

Die Anfänge der
„Vereinigung Leitender Kinderärzte
und Kinderchirurgen Deutschlands“

VLKKD

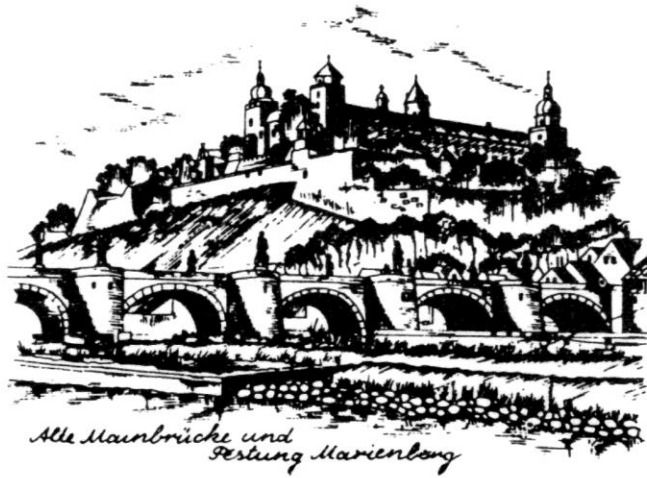
Prof. Volker Hesse, Ehrenmitglied VLKKD

Vorgeschichte der VLKKD

- Seit den 1960er Jahren (1967) gab es eine AG leitender Ärzte von Kinderkrankenhäusern und – Kinderabteilungen in der Bundesrepublik
- 1980: Organisatorische Strukturierung unter CA Schweier, München-Schwabing (München 1.-2. 3 1980),
- 1986 W. Blunck neuer **Sprecher** der AG
- 1990 AG Tagung in Bad Kreuznach (Erstmalige Teilnahme von gewählten Obleuten der neuen Bundesländer)
- 1991 (27.4.) Mönchengladbach (Prof. Hertl) Obleute Tagung der BL
Thema: Einbeziehung der leitenden Kinderchirurgen
und Integration der gewählten Obleute der neuen Bundesländer
- 1991 (15.-17-11.) Würzburg, Plenartagung der AG
Beschluss zur Gründung der VLKKD



Blunck (Hamburg-Altona) und Schweier (München-Schwabing) in München 1986, der neue und der scheidende Sprecher der Vereinigung leitender Kinderärzte.



**Beschluss zur Gründung der VLKKD
gemeinsam mit Kinderchirurgen
in Dresden 1992**

PLENARTAGUNG

leitender Ärzte von
Kinderkrankenhäusern und
kinderchirurgischen Abteilungen

15. bis 17. November 1991
in Würzburg

1991 Zusammenarbeit und Zusammenwirken mit den Kinderchirurgen



Prof. Dr. Hermann Josef Pompino, Siegen
Präsident der Dt. Ges. f. Kinderchirurgie
Mitbegründer der VLKGD, wie auch Dr. Tewes, Hamm u.a.

Obleutetagung am 25.4. 1992 in Dresden

Haupt-Themen:

- Satzung der VLKKD, (Annahme)
- Wahl des Vorstandes
- Situation der Kinderkliniken in den NBL
- Weiterbildungsordnung
- Anhaltzahlen Kinderkrankenpflege
- Kinderkrankenpflegesschulen
- Gründung einer Bundesarbeitsgemeinschaft
„Kind und Krankenhaus“

Satzung der Vereinigung leitender Kinderärzte und Kinderchirurgen Deutschlands

§ 1

Name und Sitz

Der Verein führt den Namen

"Vereinigung leitender Kinderärzte und Kinderchirurgen Deutschlands".

Er hat seinen Sitz in

§ 2

Vereinszweck

1. Der Verein verfolgt ausschließlich und unmittelbar gemeinnützige Zwecke im Sinne der Abschnitte "steuerbegünstigte Zwecke" der Abgabenordnung. Er verfolgt keinen eigenwirtschaftlichen Erwerbszweck.
2. Der Zweck des Vereins ist die Förderung der öffentlichen Gesundheitsfürsorge. Dieser Zweck wird verwirklicht durch die Förderung, Verbreitung und Austausch wissenschaftlicher und struktureller Erkenntnisse auf dem Gebiet der klinischen Pädiatrie, z.B. durch Arbeitstagungen, Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen etc.
3. Der Verein ist selbstlos tätig; er verfolgt nicht in erster Linie eigenwirtschaftliche Zwecke.

