

Protokoll der Mitgliederversammlung der Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin am 30.5.2008 in Zürich

Fassung vom: 17.7.2008

Beginn: 17:19 Uhr
Ende: 19:47 Uhr

Anwesender Mitglieder: 188 (Zählung der Unterschriftenliste)

Tagesordnung:

1. Begrüßung, Feststellung der Beschlussfähigkeit
2. Beschluss der Tagesordnung
3. Bericht des 1. Vorsitzenden
4. Bericht des Schatzmeisters
5. Bericht des Rechnungsprüfers
6. Entlastung des Schatzmeisters
7. Erhöhung des Mitgliederbeitrages
8. Entlastung des Vorstandes
9. Satzungsänderungen (sofern Anträge vorliegen)
10. Festlegung weiterer Tagungsorte
11. Ernennung von Ehrenmitgliedern (sofern Anträge vorliegen)
12. Verschiedenes

1. **Begrüßung, Feststellung der Beschlussfähigkeit:** Der 1. Vorsitzende (Hr. Poets) begrüßt die anwesenden Mitglieder und stellt die Beschlussfähigkeit fest.
2. **Beschluss der Tagesordnung:** Herr Pohlandt schlägt vor, dass über die Entlastung des Schatzmeisters erst abgestimmt wird (Punkt 6), wenn Punkt 7 (Erhöhung des Mitgliederbeitrages) abgehandelt wurde. Diese Änderung der Tagesordnung wird einstimmig angenommen.
3. **Bericht des 1. Vorsitzenden:**
 - GBA-Beschluss, Mindestmengen: Das Thema soll unter „Verschiedenes“ diskutiert werden, da zu diesem Thema auch Anträge von Mitgliedern vorliegen.
 - DRG-Vergütung bei verlegten sehr unreifen Frühgeborenen: Die Verlegung von unreifen Frühgeborenen führt oftmals zu erheblichen Abschlägen. Die Summe der Vergütungen der beteiligten Häuser ist dabei oft erheblich geringer, als die Vergütung, die ein Haus bei Behandlung des Kindes von der Geburt bis zur Entlassung erhalten würde. Eine Anfrage beim INEK hat ergeben, dass bisher keine belastbaren Daten zur Kalkulation vorliegen. Offenbar wird die heimatnahe Rückverlegung aus einem „Zentrum“ in ein „kleineres Haus“ zu selten praktiziert. Der GBA fühlt sich nicht zuständig für dieses Problem und verweist auf das INEK. Die Kostenträger wiederum

verweisen an den GBA. Der Vorstand nutzt derzeit jede Möglichkeit, Entscheidungsträger im Gesundheitswesen auf dieses Problem hinzuweisen, und bittet alle Mitglieder dies bei entsprechender Gelegenheit ebenfalls zu tun.

