

**Stellungnahme der GKinD zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz, KHVVG) zur Ausschussdrucksache 20(14)221.3, Ausschuss für Gesundheit, Deutscher Bundestag vom 11.10.2024 und zur Definition der Leistungsgruppen**

---



**Änderungsantrag 8 (Ermächtigung zur fachärztlichen ambulanten Behandlung durch Krankenhäuser)**

Zu Artikel 1 Nummer 5 (§ 116a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) (Ermächtigung sektorenübergreifender Versorgungseinrichtungen und Sicherstellungskrankenhäuser zur fachärztlichen Versorgung)

Es ist zu begrüßen, dass der Zulassungsausschuss sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen sowie Krankenhäuser, **resp. Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen**, die in die Liste nach § 9 Abs. 1a Nr. 6 KHEntgG aufgenommen sind, zur fachärztlichen Versorgung ermächtigen müssen, wenn zum Zeitpunkt der Antragstellung keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind und im Zeitraum von neun Monaten ab Antragstellung keine Zulassungsbeschränkung angeordnet wurde.

- **Handlungsempfehlung:** Die Ermächtigung ist mindestens für 5 Jahre zu erteilen. Zwischenzeitlich aufgebaute Ambulanzstrukturen sind kooperativ einzubinden.

**Änderungsantrag 10 (Pädiatrische Institutsambulanzen)**

Zu Artikel 1 Nummern 5a und 5b – neu – (§§ 118b, 120 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch), (Pädiatrische Institutsambulanzen)

Wir begrüßen die Übernahme der Empfehlung der Regierungskommission einen Paragraphen für die pädiatrischen Institutsambulanzen einzuführen mit der Absicht, Kinderkliniken grundsätzlich eine gesetzliche Ermächtigung zur ambulanten pädiatrischen Behandlung zu ermöglichen.

- **Handlungsempfehlung:** Wir bitten im Sinne einer Klarstellung **um Ergänzung im Gesetzestext**, dass die Gruppe derjenigen pädiatrischen Patienten, die nach Satz 1 der Behandlung durch ein Krankenhaus bedürfen **auch Kinder- und Jugendliche einschließt, die** mit Überweisung **zur Abklärung des Vorliegens einer solchen Erkrankung nach Satz 1** in die Institutsambulanz der Kinder- und Jugendklinik kommen.
- **Handlungsempfehlung:** Wir bitten darum, folgenden **Satz 2 und 3 wieder zu streichen:**

*„Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren im Einvernehmen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft*

- 1. die Gruppe derjenigen pädiatrischen Patienten, die nach Satz 1 aufgrund der Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung der Behandlung durch ein Krankenhaus bedürfen,
- 2. sächliche und personelle Voraussetzungen der Leistungserbringung sowie sonstige Anforderungen an die Qualitätssicherung.

*Kommt die Vereinbarung bis zum [einsetzen: erster Tag des sechsten Monats nach Inkrafttreten nach Artikel 7] nicht zustande, legt das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a Absatz 2 den Inhalt der Vereinbarung fest.“*  
**UND stattdessen den Überweisungsvorbehalt in §120 Abs. 1a SGB V wieder einzufügen.** Dieser Überweisungsvorbehalt ist seit Jahren etabliert und regelt genau das, was geregelt werden soll: In enger Anbindung an die Praxen wird nur im Bedarfsfall die Institutsambulanz eingeschaltet. Wir sprechen uns dagegen aus, dass KBV, DKG und GKV pädiatrische Bedarfe (möglicherweise am Bedarf der Patient vorbei) festlegen.

## **Änderungsantrag 21 (Anpassung der Anforderungsbereiche der Leistungsgruppen)**

Zu Artikel 1 Nummer 25 (Anlage 1 zu § 135e des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) (Anpassung der Anforderungsbereiche der Leistungsgruppen (LG))

Grundsätzlich müssen die pädiatrischen Leistungsgruppen (Kinder- und Jugendmedizin (KJM), Kinderchirurgie (KC)) **separat von den Kriterien der Erwachsenenenddisziplin** definiert werden, damit die Strukturqualitätsvorgaben und die Ermittlung der Vorhaltevergütung sachgerecht für die bettenführenden pädiatrischen Leistungsbereiche – insbesondere auch die der Kinder-Intensivmedizin – zugeordnet werden können.

