistet, dass Kinderkliniken keine Betriebsmittel für Investitionen aufwenden müssen?

7. Ist quantifizierbar, welcher Anteil der Investitionsfördermittel auf Einrichtungen und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin entfällt?

8. Ist auch im Rahmen einer Pauschalförderung eine gezielte Förderung von Einrichtungen und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin möglich?



Petition 98930

Patientenrechte - Beendigung der Benachteiligung von Kindern und Jugendlichen in der medizinischen Versorgung/Sicherstellung der Betreuung gemäß den Vorgaben der UN-Kinderrechtskonvention

Text der Petition	Der Deutsche Bundestag möge beschließen, die Benachteiligung von Kindern und Jugendlichen in der medizinischen Versorgung zu beenden und sicherstellen, dass die medizinische und pflegerische Betreuung von Kindern und Jugendlichen den Vorgaben der UN-Kinderrechtskonvention gerecht wird.
Begründung	<p>Wir erleben jeden Tag mit großer Sorge, dass Eltern aufgrund einer verfehlten Bedarfsplanung keine Kinder- und JugendärztInnen mehr finden oder nicht selten wochenlang auf einen Termin warten müssen. Die Versorgungsqualität in den Kinder- und Jugendarztpraxen, Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin sowie im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Kinderchirurgie ist akut gefährdet: Strukturelle Defizite, ein zunehmender Wirtschaftlichkeitsdruck und vor allem ein sich absehbar verschärfender Mangel an Fachkräften können bereits jetzt nicht mehr kompensiert werden. Es gibt zu wenig Nachsorgestrukturen (z. B. niedergelassene spezialärztliche Praxen oder Spezial-Ambulanzen), die gerade im frühen Kindesalter und bei chronischen und seltenen Erkrankungen dringend benötigt werden.</p> <p>Deswegen fordern wir den Gesetzgeber auf, zeitnah Maßnahmen zu ergreifen, die die Benachteiligung von Kindern und Jugendlichen beim Zugang zur medizinischen Versorgung zu beenden. Dabei sollten vor allem folgende Punkte und Forderungen umgesetzt werden:</p> <ul style="list-style-type: none">•Schaffung bzw. Sicherstellung sowie Finanzierung einer bedarfsgerechten pädiatrischen Versorgung•Sicherstellung einer bedarfsgerechten Kinderkrankenpflege•Erhöhung der Ärztezah im Öffentlichen Gesundheitsdienst•Erhöhung der Anzahl der Studienplätze in der Humanmedizin•Förderung der Weiterbildung zum Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin sowie zum Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie analog zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin•Sicherstellung des Betriebs von Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin•Vorbeugende Arzneimittelsicherheit für Kinder <p>Die die Bundesrepublik Deutschland in die Pflicht nehmenden Vorgaben aus der UN-Kinderrechtskonvention stimmen leider zunehmend weniger mit der Realität in deutschen Praxen und Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin überein. Kinder haben ein Recht darauf, genauso gut gepflegt zu werden wie Erwachsene!</p> <p>Die DAKJ als Dachverband der konservativen und operativen kinder- und jugendmedizinischen Verbände und Gesellschaften fordert die Politik deshalb mit Nachdruck auf, die Benachteiligung von Kindern und Jugendlichen zu beenden. Bei</p>

zukünftigen Gesundheitsreformen muss besonderes Augenmerk auf die Sicherung der medizinischen und pflegerischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen in den Kliniken, in den Praxen und im ÖGD gelegt werden. Wenn das hohe Versorgungsniveau in der Kinder- und Jugendmedizin erhalten werden soll, bedarf es dringend einer Neuregelung der Finanzierungssystematik sowie wirksamer Maßnahmen zur Bekämpfung des Ärzte- und Pflegekräftemangels in der Kinder- und Jugendmedizin, um für alle Beteiligten planungssichere und verlässliche Strukturen zu schaffen. Statt einer den Mangel verwaltenden und verfestigenden Bedarfsplanung brauchen wir eine bedarfsgerechte medizinische Versorgungsplanung, die den Vorgaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entspricht.