- Paidopathologie: Mehrere Anfragen bzgl. der Frage „wo gibt es Pathologen mit Expertise im Neugeborenenalter“ wurden an den Vorstand gerichtet. Auf Anfrage wurde durch eine Arbeitsgruppe Paidopathologie eine Liste kompetenter Kinderpathologen erstellt, die inzwischen auf der Homepage der GNPI einzusehen ist.
- Überarbeitung der Leitlinien: Eine Reihe von Leitlinien wurden im vergangenen Jahr überarbeitet, weitere befinden sich derzeit in der Überarbeitung. Besonders erwähnt wird dabei die Leitlinie „Frühgeburt an der Grenze der Lebensfähigkeit des Kindes“. Hr. Poets bedankt sich bei Herrn Pohlandt, der sich als Leitlinienbeauftragter wesentlich um die Organisation der Aktualisierungen kümmert. Durch den angestrebten S2-Status hat sich der Aufwand der Leitlinienarbeit erheblich erhöht. Eine Geschäftsordnung zur Leitlinienerstellung wurde erarbeitet.
- Kontakte zu Elternvertretern: Zur Intensivierung der Zusammenarbeit des Vorstands mit den Elternvertretern findet mindestens 1 x /Jahr ein Treffen mit der 1. Vorsitzenden des Bundesverbandes Eltern frühgeborener Kinder (z. Zt. Fr. Mader) statt.
- Pädiatrische Intensivmedizin: Da im Bereich der pädiatrischen Intensivmedizin bisher kaum Qualitätssicherungsmaßnahmen existieren, wurde eine Arbeitsgruppe unter Leitung von Herrn Trieschmann (Vertreter der Kinder-Anästhesisten im Vorstand der GNPI; e-mail: uwe.trieschmann@uk-koeln.de) formiert, die sich erstmals im Rahmen der Jahrestagung in Zürich trifft. Vom DIMDI wurde ein Intensivkomplexcode für die pädiatrische Intensivmedizin festgelegt, der zu einer besseren Abbildung und Vergütung im DRG-System beitragen soll. Eine bereits an 2 Kliniken (1 x universitär, 1 x nicht-universitär) erfolgte Datenerhebung zur Ausarbeitung eines intensivmedizinischen Komplexcodes für die Pädiatrie verzögert sich durch Ausfall des damit beauftragten Kollegen. Ausdrücklich werden DRG-kompetente Mitglieder gebeten, sich bei Herrn Poets oder bei Herrn Trieschmann zu melden, wenn sie in dieser Angelegenheit für die Fachgesellschaft mitarbeiten wollen.
- Pädiatrische Reanimationskurse: Bericht Herr Aring, Viersen. Umfragen belegen, dass nur eine Minderzahl der Kinderkliniken und Geburtskliniken systematische Ausbildungen in der Reanimation von Neugeborenen und älteren Kindern durchführen. Durch folgende Strukturen soll dies verbessert werden:
 1. Gründung von „Dr. Wiki“ (Dt. Rat für Wiederbelebung im Kindesalter). Das Hauptziel von Dr. Wiki ist die Verbreitung von leitlinienkonformen pädiatrischen Notfallkursen mit hoher Qualität und erschwinglichen Teilnehmergebühren nach dem ERC-Standard (European Resuscitation Council).
 2. In Deutschland gibt es inzwischen mehrere Kursorte und eine Reihe von ERC-zertifizierten Ausbildern.
 3. Gründung des German Resuscitation Council (GRC) 2007 (nationales Abbild des ERC): Sowohl die GNPI als auch „Dr. Wiki“ haben sich dem GRC angeschlossen und werden in

einer von Dr. Sasse, Hannover geleiteten pädiatrischen Arbeitsgruppe mit anderen Fachdisziplinen (z.B. Anästhesie) zusammenarbeiten.

Nach Vorstellung der Kurse wird u.a. nach dem Preis und nach einem möglichen Sponsoring der Kurse gefragt. Lt. Dr. Aring ist die geforderte Qualität nur mit einer entsprechenden Vergütung möglich; ein umfassendes Sponsoring (mit dem Ziel die Kurse kostenlos anzubieten) wäre für einen Sponsor kaum finanzierbar. Die Erfahrung zeige, dass die Kursgebühren von den Teilnehmern bzw. deren Kliniken i.d.R. problemlos getragen werden könnten.

