



Dr. med. Deborah Damerow, Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Uniklinik Köln



Dr. med. Domagoj Schunk, Ärztliche Leitung Interdisziplinäre Notaufnahme und Kindernotaufnahme, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel



Prof. Dr. med. Frank Eifinger, Bereichsleitender Oberarzt Pädiatrische Notfallmedizin, Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Uniklinik Köln

Sicherheit durch System – Moderne Konzepte für die Kindernotfallversorgung von morgen

Der Wandel der Kindernotfallversorgung im Laufe der letzten Jahrzehnte lässt sich eng mit dem umfassenden Strukturwandel der Krankenhauslandschaft in Deutschland seit den frühen 1990er Jahren verknüpfen. Seit diesem Zeitraum ist ein kontinuierlicher Prozess der Bettenreduktion und Konzentration von Versorgungsangeboten zu beobachten, der maßgeblich durch gesundheitspolitische Reformen und wirtschaftliche Steuerungsmechanismen geprägt wurde. Die Zahl der Krankenhäuser, auch Kinderkliniken, sank von 2.411 im Jahr 1991 auf rund 1.887 im Jahr 2021, während sich die Bettenkapazität um etwa ein Drittel verringerte [1]. Wesentliche Treiber dieser Entwicklung waren Standortschließungen und Zusammenlegungen von Krankenhäusern sowie die Einführung des diagnosebezogenen Fallpauschalensystems (DRG), das Effizienz und Auslastung stärker in den Mittelpunkt der Krankenhaussteuerung rückte [2]. Parallel dazu verkürzten sich die Verweildauern deutlich, was eine höhere Fallzahl bei geringeren stationären Kapazitäten ermöglichte [3,4]. Besonders ausgeprägt zeigt sich dieser Strukturwandel in der Kinder- und Jugendmedizin, in der seit 1991 zahlreiche pädiatrische Fachabteilungen geschlossen oder zusammengelegt wurden und die Bettenkapazität seitdem um rund 40% gesunken ist [5].

Vor diesem Hintergrund haben sich Kindernotaufnahmen in Deutschland als zentrale Schnittstellen der akuten pädiatrischen Versorgung etabliert. Sie sind durch eine hohe Inanspruchnahme, ein breites Krankheitsspektrum und komplexe interdisziplinäre Anforderungen geprägt. Jährlich werden Millionen Fälle in Notaufnahmen behandelt, darunter ein relevanter Anteil von Kindern und Jugendlichen, die häufig ohne Kontakt zur prä-hospitalen ambulanten Struktur wie einem Kinderarzt oder Rettungsdienst, meist aufgrund weniger dringlicher Beschwerden wie Infektionen oder abdomineller Symptome vorgestellt werden, während lebensbedrohliche Zustände vergleichsweise selten sind [6].

Strukturelle Lücken in der flächendeckenden Vorhaltung fachspezifischer Kindernotaufnahmen zwingen zur Verlagerung der Notfälle in Interdisziplinäre Notaufnahmen. Dort verschärfen personelle Engpässe die Situation, da die notwendige umfassende pädiatrische Expertise im allgemeinen Notfallbetrieb oft nicht kompensiert werden kann.

Über ihren Kernauftrag hinaus fungieren Notaufnahmen – ob pädiatrisch oder interdisziplinär – zunehmend als strukturelles Auffangbecken für Defizite im ambulanten Sektor. In diesem Spannungsfeld gewährleisten spezialisierte Kindernotaufnahmen weit mehr als nur eine bloße Stabilisierung: Durch ihre fachspezifische Triage und die enge Vernetzung mit weiteren Disziplinen stellen sie eine altersgerechte Kontinuität der Versorgung sicher. Dieser essenzielle Beitrag zur Schließung von Versorgungslücken ist auch der Grund, warum Reformmodelle wie Integrierte Notfallzentren (INZ) derzeit verstärkt in den Fokus rücken [7, 8].

Im Kontext dieser strukturellen und organisatorischen Veränderungen gewinnt die Qualitätssicherung unter besonderer Berücksichtigung der Bedürfnisse in der pädiatrischen Akutversorgung zunehmend an Bedeutung.

Insbesondere Ansätze wie der Päd(PR_E-)AUD2IT-Algorithmus stellen ein strukturiertes Instrument und Leitfaden zur Versorgung nicht-traumatologisch kritisch kranker Kinder im Schockraum dar. Durch die Weiterentwicklung des (PR_E-)AUD2IT Algorithmus können die expliziten Bedürfnisse für kritisch kranke Kinder in erfahrene und weniger erfahrene Schockraumteams von Kindernotaufnahmen bis hin zu Interdisziplinären Notaufnahmen etabliert werden [9, 10].

In der strukturierten Vorbereitungsphase („Zero Survey“) des Algorithmus, getriggert durch einheitliche Alarmierungskriterien und prähospitalen Informationen [11, 12] wird die frühzeitige Aktivierung von pädiatrischen Schockraumteams und Prozessen gestartet.

Mit Ankunft des kritisch kranken Kindes erfolgt die Übergabe anhand des „SINNHAFTE“-Schemas, welches die 5-Second-Round vorsieht und unter Nutzung des pädiatrischen Blickdiagnose Dreiecks, in der folgenden Primary Survey Phase das führende Problem nach dem ABCDE-Schema (ABCDE: Atemwege – Beatmung – Kreislauf – neurologisches Defizit – Exploration) identifiziert und adressiert. Ziel ist die frühzeitige Identifikation vital bedrohlicher Zustände anhand von den ABCDE-Problemen und dem führenden Leitsymptom, eine standardisierte Initialversorgung, sowie die Unterstützung einer leitlinienorientierten und reproduzierbaren Versorgungsstruktur [10].

