



Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH) zum Kabinettsentwurf für ein Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG)

(Stand: 01.07.2024)

Die Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH) begrüßt eine dringend notwendige Krankenhausreform. Jedoch gefährdet der von der Bundesregierung beschlossenen Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG) in der jetzigen Form die kinderchirurgische Versorgung in Deutschland.

Derzeit ist eine flächendeckende kinderchirurgische Versorgung schon nicht mehr gewährleistet. Es gibt 89 kinderchirurgische Abteilungen/Kliniken mit 538 Ärzten und 6 zusätzliche Belegarztstandorte. 21,3 % der kinderchirurgischen Patienten sind schon außerhalb der Erreichbarkeitsgrenze von 45 Minuten, um eine kinderchirurgische Klinik/Abteilung zu erreichen. Dies ist mit Abstand der höchste Anteil im Vergleich zu allen anderen Fachgruppen (0,1-16,9 %) (Schmitt et al.: „Krankenhausreform in Deutschland: populationsbezogenes Berechnungs- und Simulationsmodell zur Planung und Folgenabschätzung“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ [Online First und MVF 03/24], S. 45-58.).

In dem von der Bundesregierung beschlossenen Entwurf zum KHVVG wurden die durch unsere Fachgesellschaft bereits eingebrachten Verbesserungsvorschläge im Rahmen der Kommentierungsmöglichkeiten vom 30.04.2024 zum Referentenentwurf des KHVVG für die kinderchirurgische Versorgung in Deutschland leider bis jetzt nicht berücksichtigt.

In Anlage 1 (zu §135e) LG 16 Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie ist weiterhin die KJ Chi Orthopädie und KJ Chi HNO aufgeführt, die übrigens kein Weiterbildungsinhalt in der Weiterbildungsordnung Kinderchirurgie der Ärztekammer ist. Dies bedeutet, dass KJ Chi Orthopädie und KJ Chi HNO Eingriffe nur durchgeführt werden können, wenn 5 FÄ Kinderchirurgie mit Vollzeitäquivalent von 40 Wochenstunden in der Klinik/Abteilung vorhanden sind. Damit ist eine orthopädische und HNO-Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland nicht mehr durchführbar, da es diese Ärzte nicht gibt.

In der **sachlichen Ausstattung** ist für die LG 16 Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie CT täglich rund um die Uhr, MRT täglich rund um die Uhr gefordert. Hier muss zwingend oder eingefügt werden, da es sonst unterschiedlich interpretiert werden kann, u.a. dass beide Geräte mit Personal rund um die Uhr bereitgestellt werden müssen, was nicht finanzierbar ist.

Mit dem neuen KHVVG können **generell Belegärzte nicht mehr operieren**, wenn sie in der Anlage 1 nicht dezidiert genannt sind und dies ist von 64 LG nur in 4 LG der Fall. Dies wurde u.a. von Frau Johanna Sell (BMG-Abteilungsleiterin) durch die urologische Fachgesellschaft bereits erläutert.

Mit § 135e Abs. 4 Satz 3 Nr. 7 SGB V in Verbindung mit der Anlage 1 zum Gesetzentwurf 'Qualitätskriterien für bestimmte Leistungsgruppen'. ... Der § 123e Abs. 4 Satz 3 Nr. 7c SGB V stellt klar, dass 'Anforderungen an die personelle Ausstattung auch durch Belegärzte erfüllt werden können, sofern dies in der Tabelle der Anlage 1 vorgesehen ist'. Die Formulierung in § 135e SGB V ist in der Form zu ändern, dass grundsätzlich in allen Leistungsgruppen auch durch Belegärzte erbrachte Leistungen abgerechnet werden können; die Mindestanzahl der Vollzeitäquivalente entspräche dann jeweils der Anzahl der vertraglich eingebundenen Belegärztinnen und Belegärzte. Alternativ wäre in Anlage 1 für die kinderchirurgischen Leistungsgruppen LG 15 und LG 16 Personelle Ausstattung zu ergänzen: ... oder vertragliche Vereinbarung mindestens 3 Belegärzte.

Wenn dies nicht geschieht, ist die kinderchirurgische Versorgung besonders im ländlichen Raum (z.B. Südostbayern: Traunstein mit einem Einzugsgebiet ohne weitere Kinderchirurgie im Umkreis von 100 km und ca. 1 Mio. Einwohner; oder in Weiden, nächste Kinderchirurgie in Regensburg 86 km oder Nürnberg 120 km) nicht gewährleistet und würde sich insgesamt deutschlandweit weiter verschlechtern.

§ 135e Mindestanforderungen an die Qualität der Krankenhausbehandlung, Verordnungs-ermächtigung

Im Anforderungsbereich „Personelle Ausstattung“ in der Tabellenspalte „Verfügbarkeit“ sind Fachärzte im vorgegebenen personellen und zeitlichen Umfang vorzuhalten, **dabei entspricht ein Facharzt einem beschäftigten Facharzt mit einem Vollzeitäquivalent von 40 Wochenstunden** (S. 15). Im Referentenentwurf war dies in **Anlage 2 zu § 135e**: mit **5 FÄ (VZÄ)** formuliert und wurde von Seiten der DGKCH bereits für nicht durchführbar gehalten und es wurden maximal 4/5 VZÄ. Derzeit haben von 51 Kliniken mit mehr als 5 Fachärztinnen und Fachärzten nur 38 Kliniken 5 VZÄ, wobei hier die Stundenzahl nicht bekannt ist. Die zusätzliche neue Verschärfung der Mindestanforderung mit der Präzisierung von 40 Wochenstunden führt zu einer weiteren Reduzierung und Verschlechterung der kinderchirurgischen und auch pädiatrischen Versorgung. Darüber hinaus, ist zu erwähnen, dass sich bundesweit die wöchentlichen Arbeitszeiten zwischen 38,5 und 41 Stunden bewegen, in Abhängigkeit von den jeweiligen Tarifverträgen.