- DRG (Herr Küster, Greifswald):
 1. NUB-Antrag Hypothermie wurde vom INEK abgelehnt. Es wurde aber ein OPS Code geschaffen (8-607.1 = Nichtinvasive Kühlung durch Anwendung eines Speziallagerungssystems). Dieser Code sollte bei Anwendung kontrollierter Kühlung genutzt werden, da er dann vermutlich in Zukunft zu einem Zusatzentgelt führen wird.
 2. Eine Obduktion ist jetzt mit dem OPS-Code 9-990 kodierbar und könnte bei entsprechender Verwendung ebenfalls in Zukunft erlöswirksam sein.
 3. Ähnliches trifft für Ziffer OPS-Code 1-760 zu (Belastungen mit Substanzen zum Nachweis einer Stoffwechselstörung).
 4. CPAP ist jetzt auch bei Säuglingen jenseits des NG-Alters kodierbar (OPS 8-711.-)
 5. Ein Diagnostikkomplex-Code bei unklarem Syndrom bei Neugeborenen und Säuglingen (1-945) wurde eingeführt. Derzeit gibt es ebenfalls keine Vergütung. In Zukunft ist eine solche aber denkbar, wenn dieser Code verwendet wird.
 6. Weitere Unklarheiten bestehen bzgl.:
 - Z29.2 Prophylaktische Chemotherapie
 - P36.9 AIS/Early Onset Sepsis
 - P02.7 AIS/Early Onset Sepsis
 - P39.2 Late Onset Sepsis
 - SIRS Kriterien
 7. CPAP ist ein konstant strittiges Thema: Die Beatmungszeit bei intermittierend eingesetztem CPAP sollte nach Ressourcenverbrauch berechnet werden: z.B. solange die CPAP-Maschine noch betriebsbereit beim Kind steht, oder 24h nach Ende der letzten CPAP-Phase.
 8. Verlegung aus dem Kreißsaal in eine andere Institution (z.B. Kind mit TGA) innerhalb von 24 h führt zu einer relativ geringen Vergütung. Diese Fälle sind derzeit im System nicht gut abgebildet.
 9. MDK-Prüfungen: sind verstärkt zu erwarten; daher ist eine gute Dokumentation wichtig!
 10. Die Kombination Respir. Versagen (P28.5) kann zusätzlich zum Atemnotsyndrom (P22.0) kodiert werden, wenn es auf einer abgrenzbaren Erkrankung beruht. Da ein ANS in der Regel ca. 3 Tage dauert, sind danach auftretender Sauerstoff- und Beatmungsbedarf separat zu kodieren (Empfehlung GKinD).

11. Weitere Ziele bzgl. DRG's, die verfolgt werden:

- Score für Pädiatrische Intensivmedizin
- Definition SIRS
- DRG-Einteilung nach Komplikationen bei Aufnahme

12. Diskussion:

- a. Mitgliederanfrage: Berücksichtigung von Beatmungszeiten bei Kindern < 1000g für die Fallpauschalenvergütung: Antwort: dem INEK liegen hierzu zu wenig Daten vor.
- b. Hr. Küster bittet ausdrücklich um Kontaktaufnahme bei festgestellten Fehlern/Änderungswünschen im ICD-/OPS-/DRG-Katalog und im Kodierleitfaden (drq@neolink.de)

13. Herr Poets bedankt sich im Namen aller Mitglieder der Fachgesellschaft bei Herrn Küster für seine wertvolle Arbeit.

- Aussprache zum Bericht des 1. Vorsitzenden:
 1. Auf den Hinweis von Herrn Pohlandt, dass Politiker sehr auf die Patientenverbände hören, berichtet Frau Mader von der derzeitigen Lobbyarbeit des Bundesverbandes. Insbesondere die Nachsorge ist für den Bundesverband ein wichtiges Anliegen.
 2. Auf die Anfrage eines Mitglieds zur Finanzierung der Nachsorge und der Nachfrage nach Versorgungsverträgen nach §140 SGB V (integrierte Versorgung) berichtet Herr Gortner, dass im Saarland erhebliche Vorbehalte bei manchen Kassenvertretern bestünden. Seit 4 Jahren habe es keinen substantiellen Fortschritt in dieser Sache gegeben. Hr. Jorch berichtet, dass auf lokaler Ebene die Nachsorge (2-Jahresuntersuchung nach GBA) über einen Vertrag zur „Integrierten Versorgung nach §140 SGBV) geregelt wurde. Der Aufwand für die Vertragsgestaltung sei beträchtlich, die Vergütung eher bescheiden.

