

Politische Forderungen für Kliniken/Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin

In Deutschland gibt es 14 Millionen Kinder und Jugendliche (ca. 16,6% der Bevölkerung), für die nur noch 323 Kliniken/Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin aufgrund Schließungen durch chronischer Unterfinanzierung zur Verfügung stehen. D.h. in der Pädiatrie hat bereits seit Jahren ein enormer Konsolidierungs- und Konzentrationsprozess stattgefunden, der jetzt ein bedrohliches Maß hinsichtlich der nicht nur wohnortnahen gesundheitlichen Versorgung erreicht hat und gestoppt werden muss. Im Vergleich zu 2019 sind bis 2023 weiterhin pädiatrische Betten abgebaut worden (- 4,7 %) (Dt. Ärzteblatt 2025 122;14:669). Die im Bundestag beschlossene Krankenhausreform mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) und im Referentenentwurf (Bearbeitungsstand 30.07.2025) vorliegenden Krankenhausreformen (KHAG) werden zu grundlegenden Veränderungen in der stationären Versorgung der Bevölkerung führen. Die Pädiatrie droht dabei strukturell unterrepräsentiert zu bleiben. Kliniken/Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin in Deutschland kämpfen u.a. mit Fachkräftemangel, weiter zunehmenden ökonomischem Druck, ungenügender Abbildung der Differenziertheit des Fachgebietes unzureichender Finanzierung der Weiterbildung und zunehmenden Versorgungsengpässen.

Unser Appell

Die geplante Krankenhausreform-Anpassung **muss** die spezifischen Belange der Kinder- und Jugendmedizin berücksichtigen. Alle zeichnenden Verbände fordern eine verbindliche Aufnahme pädiatrischer Sicherstellungsziele in das KHVVG, resp. KHAG. Wir und alle o.g. Verbände stehen als fachlich fundierte Gesprächspartner bereit um tragfähige Lösungen für die Versorgung unserer jüngsten Patientinnen und Patienten zu entwickeln. Wir appellieren dringend an Sie: Überarbeiten Sie die Krankenhausreform so, dass Kinder und Jugendliche nicht benachteiligt werden. Die medizinische Versorgung unserer Kinder und Jugendlichen muss jetzt eine Selbstverständlichkeit sein – nicht ein blinder Fleck in der Planung oder eine Aufgabe für die Zukunft.

Zentrale Forderungen an die Politik bzw. Krankenhausreformen sind:

Die UN-EACH Charta ist umzusetzen. Diese gilt für alle Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr. Dies ist in den Gesetzesänderungen durchgängig einzuhalten.

1. Kindermedizin strukturell absichern

- Kliniken/Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin müssen als eigene Versorgungsstruktur im KHVVG resp. KHAG benannt und abgesichert werden.
- Eine bedarfsgerechte Vorhaltefinanzierung muss unabhängig von Fallzahlen erfolgen.
- Versorgungsgarantien für Kliniken/Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin in ländlichen Regionen sind gesetzlich abzusichern.

2. Finanzierung kindgerecht gestalten

- Eigenständige Kalkulation pädiatrischer Leistungen statt Pauschalierung über DRGs. (siehe auch: <https://www.buendnis-kjg.de/stellungnahmen/positionspapier-fachaerztliche-weiterbildung/>)
- Refinanzierung von Zeitaufwand für Betreuung, Angehörigenarbeit und psychosoziale Leistungen.
- Förderung für bauliche und digitale Modernisierung von Kliniken/Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin im Rahmen der dualen Finanzierung durch die Bundesländer ausweiten.

3. Personal nachhaltig sichern

- Facharztweiterbildung und Pflegeausbildung in der Pädiatrie gezielt stärken.
- Verlässliche Dienstzeiten und tarifliche Anreize gegen den Pflege- und Arztmangel.
- Ausbildungs- und Weiterbildungskapazitäten erhalten und ausbauen – insbesondere für die Kinderkrankenpflege.

4. Ambulant-stationäre Schnittstellen stärken

- Sozialpädiatrische Zentren, Kinderschutzgruppen und Frühförderstellen strukturell einbinden und finanzieren.
- Pädiatrische Telemedizin und sektorenübergreifende Netzwerke fördern.
- Integrierte Versorgung für chronisch kranke Kinder ausbauen.

