

**Arbeitskreis Informationsverarbeitung in der Kinder- und Jugendmedizin (AK IKJ)**  
der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ),  
des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) und der Deutschen Gesellschaft für  
Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (GMDS)  
Leiter: Dr. med. Bernd Graubner

**Verbändeübergreifende Arbeitsgruppe DRG**  
der Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland (GKinD)  
Ärztliche Koordinatorin: Dr. med. Nicola Lutterbüse

# SYMPOSIUM

## Qualitätssicherung für die Zukunft der Pädiatrie

111. DGKJ-Jahrestagung, München, 2.–5.9.2015 [www.dgkj2015.de]  
Freitag, 4.9.2015, 15:00–16:30 Uhr,  
Internationales Congress Center München (ICM), Saal 12 im 1. Obergeschoss,  
Messegelände, 81823 München

### PROGRAMM

– Stand: 4.9.2015 –

*Die angegebenen Vortragszeiten schließen die Diskussion ein.*

**Vorsitz:** Bernd Graubner und Karl-Josef Eßer

- 15:00–15:05 **EINFÜHRUNG**  
*Bernd Graubner, Göttingen*
- 15:05–15:25 **[1] Qualitätssicherung für die Zukunft der Pädiatrie**  
*Dominik T. Schneider, Dortmund*
- 15:25–15:40 **[2] Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen „Ausgezeichnet. FÜR KINDER“**  
*Nicola Lutterbüse, GKinD, Regensburg und Berlin*
- 15:40–16:00 **[3] Versorgungsstrukturen und Ergebnisqualität perinataler Versorgung in Europa**  
*Rainer Rossi, Berlin-Neukölln*
- 16:00–16:25 **[4] Qualitätsindikatoren und Patientensicherheitsmanagement in der ambulanten Pädiatrie**  
*Ralf Moebus, Bad Homburg, und Dominik Ewald, Frankfurt am Main*
- 16:25–16:30 **SCHLUSSWORT**  
*Karl-Josef Eßer, DGKJ, Berlin*

## LISTE DER VORSITZENDEN UND VORTRAGENDEN

**Eßer**, Dr. med. Karl-Josef, Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ).

Chausseestr. 128/129, 10115 Berlin, Tel. 030/3087779-0, Fax /3087779-99,

E-Mail: Generalsekretär@dgkj.de

**Ewald**, Dr. med. Dominik, Kinder- und Jugendarzt, Ärztlicher Leiter des Facharztzentrums am Westend, Mitglied des Ausschusses Qualitätsmanagement des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte.

Mainzer Landstr. 65, 60329 Frankfurt am Main, Tel. 069/583037-202 und 0171.7588338, Fax 069/583037-111,

E-Mail: D.Ewald@arztzentrum.de

*HINWEIS: Herr Ewald war kurzfristig verhindert und hatte Herrn Moebus gebeten, den Vortrag auf der Grundlage seiner Ausarbeitung zu übernehmen.*

**Graubner**, Dr. med. Bernd, Kinder- und Jugendarzt, Leiter des gemeinsamen Arbeitskreises Informationsverarbeitung in der Kinder- und Jugendmedizin, Mitglied der DRG-AG der Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland (GKinD).

Ludwig-Beck-Str. 5, 37075 Göttingen, Tel. 0551/22526 und 0171.2771975, Fax /25338,

E-Mail: Bernd.Graubner@mail.gwdg.de

**Lutterbüse**, Dr. med. Nicola, Ärztliche Koordinatorin der verbändeübergreifenden DRG-AG der Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e.V. (GKinD), Projektorganisatorin „Ausgezeichnet. FÜR KINDER. Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen“.

Wilhelmstr. 2a, 93049 Regensburg, Tel. 0941/2983668, Fax 030/60984283 (GKinD)

E-Mail: Nicola.Lutterbuese@GKinD.de

**Moebus**, Dr. med. Ralf, niedergelassener Kinder- und Jugendarzt, Mitglied des Ausschusses Qualitätsmanagement des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte.

