



Zur finanziellen Situation von Kinderkliniken und –abteilungen

Zunächst möchten wir zusammenfassend feststellen, dass wir die medizinische Versorgung von Kindern in Kliniken und Abteilungen für Kinder und Jugendmedizin in Deutschland für deutlich unterfinanziert halten. Nachfolgend führen wir die Gründe für die Unterfinanzierung aus, stellen die Problematik der Spezialambulanzen (S. 4) in der Pädiatrie vor und gehen zuletzt (ab S. 4) auf Lösungsmöglichkeiten ein.

GRÜNDE FÜR DIE UNTERFINANZIERUNG VON KINDERABTEILUNGEN UND –KLINIKEN

Kostensenkungsdruck im stationären Bereich

Die Budgetanpassung im stationären Bereich an die allgemeine Kostenentwicklung ist seit vielen Jahren gedeckelt. Sie durfte den Anstieg der sog. Grundlohnsumme / Veränderungsrate nicht übersteigen. Damit waren jedoch insbesondere die Tarifsteigerungen im Personalbereich und i.d.R. auch die Sachkostensteigerungen nicht abgedeckt. Hieraus entstand ein enormer Kostensenkungsdruck auf die Krankenhäuser.

Fallzahlsteigerung im stationären Bereich

Diesen Kostensenkungsdruck konnten die meisten Kliniken kompensieren, weil die Fallzahlen kontinuierlich angestiegen sind. Demographische Aspekte mit Zunahme der Morbidität im höheren Alter sind hierfür sicherlich partiell verantwortlich zu machen.

Öffentlich diskutiert wird darüber hinaus, inwiefern Fehlanreize im DRG-System für den Erwachsenen-Bereich begründet liegen, ob beispielsweise unnötige, nicht medizinisch indizierte Operationen durchgeführt werden, um die Fallzahlen ebenso wie Erlöse weiter zu steigern. Allein in der Zeit von 2005 bis 2012 betrug die Fallzahlsteigerung in der Patientengruppe von 20 bis 95 Jahre und älter 14,4 %.

Fallzahlsteigerung für Kinderkliniken nicht möglich

Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr machen - mit sinkender Tendenz - nur noch rund 16% der Gesamtbevölkerung aus. 2012 gab es 1.137.448 vollstationäre Fälle von Kindern und Jugendlichen bis 18 Jahren in pädiatrischen, kinderchirurgischen und kinderpsychiatrischen Abteilungen. (Die Rate der stationären Einweisungen ist im internationalen Vergleich relativ niedrig. In Großbritannien wird 1 von 3 Kindern im 1. Lebensjahr mindestens 1 x stationär aufgenommen.) Kinderkrankenhäuser oder kinder- und jugendmedizinische Fachabteilungen stehen in einem wirtschaftlich ungleichen Wettbewerb zu entsprechenden Fachabteilungen der Erwachsenen-Medizin. Denn während

letztere auch Kinder und Jugendliche behandeln dürfen, sind sie auf die Versorgung eines Bruchteils der Bevölkerung beschränkt.

Wegen dieser Beschränkung und der Tatsache, dass die Geburtenzahlen tendenziell rückläufig sind, konnten die Fallzahlen in Kinderkliniken nicht gesteigert werden. Eine Fallzahlsteigerung durch Ausweitung der Indikationen ist in der Pädiatrie aus ethischen Gründen auch in Kliniken mit bester Leistungsqualität nicht möglich. Den Kinderkliniken fehlt deshalb eine entsprechende Kompensationsmöglichkeit, um die Budgetdeckelung abzufangen. Dies war und ist weiterhin ausschließlich denjenigen Abteilungen vorbehalten, die erwachsene Patienten versorgen.

Die Gesamtausgaben der GKV für Krankenhausbehandlungen betragen im Jahr 2012 rd. 61,66 Mrd. €. Bei weiteren Überlegungen gehen wir von einem Anteil für die Versorgung von 0 bis 20jährigen in Höhe von 4 Mrd. € aus (genauere Zahlen kann möglicherweise der GKV-Spitzenverband nennen).