Grundsätzlich sollte auch eine **telemedizinische Behandlung** bei allen Schwerpunkten der konservativen und operativen Kinder- und Jugendmedizin ermöglicht und finanziert werden, da nicht immer zwingend die persönliche Anwesenheit des FA notwendig ist.

§ 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. Ein großer Teil von Kindern und Jugendlichen mit schweren bzw. komplexen 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 für 2 Jahre. Fachärztliche Weiterbildung ist wegen der Verpflichtung der persönlichen Leistungserbringung nicht möglich. 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 Jugendchirurgie ein Ausschlusskriterium für entsprechende Versorgungsangebote. **Grundsätzlich müssen daher alle Kliniken/Abteilungen für konservative und operative Kinder- und Jugendmedizin als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen zugelassen werden, damit sie entsprechende Krankenhausermächtigungen erlangen können.**

Eine Alternative wäre eine großzügige Auslegung von § 116a.

§ 116a (S. 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 Jugendchirurgie bzw. -medizin erreichbar ist.***

§ 135f Abs. 1 SGB V Mindestvorhaltezahlen für die Krankenhausbehandlung, Verordnungsermächtigung (S. 15)

Um **Transparenz zu schaffen**, wer Kinder- und Jugendliche versorgt, müssen die Mindestvorhaltezahlen einen Alterssplit aufweisen. Der § 135f sollte entsprechend ergänzt werden: Zuordnung der Mindestvorhaltezahlen zu den Altersgruppen, die zum Zeitpunkt der Aufnahme in das Krankenhaus **unter 18 Jahre alt sind** und Patienten, die zum Zeitpunkt der Aufnahme in das Krankenhaus **über 18 Jahre alt sind**.

§ 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. Dieses ist nur in einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendchirurgie bzw. -medizin möglich. Daher sollte das gesteigerte Erlösvolumen 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. Dies muss ausschließlich den Leistungsgruppen der Pädiatrie und der Kinderchirurgie (LG 15 und 16) vorbehalten sein.

„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).*

Wir empfehlen dringend, dass **prinzipiell die chirurgische Behandlung der Kinder und Jugendlichen von Geburt bis einschließlich des 18. Lebensjahres durch Kinderchirurg:innen** erfolgen soll. Eine flächendeckende Versorgung ist jedoch bei 730 aktiven Kinderchirurg:innen nicht möglich, so dass **für**



Erwachsenen- bzw. Organchirurgen gleichartige Struktur- und Prozesskriterien für eine qualitativ gute Versorgung von Kindern und Jugendlichen gelten müssen, wie für die Kinderchirurg:innen.

InEK-Kriterien (§. 124), Vorhaltevergütung*

Seitens des InEK liegt der Vorschlag vor, die Leistungsgruppen basierend auf OPS- und ICD-10-Codes darzustellen. Ein Großteil der auch in der Speziellen Kinder- und Jugendchirurgie und speziellen Kinder- und Jugendmedizin relevanten Diagnosen (ICD-10) 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 Jugendchirurgie daher kaum erreichbar sein. Eine Kalkulation der Vorhaltekosten für die Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie auf dieser Basis wird daher zu einer massiven Unterschätzung führen und den Standort von Abteilungen für Kinder- und Jugendchirurgie weiter gefährden.

Aufhebung der Grenzverweildauer*

In der konservativen und operativen Kinder- und Jugendmedizin sollten die Abschlüsse wegen Unter- bzw. Überschreitung der unteren und oberen 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 ist daher unnötig und sollte – auch aus Gründen des Bürokratieabbaus entfallen. Insgesamt ist die Maßnahme geeignet, zusätzliche Behandlungskapazitäten zu schaffen.

Prüfungen durch den Medizinischen Dienst (Seite 187ff.)

Die Einhaltung von Kriterien zu Leistungsgruppen, OPS etc. soll durch den Medizinischen Dienst (MD) erfolgen. Die Prüfungen des MD müssen ausschließlich von im jeweiligen Fachgebiet qualifizierten Ärztinnen und Ärzten durchgeführt werden. Die MD-Prüfkriterien sollten bundeseinheitlich festgelegt werden. Sie dürfen nicht detaillierter formuliert sein als z.B. in den Qualitätsrichtlinien des G-BA. Sollte es zu unterschiedlichen Bewertungen der Krankenhäuser und des MD kommen, muss es eine Schiedsstelle geben, die das Prüfergebnis nach Anhörung der Beteiligten beurteilt.

Wesentliche Inhalte der Stellungnahme wurden aus der Stellungnahme der DGKJ vom 05.06.2024 übernommen (mit * markiert), da es die konservative und operative Kinder- und Jugendmedizin gleichsam betrifft.

Kontakt:

Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie e. V. (DGKCH)

PD Dr. Barbara Ludwikowski, Präsidentin

Geschäftsstelle:

Langenbeck-Virchow-Haus

Luisenstraße 58/59 | 10117 Berlin

Tel: +49 (0)30 28 00 43 60 | Fax -69

info@dgkch.de | www.dgkch.de