5. Kinderrechte und Beteiligung verankern

- Beteiligung von den o.g. Verbänden, aber auch von Kindern, Jugendlichen und Familien bei Strukturentscheidungen sicherstellen.
- Qualitätsindikatoren für kindgerechte Versorgung verpflichtend definieren.
- Kinderrechte als Querschnittsprinzip in jede Reform festschreiben.

Detaillierte Darstellung der pädiatrischen Themen und Forderungen an die Politik bzw. Krankenhausreformen

1. Wirtschaftliche Situation:

Vorhaltepauschalen: die geplanten von Fallzahl und DRG-Fallschwere abhängigen Vorhaltepauschalen sind nicht geeignet die wirtschaftliche Situation der Kliniken/Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin zu verbessern. Zudem sind Leistungssteigerung (>20%) und somit ein zusätzliches Budget in der Pädiatrie kaum möglich, d.h. es wird den Kliniken/Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin über Jahre keine Erlössteigerung zukommen.

Handlungsempfehlung: Basis-/Grundabsicherung

Vorhaltepauschalen für Kliniken/Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin sind dringend notwendig, allerdings nicht in der o.g. Form mit Abhängigkeit von ökonomischen Triggern. Kliniken/Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin benötigen eine finanzielle Basis-/Grundabsicherung zur Aufrechterhaltung einer „Versorgungsbereitschaft“ (staatliche Daseinsfürsorge). Dies bedeutet eine Vollfinanzierung der strukturellen Mindest-Vorhaltungen für die im Landeskrankenhausplan vorgesehenen Leistungsgruppen.

Sicherstellungszuschläge: Viele Kliniken/Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin in strukturschwächeren Regionen profitieren von den Sicherstellungszuschlägen (gemäß § 9 Absatz 1 a Nummer 6 KHEntgG und § 136c Absatz 3 Satz 2 SGB V (Sicherstellungszuschläge-Regelungen)

Handlungsempfehlung: Sicherstellungszuschläge

Die Sicherstellungszuschläge sind weiter notwendig. Es ist jedoch mit großer Sorgfalt auf die Belange der Kliniken/Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin, sowohl in der regionalen als auch (groß)-städtischen Versorgung zu achten, d.h. ggf. sind auch diesen Sicherstellungszuschläge, trotz abweichender Voraussetzungen, zu gewähren. Ferner ist der hohen Versorgungsqualität in pädiatrischen Fachkliniken und den Besonderen Einrichtungen für Kinder Aufmerksamkeit zu schenken.

Förderbeträge nach §39 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG): Der zusätzliche Förderbetrag von 300 Millionen EURO für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen und Besondere Einrichtungen wurde 2023 eingeführt (§4a und §5 (3k) KHEntgG) und

„prozentual“ an die DRG gekoppelt (Kinder >28 Tage bis < 16 Jahre) und wird bis 2026/2027 in dieser Form weitergeführt. Allerdings erhalten „alle“ Kliniken, die Kinder versorgen, aber u. U. keine kindgerechten Strukturen vorweisen, einen Förderbetrag.

Handlungsempfehlung: Förderbeträge §39 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)

Der Förderbetrag von 288 Millionen EURO für „die Pädiatrie“ (resp. 12 Millionen EURO für die Besonderen Einrichtungen) wird ab dem Jahr 2027 auf die Krankenhausstandorte, denen mindestens eine Leistungsgruppe, aus „... einem der Bereiche Pädiatrie ... zugeordnet wurde, anteilig zugeteilt Das Procedere und Verfahren bzw. Zuordnung ist vom InEK noch zu entwickeln ...“ (siehe §39 KHG). Kritisch anzumerken ist hierbei die Verwendung des Begriffes „Pädiatrie“, der in diesem Zusammenhang keine eindeutige Zuordnung zu Kliniken/Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin darstellt.

