

# G-BA–Antrag zur Strukturqualität in Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin

## Historie des Papiers

Im September 2006 legte die verbändeübergreifende Arbeitsgruppe der „Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e.V. (GKinD)“ einen Entwurf zu „Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Mindestanforderungen)“ vor.

In der „Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DAKJ), wurde zur Weiterbearbeitung dieses Papiers eine Arbeitsgruppe gegründet.

Mitglieder der Arbeitsgruppe wurden von der DAKJ, der GKinD und der „Bundesarbeitsgemeinschaft Kind und Krankenhaus e. V. (BaKuK)“ berufen.

Zu ihnen zählten u.A. Vertreter(-innen) des BeKD, der DGKCh und des VLKGD sowie des AKIK.

Durch die von diesen Verbänden vertretenen Gesellschaften, Vereinigungen und Verbindungen konnten weitgehend alle Hinweise aus den die stationäre Kinder- und Jugendmedizin vertretenden Gruppierungen berücksichtigt werden.

In mehreren Arbeitssitzungen wurde eine von allen konsentiert Endfassung erstellt und am 17.03.07 an den Gemeinsamen Bundesausschuss eingereicht.

## Notwendigkeit der Aktivitäten

Die Situation der stationären Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland war in den letzten zwei Jahrzehnten von einem rückläufigen Bedarf gekennzeichnet. Die Ursachen liegen vordergründig in der demographischen Entwicklung mit deutlich sinkenden Geburtenzahlen.

Aber auch niedrigere Verweildauern und qualifizierte Betreuung im niedergelassenen Bereich haben dazu beigetragen.

Die Krankenhausplanung der Länder hat es teilweise versäumt, dieser Entwicklung Rechnung zu tragen. Es sind zwar Bettenreduzierungen im Fachgebiet der Kinder- und Jugendmedizin an Kinderkliniken erfolgt, aber unter der Begründung der Aufrechterhaltung einer wohnortnahen Versorgung geschah dies gleichmäßig in fast allen Kliniken. Dies hat zur Folge, dass in vielen Kinderabteilungen die ökonomische Finanzierbarkeit einer tragfähigen Einheit mit ausreichender Strukturqualität unterschritten wurde.

Im Ergebnis bestehen in Deutschland weiterhin regional eine Überversorgung mit Kinderbetten mit unterschiedlicher Ausprägung, eine ungleiche Flächendeckung der stationären Versorgung für Kinder sowie eine große Anzahl von kleinen Abteilungen. Eine beispielhafte Darstellung auf Grundlage der Ergebnisse der BaKuK Umfrage 2005 und Informationen aus der KBV zeigt die folgende Abbildung.

<b>Versorgungsgrad</b>	
<b>Einwohner &lt;18 Jahre / Kinderbett</b>	
Schleswig-Holstein	1032
Sachsen-Anhalt	360
<b>Flächendeckung</b>	
<b>Erreichbarkeit in km</b>	
Bayern	> 60 km
Sachsen	< 20 km
<b>Klinikgröße</b>	
<b>&lt; 31 Betten</b>	
Deutschland	23 %
Alte Länder	10 %
Neue Länder	46 %
<b>&lt; 1500 Fälle / Jahr</b>	
Deutschland	25 %
Alte	7 %
Neue Länder	54 %

Unter Berücksichtigung eines notwendigen ausgeglichenen Kosten-Erlös-Verhältnisses werden bei einer Leistungserbringung von weniger als 1500 Fällen / Jahr ungerechtfertigte qualitäts-mindernde Kostensenkungen die Folge sein.