§ 3

Vereinsmittel

1. Mittel des Vereins dürfen nur für die satzungsgemäßen Zwecke verwendet werden. Die Mitglieder erhalten keine Zuwendung aus Mitteln des Vereins.
2. Es darf keine Person durch Ausgaben, die dem Zweck der Körperschaft fremd sind oder durch unverhältnismäßig hohe Vergütungen begünstigt werden.

§ 4

Mitgliedschaft

Mitglieder des Vereins sind die jeweils gewählten Obleute der Arbeitsgemeinschaften leitender Ärzte von Kinderkliniken und Kinderabteilungen der einzelnen Bundesländer der Bundesrepublik Deutschland und der Vertreter der kinderchirurgischen Chefärzte. Die Mitgliedschaft wird mündlich erklärt, sie endet automatisch mit Beendigung der Obmann-Funktion für die jeweilige Länderarbeitsgemeinschaft, weiterhin durch schriftlich erklärten Austritt und durch Tod.

§ 5

Geschäftsjahr

Geschäftsjahr ist das Kalenderjahr.
Beiträge werden nicht erhoben.

§ 6

Organe des Vereins

Organe des Vereins sind:

1. Die Mitgliederversammlung
2. Vorstand

Gründung der VLKKD 25. 4. 1992 in Dresden



PD Dr. Schöntube, Dr. Tewes (Kinderchirurgie), Prof. Brodehl,
Präsident der DGK), Prof. Blunck, Dr. Genseke (re)

Gründungsgremium der VLKKD gewählt am 25.04. 1992

- **1. Vorsitzender** Prof. W. Blunck, Hamburg
- Stellvertreter Prof. G. Mau, Braunschweig
- Schatzmeister PD Dr. E. Diederich , Heide
- Vertreter der Kinderchirurgie: Dr. G. Tewes, Hamm
- Vertreter der Hochschulkliniken: Prof. H. Bartels, Würzburg

BaKUK ursprünglich BKUK

- Beschluss zur Gründung der Bundesarbeitsgemeinschaft Kind und Krankenhaus (BKUK) in Dresden 1992

Gründung in Kassel



**1. Mitgliederversammlung (Plenartagung) der VLKKD am 20.11.1993
in Bremen,**

Bundesärztekammerpräsident Dr. Vilmar re u. Prof. W. Blunck (li) im Ratskeller Bremen

Vorsitzende der VLKGD 1992-2017

Prof. Werner Blunck 1992-1994

Prof. Günter Mau 1994-1998

Prof. Franz Staudt 1998-2000

Prof. Volker Hesse 2000-2006 2001-2006 Stellv. Vors. Prof. W. Kölfen

Prof. Werner Andler 2006-2010

Prof. Gernot Sinnecker 2010-2016

Prof. Andreas Trotter 2016-

Logo der VLKKD vom Jahr 2000



Plenartagung der VLKKD 20.-21.10 . 2001 in Berlin

- Bundesfamilienministerin Christine Bergmann:



Situation der Kinder- und Jugendlichen in Deutschland

Themen VLKGD 2001

- DRG- System: Auswirkungen auf die stationäre Kinderheilkunde (Pädiatrie und Kinderchirurgie)
- Ausbildungskapazitäten für Pädiater und Kinderchirurgen
- Zukünftige Facharztweiterbildungsordnung
- Fachliche und ethische Fragen der Präimplantation und der molekulargenetischen Diagnostik

Resolution der Plenartagung der VLKKD 2001

Resolution zur Umsetzung des Gesundheitsministerbeschlusses von 1997 »Kinder gehören in Kinderkliniken«

Mit großer Zustimmung und Zuversicht haben die Kinder- und Jugendärzte sowie die Kinderchirurgen 1997 den in Saarbrücken gefassten Beschluß der Gesundheitsministerkonferenz zur Kenntnis genommen, dass künftig Kinder entsprechend der UN-Kinderrechtskonvention und der Deklaration von Ottawa stationär nur unter kindgerechten Bedingungen in Kinderkliniken behandelt werden sollten.