Hätten Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in gleicher Weise ihre Fallzahlen steigern können, wären ihre Einnahmen in 2012 um mindestens 550 Millionen € höher gewesen. Diese Zahl verdeutlicht die Dimension des Effektes aus der nicht möglichen Fallzahlsteigerung.

Gewinner- / Verlierer-Abteilungen

Innerhalb eines Krankenhauses, das diverse Fachabteilungen betreibt, haben sich mittlerweile klassische Gewinner- und Verlierer-Abteilungen herausgebildet.

Anspruch des DRG-Systems ist es jedoch seit seiner Einführung, medizinische Leistungen im erforderlichen Umfang und mit bestmöglicher Qualität abzubilden. Ein „gerechtes“ Vergütungssystem müsste dazu führen, dass es keine systembedingten Gewinner und Verlierer gibt. Lediglich der Unterschied zwischen wirtschaftlichen und unwirtschaftlichen Kliniken oder Abteilungen dürfte sichtbar werden.

Es werden also offensichtlich Leistungen systematisch überfinanziert und andere wiederum systematisch unterfinanziert.

Problematik Finanzierung von Vorhaltekosten im Fallpauschalensystem

Die Kalkulationsdaten für das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK GmbH) werden als korrekt angesehen. Die Ursache liegt deshalb in der ausschließlichen Leistungsvergütung über ein Fallpauschalensystem, welches notwendige Vorhaltekosten nicht berücksichtigt.

Die Kosten von Krankenhäusern lassen sich grob (wie die eines jeden Unternehmens) in Fixkosten (von der Leistungszahl unabhängige Vorhaltekosten) und variable Kosten (leistungsabhängige Kosten) unterteilen.

Die variablen Kosten werden mit Fallpauschalen grundsätzlich adäquat vergütet. Schwierig wird es bei der Vergütung von Vorhaltekosten. Kliniken mit überdurchschnittlich hohen Vorhaltekosten werden eher unterfinanziert sein und Kliniken mit unterdurchschnittlichen Vorhaltekosten werden tendenziell Gewinne erwirtschaften. Die Gründe für mehr oder weniger hohe Vorhaltekosten sind vielfältig. Ein wesentlicher Faktor für die Höhe der Vorhaltekosten ist die Planbarkeit der Leistung.

DRG-System ist ausgerichtet auf Durchschnittskliniken

Die Bewertungen der Fallpauschalen im DRG-System sind Durchschnittswerte auf Basis der Kosten in denjenigen Häusern, die sich an der Kalkulation durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK GmbH) beteiligt haben.

Das macht deutlich, dass das System ausgerichtet ist auf Durchschnittskliniken (durchschnittliche Fallzahl, durchschnittlicher Schweregrad = 1,0, durchschnittliches Leistungsspektrum, durchschnittliche Kostenstruktur etc.). In einer solchen Durchschnittsklinik wären also theoretisch die Vorhaltekosten für die zu erbringenden Leistungen refinanziert.

Vorhaltekosten in Kinderkrankenhäusern und Kinderabteilungen oft überproportional hoch

Kinder- und jugendmedizinische Einrichtungen sind aufgrund ihrer hohen Vorhaltekostenanteile erheblich benachteiligt. Warum sind die Vorhaltekosten höher? Die Kinder- und Jugendmedizin hat mit einer enorm hohen Anzahl akut auftretender Erkrankungen (Notfallquote) zu kämpfen. Dies zeigt sich u.a. auch in starken unterjährigen Belegungsschwankungen. Es werden nur zu einem geringen Anteil (ca. 20%) planbare Leistungen erbracht.

Pädiatrische Abteilungen decken ein weit überdurchschnittlich breites Leistungsspektrum (i.d.R. zwischen 400 bis 500 unterschiedliche DRGs) ab. Abteilungen der Erwachsenenmedizin decken lediglich ein Spektrum von 50 bis 300 unterschiedlichen DRGs ab, wobei der Durchschnitt unterhalb 200 DRGs liegt. Auch dies erhöht zwangsläufig die Vorhaltekosten für die adäquate Versorgung von Kindern und Jugendlichen.

