



HESSISCHER LANDTAG

14. 03. 2018

Antwort der Landesregierung

**auf die Große Anfrage der Abg. Dr. Sommer, Alex, Decker, Di Benedetto, Gnadl,
Merz, Roth (SPD) und Fraktion**

betreffend pädiatrische Versorgung in Hessen

Drucksache 19/5245

Die Große Anfrage beantwortet der Minister für Soziales und Integration im Namen der Hessischen Landesregierung wie folgt:

Frage 1. Wie kommt die Landesregierung der Forderung der Gesundheitskonferenz nach, bei den aktuellen Bedarfsplanungen die stationäre Versorgung in der Pädiatrie besonders zu beachten?

Im Rahmen der Krankenhausplanung und insbesondere der Fortschreibung des Krankenhausplans werden die Gebiete der Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer beplant. Hierzu gehört auch die Kinder- und Jugendmedizin. Für eine besondere Betrachtung wird keine Veranlassung gesehen. Wie schon im Jahr 2000 gibt es in Hessen 18 Krankenhäuser mit einem entsprechenden Versorgungsauftrag. Die Fallzahl ist seither um 17,9 % gestiegen, das entspricht etwa dem Fallzahlenanstieg insgesamt (16,7 %). Die Auslastung ist seit Jahren relativ konstant. Sie lag im Jahr 2016 bei 72,2 % (in der Kinder- und Jugendmedizin gilt eine Normauslastung von 75 %).

a) Wie viele Investitionsmittel hat die Landesregierung in den letzten zehn Jahren für den Ausbau von Kinderkliniken in Hessen zur Verfügung gestellt?

Dies lässt sich nicht exakt beziffern, da die Kinderkliniken fast alle in große Krankenhäuser integriert sind und Baumaßnahmen in den Kinderkliniken sehr häufig Bestandteil großer Bauprojekte etwa im Rahmen von Neubaumaßnahmen sind, wie aktuell etwa bei den laufenden Neubauten der Dr. Horst Schmidt Kliniken in Wiesbaden, der Städtischen Kliniken Darmstadt (hierbei die Neonatologie) sowie der Städtischen Kliniken Frankfurt-Höchst. Seit der Pauschalierung der Förderung im Jahr 2016 wird die Pauschale leistungsgerecht anhand der gewichteten Fallzahlen (Investitionsbewertungsrelationen) in der Kinder- und Jugendmedizin ermittelt.

b) Welche Mittel stellt die Landesregierung zur Förderung der Qualitätssicherung (z.B. Patientenregister) in den hessischen Kinderkliniken zur Verfügung?

Mit der Finanzierung von In-House-Simulationstrainings für pädiatrische Notfälle in allen hessischen Kinderkliniken verfolgt die Hessische Landesregierung das langfristige Ziel, solche Trainings in der Alltagsroutine zu etablieren und so die Patientensicherheit an hessischen Krankenhäusern zu erhöhen.

Der Umfang der finanziellen Unterstützung dieser Trainings betrug im Jahr 2017 71.021 €. Die Durchführung dieser Trainingseinheiten erfolgt durch das DRK Simulationszentrum mit Sitz in Marburg.

Das Projekt wird wissenschaftlich begleitet und stößt auf breite Zustimmung in den geschulten Kliniken.

Frage 2. Welche Kinderkrankenhäuser bzw. pädiatrische Abteilungen an Krankenhäusern mit jeweils wie vielen Betten bzw. welcher maximalen Aufnahmekapazität und jeweils welchen Fachabteilungen in welcher Größe gibt es in Hessen?

In Hessen gibt es 18 Krankenhäuser, die eine Fachabteilung Kinder- und Jugendmedizin führen und über einen entsprechenden krankenhauplanerischen Versorgungsauftrag verfügen. Anlage 1 stellt die Krankenhäuser und die jeweils aufgestellten Betten im Fachgebiet Kinder- und Jugendmedizin dar. Im Jahr 2016 waren hessenweit 1.182 Betten für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen aufgestellt. Die Dill-Kliniken Dillenburg führen das Fachgebiet als Belegabtei-

lung. Bis 2017 war auch die Kinder- und Jugendmedizin im St. Vincenz-Krankenhaus in Limburg eine Belegabteilung, im Juli 2017 wurde diese jedoch erweitert und wird fortan als Hauptabteilung geführt. Eine Besonderheit besteht bei der Kinder- und Jugendmedizin in Darmstadt: Die Behandlung findet in den Darmstädter Kinderkliniken Prinzessin Margaret statt, die Versorgungsaufträge liegen jedoch beim Klinikum Darmstadt und beim Alice-Hospital Darmstadt. Eine weitere Besonderheit ist der Versorgungsauftrag der DKD Helios Klinik Wiesbaden, der auf die teilstationäre Behandlung von Kindern und Jugendlichen beschränkt ist.

- a) Welche dieser Stationen oder Krankenhäuser sind für die Aufnahme von Kindern rund um die Uhr ausgerichtet bzw. welche Krankenhäuser können Kinder in welchem eingeschränkten zeitlichen oder sonstigen Umfang aufnehmen?

Das für die Krankenhausversorgung zuständige Referat des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration hat hierzu sämtliche in der Anlage 1 aufgeführten Krankenhäuser, die eine Fachabteilung Kinder- und Jugendmedizin führen und über einen entsprechenden krankenhaushausplanerischen Versorgungsauftrag verfügen, angeschrieben.

Hiervon haben 16 Krankenhäuser geantwortet, dass pädiatrische Patientinnen und Patienten rund um die Uhr aufgenommen werden können. Ein Krankenhaus hat mitgeteilt, dass grundsätzlich eine Aufnahme von Kindern rund um die Uhr möglich ist, dies aber außerhalb der Regelzeiten bei einem bestehenden Rufdienst der Kinderärzte ohne Anwesenheitsdienst nur eingeschränkt möglich sei.

- b) Welche Behandlungsangebote bestehen wo in Hessen für die Bereiche für Kinderpneumologie, Kinder-Endokrinologie/Diabetologie, Kinder-Rheumatologie, Kinder-Gastroenterologie, Kinder-Nephrologie, Kinder-Psychosomatik bzw. angeborene Stoffwechselerkrankungen bei Kindern?
In welchen Kliniken stehen zertifizierte Kinderärztinnen und -ärzte mit solchen Zusatzweiterbildungen zur Verfügung?

- In der Klinik für Kinder- und Jugendliche des Klinikums Fulda wird die Kinderdiabetologie angeboten.
- An beiden Standorten des Universitätsklinikums Gießen und Marburg bestehen sämtliche in der Frage 2 b genannten Behandlungsangebote. Das pädiatrische Leistungsspektrum wird durch die Kinderkardiologie und die Kinderchirurgie vervollständigt.
- Die Klinik für Kinder und Jugendliche Klinikum der Goethe Universität (KKJM) hat Spezialbereiche - ambulant und stationäre - für Kinderpneumologie, Kinderendokrinologie, Kinderdiabetologie, Kindergastroenterologie und angeborene Stoffwechselerkrankungen.
- Das Klinikum Hanau verfügt über Behandlungsangebote in den Bereichen Kinderdiabetologie und Neuropädiatrie.
- Am Bürgerhospital und Clementine-Kinderhospital bestehen Behandlungsangebote für die Bereiche Kinderpneumologie, Kinderdiabetologie, Kinderrheumatologie, Kindernephrologie und Kinderpsychosomatik.
- Die Kinderkliniken Prinzessin Margaret stellen sämtliche in der Frage 2 b genannten Behandlungsangebote bereit.
- In der Klinik für Kinderheilkunde und Jugendmedizin des Krankenhauses Gelnhausen der Main-Kinzig-Kliniken bestehen Behandlungsangebote für die Bereiche Kinderpneumologie, Kinderdiabetes, Kinderendokrinologie sowie die Behandlung von angeborenen Stoffwechselerkrankungen.
- Die Klinik für Kinder und Jugendliche der Helios Dr. Horst Schmidt Kliniken verfügt über Behandlungsangebote für die Bereiche Kinderpneumologie, Kinderendokrinologie und Kinderdiabetologie, Kinderrheumatologie, Kindergastroenterologie und angeborene Stoffwechselerkrankungen.
- Die Klinik für Kinder- und Jugendmedizin der GPR Gesundheits- und Pflegezentrum Rüsselsheim gGmbH hat Behandlungsangebote für die Bereiche Kindergastroenterologie, Diabetologie, Kinderdiabetologie sowie Kinderkardiologie.

Den Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin stehen für die genannten Behandlungsangebote regelmäßig zertifizierte Kinderärzte mit einer entsprechenden Zusatzweiterbildung zur Verfügung. Zum Teil haben diese Kinderärztinnen und Kinderärzte eine Ermächtigung für ambulante Behandlungen oder eine Weiterbildungsermächtigung.

- c) Wie viele der von der Landesärztekammer (LÄK) ausgebildeten/zertifizierten Kinderärztinnen und -ärzte haben eine Ermächtigung der Kassenärztlichen Vereinigung erhalten?

