

Dresden, d. 29.4.92

## Protokoll der Oblenutetagung am 25.4.92 in Dresden

An der Sitzung nahmen alle Länderobleute teil, von 9 Ländern waren auch deren Stellvertreter anwesend. Die leitenden Kinderchirurgen waren durch 4 Teilnehmer vertreten, als Gäste konnten der Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde und der Vizepräsident des Berufsverbandes der Kinderchirurgen begrüßt werden.

### Tagesordnungspunkt 1

#### Bericht des Sprechers

Herr Blunck berichtete über eine Sitzung der Akademie für Kinderheilkunde und Jugendmedizin in Hattersheim, deren Thematik die Integration der Arbeitsgemeinschaft der leitenden Ärzte in die Akademie und in die anderen pädiatrischen Organisationen war. Einigkeit, ob der Vorsitzende der Arbeitsgemeinschaft kooptiertes Mitglied ist, oder ob die Arbeitsgemeinschaft die "4. Säule" der Akademie werden könnte, wurde nicht erzielt. 8 Kollegen sprachen zur Diskussion, Herr Brodehl als Präsident der Gesellschaft für Kinderheilkunde war der Meinung, daß der Vorsitzende der Arbeitsgemeinschaft in der Akademie und im Vorstand der Gesellschaft für Kinderheilkunde kooptiertes Mitglied sein müsse.

Ein weiteres Problem im Berichtszeitraum war die Umprofilierung der Zeitschriften "Monatsschrift für Kinderheilkunde" und "Der Kinderarzt". Die Monatsschrift soll Organ der Gesellschaft für Kinderheilkunde werden, die Folge wäre eine Erhöhung des Mitgliedsbeitrages in der Gesellschaft. Künftig wird die Monatsschrift verstärkt Entwicklungen in der Wissenschaft und in den Subspezialitäten der Pädiatrie reflektieren, die Zeitschrift "Der Kinderarzt" wird sich der Fortbildung und der Berufspolitik zuwenden, für die Arbeitsgemeinschaft müßten beide Organe zur Verfügung stehen. 7 Kollegen beteiligten sich aktiv an der Diskussion über das Zeitschriftenproblem.

### Tagesordnungspunkt 2

#### Satzung der Vereinigung leitender Kinderärzte und Kinderchirurgen Deutschlands

Der Auftrag von der Plenartagung in Würzburg war, eine Organisationsform zu finden, die den Anspruch erheben kann, die Gesamtinteressen der klinischen Pädiatrie zu vertreten. Das bedeutet, daß neben den leitenden Ärzten von Kinderkliniken auch die kinderchirurgischen Kliniken und die Hochschulkliniken angemessen repräsentiert sein müssen.

Zu Beginn der Diskussion wurde der von Herrn von Mühlendahl formulierte Antrag: "Die Obmänner werden beauftragt, eine Organisation zu bilden, die für die nächsten 2 Jahre die Interessen der leitenden Kinderärzte und Kinderchirurgen vertritt", durch einstimmiges Votum als Arbeitsgrundlage akzeptiert.

Anschließend wurde von Herrn Mau der Satzungsentwurf vorgelegt und paragraphenweise diskutiert.

Der Paragraph 4 (Mitgliedschaft) wurde verändert, so daß neben den Landesobleuten noch vier leitende Kinderchirurgen (gewählt aus dem Kreis der Kinderchirurgen) und vier Vertreter der pädiatrischen Hochschulpolikliniken und ein Vertreter der kinderchirurgischen Hochschulkliniken dazugehören. Sollte ein Obmann aus dem Kreis der Kinderchirurgen oder der Vertreter der Hochschulkliniken gewählt werden, wird dieser jeweils auf das Kontingent angerechnet. Zu jeder Obleutetagung werden die Präsidenten der Gesellschaften für Kinderheilkunde und Kinderchirurgie und des Berufsverbandes der Kinderärzte eingeladen.

Bei der Abstimmung über diesen Paragraphen gab es eine Stimmenthaltung, alle anderen Teilnehmer votierten dafür.

Der Paragraph 7 (Mitgliederversammlung) wurde ergänzt durch folgenden Satz: Zu jeder Mitgliederversammlung werden als Gast die Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde und für Kinderchirurgie und des Berufsverbandes der Kinderärzte Deutschlands eingeladen. Die Abstimmung über diesen Paragraphen erbrachte Einstimmigkeit.