4. **Bericht des Schatzmeisters:** Hr. Maier berichtet über die aktuelle Mitgliederentwicklung:

- 2006: 852 Mitglieder
- 2007: 882 Mitglieder (d.h. +30 Mitglieder)
- 57 neue Mitglieder, 27 ausgeschiedene Mitglieder
- Anzahl der GesundheitspflegerInnen hat sich von 15 auf 19 erhöht.
- 67 beitragsfreie Mitglieder (Ehrenmitglieder/Ruhestand)
- Einnahmen: 22.193,53 € (-663,32 € i. Vgl. z. Vorjahr)
- Ausgaben: 30.374,61 € (+1.449,13 € i. Vgl. z. Vorjahr)
- Ein Posten waren dabei Ausgaben von 3.000,00 € für Wissenschaftspreise, welche 2007 durch die Gesellschaft finanziert wurden. Für 2008 wurde wieder ein Sponsor gefunden.
- Bilanz: - 8.181,08 €, mittelfristig ist daher eine Beitragserhöhung notwendig.
- Vereinsvermögen 102.230,20 €.

Der Mitgliedsbeitrag beträgt derzeit 25 €, für Pflegepersonal 15 €, Kongressnachlass für Mitglieder 2008: 26 €, was in etwa dem derzeitigen Mitgliedsbeitrag für Ärzte entspricht.

Hr. Maier schlägt vor, die ursprünglich geplante Erhöhung des Mitgliederbeitrages zurückzustellen, da Verhandlungen mit dem Thieme-Verlag über eine Bereitstellung der Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie in Kombination mit der Mitgliedschaft laufen. Thieme habe bereits ein Angebot gemacht, welches jedoch zu Gunsten der Mitglieder nachverhandelt werden soll. Der Vorstand hat aus diesem Grund beschlossen, im Laufe eines Jahres nochmals ca. 7.000,00 - 8.000,00 € aus den Rücklagen zu nehmen, und dann im nächsten Jahr der Mitgliederversammlung eine Erhöhung des Mitgliederbeitrags in Kombination mit der Verbandszeitschrift vorzuschlagen: Herr v. Loewenich rät, dass hierbei die Doppelmitgliedschaft bei der DGPN berücksichtigt werden soll. Herr Pohlandt fragt, ob die Zeitschrift nicht auch optional als Paket mit der Mitgliedschaft angeboten werden könnte. Hr. Möller gibt zu bedenken, dass die ZGN zu wenig attraktiv für pädiatrische Intensivmediziner sei. Herr Speer erinnert die Versammlung daran, dass vor mehr als 10 Jahren die ZGN mit Zustimmung des Vorstands als Publikationsorgan für die Abstracts der Jahrestagung ausgewählt wurde. Eine Erhebung des Stimmungsbilds per Handzeichen zeigt, dass die große Mehrheit im Auditorium für eine Kombination der Zeitschrift mit der Mitgliedschaft wäre. Der Antrag von Herrn Maier, die Erhöhung des Mitgliederbeitrages um ein Jahr zu verschieben, wird einstimmig bei einer Enthaltung angenommen.

5. **Bericht des Rechnungsprüfers:** Hr. v.d. Wense berichtet, dass die Unterlagen überprüft worden seien; er berichtet über eine übersichtliche und ordnungsgemäße Buchführung und empfiehlt die Entlastung des Schatzmeisters.
6. **Entlastung des Schatzmeisters:** Die Entlastung erfolgt einstimmig, keine Gegenstimme, eine Enthaltung.
7. **Erhöhung des Mitgliederbeitrages:** vorgezogen auf Top 4.
8. **Entlastung des Vorstandes:** Der Antrag auf Entlastung des Vorstandes wird ohne Gegenstimme bei 19 Enthaltungen angenommen
9. **Satzungsänderungen** (sofern Anträge vorliegen):
 - Hr. Walka hatte einen Antrag auf Satzungsänderung bzgl. §11–Vorstand mit dem Ziel einer Änderung der Vorstandsstruktur eingereicht. Die von ihm vorgeschlagene neue Zusammensetzung des Vorstands sieht zwei „Vertreter Pädiatrische Intensivmedizin“, je einen Vertreter aus „Neonatologie Level 1, 2, und 3“, und einen festen Vertreter der DGKJ vor. Er begründet seinen Antrag auf Änderung der Vorstandsstruktur damit, dass vor allem bei Mitgliedern aus kleineren Häusern Unzufriedenheit vorliege. Weiterhin wird mangelnde Transparenz von Aktivitäten des Vorstands beklagt. Daher sollten die im GBA definierten Versorgungslevel (Zentrum Level 1, 2 und Schwerpunkt) jeweils im Vorstand vertreten sein. Weiterhin würden sich pädiatrische Intensivmediziner in der GNPI nicht so gut aufgehoben fühlen.