Diese Tendenz zeichnet sich bereits ab. So zeigte die aktuelle BaKuK Befragung von stationären Einrichtungen der Kinder- und Jugendmedizin beispielsweise eine durchschnittlich jährlich abgerechnete Anzahl von 109 unterschiedlichen DRG's in Kinderabteilungen unter 30 Betten, während in Kliniken mit über 60 Betten 228 unterschiedliche DRG's abgerechnet wurden. Weiterhin konnte festgestellt werden, dass der Case Mix Index für Kinderabteilungen unter 30 Betten durchschnittlich mit 0,581 deutlich unter dem für Kinderkliniken über 60 Betten mit 0,839 lag. Dies verdeutlicht, dass in den kleinen Kinderabteilungen vorwiegend leichtere Erkrankungen behandelt werden und damit nur ein sehr eingeschränktes Diagnosespektrum zur Anwendung kommt. Damit gehen zum einen Erfahrungen mit der Versorgung kritischerer Krankheitsverläufe mit der Zeit verloren und zum anderen kann auch nur ein sehr eingeschränktes Weiterbildungsangebot vermittelt werden. Weiterhin ist der niedrige CMI zwangsläufig mit geringen Erlösen verbunden. Dies führt zur Notwendigkeit von Einsparungen, welche am ehesten bei den Personalkosten und hier wegen der relativ hohen Anzahl von Mitarbeiterinnen besonders im Pflegebereich erfolgt. Auch diese negative Entwicklung ist durch die BaKuK Umfrage belegt. So musste 2005 in Kinderabteilungen unter 30 Betten eine Pflegekraft im Mittel 0,97 belegte Betten versorgen (2001: 0,92), während in Kinderkliniken über 60 Betten eine Pflegekraft nur 0,73 belegte Betten zu betreuen hat (2001: 0,74).

In dieser Entwicklung liegt die Gefahr einer unakzeptablen Unterschreitung einer minimalen Strukturqualität in kleineren Kinderabteilungen und die Notwendigkeit Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Mindestforderungen) verbindlich festzuschreiben, welches mit einem Antrag an den G-BA geschehen ist.

Mit dieser notwendigen Umstrukturierung muss jedoch konsequent verhindert werden, dass vermehrt Kinder und Jugendliche außerhalb von Kinderkliniken stationär versorgt werden. Hier ist die Gesundheitsministerkonferenz gefordert, ihren im Jahre 1997 getroffenen Beschluss zur "Verbesserung der kindgerechten Krankenhausversorgung" durchzusetzen. Da Kliniken und Abteilungen außerhalb der Kinder- und Jugendmedizin nicht die Forderungen des Papiers zur Strukturqualität erfüllen, muss ihnen auch dadurch die Aufnahme von Kindern und Jugendlichen versagt bleiben. Die niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte sollten die Eltern dahingehend sensibilisieren, wenn eine Einweisung ihres Kindes ansteht.

---

## **Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Mindestanforderungen)**

vom 28.02.2007

gemeinsam und einheitlich vereinbart zwischen

**Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DAKJ)** als Dachverband von Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ), Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. (bvkj) und Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V. (DGSPJ)

**Bundesarbeitsgemeinschaft Kind und Krankenhaus e.V. (BaKuK)** mit seinen Mitgliedsverbänden Aktionskomitee Kind im Krankenhaus e.V. - Bundesverband (AKIK), Arbeitsgemeinschaft Spina bifida und Hydrocephalus e.V. (ASbH), Berufsverband der Deutschen

Chirurgen e.V. (BDC), Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland e.V. (BeKD), Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. (bvkj), Bundesverband "Das Frühgeborene Kind" e.V., Bundesverband Häusliche Kinderkrankenpflege e.V. (BHK), Das fröhliche Krankenzimmer e.V., Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DAKJ), Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie e.V. (DGKCh), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ), Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V. (DGSPJ), Deutscher Verband für Physiotherapie, Zentralverband der Physiotherapeuten / Krankengymnasten e.V. (ZVK), Eigenes Leben - Hilfen für Kinder mit Schmerzen oder lebensverkürzenden Erkrankungen e.V., Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e.V. (GKinD), Gesellschaft für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin e.V. (GNPI), Kindernetzwerk e.V., Vereinigung leitender Kinderärzte und Kinderchirurgen Deutschlands (VLKKD)

## **Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e.V. (GKinD)**

und in Absprache mit

### **Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie e.V. (DGKCh)**

### **Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (dgkjp)**

als Vorschlag für einen Beschluss des G-BA.

#### **§ 1 Zweck der Vereinbarung**

(1) Die Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DAKJ), die Bundesarbeitsgemeinschaft Kind und Krankenhaus e.V. (BaKuK) und die Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e.V. (GKinD) beschließen gemeinsam in Absprache mit der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie e. V. (DGKCh) und der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (dgkjp) diese Vereinbarung als eine Maßnahme zur Qualitätssicherung, mit der die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität gesichert und verbessert werden soll. Diese Vereinbarung betrifft die stationäre Versorgung von Patienten von der Geburt bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.