Hierzu wird auf die Beantwortung der Frage 2 b verwiesen.

Frage 3. Wie viele Betten (davon Intensiv-Betten für Kinder-Kardiologie, Neonatologie und Kinder-Intensivmedizin, ohne Intermediate Care (IMC) werden in Hessen für die intensivmedizinische Behandlung von Kindern vorgehalten?

Im Rahmen der Krankenhausstatistik des Hessischen Statistischen Landesamtes für das Jahr 2016 melden die Krankenhäuser insgesamt 295 Intensivbetten in der Fachabteilung Kinder- und Jugendmedizin. Davon entfallen 141 auf die Kinder-Intensivmedizin, 21 auf die Kinder-Kardiologie und 133 Betten auf die Neonatologie (s. Anlage 2). Die tatsächliche Zahl an Intensivbetten dürfte jedoch höher ausfallen, da die Universitätsklinik Gießen, die Universitätsklinik Marburg, das Klinikum Frankfurt Höchst und das Klinikum Hanau keine Intensivbetten in der Neonatologie gemeldet haben, obwohl diese Krankenhäuser krankenhauplanerisch ausgewiesene Perinatalzentren sind.

Frage 4. Wie viel Prozent der stationären Behandlungen von Kindern und Jugendlichen erfolgen in hessischen Krankenhausabteilungen für Erwachsene und warum?

Im Jahr 2016 wurden insgesamt 93.921 Kinder und Jugendliche (0 bis unter 18 Jahre) in hessischen Krankenhäusern vollstationär behandelt. Gesunde Neugeborene sowie Kinder und Jugendliche in kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung sind in dieser Zahl nicht inbegriffen (s. Anlage 3). Von den 93.921 Kindern und Jugendlichen wurden 60.484 in einer Fachabteilung Kinder- und Jugendmedizin versorgt. 3,2 % der 60.484 Kinder und Jugendlichen hatten zusätzlich auch noch mit einer anderen Fachabteilung Kontakt, zumeist mit der Frauenheilkunde und Geburtshilfe (Neugeborene). 33.437 Kinder und Jugendliche wurden ausschließlich außerhalb des Fachgebiets Kinder- und Jugendmedizin versorgt. Das entspricht einem Anteil von 35,6 %. Bei der Interpretation dieses Anteils ist jedoch Folgendes zu beachten:

- 6,9 % der Kinder und Jugendlichen wurden im Fachgebiet der Kinderchirurgie behandelt, das organisatorisch dem Fachgebiet der Chirurgie zuzurechnen ist.
- Bei 5,8 % der Kinder und Jugendlichen erfolgte die Behandlung im Fachgebiet der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde. In der überwiegenden Mehrheit der Fälle wurden die Kinder und Jugendlichen aufgrund der Diagnose "Chronische Krankheiten der Gaumenmandeln und der Rachenmandel" stationär aufgenommen.
- 3,1 % der Kinder wurden im Fachgebiet der Frauenheilkunde und Geburtshilfe behandelt. Hierbei handelt es sich fast ausschließlich um Neugeborene, die aufgrund einer Erkrankung in eine kinder- und jugendmedizinische Fachabteilung eines anderen Krankenhauses verlegt wurden.
 - a) Wie will die Landesregierung diesen Anteil senken?
 - b) Sofern die Landesregierung eine Zuständigkeit einer anderen Stelle sieht, wer ist dies und wie kann von dort aus der Anteil gesenkt werden?
 - c) Inwiefern nimmt die Landesregierung hier ihre Aufsichtspflicht wahr?
Welche Maßnahmen ergreift die Hessische Landesregierung, damit der Versorgungsauftrag der Kinderkliniken erfüllt wird?

Die Fragen 4 a bis 4 c werden wie folgt gemeinsam beantwortet:

Anhand der Antwort zu Frage 4 wird deutlich, dass die Behandlung von Kindern und Jugendlichen außerhalb des Fachgebiets Kinder- und Jugendmedizin aus medizinischen Gründen erfolgt. Daher bestehen keine Anhaltspunkte dafür, dass die Kinderkliniken ihren Versorgungsauftrag nicht ordnungsgemäß erfüllen. Maßnahmen im Rahmen der Rechtsaufsicht nach § 13 des Hessischen Krankenhausgesetzes wären daher nicht gerechtfertigt.

Frage 5. Wie viele Tage verbringen Kinder durchschnittlich in einem pädiatrischen Krankenhaus bzw. einer pädiatrischen Station?
Gibt es relevante Abweichungen bei einzelnen Krankenhäusern oder Fachabteilungen?

Im Jahr 2016 wurden Kinder und Jugendliche im Durchschnitt 4,7 Tage im Fachgebiet Kinder- und Jugendmedizin behandelt (s. Anlage 3). Die niedrigste durchschnittliche Verweildauer weisen die Dill-Kliniken Dillenburg mit 2,6 Tagen auf, was mit der Struktur des Fachgebiets als Belegabteilung zusammenhängen dürfte. Die höchste durchschnittliche Verweildauer hat mit 12,1 Tagen das Klinikum Darmstadt. Hierbei handelt es um ein Perinatalzentrum zur Versorgung von Früh- bzw. Neugeborenen.

Frage 6. Wie viele Kinder konnten in welchen pädiatrischen Krankenhäusern bzw. Fachabteilungen in den letzten fünf Jahren aus Kapazitätsgründen jeweils nicht aufgenommen werden (bitte nach Jahren und Krankenhäusern/Fachabteilungen aufschlüsseln)?

Hierzu liegen der Hessischen Landesregierung keine Daten vor. Es wurden auch keinerlei Informationen an das Hessische Ministerium für Soziales und Integration herangetragen, die eine Unterversorgung annehmen ließe.

- Frage 7. Wie viele Kinder wurden in den letzten zehn Jahren jeweils mit welchen Diagnosen von welchen dieser Stationen oder Krankenhäuser verlegt?
Wohin erfolgte die Verlegung jeweils?
Welche Gründe gibt es nach Ansicht der Landesregierung für die Verlegung und wie bewertet die Landesregierung diesbezüglich den Versorgungsauftrag der Kliniken?

Im Jahr 2016 wurden insgesamt 956 Kinder und Jugendliche aus einer Fachabteilung Kinder- und Jugendmedizin in andere Krankenhäuser verlegt (s. Anlage 4). Ein Viertel der verlegten Kinder war 14 Tage alt und jünger. Entsprechend ist die häufigste Diagnose bei Verlegung spezifisch für Neugeborene. So wurden im Jahr 2016 insgesamt 102 Kinder mit der Hauptdiagnose "Störungen im Zusammenhang mit kurzer Schwangerschaftsdauer und niedrigem Geburtsgewicht, anderenorts nicht klassifiziert" in andere Krankenhäuser verlegt.

- Frage 8. Wie beurteilt die Landesregierung die Vermutung, dass Kinder mit weniger erlöswirksamen diagnosebezogenen Fallgruppen (DRG) verlegt werden?

Die Landesregierung teilt die Vermutung, dass Kinder mit weniger erlöswirksamen diagnosebezogenen Fallgruppen verlegt werden, nicht.

- Frage 9. Wie bewertet die Landesregierung den Aufwand bzw. das differenzierte Leistungsspektrum bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen und in diesem Zusammenhang den Abrechnungsmodus, insbesondere bei Notfällen?

Das bundesrechtliche Abrechnungssystem der Krankenhäuser mit den diagnosebezogenen Fallpauschalen (DRGs) beruht auf der Kalkulation von Echtdaten der teilnehmenden Krankenhäuser. Dies gilt auch für die Kinder- und Jugendmedizin. Das System wird in jedem Jahr überprüft und ist als "lernendes System" in der Fachwelt allgemein sehr anerkannt. Die Kinder- und Jugendmedizin wurde gerade in den letzten Jahren aufgewertet, was u.a. auf die durch die Krankenhausreform erfolgte stärkere Gewichtung der Personalkosten gegenüber den Sachkosten zurückzuführen ist. In jedem Fachgebiet der Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Hessen gibt es im Übrigen immer wieder Behauptungen, das eigene Gebiet sei im Vergütungssystem gegenüber anderen Gebieten schlechter gestellt.

- Frage 10. Wie will die Landesregierung einer Unterversorgung in der Pädiatrie begegnen und damit die Verlegung von Kindern und Jugendlichen in Erwachsenenstationen verhindern?

Die in den Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin aufgestellten Betten hatten insgesamt betrachtet im Jahr 2016 einen Auslastungsgrad von durchschnittlich rund 72 %. Im Jahr 2000 lag der Auslastungsgrad noch bei rund 76 %. In einzelnen Versorgungsgebieten war der Auslastungsgrad rund 75 %, in anderen Versorgungsgebieten rund 70 %. Diese Zahlen belegen, dass eine Unterversorgung in der Pädiatrie nicht gegeben ist.

Wie in der Antwort zu der Frage 4 erläutert, erfolgt die Behandlung von Kindern und Jugendlichen in Krankenhausabteilungen für Erwachsene regelmäßig aus medizinischen Gründen. Die Verlegung von Kindern und Jugendlichen in Erwachsenenstationen ist somit nicht als Hinweis auf eine Unterversorgung zu werten.