Wir fordern neben der Verstetigung des Förderbetrags eine dynamischen Anpassung analog den Kostenentwicklungen in den Krankenhäusern und weiterhin einen prozentualen Aufschlag auf die von den Kliniken in den pädiatrischen Leistungsgruppen abgerechneten DRGs für alle Altersgruppen der Kinder und Jugendlichen, dies schließt die Neonaten ebenso ein wie die Adoleszenten bis 18 Jahre. Eine Verrechnung z.B. über den Basisfallwert ist abzulehnen, die Förderbeträge sind zusätzlich prozentual zu den abgerechneten DRG`s zu gewähren.

Vergütungsabschläge bei Unterschreiten der unteren Grenzverweildauer: Das KHVVG legt fest, dass „... ab dem 1. Januar 2027 für ein Krankenhaus ..., dem mindestens eine Leistungsgruppe zugewiesen wurde, die nach § 39 Absatz 2 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes dem Bereich Pädiatrie zugeordnet ist ... die Erhebung von Abschlägen von der Fallpauschale bei Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer ausgeschlossen (ist), unabhängig davon, ob für die entsprechende Fallpauschale ... ein Abschlag bei Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer für die jeweilige Fallpauschale vorgesehen ist (§8 Abs. 12 KHEntG).“

Handlungsempfehlung: Vergütungsabschläge bei Unterschreiten der unteren Grenzverweildauer

Die Abschläge von den Fallpauschalen bei Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer müssen ab sofort wegfallen. Die ersten Tage des stationären Aufenthaltes sind die kostenintensivsten und arbeitsintensivsten Tage für Ärzte und Pflegende. Die Eltern betroffener Kinder drängen auf Frühentlassung, so dass die Krankenhausbehandlung nur in einem medizinisch begründeten zeitlichen Rahmen erfolgt.

Wir befürchten und weisen vorsorglich darauf hin, dass es zu keinem Absenken der DRG-Erlöse für diese Fälle kommen darf, da dies sicher zu einer weiteren Verschärfung der wirtschaftlichen Situation von Kliniken/Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin führen wird. Der Druck auf die Ärzte und das Pflegepersonal wird dann trägerseits zunehmen, um den „Durchlauf“ der Patienten zu erhöhen.

Zudem ist eine sekundäre Fehlbelegungsprüfung der oberen Grenzverweildauer unnötig und sollte – auch aus Gründen des Bürokratieabbaus – ebenso entfallen.

2. Leistungsgruppen

Die Leistungsgruppen spielen in den kommenden Jahren eine gewichtige Rolle in verschiedenen Dimensionen, insofern bedarf es einer differenzierten Betrachtung dieser:

Pädiatrische Leistungsdarstellung: Die Kinder- und Jugendmedizin ist ebenso differenziert zu betrachten wie die Erwachsenenmedizin. Es gibt Kinderkardiologen, Kindergastroenterologen, Kinderpneumologen und viele weitere hochspezialisierte

Fachrichtungen. Die Regierungskommission der letzten Regierung hat dieser Differenziertheit in der ersten, dritten und sechsten Stellungnahme für konservative und operative Kinder- und Jugendmedizin für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung Rechnung getragen. Im KHVVG sind die speziellen Leistungsbereiche und Subdisziplinen der Pädiatrie/Kinder- und Jugendchirurgie in den Leistungsgruppen (LG) Spezielle Kinder- und Jugendmedizin und Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie zusammengefasst bzw. subsummiert worden. Im Koalitionsvertrag der Regierungsparteien wurde festgelegt, dass die LG 47 „Spezielle Kinder- und Jugendmedizin“ und LG 16 „Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie“ zunächst nicht weiter verfolgt werden (wie auch im Referentenentwurf des KHAG aktuell aufgeführt).

Handlungsempfehlung: Leistungsdarstellung

Bei Wegfall der o.g. LG ist die Leistungsdarstellung in den verbleibenden pädiatrischen und kinder-/jugendchirurgischen LG ungenügend und entspricht nicht der Versorgungsrealität. Die fehlenden Spezialisierungen bedrohen die Qualität und Sicherheit der Behandlung junger Patientinnen und Patienten. Die pädiatrischen und kinder-/jugendchirurgischen Subdisziplinen sind innerhalb der LG vollumfänglich abzubilden.

