

Olga Staudacher

## Wie soll ein krankes System kranke Kinder heilen?

Wer gegenwärtig ärztliche Hilfe für seine Kinder sucht, trifft auf ein völlig überlastetes System. Nicht nur die Kinderarztpraxen sind oftmals überlaufen, auch die Kinderstationen in den Krankenhäusern arbeiten seit Jahren am Limit – das erlebe ich täglich bei meiner Arbeit in der Kinderstation der Berliner Charité. Warum sie nicht bei ihrer Kinderärztin waren, frage ich immer wieder die Eltern. Ihre Antwort: Sie haben keine, sind ganz frisch nach Berlin gezogen, und die Kinderarztpraxen nehmen keine neuen Patient:innen auf. Stattdessen haben die Eltern mit dem Kind sechs Stunden in der Notaufnahme gewartet, um dann von mir zu hören, dass es sich nur um eine einfache Erkältung handelt – keine Grippe, kein Corona, keine Lungenentzündung. Die Wartezeit wäre etwas kürzer gewesen, wenn die Eltern verstanden hätten, dass es in der Notaufnahme darauf ankommt, wie dringend die Versorgung ist und nicht, wer zuerst da war. Frustriert sprechen manche von unterlassener Hilfeleistung und drohen mit der Polizei. Ja, es ist schwer zu ertragen, wenn das eigene Kind krank ist und man das Gefühl hat, dass niemand hilft. Für mich als Ärztin ist es aber auch alles andere als einfach, meine Zeit mit Deeskalation zu verbringen, anstatt die schwer kranke Patientin im Nebenzimmer zu behandeln. Mich belastet es, niemandem gerecht werden zu können: nicht den Kindern, die sofort behandelt werden müssen, nicht den Eltern, die sich Sorgen machen und vor allem Rückversicherung brauchen, und nicht den eigenen Ansprüchen an die Behandlung der Patient:innen.

Übrigens auch nicht dem üblichen, sogenannten Manchester-Triage-System, das evidenzbasierte Zeiten festlegt, nach denen Patient:innen in der Rettungsstelle untersucht werden sollten. Es müsste viel passieren, damit sich all das ändert.

### Keine kleinen Erwachsenen

Kinder sind keine kleinen Erwachsenen, sagt eine unserer Oberärztinnen gerne. Deshalb funktionieren die diagnosebezogenen Fallpauschalen (DRGs) für Kinderkliniken noch schlechter als im Rest des Gesundheitssystems. Deswegen schreiben die Pädiatrien in Krankenhäusern überall in Deutschland rote Zahlen, stehen vor der Schließung. Als die DRGs etabliert wurden, waren die Zustände in den Krankenhäusern noch andere: Patient:innen wurden oft länger als nötig im Krankenhaus behalten, das sollte sich mit den DRGs ändern. Vergütet wurde fortan nicht mehr nach der Dauer des Aufenthalts, sondern nach der Ursache. Doch die besonderen Verhältnisse in der Kindermedizin fielen dabei unter den Tisch.

Da wäre erstens die Saisonalität: Im Winter laufen Nasen, schmerzen Ohren und wüten Viren. Viel mehr Kinder als üblich benötigen eine stationäre Behandlung, es müssen Betten für sie bereitgehalten werden. Jahrelang standen in Kinderstationen in den Sommermonaten deshalb Betten leer. Doch da unbelegte Betten seit der DRG-Finanzierung nicht mehr vergütet werden, passten die Ökonomen in

den Geschäftsleitungen die Bettenkapazität an den Bedarf im Sommer an – viele der „Winterbetten“ wurden daher abgeschafft. Während im Jahr 2010 beispielsweise in Berlin noch fast 500 Klinikbetten für Kinder betrieben wurden, waren es 2020 nur noch 419, ein Rückgang von gut 15 Prozent. Zugleich aber nahm die Anzahl der Kinder und Jugendlichen in Berlin um 20 Prozent zu. Die Kliniken arbeiten nun bereits im Sommer an ihren Kapazitätsgrenzen, um sich zu finanzieren. Im Winter stehen sie regelmäßig vor dem Kollaps, müssen Kinder mitunter nach Mecklenburg-Vorpommern verlegt werden, weil keine näher gelegene Klinik noch über freie Betten verfügt.