- Frage 11. Ist der Landesregierung eine Überlastung der Durchführung von Krankentransporten mit Kindern bekannt und welche erheblichen Gefahrenpotenziale gehen damit einher?
Welche Gründe sind für den Anstieg der Transporte zu nennen?

Die Landesregierung teilt nicht die Auffassung, es bestehe eine Überlastung der Durchführung von Krankentransporten mit Kindern.

- Frage 12. Wie verhalten sich die Krankheitsaktivitätsindikatoren für z.B. Typ-1-Diabetes, Rheuma, chron.-entzündliche Darmerkrankungen, Mukoviszidose bei hessischen Kindern im Vergleich zum nationalen Durchschnitt?

Die überwiegende Anzahl der Kinderkliniken haben dem Hessischen Ministerium für Soziales und Integration mitgeteilt, dass ihnen hierzu keine Daten vorliegen bzw. keine offiziellen Daten zur Krankheitsaktivität in Hessen vorhanden sind.

Vereinzelte wurde die Einschätzung mitgeteilt, dass es, bezogen auf Erkrankungen wie Diabetes Mellitus Typ I, chronisch-entzündliche Darmerkrankungen und psychosomatische Krankheitsbilder eine deutliche Zunahme in den letzten Jahren gibt.

Vereinzelte wurde mitgeteilt, dass sich bei Typ-1-Diabetes die Neuerkrankungsrate in den letzten 25 Jahren in etwa verdoppelt hat. Dies würde insbesondere die jüngeren Altersgruppen betreffen. Bei chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen seien ca. 10 bis 20 % Neuerkrankungen pro Jahr zu verzeichnen, bezogen auf alle Erkrankten.

- a) Die Zahl von Kindern mit psychosomatischen Erkrankungen nimmt zu. Die Betreuung chronisch kranker Kinder schließt die interdisziplinäre Betreuung durch die ärztliche Psychosomatik, durch Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen und -therapeuten und sozialtherapeutisch tätige Pädagoginnen und Pädagogen mit ein. Ist in diesem Zusammenhang die Förderung psychosomatischer Klinikbetten und die Einrichtung psychosomatisch orientierter sozialpädiatrischer Zentren geplant?

Sämtliche Plankrankenhäuser in Hessen erhalten seit dem 01.01.2016 eine leistungsorientierte Investitionszuschuss. Diese Pauschalfördermittel können die Krankenhäuser, die einen Versorgungsauftrag für das Gebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie haben, auch für ihre Abteilungen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie verwenden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass der Versorgungsauftrag für das Gebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie nicht nur die Behandlung von Erwachsenen, sondern auch die Behandlung von Kindern und Jugendlichen umfasst. Sozialpädiatrische Zentren werden als ambulante Einrichtungen nicht in die Förderung einbezogen.

- b) Inwiefern wird sich die Landesregierung dafür einsetzen, dass psychosomatische Konsile zukünftig ausreichend in den erlösrelevanten Systemen abgebildet werden?

Sofern es psychosomatische Konsile gibt, werden sie in den an der Kalkulation teilnehmenden Kliniken automatisch in das pauschalierte Vergütungssystem einbezogen.

- c) Inwiefern wird sich die Landesregierung dafür einsetzen, dass im Gemeinsamen Bundesausschuss (gBA) Standards für die Betreuung von chronischen Erkrankungen (zum Beispiel Typ-1-Diabetes) bei Kindern erarbeitet werden, die Benchmarks für psychosoziales Personal beinhalten?

Die Landesregierung setzt sich, soweit sie im G-BA als Ländervertreter beteiligt ist, für die als notwendig erachteten Strukturvorgaben ein.

Frage 13. Wo gibt es sozialpädiatrische Zentren (§ 119 SGB V)?

Folgende sozialpädiatrische Zentren gibt es in Hessen:

- Sozialpädiatrisches Zentrum der Darmstädter Kinderkliniken Prinzessin Margaret,
- Sozialpädiatrisches Zentrum Sana Klinikum, Offenbach/Main,
- Sozialpädiatrisches Zentrum Städtische Kliniken Frankfurt a.M.-Hoechst und
- Klinik für Kinder und Jugendliche Sozialpädiatrisches Zentrum, Wiesbaden.

- a) Wie viele nicht neurologisch-chronisch kranke Kinder werden in den sozialpädiatrischen Zentren behandelt?

Die Darmstädter Kinderkliniken Prinzessin Margaret haben mitgeteilt, dass in ihrem sozialpädiatrischen Zentrum pro Jahr ca. 800 nicht neurologisch-erkrankte Kinder behandelt werden.

Die HELIOS Dr. Horst Schmidt Kliniken Wiesbaden haben mitgeteilt, dass eine scharfe Trennung zwischen "nicht neurologischen und neurologischen Behandlungsfällen" nicht vorgenommen werden kann.

Die HELIOS Dr. Horst Schmidt Kliniken Wiesbaden gehen grundsätzlich von den Behandlungsschwerpunkten mit den Themenfeldern "Entwicklungsstörung oder drohende Entwicklungsstörung" bei der Behandlung aus. Typische somatische Krankheitsbilder wie beispielsweise rheumatologische/-, diabetologische/- und weitere Erkrankungen werden nicht explizit in dem sozialpädiatrischen Zentrum der Dr. Horst Schmidt Kliniken behandelt.

- b) wie bewertet die Landesregierung in Bezug auf die Frage 14 a, dass in sozialpädiatrischen Zentren alle chronisch kranken Kindern behandelt werden sollten?

Die Vorschrift des § 119 Abs. 2 Satz 1 SGB V sieht vor, dass die Behandlung durch sozialpädiatrische Zentren auf diejenigen Kinder auszurichten ist, die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Krankheit oder einer drohenden Krankheit nicht von geeigneten Ärzten oder in geeigneten Frühförderstellen behandelt werden können.

Aus der Sicht der Landesregierung bleibt es der Entscheidung der behandelnden Ärzte vorbehalten, bei welchem Krankheitsbild eine Behandlung durch ein sozialpädiatrisches Zentrum geboten ist.

- c) Wie will sie forcieren, dass auch nicht chronisch neurologisch erkrankte Kinder das Angebot der sozialpädiatrischen Zentren nutzen können?

Gemäß § 119 Abs. 2 SGB V ist eine Behandlung von nicht chronisch erkrankten Kindern in einem sozialpädiatrischen Zentrum grundsätzlich nicht vorgesehen. Gleichwohl ist es zu begrü-

ben, wenn z.B. fachärztlichen Spezialambulanzen auf der Grundlage eines Kooperationsvertrages die Erfahrungen eines sozialpädiatrischen Zentrums für die Behandlung ihrer Patientinnen und Patienten nutzen können.

- d) Inwiefern arbeiten in sozialpädiatrischen Zentren multiprofessionelle Teams zusammen?
Wie sind diese zusammengestellt?
Welchen Mehrwert sieht die Landesregierung in einer solchen Ausrichtung?

In sozialpädiatrischen Zentren arbeiten Kinder- und Jugendärztinnen und Kinder- und Jugendärzte (teils mit Schwerpunkt Neuropädiatrie), Pflegekräfte, Psychologinnen und Psychologen, Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Physiotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Logopädinnen und Logopäden, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen und Heilpädagoginnen und Heilpädagogen zusammen.

Die verschiedenen Fachrichtungen führen sowohl Diagnostik als auch Therapie durch und bieten Beratungsgespräche/Begleitung der Familien an. Die behandelten Kinder werden stets von mehreren (mindestens 2) Fachdisziplinen betreut. Es findet ein regelmäßiger Austausch in interdisziplinären Fallbesprechungen statt, um das diagnostische und/oder therapeutische Procedere sowie Hilfsangebote für die Familien zu besprechen und zu planen.

Diese multiprofessionelle Ausrichtung ist erforderlich, um dem in § 119 SGB V vorgesehenen Behandlungsspektrum Rechnung tragen zu können. Von der multiprofessionellen Ausrichtung profitieren die jungen Patientinnen und Patienten.

Frage 14. An welchen Standorten sind zu welchem jeweiligen Zeitpunkt weitere sozialpädiatrische Zentren geplant?

Hierzu liegen dem Hessischen Ministerium für Soziales und Integration keine Informationen vor.

Frage 15. Gibt es nach Einschätzung der Hessischen Landesregierung einen Personalmangel in hessischen Kinderkliniken aufgrund einer unzureichenden Berücksichtigung personalintensiver Kosten in der Kalkulation des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) von speziell allgemeinpädiatrischen DRGs?
Wenn ja, wie hoch ist dieser Personalmangel in Vollzeitstellen?

Nein.

Frage 16. Wie viele Ärztinnen und Ärzte, differenziert nach Leitung/Oberärztinnen und Oberärzten/Assistenz/Ärztinnen und Ärzten in der Weiterbildung, sind in den pädiatrischen stationären Einrichtungen jeweils im Stellenplan vorgesehen und wie viele sind tatsächlich beschäftigt (bitte aufgeschlüsselt nach Anzahl der Stellen als Vollzeitäquivalente für Ärztinnen und Ärzte der einzelnen Kinderkliniken bzw. der Kinderklinik-Abteilungen)?