Krankenhausplanung: Den Krankenhausplanungsbehörden innerhalb der Bundesländer stehen insgesamt acht pädiatrische LG zur Verfügung. Dabei sind i.d.R. die LG 22 Herzchirurgie – Kinder und Jugendliche, die LG 43 Perinataler Schwerpunkt, LG 44 Perinatalzentrum Level 1, LG 45 Perinatalzentrum Level 2, als auch die LG 48 Kinder-Hämatologie und -Onkologie – Stammzelltransplantation, LG 49 Kinder-Hämatologie und -Onkologie – Leukämie und Lymphome weitestgehend „gesetzt“. Insofern verbleibt für den Großteil der Kliniken/Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin die Zuordnung der LG 46 Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin und die LG 15 Kinder- und Jugendchirurgie, da die LG 16 Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie und LG 47 Spezielle Kinder- und Jugendmedizin bisher nicht zu tragen kommen bzw. nicht berücksichtigt wurden. In den Kinderonkologischen LG 48/49 sind die nicht hämatologisch-onkologischen Erkrankungen (solide Tumoren) nicht benannt. Anders als in den Erwachsenenfächern werde diese aber in der Kinderonkologie behandelt.

Handlungsempfehlung: Krankenhausplanung

Die Nicht-Betrachtung und Nicht-Berücksichtigung der LG 16 sowie LG 47 hat gravierende Folgen für die Krankenhausplanung der Kliniken/Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin, denn Spezialgebiete wie u.a. die Kinderpneumologie, Kinderkardiologie oder Kinder-Rheumatologie oder auch die spezielle Neugeborenenchirurgie werden somit in der Landeskrankenhausplanung keine Rolle spielen können, da sie nicht definiert sind. Die Kinderonkologie darf nicht auf die o.g. zwei Teil-Fachgebiete reduziert werden, alle kindlichen Malignome sind zu berücksichtigen. Insofern ist es ein unbedingtes MUSS, dass alle die in der Anlage 1 des KHVVG aufgeführten pädiatrischen und kinder-/jugendchirurgischen LG zwingend definiert werden.

Qualitätsmerkmale pädiatrischer Leistungsgruppen: Grundsätzlich sind Strukturqualitätsvorgaben in den Leistungsgruppen zu begrüßen, da damit Qualitätsmerkmale definiert werden, die wiederum eine Krankenhausplanung zulassen. Allerdings sind diese so zu gestalten, dass es dadurch zu keinem Versorgungsdefizit kommt. Dies ist derzeit insbesondere in der LG 47 erkennbar. Sollte diese LG mit den entsprechenden Vorgaben wie aktuell in der Anlage 1 des KHVVG dargestellt irgendwann umgesetzt werden, sind Kliniken/Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin in mehreren

Regionen in Deutschland nicht mehr handlungsfähig und müssten Patienten auf weit entfernte Kliniken verweisen.

Handlungsempfehlung: Qualitätsmerkmale pädiatrischer Leistungsgruppen

Die Qualitätsvorgaben in zukünftigen Leistungsgruppen müssen auf Versorgungsrelevanz geprüft werden, dies betrifft insbesondere die ärztliche Verfügbarkeit. Mindestmengen dürfen bei ohnehin geringen Fallzahlen nicht zu einer überproportionalen Reduzierung von Leistungen in den Regionen führen. Grundsätzlich müssen die pädiatrischen Leistungsgruppen (Kinder- und Jugendmedizin (KJM), Kinderchirurgie (KC)) separat von den Kriterien der Erwachsenenendziplin definiert werden, damit die Strukturqualitätsvorgaben sachgerecht für die bettenführenden pädiatrischen Leistungsbereiche - insbesondere auch die der Kinder-Intensivmedizin (!) - zugeordnet werden können. Es ist sicherzustellen, dass jeder pädiatrische Patient einer pädiatrischen Leistungsgruppe zugeordnet wird.

Wirtschaftliche Betrachtung der pädiatrischen Leistungsgruppen: Die Leistungsgruppen sind sowohl Krankenhaus-Planungsinstrument als auch zukünftig über die Vorhaltekosten ein Teil der DRG-Erlöse für die jeweilige Klinik. In der jetzigen Ausgestaltung der pädiatrischen Leistungsgruppen (ohne LG 16 und LG 47) werden die Patienten entsprechend des InEK-Groupers nicht ganz sicher der LG 15 bzw. 46 zugeordnet. Das muss sichergestellt werden.

