



HESSISCHER LANDTAG

06. 04. 2020

Antwort

Landesregierung

Große Anfrage

**Dr. Daniela Sommer (SPD), Frank-Tilo Becher (SPD), Lisa Gnadl (SPD),
Wolfgang Decker (SPD), Nadine Gersberg (SPD), Turgut Yüksel (SPD)
und Fraktion vom 17.10.2019**

Versorgungsnotstand in Kinderkliniken

Drucksache 20/1383

Vorbemerkung Fragesteller:

Zu wenig Pflegepersonal, zu wenige Ärzte: In Kinderkliniken droht ein akuter Versorgungsnotstand, der dem zunehmenden ökonomischen Druck durch das DRG-System geschuldet sei, heißt es in der Cope-Studie des Forschungszentrums Ceres der Universität Köln. An der anonymisiert durchgeführten Studie haben auch Kinderärzte aus Hessen teilgenommen. Die befragten Ärzte berichteten von „gravierender Unterversorgung, vor allem für chronisch und schwer kranke Kinder“, von „Einsparungen vorrangig durch Kürzungen bei Personalmangel, die bis zu schwerwiegenden Mängeln in der Patientensicherheit führen“, von „Universitätskliniken, die gezwungen seien, Gelder für Forschung und Lehre zum Ausgleich von Defiziten der Krankenversorgung zweckzuentfremden“, von „leitenden Ärzten, die die fachliche und juristische Verantwortung tragen, jedoch kaum oder keinen Einfluss auf die finanzielle und personelle Ausstattung der Klinik haben“, aber auch von „Überversorgung im Sinne von unnötigen stationären Behandlungen“ (aufgrund falscher Leistungsanreize bzw. mangelnder ambulanter Versorgungsstrukturen der Kinderkliniken). Diese Zustände enthalten nicht nur schwerwiegende Verstöße gegen die Kinderrechtskonvention, die in der Verfassung des Landes Hessen in Art. 4 Abs. 2 verankert ist (s.a. Art. 3 Abs. 1, 3, Art. 4 und Art. 24 Abs. 1 der Kinderrechtskonvention), sondern auch gegen berufsrechtliche, ethische und strafrechtliche Vorgaben der Akteure, aber auch der Aufsichtsorgane. Darüber hinaus verdeutlichen die Ergebnisse, dass die Bedürfnisse von Kindern und der fachbedingte Mehraufwand der Pädiatrie im derzeitigen Entgeltsystem und auf individueller Krankenhausebene nicht ausreichend berücksichtigt werden.

Diese Vorbemerkung der Fragesteller vorangestellt, beantworte ich die Große Anfrage im Einvernehmen mit der Ministerin für Wissenschaft und Kunst im Namen der Landesregierung wie folgt:

Frage 1. Wie bewertet die Landesregierung die Ergebnisse der Cope-Studie?

Die Cope-Studie zeigt die generellen Probleme der stationären pädiatrischen Versorgung auf, insbesondere die offenbar unzureichende Berücksichtigung der Bedürfnisse von Kindern und den fachbedingten Mehrbedarf, der im Vergütungssystem nicht ausreichend abgebildet wird, sowie den Personalmangel in Kinderkliniken.

Die Einschätzungen der Studie decken sich mit den Problemen, die sowohl bundesweit von den medizinischen Fachgesellschaften als auch in den regelmäßigen Gesprächen zwischen dem Hessischen Ministerium für Soziales und Integration und den Chefärztinnen und -ärzten hessischer Kinderkliniken geschildert werden.

Frage 2. Ist der Hessischen Landesregierung bekannt oder kann sie ausschließen, dass Steuergelder für Forschung und Lehre in eine defizitär ausgestattete Krankenversorgung von hessischen Universitätskinderkliniken fehlerverwendet werden?

Im Rahmen der Globalbudgetierung obliegt die Zuteilung des Budgets für die hochschulmedizinische Forschung den Universitäten und Fachbereichen Medizin. Den jeweiligen Einrichtungsleitern obliegt es, den Einsatz der Budgetmittel für Forschung und Lehre sowie Krankenversorgung zu planen und zu überwachen. Aufgrund von Differenzen zur Personalausstattung in der Abteilung Allgemeine Pädiatrie und Neonatologie am Universitätsklinikum Gießen und Marburg haben vor diesem Hintergrund Gespräche von Universität, Fachbereich, Universitätsklinikum und Einrichtungsleiter stattgefunden. Zudem ist die Beauftragung eines Gutachters vorgesehen.