(2) Zu diesem Zweck definiert diese Vereinbarung Mindestanforderungen für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen (im Folgenden Klinik / Abteilung für Kinder- und Jugendmedizin / Kinderchirurgie) und regelt die Anforderungen an diese Kliniken / Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin / Kinderchirurgie. Hinsichtlich weiterer Besonderheiten für die Kinderchirurgie wird verwiesen auf das in der Anlage 2 beigefügte Zukunftspapier der DGKCh.

#### **§ 2 Ziele**

Die Ziele der Vereinbarung umfassen:

1. die Sicherung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der stationären Versorgung von Kindern und Jugendlichen,
2. die Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen altersgerechten stationären Versorgung für alle Kinder und Jugendliche unabhängig von Wohnort oder sozioökonomischer Situation,
3. die Verbesserung der Genesung und Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen, die stationär behandelt werden müssen, sowie
4. die Miteinbeziehung, Schulung und Anleitung der Eltern / Erziehungsberechtigten bzw. sonstigen Bezugspersonen von Kindern und Jugendlichen.

#### **§ 3 Konzeptioneller Rahmen**

(1) Die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen erfolgt in einer i. S. v. § 108 SGB V dafür ausgewiesenen Klinik / Abteilung für Kinder- und Jugendmedizin / Kinderchirurgie, welche mindestens die in dieser Vereinbarung festgelegten Anforderungen gemäß §§ 4 und 5 erfüllt und an Maßnahmen zur Sicherung der Ergebnisqualität gemäß § 6 teilnimmt.

(2) Die Erfüllung der Voraussetzungen durch Kooperation mit anderen Leistungserbringern ist deshalb nur in dem in der Vereinbarung ausdrücklich geregelten Umfang möglich. Jedes Krankenhaus für Kinder- und Jugendmedizin sowie jedes Krankenhaus mit einer Abteilung für Kinder- und Jugendmedizin / Kinderchirurgie hat darüber hinaus Sorge zu tragen, dass die Organisation der Leistungen nach dieser Vereinbarung sowie die räumliche Verteilung der erforderlichen Apparate in einer Weise erfolgen, die die Einhaltung der Qualitätskriterien dieser Vereinbarung sicherstellt.

(3) Ergibt sich die stationäre Aufnahme von Kindern und Jugendlichen als Patient in einem Krankenhaus ohne ausgewiesene Abteilung für Kinder- und Jugendmedizin / Kinderchirurgie, so muss unmittelbar während oder nach der Einleitung der Sofortmaßnahmen Kontakt mit den rufbereiten Ärzten einer möglichst nahe gelegenen geeigneten Klinik / Abteilung für Kinder- und Jugendmedizin / Kinderchirurgie aufgenommen werden und eine Verlegung des Patienten dorthin zum geeigneten Zeitpunkt unter Beachtung der Transportfähigkeit durchgeführt werden. Die Krankenkasse übernimmt die Fahrkosten, soweit dies § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V vorsieht.

#### **§ 4 Personelle und fachliche Anforderungen**

(1) Einer Klinik / Abteilung für Kinder- und Jugendmedizin / Kinderchirurgie müssen der fachlich leitende Arzt und mindestens zwei weitere Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin / Kinderchirurgie angehören. Die arbeitszeitrechtlichen Anforderungen müssen mindestens erfüllt werden.

*(Vorbehaltlich weiterer Änderungen der gesetzlichen Anforderung heißt dies z.B. für die Mindestbesetzung im 3-Schicht-Modell bei einer 38,5 Stunden-Woche als Vollkräfte (VK) gezählt: 1 Chefarzt - 1 Oberarzt – 6,6 Assistenten.)*

(2) Der fachlich leitende Arzt muss eine Weiterbildungsbefugnis für Kinder- und Jugendmedizin / Kinderchirurgie von mindestens 2 Jahren haben.

(3) Täglich ist zumindest ein Visitedienst durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin / Kinderchirurgie durchzuführen.

(4) Eine Klinik / Abteilung für Kinder- und Jugendmedizin / Kinderchirurgie muss über einen 24-stündigen Präsenzdienst eines Arztes verfügen, der sich zumindest in der Weiterbildung zum Kinder- und Jugendarzt / Kinderchirurg befindet.

(5) Eine Klinik / Abteilung für Kinder- und Jugendmedizin / Kinderchirurgie muss über einen eigenständigen Rufdienst verfügen, der durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin / Kinderchirurgie zu besetzen ist. Der Rufdiensthabende muss spätestens innerhalb von 30 Minuten in der direkten Krankenversorgung tätig sein können.

