

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

Stand 25.04.2024

Wir danken für die Möglichkeit, aus Sicht der wissenschaftlichen Kinder- und Jugendmedizin zum oben genannten Entwurf Stellung nehmen zu können. Die grundsätzliche Intention des Gesetzgebers, mit dem KHVVG eine leistungsgerechte Finanzierung einer qualitätsgesicherten stationären Versorgung zu erreichen, begrüßen wir und bedanken uns für die Möglichkeit einer Stellungnahme. Die Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung hat sich u. a. in ihrer ersten, dritten und sechsten Stellungnahme mit der konservativen und operativen Kinder- und Jugendmedizin befasst. Wir schließen uns den Empfehlungen der Regierungskommission an.

Wir verweisen auf die Stellungnahme der AWMF, die allgemeine Aspekte des Referentenentwurfs adressiert, und beschränken uns auf die spezifischen Aspekte der konservativen und in Teilen der operativen Kinder- und Jugendmedizin. Die Stellungnahme der DGKJ wird von der Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland (GKinD), der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendchirurgie (DGKCH) und vom Verband Leitender Kinder- und Jugendärzte und Kinderchirurgen Deutschlands (VLKKD) unterstützt.

Zuschläge für Pädiatrie und Geburtshilfe ab 2025 (Seite 4)

Aktuell werden die Zuschläge für die Pädiatrie allen Kliniken, die Kinder und Jugendliche älter als 28 Tage und jünger als 16 Jahre behandeln, gewährt. 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. Dieses ist nur in einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin bzw. -chirurgie möglich. Daher sollte das gesteigerte Erlösvolumen 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.

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). Das kürzlich von Prof. Dr. Bschor vorgestellte Simulationsmodell zu Auswirkungen der geplanten Krankenhausreform (Ärzteblatt, 19.04.2024) zeigt einen Mangel an Standorten von Kinder- und Jugendmedizin sowie -chirurgie. Sollte die Orientierung an Leistungsgruppen dazu führen, dass der ökonomische Druck auf Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin sowie -chirurgie nicht abnimmt, so sind die Zuschläge über das Jahr 2026 hinaus zu verstetigen.

Leistungsgruppen (Seite 27, Anlage 2)

Die Bindung an Leistungsgruppen (LG) muss den Besonderheiten des Fachgebietes Rechnung tragen. Die Leistungsgruppensystematik aus Nordrhein-Westfalen (§ 135 e, Anlage 1) mit der nicht im Detail definierten LG Spezielle Kinder- und Jugendmedizin ist dazu aus Sicht der Kinder- und Jugendmedizin bei weitem nicht differenziert genug.

Wir begrüßen daher ausdrücklich die im Referentenentwurf aufgeführte Differenzierung der LG Spezielle Kinder- und Jugendmedizin (§ 135 e, Anlage 2, LG.-Nr. 47), die im Wesentlichen der 3. Empfehlung der Regierungskommission zur Krankenhausreform entspricht. Allerdings folgt die dort aufgeführte Systematik nicht der aktuellen Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer M-WBO). Im Gesetz sollten alle Weiterbildungsoptionen (Schwerpunktweiterbildung, Zusatzweiterbildung) einheitlich als Schwerpunkte benannt werden. Die aufgeführten Schwerpunkte sind in der M-WBO allerdings nicht alle benannt, zudem gibt es Zusatzweiterbildungen in der M-WBO, die in Anlage 2 nicht benannt sind. Bei der Benennung von Zusatzqualifikationen sollten auch europäische Weiterbildungszertifikate neben den im G-BA bereits in Richtlinien benannten Qualitätskriterien (§ 136 SGB V, z. B. zertifiziertes internes Typ B (Fach-)Zentrum für Seltene Erkrankungen, s. S. 105) Berücksichtigung finden. Diese Regelungen gelten für eine Übergangszeit bis zum Inkrafttreten einer Rechtsverordnung. Bei der Erstellung dieser Rechtsverordnung muss die DGKJ beteiligt werden.