Frage 3. In der Cope-Studie wird eine verantwortungsvolle Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Frage gestellt. Gewährleisten die Krankenhausträger in Hessen ihren Versorgungsauftrag regional und „umfassend“? Was tun die hessischen Aufsichtsbehörden, um das in der Cope-Studie beschriebene „Rosinenpicken“ (ertragstarke Leistungen/Disziplinen) zu verhindern?

Die Kinderkliniken in Hessen erfüllen trotz der schwierigen Rahmenbedingungen die ihnen erteilten Versorgungsaufträge umfassend. Hinweise auf eine Rosinenpickerei bestehen nicht.

Frage 4. Die Cope-Studie verweist auf Versorgungsdefizite von chronisch kranken Kindern speziell der pädiatrischen Endokrinologie oder der Gastroenterologie. Warum sind in Hessen Sozialpädiatrische Zentren (SPZ) ausschließlich neuropädiatrisch ausgerichtet? Inwiefern will die Hessische Landesregierung dafür Sorge tragen, die SPZ auf § 119 des SGB V und damit auf alle „Kinder auszurichten, die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Krankheit oder einer drohenden Krankheit nicht behandelt werden können“.

Die meisten Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) in Hessen behandeln überwiegend Kinder mit neuropädiatrischen Erkrankungen, jedoch nicht ausschließlich. In Hessen gibt es aktuell die folgenden SPZ:

- Klinikum Kassel GmbH – Sozialpädiatrisches Zentrum,
- Universitätsklinikum Gießen und Marburg,
- Zentrum für Kinderheilkunde und Jugendmedizin,
- Abteilung Neuro- und Sozialpädiatrie,
- Sozialpädiatrisches Zentrum Frankfurt Mitte – Epilepsieambulanz,
- Klinikum Frankfurt-Höchst – Sozialpädiatrisches Zentrum,
- Klinikum Offenbach GmbH – Sozialpädiatrisches Zentrum,
- Darmstädter Kinderkliniken Prinzessin Margret – Sozialpädiatrisches Zentrum,
- Dr.-Horst-Schmidt-Klinik, Kinderklinik – Sozialpädiatrisches Zentrum.

Das Leistungsspektrum kann u.a. der jeweiligen Homepage des SPZ entnommen werden.

Frage 5. In der Cope-Studie wird darauf hingewiesen, dass Missstände oder Fehlentwicklungen, die intern nicht abgestellt werden können, öffentlichen Aufsichtsbehörden nicht anonym bzw. direkt gemeldet werden können. Zustände mit Patientengefährdung oder Nichteinhaltung von Behandlungsstandards, die über CIRS oder über Überlastungsanzeigen intern gemeldet werden, bleiben nicht selten folgenlos. Der über den Dienstweg vorgeschriebene Beschwerdeweg an die Aufsichtsbehörde ist aus der Sicht der betroffenen Patienten nicht zielführend. Inwiefern bewertet die Hessische Landesregierung in solchen Situationen ein direkter anonymen Beschwerdeweg an die direkte Aufsichtsbehörde patiententendlicher? Inwiefern will die Landesregierung einen solchen anonymen Beschwerdeweg einrichten? Wenn nein, warum nicht?

In der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für Vertragsärztinnen und -ärzte, Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten, medizinische Versorgungszentren, Vertragszahnärztinnen und -zahnärzte sowie zugelassene Krankenhäuser – QM-RL sowie in den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser – Qb-R ist das Fehlermanagement bzw. der Einsatz eines Fehlermeldesystems verbindlich geregelt. Der systematische Umgang mit Fehlern („Fehlermanagement“) ist Teil des Risikomanagements. Zum Fehlermanagement gehören das Erkennen und Nutzen von Fehlern und unerwünschten Ereignissen zur Einleitung von Verbesserungsprozessen in der Praxis.

Die Meldungen, die über das sogenannte Fehlermanagement (CIRS) gemeldet werden, stammen in der Regel von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Krankenhäuser. Sie können explizit anonym erfolgen und sind für die oder den Meldenden sanktionsfrei auszugestalten. Zu unterscheiden sind hiervon die Meldungen, die über das Beschwerdemanagement der Krankenhäuser eingereicht werden, die in der Regel von Patientinnen und Patienten oder deren Angehörigen eingereicht werden.

Mit der Umsetzung der Patientensicherheitsverordnung werden in allen hessischen Krankenhäusern Patientensicherheitsbeauftragte verbindlich etabliert. Diese sollen in der Arbeitsebene vernetzt sein, um Risiken zu identifizieren, einzuschätzen und adäquate Maßnahmen dazu abzuleiten. Sie sollen dabei direkt der Klinikleitung unterstellt sein, um praktikable Präventionsmaßnahmen umsetzen zu können bzw. diese anzustoßen und zu begleiten.