Das für die Krankenhausversorgung zuständige Referat des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration hat hierzu sämtliche in der Anlage 1 aufgeführten Krankenhäuser angeschrieben. 15 Krankenhäuser haben die Anzahl der in ihrem Stellenplan vorgesehenen Vollzeitkräfte sowie die Anzahl der tatsächlich beschäftigten Ärztinnen und Ärzte mitgeteilt.

Da ein Krankenhaus gebeten hat, dass die übermittelten Daten keine Rückschlüsse auf das Krankenhaus ermöglichen dürfen und die Stellenpläne der Krankenhäuser als Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse bezeichnet werden können, ist von einer Auflistung der einzelnen Stellenpläne abzusehen.

Ungeachtet dessen ist den mitgeteilten Zahlen zu entnehmen, dass in den meisten Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin die Anzahl der Stellen laut Stellenplan nur geringfügig von der Anzahl der tatsächlich beschäftigten Ärztinnen und Ärzte abweicht. In den meisten Fachabteilungen fehlt weniger als ein Vollzeitäquivalent.

Lediglich in zwei Kliniken sind im Vergleich zum Stellenplan drei bzw. vier Stellen unbesetzt.

Frage 17. Wie viele Ärztinnen und Ärzte, differenziert nach Leitung/Oberärztinnen und Oberärzten/Assistenz/Ärztinnen und Ärzten in der Weiterbildung, sind im kinderärztlichen Notdienst jeweils im Stellenplan vorgesehen und wie viele tatsächlich beschäftigt?

Die Krankenhäuser mit Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin haben in ihren Antworten auf dieser Frage regelmäßig darauf hingewiesen, dass die Ärztinnen und Ärzte nicht am pädiatrischen Bereitschaftsdienst, d.h. am von der KV Hessen organisierten (ambulanten) kinderärztlichen Notdienst, teilnehmen.

Für kinderärztliche Notfälle, die von den Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin übernommen bzw. dort aufgenommen werden, steht permanent ärztliches Personal zur Verfügung.

Die Ärztinnen und Ärzte der Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin nehmen regelmäßig am Dienst in der Notaufnahme teil.

Frage 18. Wie viele Pflegekräfte, differenziert nach Kinderkrankenpflege, allgemeiner Krankenpflege und Krankenpflegehilfe, sowohl in Personen als auch gerechnet in Vollzeitäquivalenten, sind in den pädiatrischen stationären Einrichtungen jeweils im Stellenplan vorgesehen und wie viele tatsächlich beschäftigt (bitte aufgeschlüsselt nach Anzahl der Stellen als Vollzeitäquivalente für Pflegekräfte der einzelnen Kinderkliniken bzw. der Kinder-Abteilungen)?

Hinsichtlich der Angaben zu den Stellenplänen wird auf die entsprechende Antwort zu der Frage 16 verwiesen.

Bei einer Gesamtschau der tatsächlich beschäftigten Pflegekräfte im Vergleich zu der Anzahl der Vollzeitäquivalente gemäß Stellenplan zeigt sich, dass nur bei wenigen Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin die Anzahl der "Soll-" und "Ist- Stellen" übereinstimmen. In den meisten Fachabteilungen sind zwischen zwei bis sechs Stellen unbesetzt.

Frage 19. Wie viele Pflegekräfte, differenziert nach Kinderkrankenpflege, allgemeiner Krankenpflege und Krankenpflegehilfe, sowohl in Personen als auch gerechnet in Vollzeitäquivalenten, sind im kinderärztlichen Notdienst jeweils im Stellenplan vorgesehen und wie viele tatsächlich beschäftigt?

Entsprechend der Antwort zu der Frage 17 steht für kinderärztliche Notfälle bzw. in der Notaufnahme der Kinderkliniken permanent pflegerisches Personal zur Verfügung.

Frage 20. Welche Kenntnis hat die Landesregierung von Angaben,

- a) wonach Pädiatrieabteilungen aufgefordert werden, Verbesserungen zur Ablaufoptimierung anzustreben und wenn diese erschöpft sind, die Patientenzahl der Personalkapazität anzupassen,
- b) dass leitende Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter per Dienstanweisung dafür Sorge zu tragen haben, dass arbeitsrechtliche Regelungen bezogen auf die Bediensteten der Ableitung eingehalten werden, ohne dass die erforderlichen personellen Ressourcen zur Verfügung gestellt werden,
- c) dass es sogenannte "Maulkorbklauseln" in Chefärztdienstverträgen gibt, die die unabhängige Korrespondenz zu Behörden, Versicherungen, Medizinischem Dienst der Krankenkassen (MDK), Anspruchstellern sowie Medien einschränken?

Frage 21. Wie bewertet die Landesregierung ein Vorgehen nach den Fragen 20 a, b, und c und welche Konsequenzen hätte das aus Sicht der Landesregierung für die Versorgung und den Versorgungsauftrag?

Die Fragen 20 a bis 20 c und 21 werden wie folgt gemeinsam beantwortet:

Das Hessische Ministerium für Soziales und Integration ist in den zurückliegenden Jahren weder von Ärztinnen und Ärzten, leitenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern noch von Chefärztinnen und Chefärzten pädiatrischer Abteilungen über die genannten Punkte informiert worden.

Sofern die beschriebenen Angaben Gegenstand einer Beschwerde über ein Krankenhaus mit einer pädiatrischen Abteilungen sind, fordert das Hessische Ministerium für Soziales und Integration - wie in vergleichbaren Fällen üblich - das Krankenhaus zu einer Stellungnahme auf.

Anhand der Beschwerde und der Stellungnahme des Krankenhauses überprüft das Hessische Ministerium für Soziales und Integration, ob unter Berücksichtigung arbeitsrechtlicher Vorgaben und betrieblicher Belange Anhaltspunkte dafür bestehen, dass ein Versorgungsauftrag nicht ordnungsgemäß erfüllt wird und insoweit Maßnahmen im Rahmen der Rechtsaufsicht über die Krankenhäuser erforderlich erscheinen.

Frage 22. Welche Maßnahmen ergreifen die Hessische Landesregierung bzw. die Regierungspräsidien, um ihrer Aufsichtspflicht zur Einhaltung des Arbeitszeitgesetzes in hessischen Kinderkliniken gerecht zu werden?

Die Einhaltung des Arbeitszeitgesetzes in hessischen Kliniken wird anlassbezogen aufgrund von Beschwerden oder Schwerpunktaktionen durch die Regierungspräsidien überwacht.

Dabei wird u.a. die Arbeitszeitdokumentation in der Klinik oder Abteilung stichprobenartig geprüft. Die Prüfungsergebnisse werden mit den Klinikbetreibern, den betroffenen Abteilungen und ggf. mit den Betriebsräten besprochen sowie die notwendigen Maßnahmen erörtert und festgelegt. Ggf. werden Ordnungswidrigkeitsverfahren eingeleitet.

Frage 23. Mit welchen Programmen fördert die Landesregierung die Einrichtung familiengerechter Arbeitsbedingungen und die Verbesserung der Weiterbildungsbedingungen von Kinderärztinnen und -ärzten (in Anlehnung an den Beschluss des Bundestags aus dem Jahr 2002, Drucks. 14/9544)?

Hierzu gibt es derzeit kein speziell auf Kinderärztinnen und Kinderärzten ausgerichtetes Programm.

Frage 24. Mit welchen Maßnahmen will die Landesregierung dafür Sorge tragen, dass Eltern mit ihren Kindern zu jeder Tages- und Nachtzeit eine Kinderärztin/einen Kinderarzt aufsuchen können?

a) Wie wird dies derzeit in Hessen geregelt?

Die vertragsärztliche Versorgung in Hessen wird durch die Vertragsarztpraxen und den Ärztlichen Bereitschaftsdienst (ÄBD) im Sinne des Sicherstellungsauftrages des § 75 SGB V durch die Kassenärztliche Vereinigung Hessen (KVH) sichergestellt. Außerhalb der üblichen Praxiszeiten wird die Sicherstellung durch den ÄBD realisiert. Der sozialgesetzliche Sicherstellungsauftrag sieht jedoch keine fachärztliche Versorgung in den ärztlichen Fachgebieten, folglich auch keine pädiatrische Versorgung "rund um die Uhr" vor. Auch die Versorgung von Kindern und Jugendlichen wird im Sinne des Sicherstellungsauftrages durch den ÄBD vollständig realisiert.

b) Wie wird der Versorgungsauftrag im Konkreten in Hessen gewährleistet?