(6) Die unmittelbare Pflege der Kinder und Jugendlichen der Klinik / Abteilung für Kinder- und Jugendmedizin / Kinderchirurgie erfolgt durch Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen.

(7) Jede Station für Kinder- und Jugendmedizin / Kinderchirurgie muss mit einem 24-stündigen kinderkrankenpflegerischen Schichtdienst besetzt sein. Zusätzlich ist ein 24-stündiger kinderkrankenpflegerischer Schichtdienst vorzuhalten, der jederzeit für die Notaufnahme (z.B. von Station oder auf Station) abrufbar ist.

*(Die tägliche kinderkrankenpflegerische Mindestbesetzung einer Station für Kinder- und Jugendmedizin / Kinderchirurgie ist entsprechend der Stationsbelegung und dem zu behandelnden Patientenkontext zu erweitern.)*

(8) Stations-, Abteilungs- und Pflegedienstleitungen, die fachlich ihren Mitarbeiterinnen vorgesetzt sind, sind durch Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen zu besetzen. Sie müssen eine Zusatzqualifikation analog der „Weiterbildung von Krankenpflegepersonen für die pflegerische Leitung eines Bereiches im Krankenhaus und anderen pflegerischen Versorgungsbereichen“ gemäß der DKG-Empfehlung vom 30.05.2006 haben. Vor dem 30.05.2006 erworbene Abschlüsse sind anzuerkennen. Dem Pflegedienst der Klinik / Abteilung für Kinder- und Jugendmedizin / Kinderchirurgie muss eine leitende Pflegekraft und den Stationen muss eine Stationsleitung vorstehen.

(9) Das vorzuhaltende Behandlungsteam ist zu einer engen und strukturierten Zusammenarbeit verpflichtet. Es besteht mindestens aus dem Ärztlichen Dienst, dem Pflegedienst sowie den beteiligten Mitarbeitern / Mitarbeiterinnen aus dem sozialpädagogischen Dienst / pädiatrischen Sozialdienst, dem psychologischen Dienst, dem pädagogischen Dienst und dem funktionstherapeutischen Dienst (z.B. Ergotherapeuten, Physiotherapeuten), alle diese Mitarbeiter müssen über Erfahrung im Umgang mit kranken Kindern verfügen.

## § 5 Anforderungen an Organisation und Infrastruktur

(1) Folgende Anforderungen an Ausstattung, Dienstleistungen oder Kooperationen sind zu erfüllen:

Jederzeit (24 Stunden) muss für die Versorgung dienstbereit sein:

- ⌚ Pädiatrisch ausgerichtete bildgebende Diagnostik
- ⌚ Pädiatrisch ausgerichtete Labormedizin
- ⌚ Möglichkeit der Notfallversorgung für pädiatrische Patienten

In Kooperation muss jederzeit (24 Stunden) für eine Abteilung für 1) Kinder- und Jugendmedizin / 2) Kinderchirurgie zur Verfügung stehen:

- |                                                                        |           |
|------------------------------------------------------------------------|-----------|
| ⌚ Einrichtung für Kinder-Intensivmedizin (mind. Kooperation)           | 1) und 2) |
| ⌚ Einrichtung für Neonatologie (mind. Kooperation)                     | 1) und 2) |
| ⌚ Einrichtung für Kinderchirurgie (mind. Kooperation)                  | 1)        |
| ⌚ Einrichtung für Kinder- und Jugendmedizin (mind. Kooperation)        | 2)        |
| ⌚ Einrichtung für Neuropädiatrie (mind. Kooperation)                   | 1) und 2) |
| ⌚ Einrichtung für Kinderhämatologie und -onkologie (mind. Kooperation) | 1) und 2) |
| ⌚ Einrichtung für Kinderkardiologie (mind. Kooperation)                | 1)        |
| ⌚ Einrichtung für Augenheilkunde (mind. Kooperation)                   | 1)        |
| ⌚ Einrichtung für HNO (mind. Kooperation)                              | 1)        |
| ⌚ Einrichtung für Kinder- und Jugendpsychiatrie (mind. Kooperation)    | 1)        |

(2) Für die Klinik / Abteilung für Kinder- und Jugendmedizin / Kinderchirurgie sind die für die Notfallversorgung erforderlichen Einrichtungen (Notfallbehandlung, Notfalllabor, konventionelle Röntgendiagnostik und Sonographie) vor Ort jederzeit (24 Stunden) vorzuhalten.