Dieser Beschluß kam auf Initiative von Elternverbänden, die zum Beispiel auf die Bundesarbeitsgemeinschaft »Kind im Krankenhaus« einwirkten, zustande. Der Beschluß ist bis heute noch nicht umgesetzt worden. Deshalb erschreckt die Nachricht, dass die vorbereitende Arbeitsgruppe zur Gesundheitsministerkonferenz in diesem Jahr in der oben genannten Frage keinen Handlungsbedarf sah. Dieser ist jedoch nicht nur unverändert vorhanden, sondern er wächst:

- Die Fachkompetenz nichtkinderärztlicher Fachgruppen für die Behandlung von Kindern nimmt eher ab (u.a.: Weiterbildungsdefizite, unzureichende Kenntnisse pädiatrisch-sozialer Strukturen).
- Nicht nur durch den Rückgang der Geburtenrate und die auch von uns Ärzten gewünschte Verkürzung der Verweildauer, sondern besonders durch die Tatsache, dass weiterhin bis zu 40 % aller stationär behandelten Kinder und Jugendlichen im Alter von 0 bis 15

Jahren in Erwachsenenabteilungen der Organfächer aufgenommen werden, wird das Netz von Kinderkliniken und -abteilungen in Deutschland ausgedünnt.

- Hinzukommt, dass nach Einführung von kindadäquaten DRG's das Interesse der Erwachsenenmedizin an der Aufnahme von Kindern noch ansteigen dürfte.
- Mit dem Verlust von stationären Kapazitäten ist auch ein zunehmender Mangel an Weiterbildungsstellen für künftige Pädiater verbunden. Damit wird die bisher durch Kinder- und Jugendärzte geleistete, weitgehend flächendeckende, fachkompetente Versorgung gefährdet.

Die Vereinigung Leitender Kinderärzte und Kinderchirurgen Deutschlands bittet daher mit Nachdruck die Gesundheitsminister auf die Umsetzung ihres Beschlusses von 1997 engagiert hinzuwirken, und möglichst auf ihrer nächsten Tagung auf die angesprochene Thematik erneut einzugehen.

**Das kranke Kind gehört ins Kinderkrankenhaus; denn
»Kinder sind keine kleinen Erwachsenen!«**

Prof. Dr. med. V. Hesse, Vorsitzender der VLKKD

Jahrestagung des der VLKKD am 2. November 2003



Begrüßung der Bundesgesundheitsministerin
Frau Ulla Schmidt durch den Vorsitzenden der VLKKD

Aussagen Ministerin U. Schmidt 2003

- Zu keinem Zeitpunkt wird die medizinische Versorgung in der Pädiatrie gefährdet sein.

Pressemitteilung vom 3.11.2003:

Ich bin mit dem Vorsitzenden der VLKKD, Professor Dr. Hesse, einig darin, dass das Motto weiterhin heißen muss:

„Kranke Kinder hinein in Kinderkliniken und nicht in Erwachsenen-kliniken“ (www.bmgs-bund.de)

Resolution der Plenartagung der VLKKD vom 2. November 2003

25-40% der 0-15-jährigen Kinder in Erwachsenenkliniken

Resolution zur stationären Versorgung von Kindern unter den Bedingungen des Fallpauschalensystems (Version G-DRG-2004)

Mit großer Erleichterung haben die leitenden Kinderärzte und Kinderchirurgen Deutschlands die auf der Plenartagung getroffene Aussage der Bundesministerin für Gesundheit und Soziale Sicherung Frau Ulla Schmidt aufgenommen, dass auch unter den Bedingungen des neuen Gesundheitsmodernisierungsgesetzes und der Fallpauschalen (DRG) Regelung zu keinem Zeitpunkt die medizinische Versorgung in der Pädiatrie gefährdet sein wird.

Um den zusätzlichen Leistungsaufwand in der Pädiatrie abzubilden ist jedoch ein Abbildungssystem für 2005 erforderlich, das über die gegenwärtige Regelung der G-DRG-Version 2004 hinausgeht. Die leitenden Kinderärzte und Kinderchirurgen befürworten deshalb nachdrücklich die Einführung einer größeren Zahl von altersbezogenen Fallpauschalen beziehungsweise Prozeduren. Zusätzlich ist sicherzustellen, dass es ausschließlich Kinderkliniken/Kinderabteilungen beziehungsweise kinderchirurgischen Abteilungen vorbehalten bleibt diese DRG mit den Krankenkassen abzurechnen.

Auch im neuen G-DRG System 2004 besteht noch unverändert eine deutliche Unterfinanzierung für die kinderklinischen und kinderchirurgischen Abteilungen.

Aus diesem Grund ist im Jahr 2004 eine leistungsgerechte Anpassung der Vergütung unbedingt erforderlich, um die stationäre Pädiatrie und Kinderchirurgie in Deutschland ab dem Jahr 2005 nicht zu gefährden.