Zweitens: der „Casemix“. Das tägliche Brot der Kinderärzt:innen ist nicht lukrativ. Wir behandeln Kinder nicht deshalb mit intravenösen Antibiosen, weil ihre bakterielle Infektion besonders schwer ist, sondern weil eine orale Therapie nicht zuverlässig geschluckt wird – und dann aus einer relativ harmlosen Blasenentzündung eine schwere Nierenbeckenentzündung erwachsen kann. Während eine Bronchitis bei Erwachsenen meist unaufwändig behandelt werden kann, benötigen viele Kinder einige Tage lang zusätzlichen Sauerstoff, den sie nur in der Klinik bekommen können. Da vor allem Operationen mit kurzen Liegezeiten gut vergütet werden – wie Hüftprothesen oder Herzkatheteruntersuchungen, die nur bei einem ganz kleinen Teil unserer Patient:innen indiziert sind, können sich nur die wenigsten Pädiatrien über solche lukrativen Operationen qualifizieren. Und tagesstationäre oder ambulante Behandlungen, die für die Kinderheilkunde relevant wären, lassen sich bislang nur schwer oder gar nicht abrechnen.

Drittens: der Zeitaufwand. Selbst simple, alltägliche Tätigkeiten wie Blutabnahmen oder eine Untersuchung verlangen oft mehr Personal und sind im Zeitaufwand nicht mit der Erwachsenenmedizin zu vergleichen.

Ich habe Zweijährige erlebt, die bei einer Blutabnahme von drei Menschen festgehalten werden mussten. Zudem ist auch die apparative Diagnostik bei Kindern oft teuer und aufwändig: Während Erwachsene mittels eines relativ kostengünstigen, sehr schnellen, aber strahlenintensiven CT untersucht werden, führen wir bei Kindern mit der gleichen Fragestellung ein langwieriges, teures MRT durch, um die Strahlenbelastung zu verringern. Hinzu kommt noch ein wesentlicher Aspekt: Die Behandlungen und Diagnosen müssen nicht nur den eigentlichen Patient:innen erklärt werden, sondern auch den beiden zugehörigen Sorgeberechtigten. Die wiederum machen mit ganz eigenen Bedenken, Bedürfnissen und Sorgen ihren Anspruch auf Information und Aufklärung geltend, denen wir viel zu oft nur unzureichend gerecht werden können.

### **Nicht für Kinder gemacht**

Im Alltag meiner Kolleg:innen und mir spielt die eigentlich vorgesehene Mindest- oder Höchstliegezeit für eine Diagnose keine Rolle. Anders als fürs Pflegepersonal gibt es für Ärzt:innen keine Obergrenzen für die zu betreuenden Patient:innen, obwohl dies längst überrückfällig ist. Oft sind wir für 15 bis 20 Kinder am Tag verantwortlich. Morgens stehen wir vor dem Belegungsplan der jeweiligen Station und überlegen, welches dieser Kinder entlassen werden könnte, irgendwie.

Noch bevor ein Kind die Klinik verlassen hat, haben wir das Bett schon an eines der Kinder vergeben, die in der Notaufnahme übernachten mussten. Und auch Kinder, die eigentlich auf die Intensivstation gehören, können dort aufgrund des Bettenmangels mitunter nicht behandelt werden. So fand ich mich im Zimmer einer frisch von der Intensivstation verlegten Patientin, der es offensichtlich nicht gutging. Ich hätte ihr gerne ein bestimmtes Medika-

ment verabreicht, unter Überwachung und in Intubationsbereitschaft, auf einer Intensivstation. Diese aber war voll, weshalb die Patientin ja auf meiner Station war. Ich stand also am Bett und vor der Wahl, den Eltern zu gestehen, dass ich ihr Kind gerade nur suboptimal behandeln kann, oder sie anzulügen und ihnen wenigstens das Gefühl von Sicherheit zu geben. Vor der Wahl also, ehrlich zu sein, oder den Eltern ihre Sorgen in einer Situation zu nehmen, die keiner von uns beeinflussen kann. Was hätten Sie sich von Ihrer Ärztin gewünscht?