- Diskussion:
 1. Hr. Freihorst rät von dieser vorgeschlagenen Satzungsänderung ab. Aktuelle tagespolitische Entwicklungen in der Krankenhauslandschaft sollten nicht zum Anlass genommen werden, die Vorstandsstruktur einer wissenschaftlichen Fachgesellschaft zu ändern.
 2. Hr. Gortner weist darauf hin, dass die GNPI eine internationale Fachgesellschaft und keine deutsche Fachgesellschaft sei. Das tagespolitische Geschäft gehöre in Arbeitsgruppen. Er halte daher eine Umstrukturierung des Vorstands für nicht konsensfähig.
 3. Frau Genzel weist darauf hin, dass die GNPI nicht eine Gesellschaft neonatologischer Abteilungen, sondern eine Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin sei. Es gäbe daher auch keinen Grund für eine Satzungsänderung.
 4. Hr. Schmitz weist darauf hin, dass wissenschaftliche Fachgesellschaften immer in politische Entscheidungsprozesse involviert seien und sein sollten. Zum Verfahren selbst wird aber angemerkt, dass ohne vorherige Vorankündigung der Inhalte an alle Mitglieder über eine Satzungsänderung nicht abgestimmt werden sollte.
 5. Hr. Bosk merkt an, dass die Pädiatrische Intensivmedizin im Programm der diesjährigen Tagung unterrepräsentiert sei. Die pädiatrisch-intensivmedizinisch interessierten Kollegen seien dabei, sich von der GNPI abzuwenden.
 6. Herr Obladen sieht drei Hauptdiskussionspunkte: 1. manche Mitglieder fühlen sich im Vorstand nicht genügend vertreten. 2. die derzeitige vom GBA vorgegebene Versorgungsstruktur, und 3. die wissenschaftliche Ausrichtung der GNPI. Zu Punkt 1: der Vorstand wurde gewählt; unzufriedene Mitglieder seien aufgefordert die nächste Wahl nutzen. Zu Punkt 2: kein Land der Welt hat 3 verschiedene Level für die neonatologische Versorgung. Der Einfluss, den die Fachgesellschaften bei diesem Gesetzgebungsverfahren hatten, war minimal. Die Vorstände konnten fast nichts beitragen. In diesem Sommer wird ein ganz neuer GBA formiert, in dem die Experten noch weniger vertreten sind. Zu dem dritten Punkt: aus einer wissenschaftlichen Fachgesellschaft sollte kein Berufsverband gemacht werden. Stattdessen sollten fachlich-wissenschaftliche Inhalte diskutiert werden.
 7. Herr Walka ist der Meinung, dass heutzutage die wissenschaftliche und politische Diskussion nicht zu trennen seien. Er wünsche sich vor allem, dass eine Strukturdiskussion überhaupt in Gang kommt. Er zieht seinen Antrag zurück und befürwortet die Formierung einer Arbeitsgruppe, die sich mit den Versorgungsstrukturen beschäftigen soll.
 8. Herr Bühner äußert sich befremdet darüber, dass die derzeitige Diskussion unter den deutschen Neonatologen in die (internationale) Fachgesellschaft (GNPI) getragen wird.
 9. Herr Trotter fühlt eine Spaltung großer und kleiner Häuser: Um diese Spaltung zu überwinden sollte eine Arbeitsgruppe eingerichtet werden.
 10. Herr Hentschel (auf den Vorschlag eine Meinungsumfrage über den zurückgezogenen Antrag von Herrn Walka einzuholen) hält eine Meinungsumfrage nicht für zielführend, da er zwar durchaus einige Punkte von Herrn Walkas Antrag für sinnvoll hält, andere jedoch nicht.