Ober-Eschbacher Str. 9, 61352 Bad Homburg vor der Höhe, Tel. 06172/26021, Fax 06172/21778,

E-Mail: Ralf.Moebus@uminfo.de

*HINWEIS: Herr Ewald war kurzfristig verhindert und hatte Herrn Moebus gebeten, den Vortrag auf der Grundlage seiner Ausarbeitung zu übernehmen.*

**Rossi**, Prof. Dr. med. Rainer, Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin – Perinatalzentrum – des Vivantes Klinikums Neukölln.

Rudower Str. 48, 12351 Berlin, Tel. 030/13014-8270, Fax 030/13014-8364,

E-Mail: Rainer.Rossi@vivantes.de

**Schneider**, Prof. Dr. med. Dominik T., Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin des Klinikums Dortmund, Vertreter der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin in der Bewertungskommission „Ausgezeichnet. FÜR KINDER“

Beurhausstr. 40, 44137 Dortmund, Tel. 0231/953-21670, Fax 0231/953-21047

E-Mail: Dominik.Schneider@Klinikumdo.de

## ABSTRACTS

Die bis 15.6.2015 eingereichten Abstracts von D. Schneider, N. Lutterbüse und R. Rossi wurden zitierfähig in der Monatsschrift *Kinderheilkunde*, Band 163 (2015) Online-Supplement S2 (= S.87-195) auf Seite 121 veröffentlicht. (Diese Seite ist zusammen mit den zwei Titelseiten in der PDF-Datei am Ende angehängt.)

### Qualitätssicherung für die Zukunft der Pädiatrie

**Prof. Dr. med. Dominik T. Schneider, Dortmund**

Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin des Klinikums Dortmund

Qualitätssicherung (QS) in der Pädiatrie umfasst allgemeine QS-Verfahren des Gesundheitswesens sowie spezifisch-pädiatrisch ausgerichtete Verfahren. Mithilfe von Strukturkriterien (Charta für Kinder im Krankenhaus der European Association für Children in Hospital [EACH], „Ausgezeichnet.FÜR KINDER“) kann sich die Pädiatrie in ihrer Kernkompetenz gegenüber der „Erwachsenenmedizin“ positiv abgrenzen. Strukturvorgaben können auch den Zugang zu Leistungsfeldern beschränken, z.B. durch die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses. Mit der Planung, im Krankenhausreformgesetz die Vergütung an Qualitätskriterien zu knüpfen, erlangt QS eine zusätzliche Brisanz.

Einerseits ist bei der Bewertung von Strukturqualität kritisch zu bedenken, dass gute Strukturen nicht zwangsläufig mit guten Prozessen und Ergebnissen korrelieren. Andererseits offenbaren die Erfahrungen aus der Neonatologie deutlich die Probleme in der Beurteilung der Ergebnisqualität. Diese bleibt holzschnittartig, wenn nicht der ganze Prozess (z.B. bei Frühgeborenen beginnend mit der präpartalen Betreuung der Schwangeren) frei von verzerrenden Effekten (Portfolio-, Verlegungseffekte etc.) beurteilt wird. Eine fehlerhafte Interpretation von Outcome-Daten, die eindimensional als Therapiefolge gewertet werden, kann aber zu Fehlentwicklungen führen, gesundheitspolitisch und – ökonomisch.

Somit bleibt derzeit die Überprüfung konsensuell festgelegter Strukturkriterien möglich und sinnvoll. Die Weiterentwicklung von Strukturkriterien und Parametern der Ergebnisqualität muss federführend von den pädiatrischen Fachgesellschaften gestaltet werden. Diese Diskussion kann pädiatrische Versorgungsstrukturen stärken und helfen, eine flächendeckende und qualitativ gute pädiatrische Versorgung in Deutschland sicherzustellen.

### Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen „Ausgezeichnet. FÜR KINDER“

**Dr. med. Nicola Lutterbüse, Regensburg**

Ärztliche Koordinatorin der verbändeübergreifenden DRG-AG der Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e.V. (GKinD)

Das Gütesiegel „Ausgezeichnet. FÜR KINDER“ geht zurück auf eine gemeinsam und einheitlich getragene Vereinbarung aller pädiatrischen Fachgesellschaften und der Kinderchirurgie zur Mindeststrukturqualität für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen aus dem Jahr 2007. „Wo Kinderklinik drauf steht, ist auch Kinderklinik drin.“

Drei Bewertungsrunden wurden seither durchgeführt und mit einer stabilen Beteiligung von jeweils mehr als 2/3 aller Kinderkliniken bzw. Kinderabteilungen erfolgreich abgeschlossen, die 4. Bewertungsrunde startete zum 2. Quartal 2015.