Die Umsetzung des Versorgungsauftrags erfolgt grundsätzlich unter den bundesgesetzlichen Vorgaben der Bedarfsplanung. Die Bedarfsplanung legt bundeseinheitlich einen verbindlichen Rahmen zur Bestimmung der Arztzahlen fest, von denen man annimmt, dass sie für eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung benötigt werden. Dies erfolgt über die Festlegung eines Verhältnisses von Einwohnern je Arzt (Verhältniszahlen) sowie der Verteilung der Ärztinnen und Ärzte durch differenzierte, in ihrer Größe und Zuschnitt unterschiedliche Planungsgebiete. Grundlagen in der Versorgungsforschung für diese Zahlen gibt es nicht. Eine Anpassung dieser Verhältniszahl ist auch in den letzten Jahren bei einer erheblich zunehmenden Einbindung der Kinder- und Jugendmediziner in Präventionsaufgaben, die in vielen Praxen inzwischen einen Großteil der Arbeitszeit in Anspruch nimmt, nicht erfolgt. Im Gemeinsamen Bundesausschuss laufen jedoch Diskussionen zur Fortentwicklung der derzeit geltenden Bedarfsplanung.

Kinderärztinnen und Kinderärzte werden der allgemeinen fachärztlichen Versorgungsebene zugeordnet und werden räumlich auf Grundlage von Landkreisen und kreisfreien Städten geplant. In den Planungsbereichen wird für jedes Fachgebiet eine Verhältniszahl festgelegt, also eine Relation Arzt je Einwohner. Bei Kinderärztinnen und Kinderärzten werden in diesem Zusammenhang Einwohner unter 18 Jahren berücksichtigt. Daraus ergibt sich, wie viele Kinderärztinnen und Kinderärzte sich pro Planungsbereich niederlassen können. Die Verhältniszahlen bilden zudem die Grundlage für die Berechnung des Versorgungsgrades und somit auch für die Feststellung von "Überversorgung" oder "Unterversorgung". Wenn die tatsächliche Arztzahl die berechnete Sollzahl um 10 % (110%-Regelung) übersteigt, wird aufgrund der gesetzlichen Vorgaben im Planungsbereich für diese Fachgruppe eine Überversorgung festgestellt und vom Landesausausschuss der Ärzte und Krankenkassen Zulassungsbeschränkungen angeordnet. Niederlassungen sind dann nicht mehr bzw. nur unter ganz besonderen Umständen möglich. Sofern der Versorgungsgrad die Grenze von 110 % nicht übersteigt, wird vom Landesausausschuss festgestellt, wie viele Arztsitze für Niederlassungen/Anstellungen für die Fachgruppe in diesem Planungsbereich zur Verfügung stehen.

Der Landesausausschuss tagt zwei Mal jährlich und hat zuletzt am 4. Mai 2017 einen Beschluss über die Anordnung und Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen bzw. der Feststellung von Über- und Unterversorgung basierend auf dem Arztstand 1. März 2017 gefasst.

Die aktuelle kinderärztliche Versorgungslage und der sich so berechnete Versorgungsgrad nach Bedarfsplanungsgesichtspunkten kann der Anlage 5 entnommen werden.

Außerhalb der üblichen Praxiszeiten, innerhalb derer die vertragsärztliche und damit auch die vertragspädiatrische Versorgung im Rahmen der Präsenzpflcht der jeweiligen Arztsitzinhaber sichergestellt wird, übernimmt grundsätzlich der allgemeine ÄBD die Sicherstellung. Dieser ist montags, dienstags, donnerstags von 19 Uhr bis 7 Uhr, mittwochs und freitags von 14 Uhr bis 7 Uhr, an Wochenenden, Feier- und Brückentagen von 7 Uhr bis 7 Uhr dienstbereit und zu diesen Zeiten mindestens als Hausbesuchsdienst organisiert. Ergänzend sind an aktuell 56 Standorten in Hessen Anlaufpraxen, sog. ÄBD-Zentralen, eingerichtet und größtenteils an bzw. in Kliniken angesiedelt. Die Öffnungszeiten der ÄBD-Zentralen orientieren sich an der regionalen Inanspruchnahme durch die Patientinnen und Patienten und können daher voneinander abweichen.¹ Für Informationen über die Erreichbarkeit der ÄBD-Zentralen wie auch die Vermittlung eines Hausbesuches ist die bundeseinheitliche ÄBD-Rufnummer 116117 in Hessen rund um die Uhr geschaltet und die dahinter stehenden beiden Dispositionszentralen sind dementsprechend 24/7

¹ vgl. www.bereitschaftsdienst-hessen.de bzw. die ÄBD-Apps für iOS und Android

erreichbar. Die KVH achtet nach eigener Aussage dabei sehr genau darauf, dass in diesen Anlaufpraxen auch entsprechende Kompetenz zur Behandlung von Kindern vorhanden ist.

c) Wie ist der kinderärztliche Notdienst in Hessen organisiert?

Ergänzend zur Realisierung des Sicherstellungsauftrags bzw. als zusätzliches Versorgungsangebot an Kinder und Jugendliche hat die KVH inzwischen flächendeckend auch einen pädiatrischen Bereitschaftsdienst (PBD) organisiert. Insgesamt elf PBD-Zentralen, alle an Kinderkliniken, sind inzwischen eingerichtet. Auch hier orientieren sich die Öffnungszeiten am regelmäßigen Patientenaufkommen (s. Anlage 6)²:

Selbstverständlich steht die bundesweite Rufnummer 116117 in gleicher Weise wie bei Erwachsenen auch für Hilfersuchen von Kindern und Jugendlichen zur Verfügung. Zusammen mit Schleswig-Holstein ist Hessen nach der KVH das einzige Bundesland, in dem es solche Strukturen flächendeckend gibt.

d) Wie viele Kinderärztinnen/Kinderärzte haben die Ermächtigung der KV, um Unterversorgung zu vermeiden (bitte nach Subspezialisierung/Fachkompetenz der Pädiatrie und Ausbildung aufschlüsseln)?

Die generellen Voraussetzungen für das Erteilen einer Ermächtigung stellen sich wie folgt dar: Man unterscheidet zwischen Ermächtigungen aus quantitativen und qualitativen Gründen. Ein quantitativ-allgemeiner Bedarf für eine Ermächtigung ist gegeben, wenn in einem Planungsbereich in einer Arztgruppe zu wenige Vertragsärztinnen und Vertrauensärzte niedergelassen sind, um den Bedarf zu decken.

Aus der Beantwortung der Frage 24 b geht bereits hervor, dass in Hessen eine durch den Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen in Hessen gemäß § 100 Abs. 1 SGB V festgestellte Unterversorgung in der Arztgruppe der Kinderärzte nicht besteht. Insofern bestehen auch keine Ermächtigungen für Kinderärztinnen oder Kinderärzte aus quantitativen Gründen.

Ist quantitativ eine ausreichende Versorgung durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte gewährleistet, kann es jedoch sinnvoll sein, die besonderen Kenntnisse und Erfahrungen der Krankenhausärztin bzw. des Krankenhausarztes oder die überlegene technische Ausstattung des Krankenhauses für die ambulante Versorgung dadurch nutzbar zu machen, dass zu diesem Zweck eine Ermächtigung auf Überweisung durch Fachkolleginnen und Fachkollegen erteilt wird. Durch eine solche Form der Ermächtigung wird der Gebietsärztin bzw. dem Gebietsarzt eine Überweisung ermöglicht, wenn sie bzw. er im Einzelfall wegen der besonderen Schwierigkeiten der Diagnose und/oder Behandlung ausnahmsweise die Hinzuziehung der besonders qualifizierten Krankenhausärztin bzw. des besonders qualifizierten Krankenhausarztes für geboten erachtet (qualitative Ermächtigung).

Zum Stichtag 1. März 2017 bestanden in Hessen nach Auskunft der KVH mit Schreiben vom 25. Oktober 2017 47 Ermächtigungen aus qualitativen Gründen. Sämtliche dieser ermächtigten Ärztinnen bzw. Ärzte können nur auf Überweisung durch Kinder- oder andere Gebietsärztinnen bzw. Gebietsärzte konsultiert werden bzw. Patienten behandeln. Insofern werden diese Ermächtigungen der Fragestellung nach dem kinderärztlichen Angebot zu jeder Tages- und Nachtzeit nicht gerecht und inhaltlich nicht weiter ausgeführt.

e) Welche Kinderärztinnen bzw. Kinderärzte, die über die Ermächtigung an der Versorgung beteiligt sind, übernehmen in welchen Regionen den Notdienst?

Nach § 3 Abs. 1 der Bereitschaftsdienstordnung (BDO) der KVH sind auch ermächtigte Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzte zur Teilnahme am ÄBD verpflichtet. Der Teilnahmeumfang entspricht im Regelfall einem Viertel eines Teilnahmeumfanges eines Arztsitzes (voller Versorgungsauftrag). Besteht ein gebietsärztlicher Bereitschaftsdienst in einer Region, nehmen alle Ärztinnen und Ärzte des jeweiligen Fachgebietes an diesem Bereitschaftsdienst teil, können allerdings von der Pflicht zur Teilnahme am allgemeinen Bereitschaftsdienst entbunden werden (vgl. § 3 Abs. 6 BDO: pädiatrischer Bereitschaftsdienst).

