



## Pädiatrie

# Die Daseinsvorsorge sichern

Die Lage der stationären Kinder- und Jugendmedizin hat sich in den vergangenen Jahren weiter verschärft: von einer Unterfinanzierung im DRG-System über einen Personalmangel in der Pflege bis zu hohen Dokumentationspflichten. Die neue Regierung will sich der Probleme nun annehmen.

**A**nfang August dieses Jahres unterschrieben 41 teils leitende Ärztinnen und Ärzte der Universitätsmedizin Rostock (UMR) einen Brief an die Landesregierung, in dem sie darauf hinwiesen, dass die Kinderklinik der UMR die Akutversorgung von Kindern und Jugendlichen im Großraum Rostock nicht mehr voll aufrechterhalten könne. „Neben Spezialambulanzen kann ein wesentlicher Kernbereich – die Kinderintensivstation – nicht mehr kontinuierlich betrieben werden“, heißt es in dem Brief. Aufgrund von Organisationsverschulden patientenferner Entscheider sei die notwendige Personalentwicklung nachhaltig verhindert worden.

Bereits seit Jahren weisen Kinderärztinnen und -ärzte darauf hin, wie schlecht es um ihre Fachrichtung steht, insbesondere im stationären Bereich. Kinder und Jugendliche

seien keine kleinen Erwachsenen, ist ihr Argument. Deshalb könne die Finanzierung der Pädiatrie auch nicht mit dem Finanzierungssystem der Erwachsenenmedizin funktionieren. Das Ergebnis sei eine strukturelle Unterfinanzierung, die zwangsläufig zu einem Abbau von Versorgungsstrukturen führe.

### Geschlossene Abteilungen

„In den letzten zehn Jahren wurden 24 pädiatrische Abteilungen geschlossen oder zusammengelegt“, sagt Jochen Scheel, Geschäftsführer der Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland (GKinD), dem *Deutschen Ärzteblatt (DÄ)*. Die Gesamtzahl der Kinder- und Jugendabteilungen ging dem Statistischen Bundesamt zufolge von 440 im Jahr 1991 auf 339 im Jahr 2019 zurück. Dazu zählen 83 Abteilungen für Kinderchirurgie.

Häufig, so Scheel, seien es wirtschaftliche Gründe gewesen, die zur Schließung der pädiatrischen Abteilungen geführt haben. „Dabei handelte es um kleine Einheiten, die sich über die Fallpauschalen nicht refinanzieren konnten“, erklärt der GKinD-Geschäftsführer. „Deshalb haben sich die Träger entschieden, diesen Leistungsbereich aufzugeben.“ Gelegentlich werde aber auch angegeben, dass ein Weiterbetrieb nicht mehr möglich sei, weil es in der jeweiligen Region nicht gelinge, Fachärztinnen und -ärzte sowie Kinderkrankenpflegekräfte zu gewinnen.

GKinD zufolge ist die ärztliche Nettoarbeitszeit bei den Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten in den letzten zehn Jahren in etwa konstant geblieben. Zwar sei die Zahl der stationär tätigen Pädiater in diesem Zeitraum kontinuierlich angestiegen. Gleichzeitig sei die

Foto: picture alliance/dpa/Sebastian Goltzow

durchschnittliche Arbeitszeit jedoch gesunken. Der ärztliche Dienst in den Kinderkliniken, betont Scheel, sei jedoch nicht der primär limitierende Faktor.

### Fehlendes Personal

Anders sieht es in der Kinderkrankenpflege aus. „Aktuell schätzen wir, dass in den bundesdeutschen Kinderkliniken und -abteilungen mindestens 3 000 Vollzeitkräfte in der Kinderkrankenpflege fehlen“, sagt Scheel. „Das sind mehr als zehn Prozent.“ Insgesamt gebe es circa 40 000 Kinderkrankenpfleger und -schwestern. Allerdings sei der Anteil der Teilzeitbeschäftigten von 50 Prozent im Jahr 2004 auf 60 Prozent im Jahr 2019 angestiegen. „Aktuell gehen wir deshalb von etwa 28 000 Vollzeitäquivalenten aus“, erklärt Scheel.