Die Kinderheilkunde will sich an der Entwicklung des deutschen DRG-Systems aktiv beteiligen. Die finanzielle Abbildung des Zusatzaufwandes ist aber elementare Grundvoraussetzung für eine bedarfsgerechte pädiatrische und kinderchirurgische Versorgung auf einem zeitgemäßen Niveau.

Die Mitglieder der VLKKD bitten das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, die Gesundheitsbeziehungsweise Sozialminister der Länder sowie die Selbstverwaltungsparteien und das INEK-Institut um adäquate Berücksichtigung der von 23 pädiatrischen Fachgesellschaften erarbeiteten Vorschläge der DRG-Arbeitsgruppe der Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland (G-KinD).

Um die praktische Umsetzung der Erklärung der Gesundheitsminister der Länder 1997 und des Antrags des Deutschen Bundestages zur gesundheitlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen vom 27. Juni 2002 ist in der Praxis noch nicht erfolgt.

Noch immer werden 25 bis 40 % der Kinder in Erwachsenenkliniken betreut. Es ist zwingend notwendig kind- bzw. jugendadaptierte Fallpauschalen an pädiatrische und kinderchirurgische Kliniken/Abteilungen zu binden, um sicherzustellen, dass kranken Kindern und Jugendlichen unverändert der hohe Leistungsstandard von Kinderkliniken geboten werden kann. Ziel kann es nicht sein, dass Kinder auf Grund höherer Fallpauschalen »raus aus den Kinderkliniken« und verstärkt »hinein in die Erwachsenenkliniken« kommen.

Die Vereinigung der Leitenden Kinderärzte und Kinderchirurgen Deutschlands bittet deshalb das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung und die Landesministerien noch einmal, engagiert auf die Umsetzung des Gesundheitsministerbeschlusses von 1997 und des Antrages des Deutschen Bundestages vom 27. Juni 2002 hinzuwirken.

»Das kranke Kind gehört in die adäquat finanzierte Klinik für Kinder- und Jugendmedizin«

Programm 2003

Einbeziehung von Fachreferaten als Teil der Plenarsitzungen

- Bundesweite Forschungsaktivitäten der Fachbereiche:
Neonatologie,
Pädiatrische Onkologie
und Neuropädiatrie

Neugeborenen Screening unter Einbeziehung der Tandemanalytik
(Harms Münster)

Aktueller Stand des Kinder- und Jugendsurvey (Schlaud, Berlin)

- Frühe Sprachbildung, Wermke Würzburg

Ausgewählte Themen der Plenartagung 2003

- Kooperation zwischen Pädiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie
(Riedesser, Hamburg)
- Alternative Betreiber-Modelle für Kinder- und Jugendkliniken,
(Nentwich, Zwickau)
- Analysen über Eltern als Kooperationspartner der Kliniken

Auswirkungen des DRG-Systems auf Kinderkliniken in Deutschland 2004

76 Kinderkliniken bzw. Kinderabteilungen

+9 eigenständige Abteilungen davon 8 Univ.
Kliniken

59 nichtselbstständige Kinderkliniken bzw.
Kinderabteilungen

Ergebnisse

Vergleich Case-Mix-Indices

Groupier Version 1.0 gegenüber Version 2004
(Dieser entspricht Datenstand von 2002!)

CMI

erniedrigt	23/51 (45%)
gleich	16/51 (31%)
erhöht	12/51 (24%)

CMI-Erhöhung

Neonatologie
Onkologie
Kardiologie

CMI-Abfall:

Allgemeine Pädiatrie
Neuropädiatrie

Ergebnisse

CMI nach Betten

< 30	Betten	0,54 – 0,68
30 – 50	Betten	0,55 – 0,78 (1 Klinik 0'98)
50 – 90	Betten	0,56 – 0,96
> 90	Betten	0,70 – 0,91
	Uni	0,90 – 1,3 (1,7)

CMI alte Bundesländer /

0,733



Neue Bundesländer

0,671

Fallzahlen

	gesamt	NBL	ABL
mehr	18/50	12	6
gleich	7/50	1	6
weniger	25/50	11	14

Zur Situation der deutschen Kinderkliniken und Kinderabteilungen VLKKD-Umfrage 2006



Fragestellung

Aus der notwendigen Situation heraus, sich einen eigenen Überblick über die aktuelle Situation der deutschen Kinderkliniken bzw. -abteilungen zu beschaffen, hat die Vereinigung Leitender Kinder- und Jugendärzte und Kinderchirurgen Deutschlands im April des Jahres 2006 eine orientierende, anonyme Umfrage bei den Kinderkliniken und -abteilungen der deutschen Bundesländer durchgeführt.