11. Herr von der Wense mahnt, dass wir die Struktur von Organen der Fachgesellschaft nicht nach aktuellen strukturpolitischen Entscheidungen ausrichten sollten.
12. Herr Bartmann erinnert daran, dass die Satzung in §2 (Zweck des Vereins) bereits neben der Wissenschaft genügend Spielraum für die Vertretung der Belange des Faches nach außen bietet. Weiterhin sei in § 7 explizit vorgesehen, dass der Vorstand zur Klärung spezieller Sachfragen Arbeitsausschüsse einrichten kann.
13. Herr Pohlandt erinnert daran, dass auch früher Satzungsänderungen bei den Mitgliedern angemeldet wurden. Er schlägt vor, dass §12 geändert wird, damit keine kurzfristigen Satzungsänderungen ohne Voranmeldung bei den Mitgliedern vorgenommen werden können. Er weist darauf hin, dass er kein Programm, und damit keine Einladung zu der Mitgliederversammlung erhalten hat.
14. Vorschlag Herr Poets: Der Vorstand richtet eine Arbeitsgruppe ein, in der Vertreter verschiedener Levels vertreten sein werden. Diesem Vorschlag wird einstimmig zugestimmt.

10. **Festlegung weiterer Tagungsorte:** Folgende Tagungsorte sind bereits festgelegt:

2009 Berlin

2010 Saarbrücken

2011 Mannheim

2012 gemeinsame Pädiatrische Woche mit der DGKJ (angefragt)

2013 Freiburg (bzw. 2012, falls Pädiatrische Woche nicht mehrheitsfähig ist)

Herr Hentschel äußert, dass er mit einer gemeinsamen Jahrestagung mit der DGKJ 2012 nicht einverstanden ist. Herr Poets beantragt eine Abstimmung: Für die gemeinsame Tagung (Pädiatrische Woche) sprechen sich 73 Mitglieder aus, 28 sind dagegen, 34 Enthaltungen. Damit wird die Tagung 2012 im Rahmen der pädiatrischen Woche stattfinden. Wie 2007 auf der Mitgliederversammlung beschlossen, wird dann im Jahr 2013 die Tagung in Freiburg stattfinden. Herr Hentschel ist mit diesem Vorgehen einverstanden.

11. **Ernennung von Ehrenmitgliedern** (sofern Anträge vorliegen).

- Keine Anträge
- Die Ernennung von 3 neuen Ehrenmitgliedern (Prof. Hellwege, Prof. Hörnchen und Prof. Obladen) wird morgen auf der Abschlussveranstaltung erfolgen.

12. **Verschiedenes**

- a. Herr Reiter, Pforzheim hatte im Auftrag der Vereinigung leitender Kinder- und Jugendärzte und Kinderchirurgen Deutschlands (VLKKD) – Landesvereinigung Baden-Württemberg einen „Antrag zur Präzisierung der Versorgungsstufen im GBA-Beschluss vom 20.9.2005“ eingereicht. Der Antrag war nicht fristgerecht eingereicht worden (eine Benachrichtigung aller Mitglieder 4 Wochen vor der Mitgliederversammlung war nicht mehr möglich). Daher kann über diesen Antrag zwar nicht abgestimmt, jedoch hier diskutiert werden. Herr Reiter als Leiter eines Zentrums mit 35-40 FG<1500g/Jahr erläutert den Antrag aus seiner persönlichen Sicht. Für ihn