Am 2. Mai 2022 verkündete Gesundheitsminister Karl Lauterbach, dass eine Regierungskommission ein Konzept für eine verbesserte Finanzierung der Pädiatrie erarbeiten werde. Zwei Monate später stand ein erster Vorschlag, am 2. Dezember beschloss der Bundestag, zwischen 2023 und 2024 jeweils 300 Mio. Euro zusätzlich in die medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen zu stecken. Ab 2025 soll dann ein zweisäuliges System in Kraft treten, eine Kombination aus Vorhaltekosten und – weiterhin – Fallpauschalen.<sup>1</sup> Im gegenwärtigen politischen Kontext ist das eine rasante Geschwindigkeit für eine solche Veränderung. Und trotzdem kommt sie viel zu spät – und geht nicht weit genug: Bereits das dritte Jahr in Folge wurden in diesem Winter geplante Operationen für Kinder und Jugendliche abgesagt. Viele ambulante Kinderärzt:innen setzen zudem Vorsorgeuntersuchungen für Kinder über einem Jahr wieder aus. Die Rettungsstellen sind voll wie nie zuvor und die Betten nicht nur in Berlin und Brandenburg ausbelegt.

Während das System offenkundig zusammenbricht, basieren beide neuen Finanzierungsmodelle auf einem alten Konzept, das sogar Karl Lauterbach bereits als ungeeignet befunden hat. Warum aber wird ein gescheiter-

tes System weiterhin als Grundlage für die neue Finanzierung herangezogen?

Gerade auch den neuen Herausforderungen, vor denen die ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung angesichts des gesellschaftlichen Wandels stehen, wird diese nicht gerecht: Da wäre das sogenannte *Overcrowding* der Rettungsstellen und Kinderarztpraxen. Immer mehr Familien stellen sich mit leichten Erkrankungen vor, suchen nach Bestätigung und Rückversicherung. Vor einer Generation wäre deren Bedürfnis nach Aufklärung wahrscheinlich noch von Großeltern und Tanten geleistet worden.

Zugleich versorgen wir immer mehr komplex erkrankte Kinder – eine Folge unseres eigenen medizinischen Fortschritts, aber auch der Immigration aus Gebieten ohne flächendeckende Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen oder Zugang zur Gesundheitsversorgung. Hinzu kommt, dass sich das Defizit bei den Betten durch den eklatanten Fachkräftemangel in der Pflege noch verschlimmert.

### Ein Blick über den Tellerrand ist nötig

In der Pädiatrie macht sich verschärfend zudem bemerkbar, dass es bundesweit keine Ausbildung zur Kinderkrankenpflege mehr gibt. Wer pflegerisch explizit mit Kindern arbeiten möchte, muss in der Ausbildung zunächst drei Jahre lang Erwachsene waschen, betreuen und versorgen, um dann zu hoffen, in eine Kinderklinik wechseln zu können. Das schreckt viele eigentlich motivierte Auszubildende von vornherein ab – zulasten der kranken Kinder.

Doch nicht nur das: Kinder sind wirklich keine kleinen Erwachsenen. Wer als Erwachsenenpfleger:in ausgebildet ist, hatte unter Umständen lediglich einen Praxiseinsatz in der Pädiatrie, kann Kinder also weder wickeln noch die spezifischen Medikamente bereit-

1 Vgl. den Beitrag von Ulrike Baureithel in dieser Ausgabe.

stellen oder die Geräte kindgerecht navigieren. Diese Entscheidung sollte also dringend wieder revidiert werden. Mit einem beneidenswerten Selbstvertrauen haben die aktuell Pflegenden in den Krankenhäusern in Berlin und NRW durchgesetzt, dass die Zahl der von ihnen betreuten Patient:innen klar begrenzt ist, und verhindern so Gefahrensituationen – verknappen damit aber auch Behandlungskapazitäten.