- **Handlungsempfehlung: Gesetzgeberische Verankerung einer Übergangsfrist zur Entwicklung einer entsprechenden Abgrenzung für die Pädiatrie (KJM + KC).**

Zwar ist der LG-Groupier noch nicht veröffentlicht, so dass der Regelungsbedarf noch nicht klar beschrieben werden kann, aber aus der Definition der Leistungsgruppen (Anlage 1 (zu § 135 e)) aus der Lesefassung des BMG zu weiteren Änderungen vom 16.09.2024 (DS 20/11854) und im Entwurf des KHVVG vom 17.06.2024 (DS 20/11854) lassen sich folgende Hinweise für mögliche Handlungsempfehlungen ableiten:

- LG 47: Spezielle Kinder- und Jugendmedizin  
**Die „Erbringung verwandter Leistungsgruppen am Standort“ wurde um die LG Intensivmedizin (die keine kinderintensivmedizinische LG ist!) als Mindestvoraussetzung ergänzt. Das ist neu und sollte wieder rückgängig gemacht bzw. verschoben werden in „Auswahlkriterium“.** Hintergrund ist, dass hier die LG Perinatalzentrum Level 2 ausreicht, da in mehr als 70% der Kinder- und Jugendkliniken die Kinder-Intensivmedizin (PICU) zusammen mit der neonatologischen Intensivmedizin (NICU) betrieben wird. Darüber hinaus ist wichtig, dass die Intensivmedizin für Kinder (PICU) **nicht mit der Intensivmedizin für Erwachsene** in einer Leistungsgruppe (LG 64) vermischt wird. In der vorhergehenden Fassung der Leistungsgruppendefinition war die Kinder-Intensivmedizin auch noch unter der Leistungsgruppe LG 47 Spezielle Kinder- und Jugendmedizin geführt. Damit war sichergestellt, dass die pädiatrische Expertise nicht durch die Erwachsenenmedizin unterlaufen wird.

- LG 47: Spezielle Kinder- und Jugendmedizin  
Die verschiedenen („Unter“-)Schwerpunkte der Speziellen Kinder- und Jugendmedizin dürfen nicht als einzelne Abteilungen verstanden werden, sondern beschreiben Leistungs-„unter“gruppen innerhalb einer Abteilung für Kinder- und Jugendmedizin. Hierfür sollten bundeseinheitlich **pädiatrische FAB-Schlüssel** aufgeteilt nach FAB-Schlüssel für Fachabteilungen und **pädiatrische FAB-Unter-Schlüsseln** für die Schwerpunkte / Zusatzweiterbildungen festgelegt werden.
  
- LG 47: Spezielle Kinder- und Jugendmedizin  
Sollte die **Anzahl der benötigten Fachärztinnen/Fachärzte mit Schwerpunktbezeichnung** (drei VKÄ, wie derzeit im Gesetzentwurf) sich auf den jeweiligen Schwerpunkt/die jeweilige Zusatzweiterbildung beziehen und gesetzlich festgeschrieben werden, lässt sich die Versorgung der Kinder und Jugendlichen nicht mehr sicherstellen.  
**Hinweis:** In pädiatrischen Schwerpunkten / Zusatzweiterbildungen reicht i.d.R. eine geregelte Stellvertretung aus. Es gibt Unterschiede, ob und für welches Zeitfenster eine Präsenz eines Arztes/einer Ärztin mit Schwerpunktbezeichnung vorzusehen ist und für welchen Schwerpunkt / welche Zusatzweiterbildung ein Rufdienst einzurichten ist.
  
- LG 47: Spezielle Kinder- und Jugendmedizin  
Kinder brauchen qualifizierte Pflege, daher ist eine **Wiederaufnahme der Kinderkrankenpflegeausbildung** (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 Pflegeberufegesetz) **mindestens in Kooperation in die LG 47 Spezielle Kinder- und Jugendmedizin** in das KHVG notwendig (siehe DS 20/11854 Seite 91 (Anlage 1 zu § 135e) Spalte 9 mit den sonstigen Struktur- und Prozesskriterien). Die Länder müssen zu einem entsprechenden Ausbau des Ausbildungsangebotes zur Pflegefachfrau/-mann mit Vertiefung bzw. Spezialisierung Pädiatrie verpflichtet werden.
  
- LG 64: Intensivmedizin  
Die Definition dieser neuen Leistungsgruppe orientiert sich an den Bedürfnissen für Erwachsene. Die **Anforderungen an eine pädiatrische Intensivmedizin** weichen hiervon ab – der überwiegende Teil der intensivmedizinisch versorgten Kinder und Jugendlichen (PICU) erfolgt auf gemischten Intensivstationen zusammen mit intensivmedizinisch versorgten Neugeborenen (NICU) – und hat keine separate Abteilungsstruktur. Hier **MUSS** nach Bekanntwerden des LG-Groupers nachgearbeitet werden, **um die sog. Kinder-Intensivmedizin separat in dieser LG 64 oder in einer anderen pädiatrischen Leistungsgruppe darzustellen**.  
Das ist schon alleine deshalb nötig, weil die LG Intensivmedizin als Mindestvoraussetzung bei vielen pädiatrischen Leistungsgruppen (LG 15, LG 47, LG 48, LG 49) vorgesehen ist.  
Es ist auch nicht zu unterstützen, wenn durch das Fehlen von Strukturvorgaben für die Pädiatrische Intensivmedizin die sog. Erwachsenen-Intensivmedizin die

intensivmedizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen als ihren Auftrag ansieht und ausbaut.