In diesem Beitrag wird „Ausgezeichnet. FÜR KINDER“ als Instrument für die Sicherung und Förderung von Strukturqualität, aber auch von Ergebnisqualität vorgestellt. Vor dem Hintergrund der aktuellen gesetzgeberischen Vorgaben zu Qualität und Sicherstellung der stationären Versorgung wird auch auf Einsatzmöglichkeiten dieses Instruments, z.B. bei der Landesplanung, eingegangen.

## **Versorgungsstrukturen und Ergebnisqualität perinataler Versorgung in Europa**

**Prof. Dr. med. Rainer Rossi, Berlin**

Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin – Perinatalzentrum –  
des Vivantes Klinikums Neukölln

Aktuell liegen für Deutschland gute perinatalmedizinische Ergebnisse vor, diese reichen aber nicht an vergleichbare Daten aus Nordeuropa heran. Sowohl Früh- und Reifgeborenen- als auch Säuglings- und Kleinkindersterblichkeit sowie Müttersterblichkeit sind in Deutschland höher als in Schweden und Finnland. In Portugal konnte die ursprünglich hohe Säuglingssterblichkeit durch ein striktes Regionalisierungskonzept drastisch auf ein etwa bundesrepublikanisches Niveau gesenkt werden – trotz deutlich niedrigerer Finanzausstattung des Medizinsystems.

Durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) wurde die Versorgung von Früh- und Reifgeborenen an strukturqualitative Voraussetzungen gebunden. Nachdem 2009 für Frühgeborene <1.250 g zusätzlich eine Mindestmenge von 30 Patienten p.a. gefordert wurde, wurde diese Erhöhung vor dem Bundessozialgericht beklagt, trotz dessen grundsätzlicher Anerkennung eines Volumen-Outcome-Zusammenhangs. Während die Befürworter einer Mindestmengenregelung auf diesen auch international nachgewiesenen Effekt verweisen, wird seitens der Gegner betont, dass dieser Zusammenhang nur ein schwacher sei, eine Mindestmengenregelung gute kleine Kliniken von der Versorgung ausschliesse und die flächendeckende Versorgung gefährdet sei.

Die perinatalmedizinische Versorgung ist in Nordeuropa, aber auch in Portugal gekennzeichnet durch nur wenige, aber deutlich größere Kliniken. Mit diesen ist die „Fläche“, gemessen an den genannten Sterblichkeitsdaten, besser versorgt als bei uns durch ein dichtes Netz kleinerer Kliniken. Derartige Vergleiche sollten uns ebenso wie die von der OECD bemängelte unzureichende politische Krankenhausstrukturplanung sowie die in Deutschland höheren Gesundheitsausgaben motivieren, solch erfolgreiche Strukturen sinnvoll in unsere Versorgungslandschaft zu integrieren.

## **Qualitätsindikatoren und Patientensicherheitsmanagement in der ambulanten Pädiatrie**

**Ralf Moebus, Bad Homburg vor der Höhe und Dominik Ewald, Frankfurt am Main**

*Abstract liegt nicht vor.*

Kindertagesbetreuung, die Familie oder das Gesundheitswesen in den Blick genommen. Auch wenn die verschiedenen Handlungsfelder ihre je spezifische Herausforderungen haben, so kann eine überwiegende pädagogische/erzieherische Ausrichtung der gewaltpräventiven Strategien festgestellt werden. Systematisch ausgebaut wurde die fallbezogene und fallübergreifende Kooperation zwischen den verschiedenen Institutionen. Diskutiert werden die Chancen und Grenzen der Gewaltprävention zur Reduzierung der Delinquenzbelastung im Kindes- und Jugendalter sowie die damit verbundenen Herausforderungen zur fachlichen Weiterentwicklung der Strategien.