Ziel war es einen eigenständigen Überblick über die Entwicklung der Vergütungssituation im Jahre 2005 anhand des Case-Mix-Index (CMI) sowie die Entwicklung der Personalsituation (Personalabbau?) und der Fallzahlenentwicklung zu erhalten. Die Umfrage beinhaltete 13 Fragen. Es beteiligten sich insgesamt 200 Einrichtungen, 188 Kinderkliniken bzw. -abteilungen (davon 15 Universitätskliniken) und 12 kinderchirurgische Kliniken bzw. -abteilungen. Berücksichtigt wurden hier ausschließlich die Antworten der pädiatrischen Abteilungen. Eine Zuordnung zu den neuen oder alten Bundesländern erfolgte über den Poststempel. 12,4 % der Fragebögen waren total anonym, so dass eine Zuordnung zu den alten oder neuen Bundesländern nicht erfolgen konnte. Die Daten wurden jedoch bei den jeweiligen Gesamtauswertungen berücksichtigt.

160 der 188 Einrichtungen (85 %) sind organisatorisch nicht selbstständig; 24 (12,8 %) waren organisatorisch selbstständig (16 ABL, 5 NBL, 3 anonym). Vier Einrichtungen machten keine Angaben. 82 von 188 Kliniken bzw. Abteilungen waren in gemeinnütziger Trägerschaft (43,6 %), 51 von 188 in städtischer (27 %) und bereits 39 (21 %) in privater Trägerschaft.

Betten	alle Kliniken	West	Ost	Anonym	Uni-Klinika (gesamt Deutschland)
< 30	41	6	26	6	(3)
30 - 60	69	41	18	10	0
61 - 100	48	34	6	5	3
> 100	28	14	2	3	9
gesamt	186	95	52	24	12 (+3)

Anmerkung: Universitätskliniken mit Bettenanzahl unter 61 oder gar unter 30 resultieren daraus, dass teilweise einzelne Abteilungen der Universitätskinderklinik für sich geantwortet haben.

Tab. 1: Anzahl der Klinikbetten

Die Anzahl der Klinik- bzw. Abteilungsgröße kann aus Tabelle 1 entnommen werden.

Die Mehrzahl der Kliniken bzw. Kinderabteilungen hat 30-100 Betten (62,8 %). 20,5 % der Einrichtungen haben weniger als 30 Betten und 29 (15,4 %) mehr als 100 Betten.

Auffallend sind die Unterschiede zwischen den neuen und alten Bundesländern. 50 % (!) der Einrichtungen in den neuen Bundesländern haben weniger als 30 Betten, aber nur 6,3 % der alten Bundesländer. Über 100 Betten haben 14 Einrichtungen in den alten aber nur 2 in den neuen Bundesländern. Gegenüber der BAKUK-Umfrage von 2001 (Andler et al., 2003) ist es zu einer weiteren deutlichen Vermehrung von Einrichtungen mit niedrigen Bettenzahlen in den NBL gekommen (2001: <30 Betten = NBL 31,4 %, jetzt 50 %; 30-60 Betten 2001 55,8 %; jetzt 34,6 %).

	< 1500	1500-3000	3001-4500	> 4500	gesamt
GESAMT	41	75	41	28	185
West ohne Univ.	7	42	31	15	95
Ost ohne Univ.	27	18	5	2	52
Anonym ohne Univ.	4	14	3	2	23
Gesamt ohne Univ.*	38	74	39	19	170
Universitäten	(3)	1	2	9	12 (+3)

Tab. 2: Anzahl der stationären Fälle 2005

Die Anzahl der stationären Fälle ist in Tabelle 2 zusammengefasst.

22,2 % der Kinderkliniken bzw. -abteilungen behandelten weniger als 1.500 Fälle pro Jahr. In den neuen Bundesländern betrifft dies 51,9 % der beteiligten Einrichtungen, in den alten Bundesländern nur 7,4 %.

Die Zahlen entsprechen in etwa der BAKUK-Umfrage von 2001 (NBL < 1.500 Fälle = 52,4 %; 1.500 - 3.000 Fälle = 38,1 %, dazu im Vergleich 2005 = 34,6 %)

Ein Vergleich des Fallmix-Index (CMI) der Jahre 2004 : 2005 ist aus den Tabellen 3 a und 3 b zu entnehmen.

In Tab. 3 b ist der „Fallmixindex“ (CMI) in Relation zur Bettenzahl aufgezeigt.

