

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 Erwachsenenendisziplinen 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