- LG 48: Kinder-Hämatologie und Onkologie, Stammzelltransplantation  
Die neue Aufnahme der **LG 64 Intensivmedizin als Mindestkriterium** ist auch hier analog der vorhergehenden Argumentation zur LG 47 in der vorgelegten Definition **abzulehnen**.
- LG 49: Kinder-Hämatologie und - Onkologie - Leukämie und Lymphome  
Die neue Aufnahme der **LG 64 Intensivmedizin als Mindestkriterium** ist auch hier analog der vorhergehenden Argumentation zur LG 47 in der vorgelegten Definition **abzulehnen**.
- LG 15: Kinder- und Jugendchirurgie  
Die neue Aufnahme der **LG 64 Intensivmedizin als Mindestkriterium** ist auch hier analog der vorhergehenden Argumentation zur LG 47 in der vorgelegten Definition **abzulehnen**.
- LG 16: Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie  
Die Anforderungen zur personellen Ausstattung wurde derart geändert, dass die sog. Organfächer Orthopädie und Urologie des Erwachsenen im Bereich Kinder-Orthopädie und Kinder-Urologie auch ohne Vorhalten einer Abteilung für Kinder- und Jugendmedizin am Standort Kinder- und Jugendliche versorgen dürfen. Die Klinik für Kinder- und Jugendchirurgie, zu der u.a. auch Kinder- und Jugendorthopädie und Kinder-Urologie gehört, muss nach der vorgelegten Neudefinition der LG 16 für die Leistungserbringung in der Kinder- und Jugendorthopädie zwei Fachärztinnen/Fachärzte für Kinder- und Jugendchirurgie mit Schwerpunktbezeichnung Kinder- und Jugendorthopädie vorhalten. Das bedeutet: weitere **Verschiebung der Leistungserbringung in die sog. Erwachsenenmedizin und ist abzulehnen**.  
Auch hier muss die Möglichkeit zur Nachjustierung zwingend vorgegeben werden.
- LG 65: Notfallmedizin  
Die neu eingeführte LG Notfallmedizin orientiert sich am Erwachsenen und berücksichtigt nicht die **besonderen Strukturen einer Notfallmedizin für Kinder- und Jugendliche**, die separat zu formulieren ist. An dieser Stelle sei auch auf den **§ 25 Modul Kinder der G-BA-Richtlinie für die stationäre Notfallversorgung von Kindern und Jugendlichen** verwiesen, der die Notfallversorgung von Kindern und Jugendlichen separat regelt. Die vorgelegte Definition ist für die Altersgruppe Kinder- und Jugendliche **abzulehnen** und muss entsprechend der G-BA-Richtlinie (§25) nachgearbeitet werden.

### **Änderungsantrag 28 (Besondere Einrichtungen)**

Zu Artikel 2 Nummer 7 Buchstabe a (§ 17b Absatz 1 Satz 10 und 14 - neu - des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Es ist ausdrücklich zu begrüßen, dass auch **Krankenhäuser, die quantitativ eine besondere Bedeutung für die stationäre somatische Versorgung von Kindern und Jugendlichen** haben, auf Antrag des Krankenhauses als besondere Einrichtung aus dem Vergütungssystem angenommen werden können.

Hierzu wurde eingefügt: „*cc. folgender Satz angefügt: [...] 1. in mindestens 75 Prozent der vollstationären, nach dem Krankenhausentgeltgesetz vergüteten Fälle des Krankenhauses waren die Patientinnen und Patienten zum Zeitpunkt der Aufnahme in das Krankenhaus mindestens 28 Tage und unter 18 Jahre alt und 2. der auf das Krankenhaus entfallende Anteil an allen vollstationären, nach dem Krankenhausentgeltgesetz vergüteten Fällen, bei denen die Patientinnen und Patienten zum Zeitpunkt der Aufnahme in das Krankenhaus mindestens 28 Tage und unter 18 Jahre alt waren, beträgt mindestens 0,5 Prozent.*“

- **Handlungsempfehlung:** Die 2. Anforderung, die besagt, dass die Kinderklinik eine **Fallzahl mit einem Mindestanteil von 0,5 Prozent an der vollstationären somatischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen bundesweit aufweisen muss, ist unnötig und sollte zumindest bezüglich der notwendigen stationären Fallzahl an den Bedarf angepasst werden.** Gerade angesichts der Bestrebung zur weiteren Ambulantisierung von stationären Krankenhausleistungen, auch bei Kindern, lässt sich eine derartige Aussage, die ab 2027 greifen soll, als unnötig „zu hoch gegriffen“ einstufen. Sie könnte Fehlanreize auslösen.