stünde außer Frage, dass es Mindestmengen geben müsse: Allerdings sei der Cut-off von <29 SSW für die Versorgungsstufe Zentrum Level 1 durch vorliegende Daten in keiner Weise belegt. Er schlägt daher eine Untergliederung in Zentren Level 1a (ab Grenze Lebensfähigkeit bis < 25+0 SSW) und 1b (ab 25+0 SSW bis < 29 + 0 SSW), sowie zeitnahe, intrauterine Rückverlegung in das zuweisende Zentrum bei Verlängerung der Schwangerschaftsdauer bis zu den genannten Grenzen vor. Er begründet seinen Antrag mit aktuellen Daten der Neonatalerhebung Baden-Württemberg. Insbesondere sei die Mortalität von FG 26-27 SSW in Baden-Württemberg seit den Strukturverbesserungen in mittelgroßen Zentren seitens der Krankenhausträger infolge des GBA-Beschlusses von 11,3% (2005) auf 3,7% (2006) abgefallen. Allenfalls bestehe unterhalb 25 SSW oder < 750 g möglicherweise eine „Tendenz zugunsten größerer Zentren“. Weiterhin würde eine Herabstufung mittelgroßer Perinatalzentren Level 1 zu Zentren Level 2 deren ökonomische Existenz gefährden.

- b. Herr Freihorst wünscht, dass diese Diskussion in einer Arbeitsgruppe weiter diskutiert wird.
- c. Hr. Pohlandt: Für die jetzige Versammlung ist aus den genannten Gründen (Antrag nicht fristgerecht eingereicht) keine Abstimmung möglich.
- d. Hr. Schmitz: Die Grenze, die vom GBA vorgelegt wurde (zur Abgrenzung Zentrum Level 1 von Level 2), sei nicht die richtige. Das IQWiG habe zwar eine Assoziation zwischen höherer Leistungsmenge und geringerer Mortalität gefunden, aber die Kausalität sei dadurch nicht belegt. Eine Grenze von <29 SSW sei existenzgefährdend für die kleinen und mittleren Kliniken. Auch er plädiert für die Unterteilung in Häuser, die sehr unreife Kinder versorgen; und andere Kliniken, die die hochqualifizierte Versorgung in der Fläche gewährleisten. Die Vorhaltekosten von Zentren Level 2 seien identisch mit denjenigen eines Level 1 Zentrums.
- e. Hr. Obladen: bittet darum, primär inhaltliche, fachlich-wissenschaftliche Argumente zu sammeln und ökonomische Aspekte nicht vorrangig zu betrachten. Das IQWiG wurde mit einer Fragestellung beauftragt, das Ergebnis liegt vor; der Gesetzgeber wird sich anhand dieser gefertigten Expertise eine Meinung bilden. Neue Forderungen sind schwierig, wenn nicht unmöglich durchzusetzen. Eine nochmalige Untergliederung ist nicht sinnvoll, da wir bereits eine feinere Untergliederung als andere Länder haben. Eine Dezentralisierung habe es bereits vor mehreren Jahren gegeben.
- f. Hr. Hummler weist darauf hin, dass eine Interventionsstudie zum Beweis der vom IQWiG gefundenen Assoziation zwischen Fallmenge und Ergebnisqualität nicht möglich ist, da in Anbetracht der Datenlage erstens vermutlich die Zustimmung zu einer Interventionsstudie (Randomisierung in Kliniken mit hoher vs. geringer Fallzahl) vor keiner Ethikkommission Bestand haben dürfte und zweitens vermutlich Eltern, die über die beschriebene Assoziation aufgeklärt werden müssen, einer Studienteilnahme nicht zustimmen würden. Viele Länder in Europa, Nordamerika und im Südpazifik hätten basierend auf den vorliegenden Daten ihre Entscheidung zugunsten regionalisierter Systeme getroffen. Weiterhin wird darauf hingewiesen, dass die Mortalität von Frühgeborenen 26-27 SSW in Baden-Württemberg im Jahr 2007 auf 7,6% angestiegen sei (3,7%, 2006), womit die Begründung des von Herrn Reiter vorgebrachten Antrags relativiert wird.