Folglich sind gemäß den Ausführungen der KVH mit Schreiben vom 25. Oktober 2017 grundsätzlich auch alle ermächtigten Pädiaterinnen und Pädiater entsprechend der oben genannten Ermächtigungen zur Teilnahme am regionalen pädiatrischen Bereitschaftsdienst verpflichtet. Dies betrifft alle ermächtigten Ärztinnen und Ärzte dieser Fachgruppe, da der PBD in Hessen flächendeckend organisiert ist. Maßgeblich für die Lokalisation der Teilnahmepflicht ist die Zuordnung anhand des Ortes der Ermächtigung (Klinikstandort) zu dem jeweiligen PBD-Bezirk (s. Anlage 7). Eine Reihe von ermächtigten Pädiaterinnen und Pädiatern versucht derzeit, durch Klagen gegen ihre Einteilung der Verpflichtung zur Teilnahme am PBD zu entgehen. Nachdem hierzu das SG Marburg und das LSG Darmstadt gegensätzliche Entscheidungen getroffen ha-

² vgl. www.bereitschaftsdienst-hessen.de bzw. die ÄBD-Apps für iOS und Android

ben, ist die Rechtsfrage derzeit in der Revision beim BSG anhängig. Bis zur Entscheidung des BSG über die Dienstverpflichtungen werden diese Ermächtigten derzeit und vorübergehend nicht zum PBD eingeteilt.

- f) Inwiefern funktioniert derzeit ein sektorenübergreifendes Agieren des kinderärztlichen Notdienstes?

Alle PBD-Zentralen sind gemäß den Ausführungen der KVH mit Schreiben vom 25. Oktober 2017 in Kinderkliniken angesiedelt, sodass auch eine organisatorische Zusammenarbeit mit der jeweiligen Klinik erfolgt und im Bedarfsfall die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten der Klinik unmittelbar genutzt werden können. Darüber hinaus kooperieren die niedergelassenen Kinder- und Jugendärztinnen bzw. Kinder- und Jugendärzte bei der Besetzung der Dienste im PBD mit Pädiaterinnen und Pädiatern der jeweiligen Kliniken. Es gibt bereits zwei entsprechende Projekte (Standorte Darmstadt und Gelnhausen), in denen die jeweiligen Chef- und Oberärzte der Kinderkliniken ebenfalls Dienste in der PBD-Zentrale in ihrem Haus übernehmen.

- g) Wie soll der kinderärztliche Notdienst zukünftig sektorenübergreifend (Niederlassungen und Krankenhäuser) geregelt werden?

Durch die bereits heute realisierte Lage aller PBD-Zentralen in Kinderkliniken bestehen Kooperationen zwischen diesen und den vertragsärztlich tätigen Pädiaterinnen und Pädiatern bzw. der KVH und der jeweiligen Klinik. Eine sektorenübergreifende Versorgung ist in diesem Rahmen prinzipiell bereits heute realisiert. Ein weiterer wesentlicher Schritt hin zu einer sektorenübergreifenden Versorgung im PBD ist die Integration der jeweiligen Klinikärzte (siehe oben). Die KVH strebt den Ausbau beider Kooperationselemente an, um die Sektorengrenzen hier so weit wie möglich aufzuheben.

- h) Wer soll den Versorgungsauftrag bezogen auf Frage 26 g erhalten und wie bewertet die Landesregierung diese angestrebte Regelung?

Davon ausgehend, dass sich diese Frage auf Frage 24 g bezieht, vertritt die KVH die Auffassung, dass sich das heute praktizierte Kooperationsmodell aufgrund der hierin enthaltenen Entwicklungspotenziale sehr gut eignet, um einen Versorgungsauftrag auch an der Schnittstelle ambulant - stationär zu realisieren: Einerseits können den Patientinnen und Patienten bzw. deren Eltern feste, bekannte Strukturen und Anlaufpunkte angeboten werden, ohne dass diese sich die Frage stellen müssen, wo man denn jeweils "richtig" ist. Die jeweiligen Ressourcen vor Ort lassen sich auf diese Weise zudem wirtschaftlicher und synergetischer nutzen. Durch die gemeinsame Übernahme der Dienste im PBD kann personell wie auch fachlich eine Verzahnung beider Systeme sehr gut erreicht werden, bei der die ambulante Versorgungsebene oft die ausreichende ist, im Bedarfsfall aber direkt der Zugang zur stationären Ebene möglich ist, ohne dass für die Patientinnen und Patienten die Schnittstelle zwischen beiden Ebenen als solche erkennbar ist.

- i) Wie viele ambulante Kontakte/Vorstellungen inklusive Spezialsprechstunden, und Notfälle gibt es bei den kinderärztlichen Bereitschaftsdiensten sowie in Kinderkliniken (bitte aufgeschlüsselt nach Kliniken und deren Casemixpunkten)?

Im Bereich des kinderärztlichen Notfalldienstes ist eine sektorenübergreifende Versorgung gegeben. Der PBD pädiatrischen Bereitschaftsdienst wird durchweg an Kinderkliniken angeboten. Nach Auskunft der KVH behandeln die pädiatrischen Bereitschaftsdienste in Hessen jährlich rund 100.000 Kinder und Jugendliche. Für den PBD kann die KVH nachfolgende, aktuelle Daten zu dessen Inanspruchnahme zur Verfügung stellen:

PBD	Behandlungsfälle (jährlich) ³
Darmstadt	17.602
Frankfurt Höchst	11.392
Frankfurt Universitäts-Klinikum	9.581
Fulda/Bad Hersfeld ⁴	7.124
Gießen	10.592
Kassel	19.733
Marburg ⁵	5.279
Offenbach	9.044
Wiesbaden	9.221
Main-Kinzig (Gelnhausen) ⁶	besteht erst seit 1. Juli 2017
Gesamt (ohne Main-Kinzig)	99.568

³ abgerechnete Behandlungsfälle, d.h. die Anzahl der tatsächlichen Arzt-Patientenkontakte ist größer (Basis sind die Quartale III/2016 bis einschl. II/2017)

⁴ Fulda und Bad Hersfeld werden abrechnungstechnisch als ein Standort geführt, ein differenzierter Ausweis der Fallzahlen für jeden Standort einzeln ist hier nicht möglich

⁵ Dieser PBD besteht erst seit 01.10.2016; Jahres-Fallzahlen wurden daher auf der Basis von drei Quartalen hochgerechnet

⁶ Dieser PBD besteht erst seit 01.07.2017; Fallzahlen aus Honorarabrechnungen sind daher noch nicht verfügbar

- j) Gibt es Hinweise, wonach der jeweilige Casemixpunkt Auswirkungen auf das Verlegungsverhalten von Kinder hat und wenn ja, welche?

Nein.

- Frage 25. In welchen Planungsbereichen der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) gibt es neben dem allgemeinen hausärztlichen Notdienst außerhalb der regulären Sprechstundenzeiten auch einen kinderärztlichen Notdienst und in welchen nicht?

Wie groß ist jeweils in den Bezirken, in denen keine pädiatrische Notfallversorgung der KV besteht, die mittlere Transportentfernung zu einer stationären pädiatrischen Einrichtung mit 24 Stunden Bereitschaft?

Der pädiatrische Bereitschaftsdienst ist in Hessen flächendeckend organisiert, vgl. die Beantwortung der Fragen 24 c und e. Grundsätzlich steht der Bevölkerung nach Auskunft der KVH jeder allgemeine ÄBD wie selbstverständlich auch jeder PBD zu den jeweiligen Dienstzeiten zur Verfügung. Die räumliche Planung des PBD erfolgt in der Form von seitens der KVH definierten PBD-Bezirken (s. Antwort zu Frage 24 e). Diese Planung dient der Zuordnung der Kinder- und Jugendärzte zu den PBD-Zentralen im Kontext der jeweiligen Teilnahmepflicht am PBD. Die Standorte der PBD-Zentralen (in Kinderkliniken) innerhalb dieser PBD-Bezirke sind nach den Ausführungen der KVH mit Schreiben vom 25. Oktober 2017 so geplant, dass sich ein flächendeckendes Netz mit vertretbaren Entfernungen ergibt. Die Planungsbereiche der Bedarfsplanung sind nicht maßgeblich für die Planung des ÄBD und finden daher auch keine unmittelbare Anwendung. Die Organisation eines funktionsfähigen PBD auf der Grundlage der Bedarfsplanungsbereich für das Fachgebiet Kinder- und Jugendmedizin, also der Landkreise und kreisfreien Städte, wäre nach Auffassung der KVH gerade in ländlich geprägten Regionen nicht möglich: So verfügt beispielweise der Odenwaldkreis aktuell noch über fünf vertragsärztliche Arztstühle bzw. genau genommen Zulassungsumfänge im Fachgebiet der Kinder- und Jugendmedizin, der Vogelsbergkreis über 6,25 oder der Werra-Meißner-Kreis über fünf Zulassungsumfänge.