Mindestvoraussetzung der LG 47 ist das Vorhalten eines der o.g. Schwerpunkte. Die personelle Ausstattung wird mit 5 FÄ (VZÄ), davon 3 FÄ (VZÄ) mit Zusatzqualifikation im Schwerpunkt beschäftigt, festgelegt. 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. Eine solche Festlegung mag für die LG der Erwachsenenmedizin sinnvoll sein, für die Schwerpunkte der Pädiatrie sind sie nicht notwendig; 3 FÄ sind auch nicht notwendig, um eine zeitlich umfängliche Versorgung in einer LG sicherzustellen. Hier muss eindeutig festgelegt werden, dass die 3 FÄ verschiedene Zusatzqualifikationen haben können. Alternativ kann die Schwerpunktdefinition an der Weiterbildungsermächtigung /-befugnis durch die Ärztekammern festgemacht werden, in der Strukturqualität über u. a. Fachpersonalvorhaltung abgebildet ist.

Berufsbezeichnung Kinderkrankenpflege (Seite 27 u. 29, Anlage 2, LG 16 und LG 47)

Bei den sonstigen Struktur- und Prozesskriterien in LG 47 ist die „Kinderkrankenpflegeausbildung“ benannt. Das Pflegeberufegesetz (§ 59) eröffnet die Wahlmöglichkeit zur Ausbildung in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und in der Generalistischen Ausbildung mit dem Vertiefungsschwerpunkt „Pädiatrie“. Die Berufsbezeichnung Kinderkrankenpflege muss dahingehend präzisiert werden, d. h. Ausbildung zur Gesundheits- und Kinderkrankenpflegefachperson nach dem § 58ff. Pflegeberufegesetz oder zur Pflegefachperson mit Vertiefungseinsatz im speziellen Bereich der pädiatrischen Versorgung nach Teil 2 des Pflegeberufegesetzes). Gleiches sollte auch für die LG 16 gelten.

Kinder-Institutsambulanz (KIA) Integration in §118 (§115g, Seite 8)

In der 6. Stellungnahme der Regierungskommission wird die Etablierung von Institutsambulanzen für Kinder und Jugendliche (KIA) in den Schwerpunktbereichen der Pädiatrie analog empfohlen. Ein großer Teil von Kindern und Jugendlichen mit schweren bzw. komplexen Krankheitsbildern wird in Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin bzw. -chirurgie 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 für 2 Jahre. Fachärztliche Weiterbildung ist wegen der Verpflichtung der persönlichen Leistungserbringung nicht möglich. Analog zu den im SGB V etablierten psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA, § 118) ggf. auch geriatrischen Institutsambulanzen (GIA, §118a) sollte für Kinder und Jugendliche, die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung oder wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärztinnen/Ärzte (im Schwerpunkt tätige Vertragsärztinnen/-ärzte für Kinder- und Jugendmedizin) auf die Behandlung durch Kliniken angewiesen sind, eine Kinder-Institutsambulanz (§118b) eingerichtet werden können. Dieses gilt für die konservative wie auch die operative Kinder- und Jugendmedizin. Ein Überweisungsvorbehalt in der Regel von Vertragsärzte/-innen für Kinder- und Jugendmedizin ist sinnvoll.

Eine Einordnung der KIA in §§ 115, 116 ist nicht passgenau, da diese allgemeinmedizinische Institutsambulanzen zur Schaffung einer vernetzten, interdisziplinären Grundversorgung ermöglichen sollen. Die Grundversorgung soll in den Händen der niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten/Ärztinnen verbleiben.

InEK-Kriterien (Seite 62, 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 den Standort von Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin weiter gefährden. Die Implementierung von Zertifikatskriterien in die Definition spezieller Leistungsgruppen sehen wir kritisch.

Prüfungen durch den Medizinischen Dienst (Seite 118)

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. Im Übrigen verweisen wir auf die Stellungnahme der AWMF.

Aufhebung der unteren Grenzverweildauer

In der Kinder- und Jugendmedizin sollten die Abschlüsse wegen Unter- bzw. Überschreitung der unteren und oberen 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 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:

Deutsche Gesellschaft Pädiatrische Infektiologie e.V. (DGPI)

Gesellschaft für Pädiatrische Allergologie und Umweltmedizin e.V. (GPA)

Gesellschaft für pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung e.V. (GPGE)

Gesellschaft für Pädiatrische Nephrologie e.V. (GPN)

Gesellschaft für Pädiatrische Radiologie e.V. (GPR)

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