Hinzu kommt im ambulanten Bereich ein in den kommenden Jahren massiv zunehmendes Problem: Viele Kinderarztpraxen finden nach der Berentung des Inhabers oder der Inhaberin keine Nachfolger. So gab es in Berlin Neu-Hohenschönhausen 2008 noch sechs niedergelassene Kinderärzt:innen, 2022 nur noch einen – der über den Jahreswechsel wegen Überlastung seines Teams seine Pforten schloss. Anstatt für 2200 Kinder ist er nun für die 8000 dort lebenden Kinder der einzig verfügbare Kinderarzt – mit allen damit verbundenen Problemen, wie einem viel zu früh ausgeschöpften Budget, weshalb seine Arbeit von den Krankenkassen nicht mehr ausreichend entlohnt wird.<sup>2</sup>

Dabei könnten wir diesen vielfältigen Herausforderungen mit einem Blick über den eigenen Tellerrand begegnen: So werden Vorsorgeuntersuchungen in vielen Ländern von gut ausgebildetem Pflegepersonal durchgeführt. In Skandinavien ist es schon seit Jahrzehnten üblich, Antibiotikatherapien ambulant zu verabreichen – kleine Kinder mit Blasenentzündungen dürfen dann zu Hause schlafen, statt wie bei uns sieben Tage im Krankenhaus verbringen zu müssen. Das entlastet nicht nur die Familien und schafft freie Betten, sondern reduziert auch den Anteil der Pflegenden, die im Schichtdienst arbeiten müssen. Auch aus der Pandemie hätten wir einige

Neuerungen retten können. So schlagen etwa amerikanische Autor:innen eine Art telemedizinische Notaufnahme vor, in der Patient:innen zunächst digital von Fachpersonal eingeschätzt werden und sich im Idealfall nur mit wirklich akut behandlungsbedürftigen Erkrankungen in der „analogen“ Notaufnahme vorstellen. Alle anderen werden je nach Beschwerden zur Diagnostik in eine Tagesklinik oder zur Kontrolluntersuchung am nächsten freien Termin zum Hausarzt verwiesen.

Nicht zuletzt könnte man auch viel von den Pflegenden lernen. So verbessern die vom Pflegepersonal durchgesetzten Pflegeobergrenzen nachweislich die Patient:innensicherheit. Doch dass auch Ärzt:innen keine unbegrenzte Anzahl an Kindern betreuen können, scheint zu sehr am Ego vieler Mediziner:innen zu kratzen. Dabei gäbe es – das lässt sich zumindest für die Kinderkliniken Berlins sagen – einen Überschuss an Bewerber:innen. Die Patient:innenversorgung wäre durch einen solchen Schlüssel keinesfalls gefährdet – man müsste lediglich mehr Personal einstellen.

Die von Lauterbach angekündigte Reform der Krankenhausfinanzierung hätte einen Anlass geboten, ein wirklich neues System zu etablieren, einen anderen Weg möglich, vielleicht sogar attraktiv zu machen. Doch wie es derzeit aussieht, wird sich nicht viel ändern – jedenfalls solange sich kein grundsätzlicher Widerstand formiert.

Als die Regierungskommission gebildet wurde, waren unsere Hoffnungen groß. Inzwischen aber sickert die Erkenntnis durch, dass, sollte es bei den bisherigen Vorschlägen bleiben, der späte Feierabend weiterhin damit beginnen wird, alle entlassenen und aufgenommenen Patient:innen des Tages Revue passieren zu lassen, und zum gleichen Resümee zu kommen: „Was wäre die Alternative gewesen? Es wird schon gut gehen.“ Und jedes Mal zu hoffen, dass man damit am Ende Recht behält.

2 Vgl. „Wir können nicht mehr!“ – Einzige Kinderarzt-Praxis in Neu-Hohenschönhausen ist völlig überlaufen, [www.berliner-kurier.de](http://www.berliner-kurier.de), 2.12.2022.