Der Paragraph 8 (Vorstand) erfuhr folgende Ergänzungen:

- c) der Schatzmeister ist gleichzeitig Schriftführer
- e) einem Vertreter der pädiatrischen Hochschulkliniken.

Die Abstimmung ergab Einstimmigkeit.

Herr Mau wird den Wortlaut der Satzung vorlegen.

Die Zahl der Obleute der einzelnen Bundesländer wird in der ersten Mitgliederversammlung festgelegt, Herr Cremer wird entsprechende Vorschläge ausarbeiten. Kriterien werden die Einwohnerzahl des Landes und die Zahl der Kinderkliniken im Lande sein.

Die Satzung wird mit einstimmigem Votum aller Obleute und Delegierten angenommen.

### Tagesordnungspunkt 3

**Gründung der Vereinigung leitender Kinderärzte und Kinderchirurgen**

Mit der einstimmigen Annahme der Satzung ist die Vereinigung leitender Kinderärzte und Kinderchirurgen Deutschlands gegründet.

### Tagesordnungspunkt 4

#### **Wahl des Vorstandes**

Die bisherige Leitung der Arbeitsgemeinschaft schlägt für die Besetzung der Ämter folgende Kollegen vor:

1. Vorsitzender	Blunck
Stellvertreter	Mau
Schatzmeister und Schriftführer	Dieterich
Vertreter der Kinderchirurgie	Tewes
Vertreter der Hochschulkliniken	Bartels

Der Vorstand wird einstimmig gewählt.

#### **vorgezogener Tagesordnungspunkt 7**

##### **Diskussion über das Verlassenheitssyndrom**

Herr Pompino stellt einen Artikel, der im Praxismagazin der KV Westfalen-Lippe erschienen ist, vor und den Titel "Das Verlassenheitssyndrom - in Kliniken werden Kinder oft erst richtig krank" trägt.

Darin wird die psychische Belastung der Kinder bei Krankenhausaufnahme dargestellt, die Bemühungen der Kinderärzte und Psychologen, diese Belastung auf ein Minimum zu begrenzen, jedoch vollkommen ignoriert.

Herr Genseke teilt ergänzend dazu mit, daß dieser Text auch in der Tagespresse in Sachsen-Anhalt erschienen ist.

Neun Kollegen sprechen zur Diskussion und distanzieren sich übereinstimmend vom Inhalt dieses Artikels und fordern eine abgestimmte regionale Reaktion. Die vorgelegte Resolution von Herrn Pompino wird einstimmig angenommen, Herr Andler wird gebeten, eine Pressekonferenz in Westfalen zu dieser Thematik durchzuführen.

Herr Keuth stimmt der allgemeinen Meinung zu, macht aber darauf aufmerksam, daß die im Artikel geschilderten Zustände in etwa 5 % der deutschen Kinderkliniken noch zutreffend sein könnten.

#### **Tagesordnungspunkt 5**

##### **Situation der Kinderkliniken in der ehemaligen DDR**

Herr Kotte berichtet über die wichtigsten Probleme der Kinderkliniken in den neuen Ländern.

1. Die Landesregierungen haben die Zahl der geförderten Kinderbetten erheblich reduziert, ein weiterer Bettenabbau um 30 % ist zu erwarten. Die Bettenreduktion erfolgte schematisch, so daß kleinere Kliniken auf ökonomisch nicht vertretbar geringe Bettenzahlen gekommen sind. Schließungen von Kliniken erfolgten nur in Einzelfällen, ebenso die Einrichtung von Belegbetten.

Die leitenden Klinikärzte der neuen Länder begreifen, daß mit der Senkung der Verweildauer, der verbesserten ambulanten Versorgung durch niedergelassene Ärzte bei weiter anhaltendem Geburtenrückgang und bei Ausbleiben des Ausländerzuzugs eine Bettenreduzierung notwendig ist, sie sollte jedoch maßvoll und schrittweise erfolgen, sie erwarten von den Landespolitikern mehr Verständnis und Flexibilität.

2. Gravierend sind gegenwärtig auch die Probleme der Überbesetzung mit Fachärzten in den Kinderkliniken. Die Klinikärzte haben kaum noch Chancen der Niederlassung, da die bisher in Poliklinik tätigen Kollegen bereits eine flächendeckende Versorgung garantieren können.