Handlungsempfehlung: Wirtschaftliche Betrachtung der pädiatrischen Leistungsgruppen

Aus kurzfristig rein wirtschaftlicher Betrachtung gäbe es vorerst keinen Handlungsbedarf, da sowohl „allgemeine“ als auch „spezielle“ pädiatrische Patienten abgerechnet werden können.

Ein Handlungsbedarf ergibt sich jedoch aus mehrfacher Hinsicht. Zum einen wird ein nicht geringer Anteil der Kinder und Jugendlichen den Erwachsenen-LG zugeordnet werden und fehlen letztendlich im Vorhaltevolumen der LG 15 und LG 46, zum anderen können die Leistungen als auch die Kosten der „Speziellen LG`s“ nicht abgegrenzt und auf die Kliniken/Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin verortet bzw. vergütet werden, die eine entsprechende Qualität und Struktur vorhalten. Ferner werden auch die über den §39 KHG ausgeschütteten Fördermittel „... einem der Bereiche Pädiatrie ...“ somit undifferenziert vergeben. Auch aus dem rein wirtschaftlichen Aspekt heraus ist die Ausgestaltung der speziellen LG in der Pädiatrie zu fordern.

3. Kinderkrankenpflege

Für die Kliniken/Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin in Deutschland zeichnet sich analog zur allgemeinen Situation der Pflege ein existenzieller Mangel an qualifiziertem Fachpersonal in der Kinderkrankenpflege ab: So fehlten im Jahr 2020/21 allein in NRW 1.451 Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Kinderkrankenpflegerinnen, woraus sich bei entsprechender Hochrechnung für Deutschland weit mehr als 6.500 fehlende Kräfte ergeben würden. Zudem gibt es deutliche Hinweise, dass im Bereich der Neonatologie und Kinder- und Intensivmedizin eine erhebliche Zahl an Pflege-Fachkräften fehlt. Kinderkrankenpflege ist ein essenzieller Bestandteil jeder Kinderklinik.

Handlungsempfehlung: Kinderkrankenpflege

Kinder dürfen entsprechend der UN-EACH-Charta nur von

- a) Gesundheits- und Kinderkrankenpflegepersonen nach dem Krankenpflegegesetz in der am 31.12.2019 geltenden Fassung,

- b) Gesundheits- und Kinderkrankenpflegepersonen nach dem § 58ff. Pflegeberufegesetz,
 - c) Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner mit Vertiefungseinsatz im speziellen Bereich der pädiatrischen Versorgung nach Teil 2 des Pflegeberufegesetz,
 - d) Pflegefachkräfte mit Abschluss einer Fachweiterbildung im Bereich der pädiatrischen Intensivpflege, versorgt werden.
- Der Anteil der Pflegefachkräfte mit anderem Berufsabschluss, als unter a)-d) genannt (u.a. Gesundheits- und Krankenpflegepersonen mit mindestens 5 Jahren Berufserfahrung in der pflegerischen Versorgung von Kindern) sollte nicht mehr als 10% (gemessen an Vollzeitäquivalenten) betragen und muss immer zusammen mit einer Pflegefachkraft aus a) -d) erfolgen.
- Die Bundesländer müssen zu einem entsprechenden Ausbau des Ausbildungsangebotes zur Pflegefachfrau/-mann mit Vertiefung bzw. Spezialisierung Pädiatrie verpflichtet werden.

4. Besondere Einrichtungen § 17b Abs. 1 Satz 14 KHG

Gemäß § 17b Abs. 1 Satz 14 KHG muss ein Krankenhaus im Kalenderjahr in mindestens 75 Prozent seiner vollstationären somatischen Fälle Kinder und Jugendliche im Alter (bei Aufnahme) von mindestens 28 Tagen und unter 18 Jahren behandelt haben und einen Mindestanteil von 0,5 Prozent an der vollstationären somatischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen bundesweit aufweisen. Für die Ermittlung der Krankenhäuser, die die vorgenannten Kriterien erfüllen, werden jeweils vom InEK die von den Krankenhäusern nach § 21 Abs. 1 und 2 KHEntgG übermittelten Daten für das Vorjahr zugrunde gelegt. Gerade einmal sieben Kliniken/Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin erfüllen diese Bedingungen im Jahr 2025, wodurch diese Möglichkeit aus dem DRG-System auszusteigen nur sehr wenigen Kliniken/Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin offeriert wird und zu einer deutlichen Wettbewerbsverzerrung führt.