Aufgrund der vollständigen Flächendeckung der Versorgung im Rahmen des PBD ist grundsätzlich für jeden auch ein PBD organisiert und den PBD-Bezirken entsprechend der als Anlage beigefügten Liste zugeordnet. Da nicht an allen Tagen ein PBD an jedem PBD-Standort organisiert ist, steht der allgemeine ÄBD für die Versorgung außerhalb der üblichen Praxiszeiten zur Verfügung - was im Übrigen grundsätzlich der Fall ist, da der PBD ein spezialisiertes Versorgungsangebot zusätzlich zum ÄBD ist. Auch wenn der ÄBD Jugendliche ohnehin, aber auch Kinder in der Regel adäquat versorgen kann, so ziehen es viele Eltern dennoch vor, direkt eine Kinderklinik aufzusuchen. In den meisten Fällen ist dies die gleiche Kinderklinik, in der auch der PBD angesiedelt ist. Die Kinderkliniken übernehmen außerhalb der Dienstzeiten des PBD dann die Versorgung, wenn die Eltern den ÄBD nicht aufsuchen wollten.

- Frage 26. An welchen Standorten sind zu welchem jeweiligen Zeitpunkt weitere kinderärztliche Notdienste geplant?

Derzeit ist nach Auskunft der KVH kein weiterer PBD-Standort in Hessen in Planung, da mit den seit dem 1. Juli 2017 nunmehr elf Pädiatrischen Bereitschaftsdiensten eine flächendeckende Versorgung im Bereich des Pädiatrischen Bereitschaftsdienstes realisiert wurde.

- Frage 27. Ist nach Ansicht der Landesregierung damit der kinderärztliche Notdienst hessenweit gewährleistet oder sieht und sie Handlungsbedarf, wenn ja, welchen?

Unter Bezugnahme auf Frage 26 ist damit der kinderärztliche Notdienst nach Ansicht der Landesregierung aktuell gewährleistet.

- Frage 28. Wie wird in den Bezirken, in denen kein pädiatrischer Notdienst der KV besteht, die pädiatrische Notdienstversorgung gewährleistet?

Wie oben bereits ausgeführt, sind nach Auskunft der KVH die Planungsbereiche im Sinne der Bedarfsplanung (s. Antwort zu Frage 24 b, 24 e und zu Frage 25) nicht maßgeblich für die Planung des ÄBD bzw. gebietsärztlicher Bereitschaftsdienste wie z.B. des PBD. Da der PBD in Hessen flächendeckend geplant und organisiert ist, werden letztlich auch alle Planungsbereiche der Bedarfsplanung, für die Pädiatrie sind dies die Landkreise und die kreisfreien Städte, abgedeckt. Eine unmittelbare, vollständig gebietsgleiche Zuordnung eines Planungsbereiches zu einem PBD-Bezirk findet nicht statt. Die ÄBD-/PBD-Bezirke werden nach Auskunft der KVH vielmehr aus Versorgungsgesichtspunkten heraus definiert. Dabei spielt neben der Anzahl der teilnahmepflichtigen Ärztinnen und Ärzte insbesondere auch die Eignung der Standorte für den PBD eine wichtige Rolle (Kinderkliniken). Daher gibt es z.B. in Osthessen oder dem Frankfurter Raum PBD-Bezirke mit zwei Standorten.

Frage 29. Wie werden an Standorten mit pädiatrischer Notfallversorgung der KV sowie an denen ohne pädiatrische Notfallversorgung die pädiatrischen Behandlungsstandards (inklusive Präventionspotential) eingehalten, welche wertbasierten Konzepte und kompetenzorientierten Strukturen werden dabei eingesetzt?

Im PBD werden nach Auskunft der KVH an allen Standorten ausschließlich Fachärzte des Gebietes der Pädiatrie zu Diensten herangezogen. Nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen und Ärzte des Gebietes Kinder- und Jugendmedizin können im PBD mitwirken, sofern die KVH einen entsprechenden Mitwirkungsbedarf sieht und diese unter anderem eine mindestens zweijährigen Tätigkeit in unselbstständiger Stellung als Assistentin bzw. Assistent eines pädiatrisch tätigen Vertragsarztes oder in Kinderkliniken bzw. pädiatrischen Abteilungen an Krankenhäusern nachweisen können. Damit ist auch hier die Einhaltung der Behandlungsstandards gewährleistet. Der Versorgungsauftrag des PBD ist - analog dem des allgemeinen ABD - die ambulante medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit spontan aufgetretenen Erkrankungssymptomen, die einer Behandlung bedürfen, um den Zeitraum bis zur nächsten Möglichkeit einer Versorgung durch eine niedergelassene Kinder- und Jugendärztin oder einen Kinder- und Jugendarzt zu den üblichen Sprechstundenzeiten, also in der Regel die Nacht, den Feiertag oder das Wochenende, zu überbrücken. Präventionsmaßnahmen sind daher nicht Aufgabe des PBD, sondern der Regelversorgung durch die Praxen.

- a) Inwiefern entsprechen die deutschen Behandlungsstandards dem internationalen Niveau bzgl. des ambulanten Versorgungsauftrages bzgl. der fachärztlichen Versorgung bei chronisch-kranken Kindern sowie bei der stationären Versorgung von Kindern?

Es gibt keinerlei Anhaltspunkte dafür, dass die Behandlungsstandards nicht dem internationalen Niveau entsprechen.

- b) In welchen Bereichen entsprechen Sie nicht den internationalen Standards?
Warum nicht?
- c) Wie will die Hessische Landesregierung dafür Sorge tragen, dass die internationalen Standards eingehalten werden?

Hierzu wird auf die Beantwortung zu Frage 29 a verwiesen.

Wiesbaden, 5. März 2018

Stefan Grüttner

Anlagen

Aufgestellte Betten im Fachgebiet Kinder- und Jugendmedizin nach Krankenhäusern im Jahr 2017, sortiert nach Zahl der aufgestellten Betten

Krankenhaus	Sitz	Aufgestellte Betten
Universitätsklinikum Gießen und Marburg Standort Gießen	Gießen	136
Klinikum Kassel	Kassel	131
Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität	Frankfurt a. M.	116
Universitätsklinikum Gießen und Marburg Standort Marburg	Marburg	101
Klinikum Frankfurt Höchst	Frankfurt a. M.	101
Bürgerhospital und Clementine-Kinderhospital	Frankfurt a. M.	95
Helios Dr. Horst-Schmidt-Kliniken	Wiesbaden	94
Sana Klinikum Offenbach	Offenbach a. M.	63
Klinikum Fulda	Fulda	61
Klinikum Hanau	Hanau	60
Alice-Hospital Darmstadt (Kinderkliniken Prinzessin Margaret)	Darmstadt	60
GPR Klinikum	Rüsselsheim	45
Kreis Krankenhaus Gelnhausen	Gelnhausen	51
Klinikum Bad Hersfeld	Bad Hersfeld	39
Klinikum Darmstadt (Kinderkliniken Prinzessin Margaret)	Darmstadt	60
St. Vincenz-Krankenhaus	Limburg	12
Dill-Kliniken Dillenburg	Dillenburg	7
DKD Helios Klinik Wiesbaden	Wiesbaden	2
Hessen insgesamt		1.234

Quelle: Hessisches Statistisches Landesamt, Auswertung der Hessen Agentur, Klinikangaben

Aufgestellte Intensivbetten in der Kinder- und Jugendmedizin, Kinderkardiologie und Neonatologie im Jahr 2016

Krankenhaus	Sitz	Kinder-Intensivmedizin	Kinder-Kardiologie	Neonatologie	Insgesamt
Universitätsklinikum Gießen und Marburg Standort Gießen	Gießen	30	20	0	50
Klinikum Kassel	Kassel	19	0	24	43
Sana Klinikum Offenbach	Offenbach a. M.	13	0	13	26
Helios Dr. Horst-Schmidt-Kliniken	Wiesbaden	11	0	13	24
Bürgerhospital und Clementine-Kinderhospital	Frankfurt a. M.	0	0	23	23
Klinikum Fulda	Fulda	0	0	23	23
Universitätsklinikum Gießen und Marburg Standort Marburg	Marburg	22	0	0	22
Klinikum Hanau	Hanau	22	0	0	22
Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität	Frankfurt a. M.	7	1	13	21
Klinikum Darmstadt (Kinderkliniken Prinzessin Margaret)	Darmstadt	0	0	20	20
Klinikum Frankfurt Höchst	Frankfurt a. M.	12	0	0	12
GPR Klinikum	Rüsselsheim	5	0	0	5
Klinikum Bad Hersfeld	Bad Hersfeld	0	0	4	4
Alice-Hospital Darmstadt (Kinderkliniken Prinzessin Margaret)	Darmstadt	0	0	0	0
Kreiskrankenhaus Gelnhausen	Gelnhausen	0	0	0	0
St. Vincenz-Krankenhaus	Limburg	0	0	0	0
Dill-Kliniken Dillenburg	Dillenburg	0	0	0	0
DKD Helios Klinik Wiesbaden	Wiesbaden	0	0	0	0
Hessen insgesamt		141	21	133	295

Quelle: Hessisches Statistisches Landesamt, Auswertung der Hessen Agentur.