## Qualitätssicherung für die Zukunft der Pädiatrie

### DGKJ-SY-QS-2

#### Qualitätssicherung für die Zukunft der Pädiatrie

Schneider D.T.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinikum Dortmund, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Dortmund

Qualitätssicherung (QS) in der Pädiatrie umfasst allgemeine QS-Verfahren des Gesundheitswesens sowie spezifisch-pädiatrisch ausgerichtete Verfahren. Mit Hilfe von Strukturkriterien (EACH Charta, „Ausgezeichnet. FÜR KINDER“) kann sich die Pädiatrie in ihrer Kernkompetenz gegenüber der „Erwachsenenmedizin“ positiv abgrenzen. Strukturvorgaben können auch den Zugang zu Leistungsfeldern beschränken, z. B. durch die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses. Mit der Planung, im Krankenhausreformgesetz die Vergütung an Qualitätskriterien zu knüpfen, erlangt QS eine zusätzliche Brisanz.

Einerseits ist bei der Bewertung von Strukturqualität kritisch zu bedenken, dass gute Strukturen nicht zwangsläufig mit guten Prozessen und Ergebnissen korrelieren. Andererseits offenbaren die Erfahrungen aus der Neonatologie deutlich die Probleme in der Beurteilung der Ergebnisqualität. Diese bleibt holzschnittartig, wenn nicht der ganze Prozess (z. B. bei Frühgeborenen beginnend mit der präpartalen Betreuung der Schwangeren) frei von verzerrenden Effekten (Portfolio-, Verlegungseffekte etc.) beurteilt wird. Eine fehlerhafte Interpretation von Outcome-Daten, die eindimensional als Therapiefolge gewertet werden, kann aber zu Fehlentwicklungen führen, gesundheitspolitisch und – ökonomisch.

Somit bleibt derzeit die Überprüfung konsensuell festgelegter Strukturkriterien möglich und sinnvoll. Die Weiterentwicklung von Strukturkriterien und Parametern der Ergebnisqualität muss federführend von den pädiatrischen Fachgesellschaften gestaltet werden. Diese Diskussion kann pädiatrische Versorgungsstrukturen stärken und helfen, eine flächendeckende und qualitativ gute pädiatrische Versorgung in Deutschland sicherzustellen.

### DGKJ-SY-QS-3

#### Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen „Ausgezeichnet. FÜR KINDER“

Lutterbüse N.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>GKinD e.V., Regensburg

Das Gütesiegel „Ausgezeichnet. FÜR KINDER“ geht zurück auf eine gemeinsam und einheitlich getragene Vereinbarung aller pädiatrischen Fachgesellschaften und der Kinderchirurgie zur Mindeststrukturqualität für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen aus dem Jahr 2007.

„Wo Kinderklinik drauf steht ist auch Kinderklinik drin“

Drei Bewertungsrunden wurden seither durchgeführt und mit einer stabilen Beteiligung von jeweils mehr als zwei Drittel aller Kinderkliniken bzw. Kinderabteilungen erfolgreich abgeschlossen, die 4. Bewertungsrunde startete zum 2. Quartal 2015.

In diesem Beitrag wird „Ausgezeichnet. FÜR KINDER“ als Instrument für die Sicherung und Förderung von Strukturqualität, aber auch von Ergebnisqualität vorgestellt. Vor dem Hintergrund der aktuellen gesetzgeberischen Vorgaben zu Qualität und Sicherstellung der stationären Versorgung wird auch auf Einsatzmöglichkeiten dieses Instruments, z. B. bei der Landesplanung eingegangen.

### DGKJ-SY-QS-4

#### Versorgungsstrukturen und Ergebnisqualität perinataler Versorgung in Europa

Rossi R.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Vivantes Klinikum Neukölln, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Berlin

Aktuell liegen für Deutschland gute perinatalmedizinische Ergebnisse vor, diese reichen aber nicht an vergleichbare Daten aus Nordeuropa heran. Sowohl Früh- und Reifgeborenen- als auch Säuglings- und Kleinkindersterblichkeit sowie Müttersterblichkeit sind in Deutschland höher als in Schweden und Finnland. In Portugal konnte die ursprünglich hohe Säuglingssterblichkeit durch ein striktes Regionalisierungskonzept drastisch auf ein etwa bundesrepublikanisches Niveau gesenkt werden – trotz deutlich niedrigerer Finanzausstattung des Medizinsystems.