(3) Die weiteren Anforderungen unter Abs. 1 können auch durch Kooperationen mit für die Versorgung von GKV-Patienten zugelassenen Institutionen oder Vertragsärzten nachgewiesen werden, sofern die in Abs. 1 definierten Anforderungen an die Verfügbarkeit und Erreichbarkeit erfüllt werden. Für jede kooperierende Einrichtung ist ein Ansprechpartner zu benennen.

(4) Für die Versorgung für Kindern- und Jugendlichen ist eine altersgerechte räumliche Ausstattung Voraussetzung. Die Patientensicherheit ist ständig nach aktuellen Vorgaben zu gewährleisten.

(5) Die Möglichkeit zur Mitaufnahme einer Begleitperson in unmittelbarer Nähe zum Kind muss gegeben sein.

## § 6 Teilnahme an Maßnahmen zur Sicherung der Ergebnisqualität

(1) Die Ergebnisqualität wird regelmäßig überprüft und für die Erstellung der Qualitätsberichte genutzt.

(2) Eine Begleitforschung ist anzustreben.

## **§ 7 Nachweisverfahren**

(1) Der Nachweis über die Erfüllung der Voraussetzungen gemäß §§ 4, 5 und 6 ist gegenüber den Krankenkassen vor Ort im Rahmen der jährlichen Pflegesatzverhandlungen in Form der Checkliste gemäß Anlage 1 dieser Vereinbarung -, erstmals im Jahr 200... *(muss vom G-BA konkretisiert werden)* - zu führen.

(2) Sämtliche Unterlagen, die notwendig sind, um die Richtigkeit der Angaben in der Checkliste beurteilen zu können, sind bei Prüfungen dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) auf Anfrage vor Ort vorzulegen.

(3) Erfüllt eine Einrichtung die Anforderungen gemäß §§ 4, 5 und 6 nicht, so ist sie verpflichtet, diese innerhalb eines Jahres nach Inkrafttreten der Vereinbarung zu erfüllen und nachzuweisen.

(4) Fachliche Voraussetzungen gemäß § 4 dieser Vereinbarung sind gegebenenfalls durch Vorlage der Urkunde bzw. sonstiger Nachweise über die Berechtigung zum Führen der genannten Bezeichnungen nachzuweisen.

Diese Vereinbarung wird dem G-BA zur Umsetzung vorgelegt.

Göttingen, den 28.02.2007

Mit den in diesem Dokument verwendeten Personen- und Berufsbezeichnungen sind, auch wenn sie nur in einer Form auftreten, gleichwertig beide Geschlechter gemeint.

---

## **Konsequenzen aus dem Antrag**

Mit der Umsetzung der vorgeschlagenen Maßnahmen wird eine Umstrukturierung der stationären Kinder- und Jugendmedizin mit dem Ziel einer bedarfsgerechten Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Kinderkliniken und –abteilungen angestrebt.

Diese Kinderkliniken und –abteilungen müssen über eine dem eingereichten Papier entsprechende Strukturqualität verfügen, ein zumindest ausgeglichenes Kosten-Erlös-Verhältnis erreichen und eine Flächendeckung mit einer Erreichbarkeit von ca. 40 Minuten resp. 40 km gewährleisten.

Die fachlichen und berufspolitischen Verbände der Kinder- und Jugendmedizin und der Kinderchirurgie werden diesen Umstrukturierungsprozess begleiten und sehen unter Einbeziehung von alternativen Betriebsmodellen (Kooperationen und Fusionen) sowie unter Nutzung neuer Versorgungsformen (Medizinische Versorgungszentren und Integrierte Versorgung) gute Chancen dieses Ziel zu erreichen.

## **AG Qualitätssicherung in der stationären Kinder- und Jugendmedizin**

Mitglieder: Prof. H.-J. Nentwich (DAKJ), Prof. W. Andler (BaKuK), N. Lutterbüse (GKinD), Prof. D. Niethammer (DAKJ), J. Scheel (GKinD), J. von Seiche (BaKuK)

## **Korrespondenzadresse:**

Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e.V. | Chausseestr. 128/129 | 10115 Berlin |  
Tel.: 030.4000588-0 | Fax: 030.4000588-88 | e-Mail: [kontakt@dakj.de](mailto:kontakt@dakj.de) | Internet: [www.dakj.de](http://www.dakj.de)