Seltene, nicht kalkulierbare Leistungen

Daneben existiert noch das Problem der selten vorkommenden, oft teuren, aber aufgrund der geringen Fallzahlen nicht kalkulierbaren Leistungen. Für diese Leistungen existieren dann oft keine adäquaten DRGs.

Kliniken der Maximalversorgung, also große Kinderkliniken, Universitätskinderkliniken, spezialisierte Kinderkliniken oder –abteilungen mit einem überdurchschnittlichen Anteil solcher Leistungen erhalten dadurch eine inadäquate Vergütung.

Kaum Wahlleistungserlöse

Der ungleiche Wettbewerb für Kinderkliniken wird verschärft dadurch, dass die Erwachsenen-Medizin über Möglichkeiten für Erlösmaximierung durch Wahlleistungen verfügt: Gewinne aus Zuschlägen für 1- und 2-Bettzimmer sowie Liquidationserlöse bei Privatpatienten. Dies führt regelmäßig zu zusätzlichen Einnahmen im Millionenbereich neben den Fallpauschalen. – Diese Möglichkeit, zusätzliche Einnahmen zu generieren, fehlt in der Pädiatrie weitgehend.

FAZIT

Die Finanzierungsproblematik der Kliniken und Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin resultiert aus dem grundlegenden systemimmanenten Problem: der unzureichenden Berücksichtigung besonderer Vorhaltekosten von Kliniken oder Fachabteilungen für Kinder und Jugendliche.

PROBLEME BEI DER AMBULANTEN FACHÄRZTLICHEN VERSORGUNG

Chronisch kranke Kinder und Jugendliche, die auf eine spezialärztliche Versorgung angewiesen sind, sollten in zumutbarer Entfernung zum Wohnort behandelt werden. Dafür stehen zunächst niedergelassene Kinder- und Jugendärzte mit entsprechenden Zusatzweiterbildungen und Schwerpunkten bereit. Bei darüber hinausgehendem spezialärztlichem Bedarf erfolgt die Versorgung in pädiatrischen Spezialambulanzen und Sozialpädiatrische Zentren (SPZ). Hierin unterscheidet sich die pädiatrische Versorgung von der Erwachsenen-Medizin, wo dies zu einem ganz überwiegenden Teil die niedergelassenen Fachärzte übernehmen.

Die an Kinderkliniken oder Kinderabteilungen tätigen Fachärzte berichten aber über erhebliche Probleme mit den bisher notwendigen KV-Ermächtigungen:

1. Sie werden teilweise gar nicht mehr erteilt oder entzogen, obwohl eindeutig ein spezieller Versorgungsbedarf für Kinder und Jugendliche besteht.
2. Fallzahlbegrenzungen werden willkürlich gewählt.
3. Auch fachlich nicht nachvollziehbare Altersbeschränkungen werden vorgenommen, z.B. auf 6 oder 12 Jahre, so dass ältere Kinder gezwungen werden, zum Erwachsenen-Mediziner zu gehen.

PROBLEMLÖSUNGEN FÜR DIE STATIONÄRE VERSORGUNG:

GESETZLICH VERANKERTE FINANZIERUNGSMÖGLICHKEIT FÜR DIE VORHALTUNG VON KINDERKLINIKEN/-ABTEILUNGEN

Die Ursache für die Ungerechtigkeiten im G-DRG-System ist also im Wesentlichen die gesetzliche Vorgabe, Krankenhausleistungen allein über Fallpauschalen zu vergüten. Um diesen Geburtsfehler zu beheben, bedarf es einer zusätzlichen Vergütungskomponente, die z.B. überdurchschnittliche Vorhaltekosten oder nicht kalkulierte Leistungen berücksichtigt.

Derzeitige gesetzliche Regelung ungeeignet

Der Gesetzgeber hat versucht, diesem Umstand dem Grunde nach Rechnung zu tragen, indem er für sog. besondere Einrichtungen besondere Vergütungsmöglichkeiten eröffnet und in § 5 Abs. 2 Krankenhausentgeltgesetz den sog. Sicherstellungszuschlag verankert hat. Leider wurden aber die Voraussetzungen, einen Sicherstellungszuschlag überhaupt verhandeln zu können, so eng formuliert, dass dieser in der Praxis nahezu gar nicht (außer für auf Inseln gelegene Kliniken) zur Anwendung kommt.