Dass etwa 3 000 Vollzeitkräfte in der Kinderkrankenpflege fehlen, hat Auswirkungen auf die Versorgung. „Es kommt immer häufiger zu Situationen, in denen die Aufnahme weiterer Patienten aufgrund von fehlendem Personal in der Kinderkrankenpflege nicht mehr möglich ist“, berichtet Scheel. Deutlich zeige sich dies in der derzeitigen RSV-Welle.

Der Verband Leitender Kinder- und Jugendärzte und Kinderchirurgen Deutschlands (VLKKD) hat vor Kurzem eine Umfrage zu diesem Thema durchgeführt. Dabei gaben 78 Prozent der teilnehmenden pädiatrischen Kliniken an, dass sie in der RSV-Welle mehr Patienten behandelten, als sie eigentlich dürften. „Die Kliniken befinden sich in einer Zwickmühle“, sagt VLKKD-Präsident Prof. Dr. med. Andreas Trotter dem *DÄ*. „Wenn sie ein krankes Kind aufnehmen, obwohl sie die vorgegebenen Pflegepersonaluntergrenzen nicht einhalten können, liegt ein Übernahmeverschulden vor, wenn dem Kind etwas passiert.“ Lehne die Klinik die Aufnahme ab, könne es zu einer unterlassenen Hilfeleistung kommen, wenn auf dem Weg in ein anderes Krankenhaus etwas passiere.

Und Trotter befürchtet, dass sich der Personalmangel in der stationären Kinder- und Jugendmedizin

durch die neue generalistische Pflegeausbildung noch weiter erhöhen wird. „Die Pädiatrie ist ein ganz eigenes Fach, weil wir Kinder und Jugendliche versorgen, die eigene Bedürfnisse und eigene Krankheitsbilder haben“, erklärt er. Das zeige sich schon daran, dass es deutlich mehr DRGs in der Pädiatrie gebe als in der Erwachsenenmedizin. „Unsere Erfahrung zeigt: Junge Menschen, die eine Ausbildung in der Kinderkrankenpflege beginnen, wollen auch nur in der Kinderkrankenpflege arbeiten“, so Trotter. In der generalistischen Ausbildung müssten sie jedoch auch viele andere Inhalte lernen, zum Beispiel aus der Altenpflege. Zwar könnten sich die Auszubildenden während der generalistischen Ausbildung im dritten Jahr auf die Kinder- und Jugendpflege spezialisieren. Faktisch werde das jedoch immer schwieriger, da zunehmend weniger Pflegeschulen diesen Ausbildungsgang anbieten. „Eine aktuelle Umfrage des VLKKD hat ergeben, das im Jahr 2019 noch 52 Prozent der Pflegeschulen eine Spezialisierung auf die Kinder- und Krankenpflege im dritten Ausbildungsjahr angeboten haben“, erklärt Trotter. „2021 waren es nur noch 32 Prozent.“ Die Folge sei, dass weniger Pflegenden in den Kinder- und Jugendkliniken ankämen. Und die, die ankommen, müssten nachqualifiziert werden.

Während die Zahl der Pflegenden in der Pädiatrie ebenso sinkt wie die

Zahl der Kinderkliniken, steigt die Krankheitslast bei Kinder und Jugendlichen an. „In den vergangenen Jahren sind verschiedene Indikationen in der Pädiatrie dazugekommen“, erklärt Dr. med. Thomas Fischbach, Präsident des Berufsverbands der Kinder- und Jugendärzte (bvkj). „In erster Linie sind das psychosoziale Vorstellungsanlässe.“ Es kämen aber auch Erkrankungen wie ADHS dazu, Adipositas oder allergische Reaktionen aufgrund des Klimawandels. „Die Coronapandemie hat die Krankheitslast noch weiter erhöht“, so Fischbach. „Jetzt in der vierten Pandemiewelle herrscht sowohl in den Praxen der Kinder- und Jugendärzte als auch in den Kinderkliniken eine vollkommene Überlastung.“

### Überbordende Bürokratie

Zusätzlich verschärft wird das Problem durch die Bürokratie. Als Beispiel nennt Trotter die Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). „Die QFR-RL macht über 120 Vorgaben, die die Perinatalzentren erfüllen müssen“, erklärt Trotter. „Zum Teil sind es sinnvolle Vorgaben, zum Teil sind sie aber auch völlig überzogen. In jedem Fall verursachen sie einen enormen dokumentarischen Aufwand.“