Die Krankenkassen legen bei den Pflegesatzverhandlungen in diesem Jahr erstmals die Anhaltszahlen 1969/74 zugrunde, so daß trotz entsprechender Zuschläge für Notarztdienste, Konsiliartätigkeiten usw. die Zahl der Klinikärzte reduziert werden muß.

Von den Krankenhäusern werden entsprechende Umqualifizierungsmaßnahmen angeboten, die von den Kollegen jedoch kaum genutzt werden.

Die Landespolitiker zeigen auch für dieses Problem relativ geringes Verständnis.

3. Die Kinderkliniken in den neuen Ländern müssen zu den niedergelassenen Kinderärzten, zu anderen Kinderkliniken, zu den Standesvertretungen und zum Land und zu den Kommunen ein neues Verhältnis finden, das die kollegialen, aber auch die marktwirtschaftlichen Beziehungen berücksichtigen muß.

Eine günstige Chance besteht beim Aufbau der Beziehungen zu Elternvereinigungen und Fördervereinen, wo von Anfang an die Mitarbeit angeboten werden muß, damit Mißverständnisse und Konfrontationen von vorn herein nicht auftreten.

4. Die leitenden Ärzte von Kinderkliniken werden sich, wie z.B. in Sachsen, zu einem Verein zusammenschließen, aber auch Regelungen im Sinne einer losen Arbeitsgemeinschaft (z.B. Thüringen) oder einer Arbeitsgruppe im Rahmen des Berufsverbandes (Sachsen-Anhalt) sind vorgesehen.

Vom Sprecher der Arbeitsgemeinschaft wurde darauf hingewiesen, daß es nicht richtig sei, die derzeitige Situation in den neuen Ländern mit denen der alten Länder in den vergangenen Jahren zu vergleichen, weil in den neuen Ländern alles überstürzt ablaufe, weil das neue System von außen aufgezwungen und nicht durch eigene Intension entstanden sei und weil es zur damaligen Zeit in den alten Ländern nie arbeitslose Ärzte gegeben habe. Herr Hertl wies darauf hin, daß der Bürokratismus auch gegen den eigenen Willen mitgemacht werden müsse, z.B. zeitliche Analysen, um handfeste Argumente zu haben.

Anschließend berichteten die Vertreter der Länder:

für Sachsen-Anhalt Herr Genseke, er konstatierte eine gute Zusammenarbeit mit dem Sozialministerium, Klinikschließungen seien erfolgt. Zu Sitzungen der Arbeitsgemeinschaft, die an den Berufsverband angegliedert ist, werden Vertreter der Ärztekammer und der KV eingeladen.

Probleme gäbe es bei der wirtschaftlichen Führung der Kliniken und bei der Ermächtigung zur Weiterbildung, er forderte eine fachliche Profilierung und spezielle Weiterbildung, auch für die Chefärzte.

Für Brandenburg konnte Herr Kalz feststellen, daß die Regierung den Kontakt zur Pädiatrie selbst gesucht hat und die leitenden Ärzte bei der Erstellung des Landeskrankenhausplanes angehört hat. Als Spezifikum für Brandenburg ist die Schaffung interdisziplinärer Abteilungen vorgesehen. Diese Abteilungen sollen von Pädiatern geleitet werden, die auch die internistischen und chirurgischen Patienten mit betreuen. Die anderen Fachdisziplinen sind konsiliarisch tätig. Ob diese Neuerung Erfolg hat, bleibt abzuwarten.

Für Mecklenburg-Vorpommern beklagte Herr Weigert die zu starke Bettenreduzierung, nach einer tabellarischen Übersicht hat Mecklenburg-Vorpommern bereits jetzt weniger pädiatrische Betten pro Einwohner als für Baden-Württemberg 1995 vorgesehen ist (Kotte).

Frau Schöntube berichtete über die sechs Kinderkliniken Ostberlins, die bisher alle hochspezialisierte Betreuung auf Teilgebieten durchgeführt haben; jetzt werde überall eine allgemeine wohnortnahe Behandlung angestrebt (auch aus Konkurrenzgründen), die Qualität werde darunter leiden.

Für Thüringen konnte Herr Knöll eine gute Zusammenarbeit mit dem Sozialministerium konstatieren, eine weitere Bettenreduktion um 30 % wird angestrebt, drei Kliniken sind bereits geschlossen, die Zahl der Fachärzte in den Kliniken ist auch hier zu hoch.