- g. Hr. Möller: findet die diskutierten Probleme zu stark auf Baden-Württemberg bezogen. Der Effekt des GBA-Beschluss sei aus seiner Sicht keineswegs nur negativ zu sehen. Im Saarland würden kleinere Kliniken zunehmend pränatal verlegen, die Gesprächsbereitschaft habe sich gebessert, es erfolge eine wissenschaftliche Auswertung von Qualitätsdaten und eine Diskussion.
- h. Fr. Genzel: bittet darum, die Diskussion dieses Themas auf der Mitgliederversammlung jetzt zu beenden und als wissenschaftliches Thema bei der nächsten Jahrestagung in Berlin aufzugreifen.
- i. Hr. Schmitz: erinnert Herrn Poets daran, dass er auf der Mitgliederversammlung im vergangenen Jahr eine ausgewogene Diskussion zugesagt habe. Die derzeitige Darstellung in den Medien habe er nicht als ausgewogen empfunden.
- j. Ein Kollege aus Schleswig-Holstein empfindet die Diskussion keineswegs nur auf südliche Bundesländer fixiert. In seinem Bundesland würden genauso fast alle kleineren Kliniken eine Versorgung von für Zentren Level 1 vorgesehenem Krankengut vornehmen.
- k. Hr. Bartmann: bittet den Vorstand um rasche Einsetzung einer Arbeitsgruppe.
- l. Hr. Poets: schlägt eine Gruppe bestehend aus 6 Mitglieder vor (2 x 3 Personen aus Zentren Level 1 und Level 2)
- m. Hr. Aring schlägt vor, dass sich Level 2-Zentren treffen und dem Vorstand 3 Mitglieder benennen.
- n. Hr. Reiter wirft ein, dass es in erster Linie um die Zentren geht, die mittelgroß sind, und die sich von der Fallzahl 50 bedroht fühlen.
- o. Herr Poets schlägt vor, dass sich Interessenten für die Arbeitsgruppe bei Herrn Schmitz, Wolfsburg melden, und dieser diese Personen Herrn Poets weitermeldet.
- p. Antrag Herr Feldhahn, Böblingen: hatte beantragt einen Arbeitsausschuss einzusetzen, der die Forderung von Mindestfallzahlen bewertet. Über den Antrag kann nicht abgestimmt werden, da er nicht fristgerecht eingereicht worden war. Mit Einsetzen des geplanten Arbeitsausschusses hat sich dieser Antrag ohnehin erledigt.
- q. Hr. Herting: weist darauf hin, dass das Strukturpapier kein Beschluss der GNPI alleine, sondern ein Konsens mit vielen anderen Fachgesellschaften war. Insofern ist eine einseitige Änderung des Papiers nicht ohne Beratung mit diesen Fachgesellschaften möglich.
- r. Hr. Kachel: weist darauf hin, dass bei der Debatte um Mindestmengen die Geburtenzahl im Haus nicht außer Acht gelassen wird. Eine Mindestmenge von 1500 Geburten/Jahr sei aus seiner Sicht besser begründet, als eine Mindestmenge von 50 VLBWI/Jahr. Viele Unikliniken würden diese Grenze aber nicht erreichen.
- s. Hr. Huth: weist darauf hin, dass eine S2-Leitlinie für Sedierung erarbeitet werden soll. Hr. Roth und Hr. Huth seien in der Gruppe vertreten; Interessenten seien willkommen.
- t. Fr. Maier, Vechta: weist noch einmal darauf hin, dass es in der Fläche Gegenden gäbe, die von einer einzigen Kinderklinik mit knapp 50 FG < 1500g/Jahr versorgt würden. Eine Mindestmenge von 50 FG < 1500g/Jahr wäre für solche Regionen sehr schwierig. Antwort Hr. Poets: Im Strukturpapier sind Ausnahmen verankert.

Es gibt keine weiteren Wortmeldungen. Die Veranstaltung wird um 19:47 Uhr geschlossen.

Ulm, den 17. 7. 2008

Poets
1. Vorsitzenden GNPI

H. Hummler
Schriftführer GNPI