Durch den G-BA wurde die Versorgung von Früh- und Reifgeborenen an strukturqualitative Voraussetzungen gebunden. Nachdem 2009 für Frühgeborene <1250 g zusätzlich eine Mindestmenge von 30 Patienten p.a. gefordert wurde, wurde diese Erhöhung vor dem Bundessozialgericht beklagt, trotz dessen grundsätzlicher Anerkennung eines Volumen-Outcome-Zusammenhangs. Während die Befürworter einer Mindestmengenregelung auf diesen auch international nachgewiesenen Effekt verweisen, wird seitens der Gegner betont, dass dieser Zusammenhang nur ein schwacher sei, eine Mindestmengenregelung gute kleine Kliniken von der Versorgung ausschliesse und die flächendeckende Versorgung gefährdet sei.

Die perinatalmedizinische Versorgung ist in Nordeuropa, aber auch in Portugal gekennzeichnet durch nur wenige, aber deutlich größere Kliniken. Mit diesen ist die „Fläche“, gemessen an den genannten Sterblichkeitsdaten, besser versorgt als bei uns durch ein dichtes Netz kleinerer Kliniken. Derartige Vergleiche sollten uns ebenso wie die von der OECD bemängelte unzureichende politische Krankenhausstrukturplanung sowie die in Deutschland höheren Gesundheitsausgaben motivieren, solch erfolgreiche Strukturen sinnvoll in unsere Versorgungslandschaft zu integrieren.

## Gefährdete Balance zwischen Toleranz und Abwehr

### DGKJ-SY-TA-2

#### Epstein-Barr-Virus – neue Aspekte der Klinik und Immunologie

Hauck F.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Dr. von Haunersches Kinderspital, Ludwig-Maximilian-Universität, Immunodiagnostisches Labor und Immundefektambulanz, München

Das Epstein-Barr-Virus (EBV) ist ein humanpathogenes doppelsträngiges DNA-Virus aus der Familie der Herpesviridae. Die EBV-Primärinfektion im Kleinkindesalter verläuft in der Mehrheit der Fälle subklinisch oder als blande Infektion der oberen Luftwege. Gelegentlich und insbesondere im Jugendlichen- oder Erwachsenenalter verursacht die EBV-Primärinfektion aber auch das Krankheitsbild der Infektiösen Mononukleose. EBV zeichnet sich durch einen besonderen Tropismus für B-Lymphozyten aus, ist in der Lage diese terminal zu differenzieren bzw. maligne zu transformieren und persistiert lebenslange in ihnen. Die EBV-Durchseuchungsrate bis zum 40. Lebensjahr liegt bei größer 95%. EBV ein wichtiger Pathogenitätsfaktor für die Entstehung ver-

# Monatsschrift Kinderheilkunde

**Zeitschrift für Kinder- und Jugendmedizin**

Organ der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin  
Organ der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde

## Abstracts 2015

111. Jahrestagung der Deutschen  
Gesellschaft für Kinder- und  
Jugendmedizin e.V. (DGKJ)

München, 2. bis 5. September 2015

Indexed in Science Citation Index Expanded

Gemeinsam mit der

67. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft  
für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ)

53. Herbsttagung der Deutschen  
Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH)

37. Jahrestagung des Berufsverbandes  
Kinderkrankenpflege Deutschland (BeKD)



## Abstracts 2015

**Gemeinsame Jahrestagung  
der Deutschen Gesellschaft für Kinder-  
und Jugendmedizin (DGKJ),  
der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie  
(DGSPJ), der Deutschen Gesellschaft für  
Kinderchirurgie (DGKCH) und des Berufsverbandes  
Kinderkrankenpflege Deutschland (BeKD)**

2. bis 5. September 2015, München

**Wissenschaftliche Leitung**  
**Prof. Dr. Klaus-Peter Zimmer, Tagungspräsident DGKJ**  
**Prof. Dr. Volker Mall, Tagungspräsident DGSPJ**  
**Prof. Dr. Stuart Hosie, Tagungspräsident DGKCH**  
**Frauke Leupold, Tagungspräsidentin BeKD**