Träger von Kinderkliniken oder -abteilungen haben derzeit also keine Möglichkeiten, auf dem Verhandlungs- oder Klageweg einen Ausgleich für die oben geschilderten Wettbewerbsnachteile durchzusetzen. Der Träger muss sich letztlich zwischen Quersubventionierung (falls möglich) oder Schließung der Abteilung entscheiden. Die Erbringung von Leistungen unterhalb anerkannter Qualitätsstandards schließt sich aus ethischen Gründen im Interesse der behandelten Kinder und Jugendlichen aus.

Erhalt der flächendeckenden Versorgung

Auch wenn der Gesetzgeber möglicherweise eine gewisse „Marktbereinigung“ intendiert, so wird dies für die Kinder- und Jugendmedizin problematisch wegen einer Gefährdung der flächendeckenden Versorgung.

Die Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ) hat diese Entwicklungen antizipiert. Deshalb wurde unter wissenschaftlicher Begleitung aus der public-health-Forschung ein Zukunftsszenario entwickelt (siehe: Analyse und Zukunftsszenario der flächendeckenden Versorgung der Kinder und Jugendlichen in Deutschland; Link: <http://dakj.de/pages/posts/analyse-und-zukunftsszenario-der-flaechendeckenden-versorgung-der-kinder-und-jugendlichen-in-deutschland---thesen-115.php>). In größeren Städten ist die flächendeckende Versorgung selten ein Problem. In ländlichen Regionen sollte die nächste Kinderklinik oder Kinderabteilung in maximal 40 Minuten und 30 km zu erreichen sein. D.h., der Abstand zwischen 2 Einrichtungen sollte max. 80 Minuten und 60 km betragen.

Diese grundlegende Einschätzung zur Definition des Begriffs „flächendeckende Versorgung in der Kinder- und Jugendmedizin“ ist zwischen den Verbänden der Kinder- und Jugendmedizin unter dem Dach der DAKJ konsentiert.

Einhaltung von Mindeststandards

Um eine adäquate Versorgung insbesondere auch in Notfällen sowie eine gute Vernetzung mit Spezialkliniken sicher zu stellen, haben alle Verbände im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin ein Strukturpapier konsentiert, das die Mindestanforderungen an die Struktur einer kinder- und jugendmedizinischen oder kinderchirurgischen Fachabteilung / Klinik definiert (siehe dazu auch www.ausgezeichnet-fuer-kinder.de).

Damit besteht für jeden Träger ein Orientierungsrahmen für die Mindestvorhaltung. Viele Klinikträger unterziehen sich seit mittlerweile 6 Jahren freiwillig einer regelmäßigen Überprüfung, ob sie diese Mindestanforderungen noch erfüllen.

Zusätzliche Vergütungskomponente für die stationäre Versorgung von Kindern

Um den § 5 Abs. 2 KHEntgG für die Kinderkliniken und Kinderabteilungen überhaupt anwendbar zu machen, bedarf es einer Modifikation des Gesetzestextes.

Pädiatrische Abteilungen werden zur Versorgung eines Bevölkerungsanteils, der bei nur 16 % der Bevölkerung liegt, aufrechterhalten. D.h. der Versorgungsbedarf, der im aktuellen Gesetzestext gefordert ist, ist schon deshalb gering, weil Kinderkrankenhäuser und –abteilungen nur auf die Versorgung dieses geringen Bevölkerungsanteiles beschränkt sind. Eine Gesetzesänderung muss daher sicherstellen, dass bei Rechtsstreiten nicht mehr der geringe Versorgungsbedarf bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Frage gestellt wird.

Es bedarf darüber hinaus einer gesetzlichen Klarstellung, dass bei der Prüfung, ob die Leistung durch ein anderes geeignetes Krankenhaus erbracht werden kann, nur andere Kinderkliniken und –abteilungen geprüft werden und nicht etwa Fachabteilungen der Erwachsenenmedizin.