„Die überbordende Bürokratie trägt zum Personalmangel bei“, sagt Prof. Dr. med. Jörg Dötsch, Präsi-

## Stimmen aus der Versorgung

Bereits im Jahr 2019 veröffentlichten Dr. med. Annic Weyersberg et al. im *Deutschen Ärzteblatt* eine Studie, in der sie auf der Basis von Interviews unter anderem ein Stimmungsbild der Fachrichtung Pädiatrie zusammenfügten (*DÄ*, 37/19). In Originalzitatzen wurde darin der Druck spürbar, der auf den Mitarbeitern lastet. „Heute ist die Kindermedizin ein defizitäres Anhängsel an einem Großklinikum, das man irgendwie braucht, das man aber versucht, so klein wie möglich zu halten“, erklärte dabei einer der Befragten. Ein weiterer sprach von „dem Wahn, dass man eine Klinik durch Personaleinsparungen sanieren kann. Das geht in einem Bereich,

in dem das Personal der entscheidende Faktor ist, einfach nicht.“

Ein Interviewteilnehmer sprach über das Verhältnis zu den Eltern, das infolge der Verdichtung der täglichen Arbeit leiden könne: „An manchen Tagen muss man an Eltern, die weinend auf dem Flur stehen, vorbeigehen und sich denken: ‚Du kannst jetzt nicht da stehen bleiben, das geht einfach nicht.‘“ Ein weiterer sprach über die Notwendigkeit zur Priorisierung: „Im Winterhalbjahr sind die Engpässe besonders dramatisch. Und wir stehen jeden Tag vor der Frage, welchen Kindern wir absagen und welche wir aufnehmen.“

[www.aerzteblatt.de/191586](http://www.aerzteblatt.de/191586)

dent der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ), dem DÄ. Als Beispiel nennt er die aktuell geltenden Pflegepersonaluntergrenzen im Bereich der „neonatalogischen Pädiatrie“. „Hier wird ein Personalschlüssel hinterlegt, der einer aktuellen Leitlinie zur Strukturqualität in der perinatalogischen Versorgung widerspricht“, kritisiert Dötsch. Zudem habe der G-BA im Rahmen der QFR-RL bereits Personalschlüssel für Perinatalzentren festgelegt. „Beide Vorgaben auf einer Station sind in den Kliniken praktisch nicht umsetzbar“, betont Dötsch. „Zudem sind sie mit einem erheblichen Dokumentationsaufwand verbunden.“

Trotter vom VLKKD befürchtet, dass die Vorgaben des G-BA zu einem weiteren Ausdünnen der Versorgungslandschaft führen werden. „Ende Dezember 2020 hat der G-BA beschlossen, die Mindestmengen im Bereich der Versorgung Frühgeborener mit einem Gewicht von unter 1 250 Gramm auf 25 pro Jahr und Klinik zu erhöhen“, sagt Trotter. „Das bedeutet, dass wir in Deutschland 40 Perinatalzentren mit dem Level 1 verlieren werden, die diese Mindestmenge nicht einhalten können.“ Dies hätte große Auswirkungen auf die pädiatrische Versorgung in der Fläche.

Die Pädiatrie ist ein besonderes Fach – nicht nur, weil die versorgten Patientinnen und Patienten eigene Bedürfnisse und Krankheitsbilder haben, sondern auch wegen der Art der Versorgung. „Kinder und Jugendmedizin ist zu einem Großteil Notfallmedizin“, erklärt Dötsch von der DGKJ. „Etwa 80 Prozent der stationären Fälle sind Notaufnahmen.“ Saisonale Infektwellen wie die aktuelle RSV-Welle führten immer wieder dazu, dass Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin innerhalb einer kurzen Zeit eine Vielzahl von Patienten zu versorgen haben. Diese Art der Versorgung führt zu hohen Vorhaltekosten. „Das Vorhalten von Personal, aber auch von räumlichen und apparativen Ressourcen, um für solche Situationen gerüstet zu sein, ist im DRG-System aber nicht vorgesehen“, sagt Dötsch. „In der Kinder- und Ju-

gendmedizin mit ihrer Vielzahl von DRGs sind große homogene Diagnosegruppen als stabile Kalkulationsbasis der Finanzierung selten zu erreichen.“ Auch Extremkostenfälle, wie sie typischerweise bei Maximalversorgern wie zum Beispiel Universitätskliniken auftreten, würden nicht ausreichend finanziert. In der Folge seien Kliniken und Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin wirtschaftlich in einem renditeorientierten System unattraktiv und von Schließungen bedroht. „Viele Abteilungen überleben nur