Hierbei sind die Patientensicherheitsbeauftragten angehalten, die Erkenntnisse und Informationen der bereits bestehenden Instrumente wie beispielsweise das klinische Fehlermeldesystem, aber auch das Beschwerdemanagement für ihre Arbeit zu nutzen.

Schwerpunkte und Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit sollen anhand von Berichten der Krankenhäuser an das Hessische Ministerium für Soziales und Integration unter Beteiligung des Landesbeirats Patientensicherheit identifiziert, beraten und umgesetzt werden.

Die Notwendigkeit der Einrichtung eines darüber hinausgehenden anonymen Beschwerdewegs wird von der Hessischen Landesregierung nicht gesehen.

Anonyme Beschwerden, die in den entsprechenden Fachreferaten eingehen, werden bereits jetzt von den zuständigen Fachreferaten geprüft und bearbeitet. Dabei werden sowohl Beschwerden von Patientinnen und Patienten als auch Beschwerden von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von Krankenhäusern in gleicher Weise geprüft und bearbeitet.

Frage 6. In der Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage „Notstand in Kinderkliniken“ (Drucksache 19/6894) wird unter Punkt 7 festgestellt, dass „die Länder regelmäßig die Strukturen der stationären Versorgung daraufhin überprüfen, ob sie dem Versorgungsbedarf der Bevölkerung entsprechen“. Inwiefern hat die Hessische Landesregierung diese entsprechenden Überprüfungen vorgelegt? Welche Prüfergebnisse der letzten fünf Jahre liegen vor? Inwiefern haben die Überprüfungen festgestellt, dass Defizite in dem Versorgungsbedarf bestehen?

Das für die Krankenhausversorgung zuständige Referat des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration überprüft regelmäßig anhand des Leistungsreports der hessischen Plankrankenhäuser, inwieweit die vorhandenen Kapazitäten bei einem Vergleich der tatsächlichen Auslastung mit der Normauslastung den Bedarf an stationären Leistungen decken und ob ggf. Anzeichen für eine Unter- oder Überversorgung unter Berücksichtigung der Entwicklung der Fallzahlen der vergangenen Jahre zu erkennen sind. Der „Leistungsreport der hessischen Plankrankenhäuser“ wird jährlich aktualisiert.

Im Fachgebiet Kinder- und Jugendmedizin liegt die durchschnittliche Auslastung der Bettenkapazitäten derzeit bei 70 %. Daher sind die Bettenkapazitäten grundsätzlich als ausreichend anzusehen. Dennoch gibt es in einzelnen Kinderkliniken Kapazitätsprobleme, die eine Fülle von Ursachen haben, etwa im Pflegepersonalbereich. Hierdurch können an sich vorhandene Kapazitäten nicht für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen genutzt werden.

Unabhängig davon ist zu berücksichtigen, dass die Kliniken die Möglichkeit haben, ihre Bettenkapazitäten eigenständig an die Versorgungsnotwendigkeiten anzupassen, d.h. ohne eine Antragstellung beim Hessischen Ministerium für Soziales und Integration zwecks Ausstattung mit mehr Betten.

Frage 7. Etwa 15 % der hessischen Kinder und Jugendlichen sind chronisch krank (laut Kinder- und Jugendreport 2018 sogar jedes 4. Kind). Der Behandlungsstandard für chronisch kranke Kinder sieht Kinderärzte mit Zusatzweiterbildung und interdisziplinärer Teamausstattung, die in der Regel in Kinderkliniken und nicht in der Niederlassung arbeiten, vor. Inwiefern sieht die Hessische Landesregierung zur Verbesserung der Versorgung von chronisch kranken Kindern in Hessen vor, den ambulanten Versorgungsauftrag für chronisch kranke Kinder auf entsprechend ausgestattete Kinderkliniken zu erweitern?

Die Möglichkeit der Einbindung von Krankenhausärztinnen bzw. -ärzten sowie generell eines Krankenhauses bzw. der Hochschulambulanzen in die vertragsärztliche Versorgung ist bundesgesetzlich in den §§ 116, 116a und 117 SGB V geregelt. Soweit dies nicht bereits geschehen ist, sind entsprechende Anträge an den Zulassungsausschuss für Ärztinnen und Ärzte in Hessen zu richten, der gemäß den gesetzlichen Vorgaben über die Ermächtigung zu entscheiden hat. Im Falle einer Ablehnung einer Ermächtigung durch den Zulassungsausschuss besteht die Möglichkeit der Anrufung des Berufungsausschusses. Eine inhaltliche Überprüfung der Entscheidung des Zulassungs- oder Berufungsausschusses durch das Land ist dagegen im Gesetz nicht vorgesehen.