Konkreter Vorschlag – Änderung des KHEntgG

Wir schlagen daher eine gesetzliche Regelung für die Vorhaltung von Fachabteilungen für Kinder und Jugendliche vor. Hier unser Textvorschlag für einen neuen Abs. 2a in § 5 des Gesetzes über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz – KHEntgG):

(2a) Für die Vorhaltung von Fachabteilungen für Kinder und Jugendliche vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 einen Versorgungszuschlag Kindergesundheit, wenn und soweit die aufgrund des Versorgungsauftrags vorgehaltenen Leistungsangebote mit den Fallpauschalen und weiteren Entgelten nicht kostendeckend finanzierbar sind.

Begründung: Siehe Anlage 1

PROBLEMLÖSUNG FÜR DIE AMBULANTE VERSORGUNG AN KINDERKLINIKEN: PÄDIATRISCHE INSTITUTSAMBULANZEN

Im Jahr 2012 wurden sog. „Geriatrische Institutsambulanzen“ in § 118a SGB V etabliert. Diese sinnvolle Neuerung in der Geriatrie ist in ähnlicher Weise für die fachärztliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland genauso notwendig.

Wir schlagen daher vor, in einem neuen § 118b SGB V „Pädiatrische Institutsambulanzen“ für die fachärztliche ambulante Versorgung von Kindern und Jugendlichen zu etablieren. Diese müssen auf Antrag im Rahmen des Versorgungsauftrags einer Kinderklinik oder Kinderabteilung genehmigt werden ohne Entscheidungswillkür der Zulassungsausschüsse.

Damit kann sichergestellt werden, dass Kinder und Jugendliche möglichst barrierefrei und wohnortnah Spezialambulanzen an Kinderkliniken und Kinderabteilungen und SPZs aufsuchen können.

Der Bedarf regelt sich unverändert über den Überweisungsvorbehalt. Eine Steigerung der Fallzahlen ist aufgrund der tendenziell rückläufigen Geburtenzahlen nicht zu erwarten.

Fallzahlbegrenzungen und inhaltliche Beschneidungen der fachärztlichen Behandlung von Kindern und Jugendlichen zugunsten der Erwachsenen-Medizin müssen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr unterbunden werden.

In besonderen Einzelfällen, wo die Transition in die Erwachsenenmedizin nicht oder nicht rechtzeitig möglich ist, bei fehlenden Versorgungsalternativen im konkreten Umfeld des Patienten, muss die Versorgung auch bei älteren Patienten sichergestellt sein, z.B. bei Jugendlichen mit Mukoviszidoseerkrankungen, angeborenen seltenen Stoffwechselerkrankungen, angeborenen Herzfehlern und schweren Behinderungen bei eingeschränkter Lebenserwartung.

Die Einführung von organisatorisch gesicherten „Pädiatrischen Institutsambulanzen“ stärkt die ambulante Versorgung insgesamt. Damit wäre auch die für Aufbau und Erhalt der fachärztlichen Versorgung benötigte Planungssicherheit gegeben.

Konkreter Vorschlag – Änderung des SGB V

Wir schlagen daher eine klare gesetzliche Regelung für die Einrichtung von Pädiatrischen Institutsambulanzen vor – eine Ergänzung des § 118 SGB V:

§ 118b Pädiatrische Institutsambulanzen

- (1) Krankenhäuser mit kinder- und jugendmedizinischen, kinderchirurgischen, kinderorthopädischen, pädaudiologischen oder kinderradiologischen Abteilungen sind auf Antrag vom Zulassungsausschuss zur ambulanten fachärztlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr zu ermächtigen. Die Ermächtigungen sind inhaltlich auf Krankenhäuser mit einem Versorgungsauftrag für Kinder und Jugendliche zu beschränken. Weitere Beschränkungen, etwa zur Fallzahl, sind nicht zulässig.
- (2) Die Ermächtigung nach Absatz 1 ist auf Antrag um die Versorgung von Patienten nach Vollendung des 18. Lebensjahres zu erweitern, soweit zur Versorgung schwerere und chronischer Erkrankungen keine zumutbaren ambulanten Versorgungsalternativen bestehen.

