



**Deutsche Akademie  
für Kinder- und  
Jugendmedizin e.V.**

Dachverband der kinder- und  
jugendmedizinischen Gesellschaften

**Geschäftsstelle**  
Chausseestr. 128/129  
10115 Berlin  
Tel. 030.4000588-0  
Fax 030.4000588-8  
Mail: kontakt@dakj.de  
Internet: www.dakj.de

**Generalsekretär**  
Prof. Dr. med. Hans-Iko Huppertz

## **Forderungen für eine Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Versorgung des stationären und ambulanten Systems für Kinder und Jugendliche**

Als Dachverband der kinder- und jugendmedizinischen Gesellschaften und Verbände Deutschlands begrüßt die Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ) ausdrücklich, dass sich die Regierungsparteien im Koalitionsvertrag darauf verständigt haben, die Zusammenarbeit und Vernetzung im Gesundheitswesen auszubauen und Vorschläge für die Weiterentwicklung zu einer sektorenübergreifenden Versorgung des stationären und ambulanten Systems vorzulegen. Dies soll im Hinblick auf Bedarfsplanung, Zulassung, Honorierung, Kodierung, Dokumentation, Kooperation der Gesundheitsberufe und Qualitätssicherung unter Berücksichtigung der telematischen Infrastruktur geschehen. Die dafür eingesetzte Bund-Länder-Arbeitsgruppe hat sich im September 2018 konstituiert und will bis 2020 konkrete Vorschläge vorlegen.

Grundvoraussetzung einer guten sektorenübergreifenden Versorgung ist ausreichendes und gut qualifiziertes Personal. Im Hinblick auf den sich bereits jetzt abzeichnenden Mangel an FachärztInnen u.a. aufgrund von abnehmenden Lebensarbeitszeiten und höherer Teilzeitbeschäftigungsquoten muss die Zahl der Medizinstudienplätze schnellstmöglich um mindestens 30 % erhöht werden. Auch die erhebliche Fachkräftelücke in der Kinderkrankenpflege muss durch Stärkung der Ausbildung und Erhalt der Erstqualifikation „Gesundheits- und Kinderkrankenpflege“ geschlossen werden.

Die DAKJ weist darauf hin, dass bei der Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Versorgung Besonderheiten zu berücksichtigen sind, die Kinder- und Jugendliche spezifisch von Erwachsenen unterscheiden. Die DAKJ bietet allen Mitgliedern der Bund-Länder-Arbeitsgruppe ihre fachkundige Expertise bei der konkreten Ausgestaltung der Vorschläge für eine bessere sektorenübergreifende Versorgung an. Dabei sollten aus unserer Sicht insbesondere folgende Punkte berücksichtigt werden:

### **Flächendeckend integrierte Kinder-Notfallzentren**

Das Bundesgesundheitsministerium plant integrierte Notfallzentren als gemeinsame Einrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhäuser – ein wichtiger Schritt zur Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung. Diese sind allerdings nicht primär auf die besonderen Bedürfnisse kranker Kinder und deren Eltern ausgerichtet. Es darf nicht zu einer weiteren

Mitgliedsgesellschaften:  
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und  
Jugendmedizin e.V.  
Berufsverband der Kinder-  
und Jugendärzte e.V.  
Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie  
und Jugendmedizin e.V.

Prof. Dr. med. Hans-Iko Huppertz  
(Generalsekretär)  
Dr. med. Christian Fricke  
(Stellvertreter des Generalsekretärs)  
Dehtleff Banthien  
(2. Stellvertreter des Generalsekretärs und  
Schatzmeister)

Bankverbindung:  
Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG  
IBAN DE79 3006 0601 0002 9966 18  
BIC DAAEDEDXXX

Amtsgericht Berlin  
23335 Nz

Benachteiligung von Kindern und Jugendlichen in der medizinischen Versorgung führen. In zahlreichen Regionen haben sich bereits seit vielen Jahren kinderärztliche Notfalldienste in Kooperation mit und in den Räumlichkeiten von Kinderkliniken mit großem Erfolg und Akzeptanz etabliert. Dieses System sollte im Sinne von integrierten **Kinder-Notfallzentren** mit einem gemeinsamen Empfangs-Tresen für alle Notfälle bei Kindern und Jugendlichen flächendeckend ausgebaut werden.

Nach einer Zuweisung in das integrierte Kinder-Notfallzentrum kann dort mittels Triagierung die Dringlichkeit eingeschätzt und entweder eine Direktversorgung oder eine Weiterleitung zur adäquaten Versorgung (z.B. in kinder- und jugendärztliche Praxen während der regulären Praxisöffnungszeiten) eingeleitet werden.