Durchschnittliche Verweildauer im Fachgebiet Kinder- und Jugendmedizin in hessischen Krankenhäusern im Jahr 2016

Krankenhaus	Sitz	durchschnittliche Verweildauer
Universitätsklinikum Gießen und Marburg Standort Gießen	Gießen	6,6
Klinikum Kassel	Kassel	6,1
Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität	Frankfurt a. M.	4,8
Universitätsklinikum Gießen und Marburg Standort Marburg	Marburg	2,7
Klinikum Frankfurt Höchst	Frankfurt a. M.	6,2
Bürgerhospital und Clementine-Kinderhospital	Frankfurt a. M.	7,0
Helios Dr. Horst-Schmidt-Kliniken	Wiesbaden	5,2
Sana Klinikum Offenbach	Offenbach a. M.	5,0
Klinikum Fulda	Fulda	3,5
Klinikum Hanau	Hanau	3,3
Alice-Hospital Darmstadt (Kinderkliniken Prinzessin Margaret)	Darmstadt	3,5
GPR Klinikum	Rüsselsheim	3,0
Kreis Krankenhaus Gelnhausen	Gelnhausen	3,5
Klinikum Bad Hersfeld	Bad Hersfeld	3,4
Klinikum Darmstadt (Kinderkliniken Prinzessin Margaret)	Darmstadt	12,1
St. Vincenz-Krankenhaus	Limburg	3,8
Dill-Kliniken Dillenburg	Dillenburg	2,6
DKD Helios Klinik Wiesbaden	Wiesbaden	4,4
Hessen insgesamt		4,7

Quelle: Hessisches Statistisches Landesamt, Auswertung der Hessen Agentur.

Anlage 4

ICD Kode	Hauptdiagnose	Fälle		
		2014	2015	2016
P07	Störungen im Zusammenhang mit kurzer Schwangerschaftsdauer und niedrigem Geburtsgewicht, anderenorts nicht klassifiziert	152	107	102
K35	Akute Appendizitis	29	42	29
K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	22	24	26
F50	Essstörungen	31	26	19
J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	22	10	19
Q21	Angeborene Fehlbildungen der Herzsepten	20	12	19
Q20	Angeborene Fehlbildungen der Herzhöhlen und verbindender Strukturen	18	11	19
Q25	Angeborene Fehlbildungen der großen Arterien	22	17	17
P22	Atemnot (Respiratory distress) beim Neugeborenen	21	10	17
T50	Vergiftung durch Diuretika und sonstige und nicht näher bezeichnete Arzneimittel, Drogen und biologisch aktive Substanzen	13	8	17
Q23	Angeborene Fehlbildungen der Aorten- und der Mitralklappe	9	10	16
P28	Sonstige Störungen der Atmung mit Ursprung in der Perinatalperiode	8	5	16
C91	Lymphatische Leukämie	6	3	14
T43	Vergiftung durch psychotrope Substanzen, anderenorts nicht klassifiziert	9	7	13
S06	Intrakranielle Verletzung	9	6	12
G40	Epilepsie	5	18	12
C71	Bösartige Neubildung des Gehirns	3	11	11
D59	Erworbene hämolytische Anämien	8	1	10
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	8	11	10
A41	Sonstige Sepsis	6	2	10
	Weitere Diagnosen mit jeweils weniger als 10 Fällen	617	596	548
	Insgesamt	1.038	937	956

Quelle: Daten gemäß § 21 KHEntgG 2014-2016, Auswertung der Hessen Agentur.

Planungsbereich	Anzahl Versorgungs- aufträge (= Arztsitze) ¹	Versorgungsgrad	Status ²
Darmstadt, Stadt	13,00	127,96 %	ÜV
Frankfurt am Main, Stadt	57,50	115,13 %	ÜV
Offenbach, Stadt	10,00	106,81 %	geöffnet (0,5)
Wiesbaden, Stadt	22,00	108,95 %	geöffnet (0,5)
Kreis Bergstraße	16,50	168,91 %	ÜV
Landkreis Darmstadt- Dieburg	19,00	167,14 %	ÜV
Kreis Groß-Gerau	16,50	126,55 %	ÜV
Hochtaunuskreis	16,00	137,33 %	ÜV
Main-Kinzig-Kreis	22,50	131,26 %	ÜV
Main-Taunus-Kreis	15,00	129,31 %	ÜV
Odenwaldkreis	5,00	129,38 %	ÜV
Landkreis Offenbach	22,50	135,57 %	ÜV
Rheingau-Taunus-Kreis	11,00	159,33 %	ÜV
Wetteraukreis	15,00	118,29 %	ÜV
Landkreis Gießen	20,00	189,06 %	ÜV
Lahn-Dill-Kreis	15,00	138,69 %	ÜV
Kreis Limburg-Weilburg	10,00	137,70 %	ÜV
Landkreis Marburg- Biedenkopf	18,00	176,09 %	ÜV
Vogelsbergkreis	6,00	141,57 %	ÜV
Kassel, Stadt	18,50	147,26 %	ÜV
Stadt und Landkreis Fulda	14,50	147,73 %	ÜV
Landkreis Hersfeld- Rotenburg	7,00	138,30 %	ÜV
Landkreis Kassel	14,00	168,11 %	ÜV
Schwalm-Eder-Kreis	8,00	113,00 %	ÜV
Landkreis Waldeck- Frankenberg	8,00	120,92 %	ÜV
Landkreis Werra- Meißner	5,00	130,73 %	ÜV

¹ Arztstand: 01.03.2017, ohne Berücksichtigung Ermächtigter

² ÜV = Überversorgung; Als Anhaltspunkt für Überversorgung gilt laut Bedarfsplanungs-Richtlinie ein Versorgungsgrad von mindestens 110 % und für Unterversorgung bei Kinder-ärzten ein Versorgungsgrad von unter 50 %. Jedoch bedarf es einer gesonderten Feststel-lung der Unterversorgung durch den Landesausschuss.

Quelle: Schreiben der KVH vom 25.10.2017

Pädiatrischer Bereitschaftsdienst	Öffnungszeiten	
Darmstadt in den Darmstädter Kinderkliniken Prinzessin Margaret Dieburger Straße 31 64287 Darmstadt	Mi. 14:00 bis 22:00 Uhr Fr. 14:00 bis 23:00 Uhr	Sa. 09:00 bis 23:00 Uhr So. 09:00 bis 22:00 Uhr Feiertage (Werktag folgt): 09:00 bis 22:00 Uhr Feiertage (Wochenende, Brückentag oder Feiertag folgt): 09:00 bis 23:00 Uhr Brückentage: 09:00 bis 23:00 Uhr
Frankfurt - Höchst im Klinikum Frankfurt Höchst Gotenstraße 6 - 8 65929 Frankfurt am Main	Mi. und Fr. 16:00 bis 20:00 Uhr	Sa., So., Feier- und Brückentage 09:00 bis 20:00 Uhr
Frankfurt - Uni-Klinik im Universitätsklinikum Frankfurt Theodor-Stern-Kai 7 60596 Frankfurt am Main	Mi. und Fr. 16:00 bis 20:00 Uhr	Sa., So., Feier- und Brückentage 09:00 bis 20:00 Uhr
Bad Hersfeld im Klinikum Bad Hersfeld Seilerweg 29 36251 Bad Hersfeld		Sa., So., Feier- und Brückentage 09:00 bis 13:00 Uhr
Fulda im Klinikum Fulda Pacelliallee 4 36043 Fulda		Sa., So., Feier- und Brückentage 08:00 Uhr bis 13:00 Uhr
Gießen im Universitätsklinikum Gießen Klinikstraße 33 35392 Gießen	Mi. und Fr. 16:00 bis 20:00 Uhr	Sa., So., Feier- und Brückentage 09:00 bis 20:00 Uhr
Kassel im Klinikum Kassel Mönchebergstraße 41-43 34125 Kassel	Mo. bis Fr. 19:00 bis 22:00 Uhr	Sa., So., Feier- und Brückentage 09:00 bis 22:00 Uhr
Main-Kinzig in den Main-Kinzig-Kliniken Herzbachweg 14 63571 Gelnhausen	Mi. und Fr. 16:00 bis 20:00 Uhr	Sa., So., Feier- und Brückentage 09:00 bis 20:00 Uhr

Pädiatrischer Bereitschaftsdienst	Öffnungszeiten	
Marburg im Universitätsklinikum Marburg Baldingerstraße 35043 Marburg	Mi. 16:00 bis 20:00 Uhr	Sa., So., Feier- und Brückentage 09:00 bis 18:00 Uhr
Offenbach im Klinikum Offenbach Starkenburgring 66 63069 Offenbach am Main	Mi. und Fr. 16:00 bis 20:00 Uhr	Sa., So., Feier- und Brückentage 10:00 Uhr bis 18:00 Uhr
Wiesbaden in den Dr. Horst Schmidt Kliniken Ludwig-Erhard-Straße 100 65199 Wiesbaden	Mi. und Fr. 16:00 bis 20:00 Uhr	Sa., So., Feier- und Brückentage 09:00 bis 20:00 Uhr

Quelle: Schreiben der KVH vom 25.10.2017