Begründung: Siehe Anlage 2

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)

Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser in Deutschland e.V. (GKinD)

Kontaktadressen:

DGKJ-Geschäftsstelle

Chausseestr. 128/129, 10115 Berlin

Tel. 030 / 308 77 790, info@dgkj.de

GKinD-Geschäftsstelle

Tannenstr. 15, 57290 Neunkirchen

Tel. 030/60984280, Jochen.Scheel@GKinD.de

Anlage 1:

Begründung zur Änderung des Gesetzes über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen, § 5 (Krankenhausentgeltgesetz - KHEntgG)

Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr machen nur noch rund 16 % der Gesamtbevölkerung aus. In Westdeutschland ist die Zahl der Kinder und Jugendlichen seit dem Jahr 2000 um rund 10 %, in Ostdeutschland sogar um rund 30 % gesunken. Wenn Kinderkrankenhäuser oder kinder- und jugendmedizinische Fachabteilungen internistische, chirurgische, radiologische oder sonstige Leistungen anbieten, stehen sie deshalb in einem wirtschaftlich ungleichen Wettbewerb zu entsprechenden Fachabteilungen der Erwachsenenmedizin. Denn während diese auch Kinder und Jugendliche behandeln dürfen, sind jene auf die Versorgung eines Bruchteils der Bevölkerung mit abnehmender Tendenz beschränkt.

Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen können ihre Leistungszahlen aufgrund stagnierender oder rückläufiger Geburtenzahlen auch nicht steigern. Die Krankenhaushäufigkeit bei Patienten von 0 bis 20 Jahre stagniert demzufolge seit Jahren.

Außerdem handelt es sich bei Kinderkliniken und –abteilungen naturgemäß um kleine Einheiten, die damit strukturbedingt erhebliche betriebswirtschaftliche Nachteile haben.

Dies wird verstärkt durch die Tatsache, dass in Fachabteilungen für Kinder und Jugendliche ein weit überdurchschnittlich breit gefächertes Leistungsspektrum von in der Regel 400-500 unterschiedlichen DRGs vorgehalten wird.

Allgemein bekannt ist inzwischen weiterhin, dass das DRG-System kleine Versorgungseinheiten erheblich benachteiligt, da die relativ (im Verhältnis zur Fallzahl) höheren Vorhaltekosten nicht gegenfinanziert werden können. Dies gilt ganz verstärkt für Kinderkliniken und –abteilungen, da sie ca. 80% Akutversorgung betreiben und die Notfallquote deutlich über 50% liegt.

Daher ist eine zusätzliche Finanzierungskomponente in Ergänzung der bisherigen gesetzlichen Regelung im KHEntgG erforderlich: der Versorgungszuschlag Kindergesundheit. Mit dieser textlichen Ergänzung wird eine angemessene Finanzierung der für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen entstehenden höheren Vorhaltekosten (Fixkostenblock) unabhängig von der (schwankenden) Patientenzahl ermöglicht.

Die Höhe des Versorgungszuschlags Kindergesundheit zur Finanzierung errechnet sich aus der Differenz zwischen den Erlösen (Fallpauschalen und weitere Entgelte) und den Kosten der Fachabteilung zur Vorhaltung und Erbringung dieser Leistungen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Fachabteilung für Kinder und Jugendliche anerkannte Mindeststandards zur Strukturqualität bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen erfüllen muss.

Anlage 2

Begründung zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, § 118 (SGB V)

Chronisch kranke Kinder und Jugendliche, die auf eine spezialärztliche Versorgung angewiesen sind, sollten in zumutbarer Entfernung zum Wohnort behandelt werden. Dafür stehen zunächst niedergelassene Kinder- und Jugendärzte mit entsprechenden Zusatzweiterbildungen und Schwerpunkten bereit.

Bei darüber hinausgehendem spezialärztlichem Bedarf erfolgt die Versorgung in pädiatrischen Spezialambulanzen und Sozialpädiatrische Zentren (SPZ). Hierin unterscheidet sich die pädiatrische Versorgung ganz wesentlich von der Erwachsenen-Medizin, wo dies zu einem ganz überwiegenden Teil die niedergelassenen Fachärzte übernehmen.