Herr Knüpper (Suhl) berichtete aus der Sicht der Kinderchirurgen der neuen Länder. Er meinte, daß es keine Bettenprobleme gäbe, durch den Rückgang der Zahl der Säuglinge sei lediglich ein höherer Anteil größerer Betten notwendig.

In der Diskussion betonte Herr Blunck, daß eine Konfrontation zwischen unserer Arbeitsgemeinschaft (Interessenvertreter der Kliniken) und dem Berufsverband (Interessenvertreter der niedergelassenen Ärzte) nicht erst aufkommen darf. Herr Helwig betonte, daß die Weiterbildungsermächtigungen vom Ausschuß Weiterbildung der Landesärztekammer erteilt werden. Herr Töllner stellte sehr wenig Bewerbungen von Kollegen aus den neuen Bundesländern fest. Herr Hoffmann betonte, daß ein Facharzt für Kinderchirurgie (weitergebildet nach Standard der DDR) nicht in den alten Ländern arbeiten kann.

## **Tagesordnungspunkt 6**

### **Situation in den neuen Ländern aus der Sicht des Berufsverbandes**

Herr Nentwich (Vizepräsident des Berufsverbandes) bestätigte die Aussagen der Kollegen aus den neuen Ländern. Auch er hält eine weitere Bettenreduzierung für unumgänglich. Nach seiner Meinung muß darauf Wert gelegt werden, daß nicht viele unwirtschaftliche Kliniken mit weniger als 30 Betten gebildet werden. Beim notwendigen Personalabbau erscheint es ratsam, nicht nur jüngere Mitarbeiter umzuqualifizieren, da eine Überalterung der Klinikärzte ohnehin schon vorliegt.

Die Probleme der einzelnen Länder sind so diskrepant, daß ein Gedankenaustausch unbedingt erforderlich ist, wobei auch Einzelprobleme, z.B. das Schicksal der kleinen Kliniken, beraten werden müssen. Die erste Zusammenkunft in dieser Richtung findet unter Schirmherrschaft der Akademie für Kinderheilkunde am 29.4.92 in Braunschweig statt.

### **Tagungsordnungspunkt 8**

#### **Weiterbildungsordnung**

Herr Bartels berichtet, daß eine Novellierung der Weiterbildungsordnung auf dem Ärztetag im Mai d. J. geplant ist. Die Akademie für Ärztliche Fortbildung hat bei der Bundesärztekammer den Antrag auf Zusatzqualifikation für Neonatologie und pädiatrische Intensivtherapie gestellt. Dieser Antrag ist im 8. Arbeitsentwurf der BÄK aufgenommen worden, er sieht eine Zweiteilung vor.

Schwerpunkt Neonatologie 2 Jahre

fakultative Weiterbildung päd.Intensivtherapie 2 Jahre

In der Diskussion wird betont, daß die spezielle Weiterbildung Neonatologie als Schwerpunkt nötig ist, daß jedoch dadurch auch die Gefahr der Verselbständigung der Neonatologie besteht. Für Kliniken, deren Leiter die Spezialweiterbildung nicht abgeschlossen haben, entsteht ein Nachteil. Bei einer Zweiteilung Neonatologie und pädiatrische Intensivtherapie ist die Qualifizierungszeit (6 bis 8 Jahre) unverhältnismäßig hoch, so daß zu befürchten ist, daß wenig Kollegen die Zusatzqualifizierung erwerben werden.

### **Tagungsordnungspunkt 9**

#### **Anhaltswahlen Kinderkrankenpflege**

Herr Mau berichtet über die Arbeit der Kommission Anhaltswahlen beim Bundesminister. Es wurde ein analytisches Modell entwickelt, das den Schweregrad der Erkrankung in 3 Stufen für die allgemeine Pflege und für die ärztlich angeordnete Spezialpflege berücksichtigt.

In 20 % der stationären Kindereinrichtungen der alten Länder wurde eine Evaluierung des Jetztzustandes vorgenommen, dabei ergaben sich Unterschiede bis zu 70 %. Es ist anzunehmen, daß nach dem neuen Modell die Minutenwerte für die einzelnen pflegerischen Handlungen um etwa 15 % höher liegen. Nach Anhörung und Vorlage in den verschiedenen Beschlußgremien könnte die Verordnung ab 1.1.93 Gültigkeit haben.

Herr Jacobi berichtet, daß Anhaltswahlen für den ärztlichen Dienst nicht in Sicht seien.