In welcher Rechtsform die integrierten Notfallzentren betrieben werden sollen, muss geklärt werden (wer ist Vertragspartner der Patienten und der MitarbeiterInnen?). Das darf aber keinesfalls dazu führen, dass ein dritter Sektor entsteht. Das würde dem Gedanken einer sektorenübergreifenden Versorgung zuwiderlaufen.

Zudem müssen Fragen bzgl. der inkompatiblen Abrechnungssysteme, des Datenschutzes und auch gesellschaftsrechtliche Fragen geklärt werden. Daher ist u.a. dafür Sorge zu tragen, dass für den Betrieb eines gemeinsamen Aufnahmebereichs datenschutzrechtliche Bestimmungen zwischen dem Krankenhausinformationssystem und dem KV-Datensatz aufeinander abgestimmt sind und Einverständniserklärungen rechtssicher abgegeben werden können.

Es muss sichergestellt werden, dass es auch in Zukunft funktionierende ambulante kinderärztliche Notdienste gibt und sich Kinder- und Jugendkliniken noch weiter für den ambulanten Bereich öffnen können.

### **Zentrale (Notfall-)Leitstellen**

Der hohen Frequentierung der Kinder-Notaufnahmen an Kliniken durch häufig der Grundversorgung zuzuordnende Patienten muss entgegengewirkt werden. Ein Beitrag dazu kann Resultat des Nationalen Aktionsplans Gesundheitskompetenz sein, in dem u.a. vermittelt werden soll, wie man sich als Patient-Eltern im Gesundheitssystem, hier speziell in einer Notfallsituation, verhalten sollte und wie man sich orientiert.

Die von den Kassenärztlichen Vereinigungen in Deutschland bundesweit eingeführte einheitliche Rufnummer 116117 für den ärztlichen Bereitschaftsdienst, unter der ärztliche Hilfe in nicht lebensbedrohlichen Situationen angefordert werden kann, ist aus unserer Sicht für eine erste Triage ein grundsätzlich geeignetes Mittel, in der Bevölkerung aber noch zu wenig bekannt. Bei der Einschätzung von Anfragen zu Kinder-Notfällen muss ärztlich-pädiatrischer Sachverstand eingebunden werden. Damit könnte eine nachhaltige Entlastung der Kindernotaufnahmen erreicht werden. Je nach Dringlichkeit soll für den Anrufer die passende Versorgung empfohlen werden: entweder eine kinder- und jugendärztliche Praxis, ein integriertes Kinder-Notfallzentrum oder der Einsatz des Rettungsdienstes.

### **Koordinierte Bedarfsplanung**

Die völlig veraltete Bedarfsplanung bedarf einer nachhaltigen Überarbeitung, die den aktuellen Rahmenbedingungen (u.a. höherer Betreuungsaufwand, geringerer Arbeitsstundenumfang pro Kinder- und Jugendarzt, demografischer Wandel, Migrationsaspekte) insbesondere in den ländlichen Regionen gerecht wird. Auch die an Jahres-Durchschnittszahlen orientierte Kapazitäts-/Bettenbedarfsplanung bei Fachabteilungen für Kinder und Jugendliche muss sich zukünftig am tatsächlichen unterjährigen Bedarf orientieren.

Eine moderne sektorenübergreifende Versorgungsplanung sollte sich von einer reinen Kapazitätsplanung lösen, die sich vorrangig an der Zahl der Arztsitze bzw. Krankenhausbetten orientiert. Vor der Bestimmung von Behandlungskapazitäten sollte regionalspezifisch der tatsächliche Bedarf an medizinischen Leistungen im Bereich der medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen ermittelt werden.

Um die Unterversorgung insbesondere im ländlichen Raum nachhaltig zu verbessern, könnte eine Aufhebung der strikten Trennung zwischen DRG- und EBM-gestützter Finanzierung hilfreich sein (Stichwort: sektorenübergreifendes Vergütungssystem).

### **Kooperation der Gesundheitsberufe**

Durch ein verbessertes Case-Management (insbesondere eine gute sektorenübergreifende Koordinierung im Entlassmanagement, die z.B. Kindern, Jugendlichen und Familien mit besonderem Bedarf auch soziale Betreuungsangebote zur Seite stellt), eine Ausweitung des tagesklinischen Versorgungsangebotes, bessere und verbindlichere Terminabsprachen z.B. mittels einheitlicher Terminverwaltungssysteme sowie moderne EDV-Portalsysteme können Parallelstrukturen abgebaut, Mehrfachuntersuchungen und Kosten reduziert werden. Dafür qualifiziertes (zusätzlich erforderliches) Personal bedarf einer ausreichenden Gegenfinanzierung im Bereich aller Sektoren.