Durch die zwischen den Versorgungsphasen etablierten Team-Time-Outs und Debriefings am Ende der Schockraumbehandlung, gelingt die Teamkoordination (während der pädiatrischen Versorgung) im interprofessionellem und interdisziplinärem Team nach den Prinzipien des Crew Resource Managements. Schließlich fördern dieser Ansatz und Analyse im Team die systemischen und organisatorischen Optimierungen von Prozessen innerhalb der Institution. Die (PR_E-)AUD2IT Umfragen im Bereich der Kinderschockraumversorgung zeigen dabei regelmäßig systemische Herausforderungen und Defizite wie fehlende Standardisierung, Ausbildung in der pädiatrischen Notfallversorgung, unklare Verantwortlichkeiten und Dokumentationslücken [13]. Der Ansatz zielt daher auf eine verbesserte Transparenz und Strukturierung von Abläufen ab, um eine stabile und konsistente Versorgung kritisch kranker Kinder im Schockraum sicherzustellen und die Grundlage für pädiatrische Notfallmedizinausbildungskonzepte zu bilden.

Insgesamt verdeutlicht die Entwicklung von der strukturellen Krankenhausreform über die aktuelle Ausgestaltung der Kindernotaufnahmen bis hin zu qualitätssichernden Konzepten wie dem Päd(PR_E-)AUD2IT, die zunehmende Bedeutung strukturierter Prozesse in einer sich verdichtenden und spezialisierenden Versorgungslandschaft.

Literatur

- [1] Statistisches Bundesamt (Destatis): Grunddaten der Krankenhäuser - Fachserie 12 Reihe 6.1.1 – 2021. Stand: 05.12.2022. Zugriff am 04. Mai 2026: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhauser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/grunddaten-krankenhaeuser-2120611217004.html>
- [2] Bundesministerium für Gesundheit (BMG): Bundesministerium für Gesundheit: Fallpauschalen (DRG-System). Berlin 2024. Zugriff am 04. Mai 2026: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/f/fallpauschalen>
- [3] Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Hrsg. Krankenhaus-Report 2013. Mengendynamik: mehr Menge, mehr Nutzen. Stuttgart: Schatttaurt; 2013
- [4] Deutsches Ärzteblatt. Studie zeigt erstmals kausale Effekte des DRG-Systems auf die Versorgung. Stand: 13.09.2022. Zugriff am 04. Mai 2026: <https://www.aerzteblatt.de/news/studie-zeigt-erstmal-kausale-effekte-des-drg-systems-auf-die-versorgung-fe23b43c-bc1d-470e-8581-4edfe51f8329>

- [5] Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Erste Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung - Empfehlungen der AG Pädiatrie und Geburtshilfe für eine kurzfristige Reform der stationären Vergütung für Pädiatrie, Kinderchirurgie und Geburtshilfe. Stand: 08.07.2022. Zugriff am 04. Mai 2026: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/220708_Empfehlung_AG_Paediatrie_und_Geburtshilfe_zu_Paediatrie_und_Geburtshilfe.pdf
- [6] Groenewold U. Erste Daten zur Notfallversorgung von Kindern und Jugendlichen. Schleswig-Holsteinsches Ärzteblatt 2025. Zugriff am 04. Mai 2026: <https://www.aeksh.de/aerzteblatt/artikel/detail/erste-daten-zur-notfallversorgung-von-kindern-und-jugendlichen>
- [7] Kompetenzzentrum Jugend-Check / Forschungsstelle für Gesetzesfolgenabschätzung: Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung (Stand: 17.11.2025). Zugriff am 04. Mai 2026: https://dopus.uni-speyer.de/files/7519/JC_Notfallgesetz_21.LP_RefE.pdf
- [8] Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung. Stand: 20.04.2026. Zugriff am 04. Mai 2026: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/N/Gesetzentwurf_Notfallreform_22-04-2026.pdf
- [9] Michael M, Bölke C, Schunk D. Versorgungsalgorithmus für die Behandlung nichttraumatologisch kritisch kranker Kinder und Jugendlicher im Schockraum – der Päd(PR_E-)AUD2IT-Algorithmus. Notfall Rettungsmed 2025: doi:10.1007/s10049-025-01622-4
- [10] Gröning I, Hoffmann F, Biermann H. Das (PR_E-)AUD2IT-Schema als Rückgrat für eine strukturierte Notfallversorgung und Dokumentation nichttraumatologischer kritisch kranker Schockraumpatienten. Notfall Rettungsmedizin 2022; 25: 491 – 498
- [11] Tautz J, Schunk D, Bölke C. Überlegungen und Herausforderungen zur zukünftigen Versorgung kritisch kranker Kinder im nichttraumatologischen Schockraum. Notfall Rettungsmed 2024: doi:10.1007/s10049-024-01367-6
- [12] Tautz J, Priebe C, Schunk D. Versorgung nichttraumatologisch kritisch kranker Kinder im interdisziplinärem Team? Notfall Rettungsmed 2023; 26: 501 – 510 doi:10.1007/s10049-023-01230-0
- [13] Schunk D, Bölke C, Juskeviciute A. Versorgungsrealität kritisch kranker Kinder und Jugendlicher in deutschen Notaufnahmen: Ergebnisse einer bundesweiten Umfrage. Notfall Rettungsmed 2025: doi:10.1007/s10049-025-01603-7