In 2/3 der Einrichtungen ist es zu einem Abfall des CMI gekommen, über eine mäßige Zunahme berichteten 30,4 %, über einen gleichbleibenden Wert 3,3 % der Kinderklini-

Auffallend sind die Unterschiede zwischen den neuen und alten Bundesländern

2005

v. Hesse, W. Köllen, J. Kattler
 *Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Linderhof, Sana Klinikum Linderhof
 **Klinik für Kinder und Jugendliche, Elisabeth-Krankenhaus Bayreuth, Bayreuth/Lehrstuhl

Orientierende Analyse zur Situation der deutschen Kinderkliniken und Kinderabteilungen

VLKKD - Umfrage 2006

Fragestellung

Aus der notwendigen Situation heraus, sich einen eigenen Überblick über die aktuelle Situation der deutschen Kinderkliniken bzw. -abteilungen zu beschaffen, hat die Vereinigung Leitender Kinder- und Jugendärzte und Kinderchirurgen Deutschlands im April dieses Jahres - wie bereits im Vorjahr (Hesse 2006) - eine anonyme Umfrage bei den Kinderkliniken und -abteilungen der deutschen Bundesländer durchgeführt.

Ziel war es vor allem einen Überblick über die Entwicklung der Vergütungssituation im Jahre 2005 anhand des Case-Mix-Index (CMI) sowie die Entwicklung der Personalsituation (Personalabbau) und der Fallzahlenentwicklung zu erhalten. Die Umfrage beinhaltete 13 Fragen. Es beteiligten sich insgesamt 200 Einrichtungen, 188 Kinderkliniken bzw. -abteilungen und 12 kinderchirurgische Kliniken bzw. -abteilungen. Berücksichtigt wurden hier ausschließlich die Antworten der pädiatrischen Abteilungen. Eine Zuordnung zu den neuen oder alten Bundesländern erfolgte über den Poststempel. 12,4 % der Fragebögen waren total anonym, so dass eine Zuordnung zu den alten oder neuen Bundesländern nicht erfolgen konnte. Die Daten wurden jedoch bei der Gesamtauswertung berücksichtigt.

Tab. 2 weist aus, dass derzeit die Mehrzahl der Kliniken noch von gemeinnützigen Trägern (43,6 %) betrieben wird. Der prozentuale Anteil privater Träger nähert sich mit 21 % bereits dem der städtischen Träger (27 %). Erfreulich ist, dass sich 15 der 36 Universitätskliniken an der Umfrage beteiligt haben. 160 Kliniken (85 %) sind organisatorisch nicht selbstständig; 24

mit 188 Antworten der großen Umfrage der Bundesarbeitsgemeinschaft Kind im Krankenhaus (BAKUK) von 2001, an der sich 256 Kinderkliniken bzw. -abteilungen beteiligt haben.

Ergebnisse

Aus Tab. 1 kann die Zuordnung der einzelnen Antworten entnommen werden.

Bis zum 15. Mai 2006 hat es einen Rücklauf von 188 Fragebögen aus Kliniken/Abteilungen für Kinderheilkunde und Jugendmedizin gegeben.

12,4 % der Fragebögen waren total anonym, so dass eine Zuordnung zu den alten oder neuen Bundesländern (ABL, NBL) nicht erfolgen konnte. Die Daten wurden jedoch bei der Gesamtauswertung berücksichtigt.

Tab. 2 weist aus, dass derzeit die Mehrzahl der Kliniken noch von gemeinnützigen Trägern (43,6 %) betrieben wird. Der prozentuale Anteil privater Träger nähert sich mit 21 % bereits dem der städtischen Träger (27 %). Erfreulich ist, dass sich 15 der 36 Universitätskliniken an der Umfrage beteiligt haben. 160 Kliniken (85 %) sind organisatorisch nicht selbstständig; 24

Tab. 2: Art der Einrichtung

Von 188 Kliniken/Abteilungen für Kinderheilkunde und Jugendmedizin bezeichneten sich:

- 15 als Universitätskliniken (West 9, Ost 5, Anonym 1)
- 82 als Kliniken mit einem gemeinnützigen Träger (West 49, Ost 19, Anonym 14)
- 51 als Kliniken mit einem städtischen Träger (West 33, Ost 13, Anonym 5)
- 39 als Kliniken in privater Trägerschaft (West 13, Ost 21, Anonym 5)
- 1 Klinik machte dazu keine Angaben (West 0, Ost 0, Anonym 1)

Tab. 3: Anzahl der Klinikbetten

Betten	alle Kliniken	West	Ost	Anonym	Uni-Kliniken (gesamt Deutschland)
< 30	41	6	26	6	(3)
30 - 60	69	41	18	10	0
61 - 100	48	34	6	5	3
> 100	28	14	2	3	9

Anmerkung: Uni-Kliniken mit Bettenanzahl unter 30 resultieren daraus, dass teilweise einzelne Abteilungen der Universitätskinderkliniken für sich geantwortet haben.