Foto: MFK Uniklinik Köln

## „Viele Abteilungen überleben nur durch eine Querfinanzierung erlösträchtigerer Erwachsenenabteilungen.“

Jörg Dötsch, DGKJ

durch eine Querfinanzierung erlösträchtigerer Erwachsenenabteilungen“, so Dötsch. „Innovationen in eine adäquate bauliche und apparative Ausstattung der Kinderkliniken werden zurückgestellt.“ Auch kinderonkologische Zentren sehen sich im aktuellen Finanzierungssystem gezwungen, die Regelversorgung mit Spenden querzufinanzieren (siehe nachfolgenden Artikel).



Foto: VLKKD

## „Die Vorgaben des G-BA werden zu einem weiteren Ausdünnen der Versorgungslandschaft führen.“

Andreas Trotter, VLKKD

In den vergangenen Legislaturperioden blieben ihre Forderungen allerdings ungehört. Von der scheidenden Bundesregierung wurden Kinderkliniken in besonders strukturschwachen Regionen lediglich in den Kreis der Krankenhäuser aufgenommen, die einen Sicherstellungszuschlag in Höhe von 400 000 Euro erhalten können. Trotter nennt das „einen Tropfen auf den heißen Stein“. Zudem kritisiert er, dass der Zuschlag nicht zweckgebunden ist. Insofern sei nicht sichergestellt,

dass das Geld auch wirklich in der jeweiligen Kinderklinik ankomme.

Im Zusammenhang mit der Regelung der Sicherstellungszuschläge hat der G-BA auch erstmals den Versorgungsbedarf in der Pädiatrie definiert. Die Erreichbarkeit einer pädiatrischen Fachabteilung mit einer Basisnotfallversorgung muss demnach innerhalb von 40 Autominuten sichergestellt sein. „Das ist bereits ein Zugeständnis an die Versorgungslage in der Pädiatrie“, meint Trotter. Denn bei den Erwachsenen, die ja nicht per se als vulnerablere Patientengruppe angesehen werden könnten, müsse ein Krankenhaus innerhalb von 20 Autominuten erreichbar sein.

An dieser Stelle wird der Konflikt zwischen der Daseinsvorsorge und dessen Finanzierung evident. „Es gehört zur Aufgabe der Daseinsvorsorge, dass die Politik eine qualifizierte pädiatrische Versorgung überall im Land sicherstellt“, betont Fischbach vom bvkj. Dazu gehöre selbstverständlich auch deren Ausfinanzierung, die allerdings im aktuellen System nicht gegeben sei. Die Folge seien Schließungen von Kinderkliniken, die einer Aufrechterhaltung der Daseinsvorsorge entgegenstünden.

## Gesellschaftlicher Konsens

Trotter vom VLKKD vergleicht die Finanzierung der pädiatrischen Daseinsvorsorge mit der Finanzierung der Feuerwehr. „In Deutschland gibt es einen gesellschaftlichen Konsens, demzufolge Strukturen ausfinanziert werden müssen, die es ermöglichen, jedes brennende Haus in Deutschland schnell zu löschen“, sagt er. „Wir fordern, dass auch Strukturen ausfinanziert werden, die es ermöglichen, jedes möglicherweise schwer kranke Kind schnell zu behandeln.“ Leider gebe es dafür bislang keinen gesellschaftlichen Konsens.

In der kommenden Legislaturperiode könnte sich das ändern. Denn in dem Koalitionsvertrag, den SPD, Grüne und FDP am 24. November vorgelegt haben, heißt es: „Kurzfristig sorgen wir für eine bedarfsgerechte auskömmliche Finanzierung für die Pädiatrie, Notfallversorgung und Geburtshilfe.“ **Falk Osterloh**