Handlungsempfehlung: Besondere Einrichtungen § 17b Abs. 1 Satz 14 KHG

Die Voraussetzungen für Kliniken/Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin sich als Besondere Einrichtung aufzustellen und entsprechend auszuweisen, müssen grundlegend überarbeitet werden. Von den 323 in Deutschland noch existierenden Kliniken/Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin sollte nicht nur eine größere Zahl an Kinderkliniken, da diese z.T. hochspezialisiert sind, diese Option erhalten, sondern wir fordern alle Kliniken/Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin als solche zu definieren.

5. Hybrid-DRGs für Kinder und Jugendliche

Derzeit gibt es ein paar wenige, sinnvolle Hybrid-DRGs für Kinder und Jugendliche aus dem Bereich der Kinder- und Jugendchirurgie, die allerdings ab dem Jahr 2026 wieder abgeschafft werden sollen. Eine Ausweitung der Hybrid-DRGs für Kinder und Jugendliche ist, laut InEK, erst recht nicht vorgesehen, obwohl eine größere Anzahl von kinder- und jugendchirurgischen Eingriffe ambulant erbracht werden könnten.

Handlungsempfehlung: Hybrid-DRGs für Kinder und Jugendliche

Hybrid-DRG für Kinder und Jugendliche, insbesondere aus dem operativen Leistungsspektrum (Patienten i.d.R. älter als 6 Monate) sind beizubehalten bzw. zu erweitern. Dies schließt z.B. die Leistenherniotomie, Nabelherniotomie, Metallentfernung, einfache Osteosynthesen, Hodenverlagerung, Rektoskopien, Entfernung oberflächlicher Hauttumoren oder benignen Tumoren des Subkutangewebes mit ein. Hybrid-DRG im nicht-operativen, pädiatrischen Leistungsspektrum sind sorgfältig abzuwägen und dürfen nicht zur „Rosinenpickerei“

führen. Grundsätzlich muss gelten, dass diese Leistungen zu keinem „Dumping-Preis“ angeboten werden, sondern zu einer der Pädiatrie gebührenden Erlössituation führen müssen.

6. Pädiatrische Institutsambulanz §118b

Im KHVVG werden gemäß § 118b SGB V pädiatrische Institutsambulanzen (PädiA) ermöglicht. Im niedergelassenen Bereich gibt es insbesondere in den spezialärztlichen Bereichen der Kinder- und Jugendmedizin keine flächendeckende Versorgung. Daher gibt es eine hohe Anzahl an persönlichen Ermächtigungen von Klinikärzten. Durch die Befristung der Ermächtigungen kann die Kontinuität der Versorgung nur unzureichend gewährleistet werden. Die persönliche Ermächtigung macht zudem eine Weiterbildung in den pädiatrischen Spezialfächern im ambulanten Bereich unmöglich. Die Ermächtigungsmöglichkeit für eine PädiA besteht für Kliniken/Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin. Die Patientenversorgung soll flächendeckend gewährleistet werden. Der unsererseits vorgeschlagene Überweisungsvorbehalt in der Regel durch eine/n Arzt/Ärztin für Kinder- und Jugendmedizin ist im KHVVG nicht enthalten. Durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung und den GKV-Spitzenverband sollte im Einvernehmen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft bis zum 1.6.2025 geregelt werden, welche Patienten aufgrund der Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung der Behandlung durch ein Krankenhaus bedürfen und welche sachlichen und personellen Voraussetzungen der Leistungserbringung sowie sonstige Anforderungen an die Qualitätssicherung bestehen sollen. Diese Frist ist ohne Einigung verstrichen, so dass das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene den Inhalt der Vereinbarung festlegt, sofern eine Einigung bis Ende August nicht zustande kommt.

Bislang kam es zu keiner Einigung der Selbstverwaltungen.