Frage 8. Eine hessische Universitätsklinik erhält für die Versorgung eines Kindes mit M. Chron über den Hochschulambulanzschein etwa 220 € pro Quartal – für die Behandlung eines Kindes mit der gleichen Erkrankung erhält beispielsweise eine Münchner Klinik etwa 600 € pro Quartal. Inwiefern will die Hessische Landesregierung für die Anpassung des Behandlungserlöses für ein chronisch krankes Kind in Hessen im Sinne „gleichwertiger Lebensverhältnisse“ an besser ausstattende Bundesländer Sorge tragen?

Die ambulante Behandlung von Kindern und Jugendlichen ist angemessen zu vergüten. Nach § 120 Abs. 1a SGB V sollen ergänzend zur Vergütung von im Krankenhaus erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich für die in kinder- und jugendmedizinischen, kinderchirurgischen und -orthopädischen sowie insbesondere pädaudiologischen und kinderradiologischen Fachabteilungen von Krankenhäusern erbrachten ambulanten Leistungen mit dem Krankenhausträger fall- oder einrichtungsbezogene Pauschalen vereinbaren, wenn diese erforderlich sind, um die Behandlung von Kindern und Jugendlichen, die auf Überweisung erfolgt, angemessen zu vergüten.

Die Verhandlung einer angemessenen Vergütung obliegt somit den Geschäftsleitungen der Krankenhäuser gemeinsam mit den Krankenkassen.

Frage 9. Bei der Diskussion zur medizinischen Versorgungslage von Kindern und Jugendlichen fällt eine erhebliche Diskrepanz zwischen den Angaben der Politik bzw. der Krankenhausträger im Vergleich zu denen der versorgenden Kinderärzte auf. Kann die Landesregierung angeben, welchen Anteil der von InEK berechneten Personal- und Sachkosten als Grundlage der DRG-Erlöse an die leistungserbringenden Kinderkliniken bzw. -abteilungen in Hessen effektiv zurückerhält? Welche Anteile der ambulanten Erlöse fließen zurück in die Abteilung zur Personalausstattung?

Im Rahmen des DRG-Systems werden mittels der von den Kalkulationshäusern an das InEK übermittelten jährlichen Datensätze die Kostenstrukturen für die einzelnen DRGs berechnet. Sie stellen somit einen Durchschnittswert aller an der Kalkulation beteiligten Krankenhäuser dar und bilden zusammen mit dem jeweils gültigen Landesbasisfallwert die einheitliche Erlössicherung für die Krankenhäuser.

Das für die Krankenhausversorgung zuständige Referat des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration hat hierzu sämtliche Kinderkliniken bzw. Krankenhäuser mit einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin angeschrieben. Entsprechend der Bitte des Ministeriums haben Kinderkliniken eine zwischen der Geschäftsleitung des Krankenhauses und der ärztlichen Leitung der jeweiligen Klinik für Kinder- und Jugendmedizin abgestimmte Stellungnahme abgegeben.

Zutreffend wurde u.a. darauf hingewiesen, dass die Abrechnung der jeweiligen Leistungen – und die damit verbundene Refinanzierung durch die Kostenträger – auf der Ebene des Krankenhausträgers und nicht auf Abteilungsebene erfolgt. Die personelle und materielle Ressourcenverteilung liegt somit in der Verantwortung der Geschäftsführung. Das Hessische Ministerium für Soziales und Integration geht davon aus, dass die Verteilung der Finanzmittel regelmäßig in Absprache mit den jeweiligen Klinikdirektorinnen und Klinikdirektoren stattfindet.

Aus den Stellungnahmen ergibt sich, dass ambulante, stationäre sowie sonstige Erlöse den leistungserbringenden Kinderkliniken zufließen bzw. 100 % der Personalkosten (ärztlicher Dienst, Pflegedienst) gemäß der InEK-Kalkulation in den Kliniken eingesetzt werden.

Frage 10. Stellt die Landesregierung bei dieser Frage, die als wesentlich für die Kinderversorgung zu bewerten ist und nur von den fachlich-medizinischen Leitern und Geschäftsführenden gleichzeitig beantwortet werden kann, das öffentliche Interesse über die Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse der Krankenhausträger?