Tab. 4: Anzahl der stationären Fälle 2005

	< 1500	1500 - 3000	3001 - 4500	> 4500	gesamt
GESAMT	41	75	41	28	185
West ohne Univ.	7	42	31	15	95
Ost ohne Univ.	27	18	5	2	52
Anonym ohne Univ.	4	14	3	2	23
Gesamt ohne Univ.*	38	74	39	19	170
Universitäten	(3)	1	2	9	12 (+3)

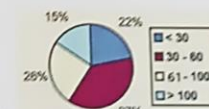


Abb. 1: Anzahl der Klinikbetten

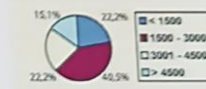


Abb. 2: Anzahl der stationären Fälle

(12,8 %) waren organisatorisch selbstständige Einrichtungen (16 ABL, 5 NBL, 3 anonym). Vier Einrichtungen machten keine Angaben.

Die Anzahl der Klinikbetten bzw. Abteilungsgröße kann aus Tab. 3 entnommen werden. Die Mehrzahl der Kliniken hat 30 - 100 Betten (62,9 %). 22,0 % der Einrichtungen haben weniger als 30 Betten und 28 (15,1 %) mehr als 100 Betten (Abb. 1).

Auffallend sind die Unterschiede zwischen den neuen und alten Bundesländern. 50 % (!) der Einrichtungen in den neuen Bundesländern haben weniger als 30 Betten, aber nur 6,3 % der alten Bundesländer. Über 100 Betten haben 14 Einrichtungen in den alten aber nur 2 in den neuen Bundesländern. Gegenüber der BAKUK-Umfrage von 2001 ist es zu einer weiteren deutlichen Vermehrung von Einrichtungen mit niedrigen Betten-

Stationäre Fälle 2005

	< 1500	1500–3000	3001–4500	> 4500	gesamt
GESAMT	41	75	41	28	185
West ohne Univ.	7	42	31	15	95
Ost ohne Univ.	27	18	5	2	52
Anonym ohne Univ.	4	14	3	2	23
Gesamt ohne Univ.*	38	74	39	19	170
Universitäten	(3)	1	2	9	12 (+3)

Parlamentarische Abende

- Treffen im Haus der Deutschen Parlamentarischen Gesellschaft
- (ehemaliges Reichspräsidentenpalast)
z.T. gemeinsam mit G-Kind, BaKuK

- Themen:
Stationäre Betreuung von Kindern,
Finanzierung der Kinderkliniken



Bille als Decknamen

Ärzte im Krankenhaus 2005

Seminar für leitende Ärzte der Kinder und Jugendmedizin und der Kinderchirurgie



Erfolgreiche Führung im Generationenmix

22.09. - 23.09.2016 in Frankfurt

Seminar für Oberärzte/-innen und leitende Mitarbeiter/-innen in Kliniken

Fortbildungspunkte bei der Ärztekammer beantragt

Nestlé

Grusswort

Liebe Kolleginnen, werte Kollegen,
die Vereinigung der Kinderchirurgen
Deutschlands und die Vereinigung
Jugendheilkunde Deutschlands
vertreten.

Neue Herausforderungen
Kinder und Jugendmedizin
Management

Auch im Jahr 2016
Wolfgang K...
Seminare über
den Firmennutzen
die Fortbildung

Allen Teilnehmern
lebhaftes Diskussionsforum
die tägliche Arbeit

Wir arbeiten
stationäre Kliniken
hohen Qualität

Köln

Ärztliche Gespräche, die wirken

Erfolgreiche Kommunikation
in der Kinder- und Jugendmedizin

Springer



Kinderchirurgen
Kinder- und
Jugendheilkunde
tlichkeit zu
vertreten.

Kliniken für
die ständig im
Management
passen.