## Tagesordnungspunkt 10

### Kinderkrankenpflegeschulen

Herr Irle berichtet, daß nach dem Krankenpflegegesetz die Leitung der Krankenpflegeschulen in 3 Varianten möglich ist:

1. allein durch eine Unterrichtsschwester
2. durch eine Unterrichtsschwester und einen Arzt
3. durch eine Unterrichtsschwester und den Pflegedienstleiter.

Der Senat Bremen hat sich für die Variante 1 entschieden, wobei die Leiterin durch den Senator berufen wird. Ärzte sind nur noch obligatorische Lehrkräfte.

In der Diskussion wird betont, daß die Klinik nicht mehr für die Schülerinnenausbildung zuständig ist, daß aber dieses duale System zu Diskrepanzen zwischen Schulleitung und Pflegedienstleitung führen kann und somit die Ausbildung gefährdet und nicht mehr kontrollierbar sein kann.

## Tagesordnungspunkt 11

### Definition der Begriffe "Intensivpflege bzw. -überwachung" in Hamburg

Herr Blunck weist darauf hin, daß die bisher gültige Definition Intensivpflege und Intensivüberwachung (Pörksen) in Hamburg nicht mehr anerkannt wird. Es sollen härtere Kriterien gewählt werden, Intensivpflege wäre danach praktisch nur noch für Beatmungsfälle anwendbar.

## Tagesordnungspunkt 12

### European board of paediatrics

Herr Helwig berichtet über die EG-Richtlinien der ärztlichen Weiterbildung. 49 medizinische Spezialdisziplinen sind anerkannt, die Mindestweiterbildungszeit beträgt auf Vorschlag Frankreichs vier Jahre. Für jede Disziplin wurde ein Gremium gebildet, das die Ländermeinungen zusammenfassen soll.

## Tagesordnungspunkt 13

### Bundesarbeitsgemeinschaft Kind und Krankenhaus

Herr Blunck berichtet über die Bemühungen, die BKUK, die sich als Lobby für das Kinderkrankenhaus versteht, zu gründen. Der Gründungskommission gehören Frau Adelhard, Frau Grotensohn, Herr Schächt, Herr Schmid, Herr Scholz und Herr Blunck an, die Gründungsversammlung wird in Kassel stattfinden.

## **Tagesordnungspunkt 14**

### **Plenartagung**

Künftig werden zu Plenartagungen unserer Vereinigung alle ärztlichen Leiter von Kinderkrankenhäusern und -abteilungen sowie alle kinderchirurgischen Leiter von Kliniken und Abteilungen eingeladen. Pro Klinik wird eine Einladung versandt, sollten mehrere Chefärzte in den unterschiedlichen Spezialgebieten tätig sein, muß eine Einigung auf eine Person erfolgen.

Die Obleute der Länder werden gebeten, die Landeslisten zu erneuern und dem Vorsitzenden zuzusenden.

## **Tagesordnungspunkt 15**

### **Nächste Plenartagung**

Die nächste Plenartagung findet vom 19.11. bis 21.11.93 in Bremen statt. Von Herrn Blunck wird als Thema vorgeschlagen: Strukturen der klinischen Pädiatrie.

Dabei sollen alle Möglichkeiten der klinischen pädiatrischen Versorgung von der Belegabteilung bis zur Universitätsklinik zu Wort kommen.

Dieses Thema wird allgemein begrüßt, auch das von Herrn Cremer vorgeschlagene Thema der Zentralisierung der Risikoentbindungen könnte mit untergebracht werden, obwohl diese Zentralisierung auf Länderebene geregelt werden muß.

## **Tagesordnungspunkt 16**

### **Verschiedenes**

- Herr Blunck weist auf ein Kolloquium im Altonaer Kinderkrankenhaus hin, dessen Thematik "Kinder von Asylbewerbern" hoch aktuell ist.

- Herr Freislederer erkundigt sich nach dem Stand des Abschlusses der dreiseitigen Verträge über die vor- und nachstationäre Betreuung. Außer in Bayern und Hamburg gibt es darüber bisher keine Verhandlungen zwischen Krankenkassen, KV und Kliniken.

- Nächster Termin der Obleutetagung: Herr Jacobi erklärt sich bereit, die Organisation für die nächste Obleutetagung am 24.4.93 in Celle zu übernehmen.

Priv.-Doz. Dr. med. Kotte

(nach Ausfertigung nicht anwesend)