Die Frage 9 wurde von der jeweiligen Geschäftsleitung des Krankenhauses und der ärztlichen Leitung der jeweiligen Klinik für Kinder- und Jugendmedizin gemeinsam beantwortet.

Frage 11. Sieht die Landesregierung ein Versorgungsdefizit kranker Kinder in Hessen? Wenn ja, wie will sie diesem entgegenwirken?

Ein Versorgungsdefizit kranker Kinder in Hessen besteht – ungeachtet der allgemein angespannten Personalsituation in den Kliniken – nicht.

Frage 12. Welche pädiatrischen Versorgungseinrichtungen und -kapazitäten sind in den letzten fünf Jahren in Hessen auf- bzw. abgebaut worden?

Es wurden keine pädiatrischen Versorgungseinrichtungen oder -kapazitäten abgebaut. Im Jahr 2012 wurde der Versorgungsauftrag des Kinderkrankenhauses Park Schönfeld an das Klinikum Kassel verlagert. Im Jahr 2009 sind das Bürgerhospital Frankfurt und das Clementine Kinderhospital in Frankfurt fusioniert. Beide Krankenhäuser verfügten vorher über einen eigenständigen Versorgungsauftrag für das Fachgebiet Kinder- und Jugendmedizin, wobei der Versorgungsauftrag des Bürgerhospitals auf die Neonatologie beschränkt war.

Frage 13. Inwiefern fehlen in Hessen Kapazitäten, Betten sowie Personal (bitte aufschlüsseln nach Kliniken/Fachrichtung)?

Hinsichtlich der Betten sowie der Kapazitäten wird auf die Antwort zu der Frage 6 verwiesen. Die überwiegende Anzahl der Kinderkliniken in Hessen hat dem Hessischen Ministerium für Soziales und Integration mitgeteilt, dass aufgrund des allgemeinen Fachkräftemangels nicht sämtliche Stellen im ärztlichen Dienst und im Pflegedienst besetzt werden können. Dadurch können zum Teil vorhandene Bettenkapazitäten nicht genutzt oder neue nicht geschaffen werden.

Frage 14. Inwiefern sind in Hessen erhebliche Erlösunterschiede zu erkennen, die zu einem Wettbewerb um ertragsstarke Subdisziplinen wie Neonatologie, Kinder-Kardiologie und Kinder-Onkologie führen?

Erlösunterschiede bestehen insofern nicht, als in Hessen ein einheitlicher Landesbasisfallwert bei der Vergütung der Leistungen zugrunde gelegt wird. Ungeachtet dessen ist ein Wettbewerb um ertragsstarke Subdisziplinen nicht zu verzeichnen. Die genannten Disziplinen sind über eine Zentrumsbildung im Sinne einer Spezialisierung in Hessen verteilt. Die Versorgung im Bereich der Kinderkardiologie wird ausschließlich in Gießen als kinder-kardiologisches Zentrum, die Kinderonkologie im Rahmen der Qualitätsrichtlinie Kinderonkologie in drei Zentren in Kassel, Gießen und Frankfurt sowie die Neonatologie als Perinatalzentren Level 1 und 2 sowie perinataler Schwerpunkt gewährleistet.

Frage 15. Inwiefern ist die Gesundheitsversorgung von Kindern in Hessen nicht ausreichend finanziert?

Frage 16. Wie bewertet die Landesregierung die Unterfinanzierung der Pädiatrie und welchen Handlungsbedarf sieht sie in der sachgerechten Abbildung der stationären Leistungen in der pädiatrischen Versorgung?

Die Fragen 15 und 16 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet:

Im Bereich der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung ist es auf der Basis der gesetzlichen Vorgaben die Pflicht der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen auf der einen Seite und der Landesverbände der Krankenkassen sowie der Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich auf der anderen Seite, die jährlichen Honorarvereinbarungen abzuschließen. Im Konfliktfalle bzw. im Falle der Nichteinigung besteht die Möglichkeit der Anrufung des Schiedsamtes.

Die Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) hatte sich im Rahmen ihrer 44. Sitzung ebenfalls mit der Cope-Studie befasst und die Kritik der Krankenhausträger erörtert, dass die Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin im DRG-Vergütungssystem bislang nicht ausreichend abgebildet werden. Der Bitte der AOLG entsprechend hat das Bundesministerium für Gesundheit hierzu zwischenzeitlich zu einem Fachgespräch mit Ländern und Fachexperten eingeladen. Gleichzeitig wird die Arbeitsgruppe zur Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierungsstrukturen über eine Verbesserung der Finanzierungssituation der Kinder- und Jugendmedizin beraten.

Wiesbaden, 25. Februar 2020

Kai Klose