Prof. Dr. med.
Management-
Seminare
Unterstützung

Forum, welches
Erfahrungen für

dem Ziel die
auf dem hohen



1. Vorsitzender der Vereinigung Leitender Ärzte der
Kinderkliniken u. Kinderchirurgien Deutschlands



Obleute-Tagung

**der Vereinigung Leitender
Kinder- und Jugendärzte und
Kinderchirurgen Deutschlands**

**06. Mai 2006
Mönchengladbach**



Obleute-Tagung der Vereinigung Leitender Kinder- und Jugendärzte und Kinderchirurgen Deutschlands

06. Mai 2006
Mönchengladbach

Einladung

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen

der Vorstand der VLKKD lädt Sie sehr herzlich zur Obleutetagung 2006 nach Mönchengladbach ein.

Neben aktuellen Informationen der pädiatrischen Gesellschaften werden Vorträge vor allem über Themen zur ökonomischen Sicherung von Kinderkliniken gehalten.

Wir freuen uns, dass wir hierfür namhafte Referenten gewinnen konnten.

Mit besten Wünschen, bis zum baldigen Wiedersehen in Mönchengladbach

V. Hesse

W. Kölfen

Programm

Samstag, 06. Mai 2006

09.00 - 09.10 Uhr	Begrüßung
09.10 - 09.20 Uhr	Festlegung der Tagesordnung
09.20 - 09.30 Uhr	Genehmigung des Protokolls vom 23.04.2005 in Heidelberg
09.30 - 09.50 Uhr	Bericht des Vorsitzenden
09.50 - 10.10 Uhr	Bericht des Schatzmeisters
10.10 - 10.45 Uhr	Entlastung des Vorstandes Neuwahl von Vorstandsmitgliedern - 1. und 2. Vorsitzender - Vertr. der Kinderchirurgie - Vertr. der Hochschulkliniken - Beisitzer für besondere Aufgaben

10.45 - 11.00 Uhr Bericht des Generalsekretärs der Akademie für Kinder- und Jugendmedizin
Prof. Dr. D. Niethammer, Berlin

11.00 - 11.30 Uhr **P A U S E**

11.30 - 11.50 Uhr Bericht des Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin
Prof. Dr. H.J. Böhles, Frankfurt

11.50 - 12.10 Uhr Bericht des Vorsitzenden der Bundesarbeitsgemeinschaft Kind im Krankenhaus (BAKUK)
Prof. Dr. W. Andler, Datteln

12.10 - 12.25 Uhr Bericht des Vorsitzenden der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin
Prof. Dr. H. Bode, Ulm

12.25 - 12.45 Uhr Bericht des Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie
Dr. U. Hoffmann, Hannover

12.45 - 13.45 Uhr **MITTAGSPAUSE**

13.45 - 14.15 Uhr Kinder- und Jugendkliniken als Profitcenter?
Dipl.-Kaufmann S. Rüsken, Neuß

14.15 - 14.45 Uhr Pädiatrische DRG's – aktueller Stand
Prof. Dr. F. Riedel, Hamburg

14.45 - 15.15 Uhr Zertifizierung einer Kinderklinik nach KTQ und proCum Cert – ein Erfahrungsbericht
Fr. D. Glatz, Landshut

15.15 - 15.45 Uhr **P A U S E**

15.45 - 16.05 Uhr Die Rolle der leitenden Krankenhausärzte unter den sich verändernden Krankenhausrahmenbedingungen
Prof. Nolte, Vizepräsident VLK, Düsseldorf

16.05 - 16.25 Uhr Steuerliche Behandlung von Chefarztstätigkeiten
Rechtsanwalt K. Stecker, München

16.25 - 16.55 Uhr Problemorientierte Kurzberichte der Obleute der Bundesländer

16.55 - 17.45 Uhr Sonstiges

Rahmenprogramm - Kurzbeschreibung

05. Mai 2006

18.00 Uhr Abfahrt zu Borussia MG
Begrüßung durch
- Oberbürgermeister Herrn Bude
- Geschäftsführer VFL Herrn Schippers
Stadionbesuch – Abendessen

06. Mai 2006

10.00 Uhr Insel Hombroich – Raketenstation
19.00 Uhr Abfahrt zum Restaurant Alte Villa Ling – „Nacht der Sterne“

Weite Welt und breites Leben

Weite Welt und breites Leben,

Lange Jahre redlich Streben,
Stets geforscht und stets gegründet,
Nie geschlossen, oft geründet,
Ältestes bewahrt mit Treue,
Freundlich aufgefasstes Neue,
Heitern Sinn und reine Zwecke,
Nun! Man kommt wohl eine Strecke.

Goethe Sprüche VI, Jena 1817