Handlungsempfehlung: Pädiatrische Institutsambulanz

Wir drängen entschieden zur Umsetzung des §118b und verweisen in diesem Zusammenhang auf die Vereinbarung über die Patientengruppen in den Hochschulambulanzen gemäß §117 Absatz 1 und 4 SGB V, in der diese beschrieben sind und in ähnlicher Art und Weise für die PädiA formuliert werden können. Kinder- und Jugendmedizin verstehen wir explizit inklusive der Kinder- und Jugendchirurgie. Wir sehen in der kinderchirurgisch orientierten PädiA keine Doppelstruktur zur AOP, da im AOP-Katalog Leistungen wie z.B. die präoperative differenzialdiagnostische Abklärung, die OP-Planung und insbesondere die postoperative Nachsorge bei angeborenen Fehlbildungen nicht abgebildet sind.

Ferner ist eine Patientensteuerung in die PädiA absolut notwendig. Ein großer Teil, der dort zu versorgenden Patienten kommt wie jetzt schon bei den persönlichen Ermächtigungsambulanzen mit einem differenzialdiagnostischen Auftrag und kann daher nicht als einheitliche Patientengruppe im Sinne einer möglichen Positivliste oder ICD-Liste erfasst werden. Wenn aus juristischer Sicht der Terminus Überweisungsvorbehalt nicht verwendet werden kann, könnte man ein Konsultationsgebot in der Regel durch einen niedergelassenen Kinder- und Jugendarzt/ärztin bzw. Kinderchirurgen/chirugin einführen, das durch die PädiA dokumentiert und geprüft werden könnte. In der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion wird ein Primärarztsystem durch das Bundesministerium für Gesundheit favorisiert. Nach unserer Auffassung gilt das für die hausärztliche und kinderhausärztliche Versorgung. Es wäre nur konsequent, wenn daher die Patientensteuerung durch genau diese Versorgungsebene realisiert werden könnte.

7. Sozialpädiatrische Zentren (SPZ)

Sozialpädiatrische Zentren (SPZ) behandeln eine besonders vulnerable Gruppe: Säuglinge, Kinder und Jugendliche mit Entwicklungsstörungen und komplexen chronischen Erkrankungen, auch Kinder mit Regulationsstörungen, Aufmerksamkeitsstörungen und Autismus gehören dazu. 162 SPZ versorgen jährlich aktuell ca. 466.000 Kinder und Jugendliche, zwei Drittel der Patienten warten aktuell 6 bis 12 Monate auf einen Termin. Wartezeiten von bis zu einem Jahr für einen Termin in SPZ bedeuten für betroffene Kinder verlorene Entwicklungschancen. SPZ sind durch eine Vielzahl an „Limitierungen“ in ihren Aufgaben begrenzt. Dies beginnt bei der Genehmigung für ein SPZ, den Zeiträumen für die Zulassung, Fallzahllimitierung, Vergütung, Möglichkeit der Rezeptierung von Medikamenten u.v.a.m.

Handlungsempfehlung: Sozialpädiatrische Zentren (SPZ)

Die SPZ-Zulassungszeiträume (aktuell betragen die Ermächtigungszeiträume im Durchschnitt 5,3 Jahre) sind regelhaft auf mindestens 10 Jahre auszuweiten. Zudem ist im Rahmen der Transition von Jugendlichen ins Erwachsenenalter das Alter der zu behandelnden Patienten im SPZ von 18 Jahren auf 21 Jahren anzuheben. Neben einer „gerechten“ Vergütung bei derzeit erheblichen Unterschieden in den Vergütungspauschalen bundesweit müssen insbesondere die nichtärztlichen sozialpädiatrische Leistungen, nach § 43a SGB V, analog zur ambulanten psychiatrischen Behandlung (vgl. § 43 a Abs. 2 SGB V) auch für SPZ eindeutig geregelt werden.



Dr. B. Hoch, MBA

Geschäftsführer der Gesellschaft der Kinderkliniken und Kinderabteilungen in Deutschland e.V. (GKiND)

Bernhard.Hoch@GKiND.de



Prof. Dr. U. Felderhoff-Müser

Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)

politik@dgkj.de



Prof. Dr. A. Trotter

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

andreas.trotter@glkn.de