Hintergrund des Vorschlags sind u.a. die Probleme mit den KV-Ermächtigungen. Sie werden teilweise nicht mehr erteilt oder entzogen, obwohl eindeutig ein spezieller Versorgungsbedarf für Kinder und Jugendliche besteht.

Fallzahlbegrenzungen werden vom Zulassungsausschuss willkürlich gewählt, obwohl immer mehr Kinder eine spezialärztliche Behandlung benötigen.

Auch fachlich nicht nachvollziehbare Altersbeschränkungen werden vorgenommen, z.B. auf 6 oder 12 Jahre, so dass ältere Kinder gezwungen werden, zum Erwachsenenmediziner zu gehen.

Dadurch kommt es zu Umwegen für die Patienten über Fachärzte der Erwachsenenmedizin, die eine Behandlung aber i.d.R. nicht durchführen können, von dort zurück zum Kinder- und Jugendmediziner am Krankenhaus, der entweder die ambulante Behandlung dann kostenlos durchführt oder in eine weiter entfernte Kinderklinik mit noch vorhandener Ermächtigung verweist. Den Familien wird durch dieses aktuell bestehende Vorgehen viel Unnötiges zugemutet. Sie werden mit schlechterer Versorgungsqualität und weiten Wegen abgespeist.

Eine inadäquate Behandlung von Kindern und Jugendlichen durch Erwachsenenmediziner soll vermieden werden. Die Musterweiterbildungsordnung mit den Subdisziplinen in der Kinder- und Jugendmedizin wurde aus guten Gründen so ausgestaltet, wie sie ist.

Institutsermächtigungen fördern die Multidisziplinarität und die Zusammenarbeit der spezialisierten Fachrichtungen und dienen damit einer besseren und umfassenderen (ganzheitlichen) Versorgung der Kinder und Jugendlichen.

Spezialambulanzen sind als Ort der Ausbildung für spezialisierte Kinder- und Jugendärzte unverzichtbar, da die Ausbildung und Spezialisierung zum Kinder- und Jugendarzt nahezu ausschließlich an Krankenhäusern erfolgt. Fände keine ambulante Versorgung an Kinderkliniken mehr statt, entzieht man den spezialisierungswilligen Fachärztinnen und Fachärzten wesentliche Teile der notwendigen praktischen Ausbildung.

Auch volkswirtschaftlich macht die Etablierung von pädiatrischen Institutsambulanzen Sinn, da dadurch mehr Leistungen ambulant statt stationär erbracht werden können.

Ferner benötigen die Familien Versorgungssicherheit für ihre Kinder in ihrer Region. Versorgungssicherheit können die Kinderkliniken in den Spezialambulanzen für Kinder und Jugendliche aber nur bieten, wenn sie wiederum Planungssicherheit haben. Einzelermächtigungen mit 2jährigen Zulassungszeiträumen bieten diese Versorgungssicherheit nicht.

Der Vorschlag hat als Ziel die Sicherung der ambulanten fachärztlichen Behandlung von Kindern und Jugendlichen durch spezialisierte Fachärzte für

Kinder- und Jugendmedizin, Kinderchirurgie, Kinderradiologie etc. Sie sollen möglichst wohnortnah entsprechende Spezialambulanzen an Kinderkliniken und Kinderabteilungen aufsuchen können. Hierfür sind diese auf Antrag zu ermächtigen. Eine Steigerung der Fallzahlen ist aufgrund der tendenziell rückläufigen Geburtenzahlen und des „Filters“ der Überweisung nicht zu erwarten.

Eine willkürliche Fallzahlbegrenzung und inhaltliche Beschneidung der fachärztlichen Behandlung von Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr soll vermieden werden.

In besonderen Einzelfällen muss dies auch bei älteren Patienten sichergestellt sein, z.B. bei Mukoviszidoseerkrankung, angeborenen seltenen Stoffwechselerkrankungen, angeborenen Herzfehlern und schweren Behinderungen mit eingeschränkter Lebenserwartung und fehlenden Versorgungsalternativen im konkreten Umfeld des Patienten.