Die Förderung und Finanzierung der Weiterbildung in der Kinder- und Jugendmedizin (mit einem verpflichtenden Teil in der pädiatrischen ambulanten Grundversorgung) sollte analog der Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin gesetzlich verankert werden. Innovative Weiterbildungsverbände zwischen Kliniken und Praxen mit Kooperationsmodellen zur Facharztausbildung fördern systematisch die Kooperation zwischen ambulantem und stationärem Sektor.

In den Praxen sollte die strikte Präsenzpflcht und im Klinikbereich die restriktiven Bedingungen bei der Erteilung persönlicher Ermächtigungen liberalisiert und adäquate Gegenfinanzierungen geschaffen werden, um ausreichende Anreize für Hochschulabsolventen setzen zu können, einen pädiatrischen Weiterbildungsweg einzuschlagen.

### **Digitalisierung, Telematische Infrastruktur**

Damit der Einsatz digitaler Technologien im Gesundheitswesen (E-Health) zu einer besseren Vernetzung der Schnittstellen im Gesundheitswesen beitragen kann, muss eine Niedrigschwelligkeit und eine rechtssichere Datenschutzkompatibilität für alle Beteiligten genauso sichergestellt sein wie eine volle Gegenfinanzierung für die Leistungserbringer.

### **Sektorenübergreifende Zusammenarbeit mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD)**

Öffentliche Kinder- und Jugendgesundheitsdienste erfüllen individual- und bevölkerungsbezogene Aufgaben in Prävention, Gesundheitsförderung und ergänzender oder subsidiärer Gesundheitsversorgung. Im Rahmen der kommunalen Daseinsfürsorge sind sie an Planungs-, Koordinierungs- und Gestaltungsprozessen beteiligt, die im Kontext einer sektorenübergreifenden Zusammenarbeit noch stärker zum Einsatz kommen sollten. Dabei kann der ÖGD das Instrumentarium aufsuchender Beratung und begleitender Nachsorge nutzen (z.B. nach Krankenhausentlassung von Risikokindern; Reintegration von Schulkindern nach Krankenhausaufenthalt etc.). Als vorteilhaft erweisen sich dabei eine multiprofessionelle Ausstattung der Kinder- und Jugendgesundheitsdienste (zum Beispiel mit sozialmedizinischen Assistentinnen) und die Arbeit in lokalen Netzwerken nicht nur mit Leistungserbringern, sondern auch mit den Systemen Jugendhilfe, Soziales, vorschulischer und schulischer Bildung, kommunaler

Förderangebote etc. Deshalb sollten diese Möglichkeiten unterstützt und bedarfsabhängig ausgebaut werden.

Die Mehrzahl der Ländergesetze für den Öffentlichen Gesundheitsdienst benennt und fordert explizit Aufgaben betriebsmedizinischer Betreuung von Kindern in Schule und Kita. Bestehende Aktivitäten reichen von der Primärprävention bis zur Organisation von Notfallmanagement und dem koordinierten Einsatz von Schulgesundheitsfachkräften. Durch Stärkung und Ausbau wären entlastende Effekte für das Gesundheitsversorgungssystem zu erwarten. Maßgebliche Verbesserungen der Gesundheitskompetenz könnten durch eine Stärkung des ÖGDs gerade hier, in seiner Arbeit für und in Gemeinschaftseinrichtungen, befördert werden, da er sowohl Eltern, als auch wichtige Multiplikatoren niedrigschwellig erreichen kann.

Es müssen Möglichkeiten für die Leistungserbringer gefunden werden, auf die unterschiedlichen Finanzierungsstrukturen des SGB V und SGB VIII zugreifen zu können, um auch in diesem Bereich den betroffenen Patienten sektorenübergreifende Versorgungsangebote anbieten zu können.

Prof. Dr. med. Hans-Iko Huppertz  
Generalsekretär der DAKJ

Dr. med. Thomas Fischbach  
Präsident des BVKJ

Dr. med. Ulrike Horacek  
Beisitzerin des Vorstandes der DGSPJ

PD Dr. med. Burkhard Rodeck  
Generalsekretär der DGKJ

Jochen Scheel  
Geschäftsführer des GKinD e.V.