#### **Änderungsantrag 39 (Maßgebliche Fälle)**

Zu Artikel 3 Nummer 5 Buchstabe d (§ 5 Absatz 3k des Krankenhausentgeltgesetzes) (Maßgebliche Fälle)

Zur Erhebung des Zuschlags zur Förderung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen hat das InEK die maßgeblichen Fälle dahingehend festgelegt, dass die Kinder und Jugendlichen zum Zeitpunkt der Aufnahme in das Krankenhaus über 28 Tage und unter 16 Jahre alt sind. Eine redaktionelle Änderung wird gemäß Antrag 39 nun festgelegt, dass die Kinder zum Zeitpunkt der Aufnahme „mindestens“ 28 Tage alt sind.

- **Handlungsempfehlung:** Der Zuschlag zur Förderung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen sollte nicht nur weitergeführt, sondern bedarfsorientiert angehoben werden **UND nur für Kliniken bzw. Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin zur Verfügung stehen (d.h. Vorhalten von mindestens einer pädiatrische Leistungsgruppe)** ausgegeben werden (und nicht wie derzeit für „alle“ Kliniken, die Kinder versorgen, aber keine kindgerechten Strukturen vorweisen).

#### **Änderungsantrag 44 (Entgelte für Fälle, die pädiatrischen Leistungsgruppen zuzuordnen sind)**

Zu Artikel 3 Nummer 10 Buchstabe f - neu - (§ 8 Absatz 12 - neu - des Krankenhausentgeltgesetzes) (Entgelte für Fälle, die pädiatrischen Leistungsgruppen zuzuordnen sind)

Wir begrüßen ausdrücklich, dass die Behandlung pädiatrischer Fälle in Krankenhäusern, die besondere pädiatrische Strukturen vorhalten und mindestens eine Leistungsgruppe aus dem

Bereich Pädiatrie zugewiesen bekommen haben, ab dem 1. Januar 2027 bei Fällen einer pädiatrischen Leistungsgruppe kein Abschlag bei Unterschreiten der unteren Grenzverweildauer erhoben wird.

- **Handlungsempfehlung:** Angesichts der jetzigen Finanzierungsprobleme von Kinderkliniken und Kinderabteilungen bitten wir nachdrücklich um eine **zeitnahe Umsetzung (01.01.2025)**, und nicht erst zum 01.01.2027.

## Grundpositionierung GKinD

- (1) Eine Reform zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus, vor allem eine **Verbesserung der Vergütungsstruktur** ist vor allem für Kinderkliniken und Kinderabteilungen in Deutschland zu begrüßen.
- (2) Eine finanzielle **Grundsicherung** z.B. in Form einer **Sockelfinanzierung**, (unabhängig von Fallzahl und Fallschwere, resp. unabhängig der Vorhaltekosten) muss gewährleistet sein.
- (3) Die **UN-EACH Charta ist umzusetzen**. Diese gilt für alle Kinder und Jugendliche **bis zum 18. Lebensjahr**.
- (4) Eine weitere Reduzierung der Kinderkliniken und Kinderabteilungen in Deutschland (derzeit 326 Kinderkliniken und Kinderabteilungen) führt zu einem zunehmenden **Versorgungseingpass**.
- (5) Die **Empfehlungen der Regierungskommission** für die konservative und operative Kinder- und Jugendmedizin für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung sind **vollumfänglich umzusetzen**.
- (6) aus (3) ergibt sich, dass Kinder 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) **Pflegfachfrauen und Pflegfachmänner mit Vertiefungseinsatz im speziellen Bereich der pädiatrischen Versorgung** nach Teil 2 des Pflegeberufegesetz, d) **Pflegfachkräfte mit Abschluss einer Fachweiterbildung im Bereich der pädiatrischen Intensivpflege**, versorgt werden dürfen. Der Anteil der Pflegfachkräfte 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 in der Regel nicht mehr als 10% (gemessen an Vollzeitäquivalenten) betragen und muss immer zusammen mit einer Pflegfachkraft aus a)–d) erfolgen.
- (7) aus (4) ergibt sich zudem, dass der „Durchgriff“ der Erwachsenenmedizin in die Kinder- und Jugendmedizin resp. Kinder- und Jugendchirurgie und eine **Ausweitung des Erwachsenen-Spektrums „nach unten“ nicht verhandelbar** ist und im Gesetz festgelegt werden muss.

## Kontakt:

GKinD e.V. Geschäftsführung, Am Mühlenwald 3, 57290 Neunkirchen, Büro Berlin: Chausseestr. 128/129, 10115 Berlin