



Thema Pädiatrie

# Gefangen zwischen Ethik und Ökonomie

Eine wissenschaftliche Studie mit Mitarbeitern von Kinderkliniken zeigt, wie dramatisch die Situation dort ist und wie dringend der Handlungsbedarf.

Annic Weyersberg, Bernd Roth,  
Ursula Köstler, Christiane Woopen

Ökonomischer Druck geht nach einer wachsenden Zahl empirischer Erhebungen mit einer Beeinflussung medizinischer Handlungs- und Entscheidungsprozesse einher (5–8). Damit steht die Pädiatrie in einem nach Effektivität und Standardisierung strebenden Gesundheitssystem in einem besonderen Spannungsverhältnis (9, 10).

Der vorliegende Beitrag stellt Teilergebnisse einer empirischen Erhebung zum Thema Ökonomisierung in der Pädiatrie vor. Ziel der Studie ist die wissenschaftliche Erhebung, Beschreibung und Analyse ökonomisch motivierter Handlungs- und Entscheidungskonflikte in der Pädiatrie. In qualitativen, leitfadengestützten Einzel- und Gruppeninterviews wurden 50 Beschäftigte in Kinderkliniken sowie Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin und Kinderchirurgie in ganz Deutschland befragt.

Die Bedürfnisse von Kindern und der fachbedingte Mehrbedarf der Pädiatrie werden nach überwiegender Ansicht der Befragten weder im derzeitigen Entgeltsystem noch auf individueller Krankensebene ausreichend berücksichtigt. Die Unterfinanzierung der Pädiatrie habe dazu geführt, dass die Versorgung kranker Kinder nicht mehr umfassend gewährleistet sei. Neben einem Abbau pädiatrischer Versorgungseinrichtungen und -kapazitäten mangle es an personellen und sachlichen Ressourcen.

Die erheblichen Erlösunterschiede innerhalb der Pädiatrie führten

zudem zu einem Wettbewerb um ertragsstarke Subdisziplinen wie die Neonatologie oder die Onkologie mit Benachteiligung erlösschwacher Bereiche wie der Allgemeinpädiatrie, der pädiatrischen Endokrinologie oder der Gastroenterologie. So würden Personal und Ressourcen vorrangig in ertragreiche Bereiche gesteuert, mit der Folge einer ökonomisch bedingten Umstrukturierung der pädiatrischen Versorgungslandschaft. Dabei komme es einerseits zu Überversorgung, wie im Bereich der Level-1-Perinatalzentren, und andererseits zu erheblicher Unterversorgung, vor allem für chronisch und schwer kranke Kinder.

## Lästiger Appendix

In vielen Bereichen der Pädiatrie kann die Grundversorgung nur durch Spenden und Drittmittel aufrechterhalten werden. Das in einzelnen Bereichen hohe Spendenaufkommen kommt aber den befragten Experten zufolge häufig nur bestimmten Patientengruppen zugute, zum Beispiel onkologisch erkrankten Kindern. Zunehmend seien insbesondere Universitätskinderkliniken gezwungen, Gelder für Forschung und Lehre entgegen der gesetzlichen Bestimmungen zum Ausgleich von Defiziten der Krankenversorgung zweckzuentfremden.

Kinderkliniken werden nach Aussagen der Befragten häufig als „lästiger Appendix“ eines Gesamtklinikums betrachtet und unternehmerische Entscheidungen dementsprechend ausgerichtet. Der Status

Die Eigengesetzlichkeit des Kindesalters ist seit einem Jahrhundert Grundlage der wissenschaftlichen Pädiatrie (1, 2). Mit der Ratifizierung der UN-Kinderrechtskonvention im Jahr 1992 wurden die besonderen Bedürfnisse von Kindern zudem im geltenden Recht berücksichtigt und verbrieft, seitdem das Recht des Kindes auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit (3).

Den sehr heterogenen Gruppen des Kindesalters und dem breiten Spektrum pädiatrischer Krankheitsbilder ist dabei eines gemein: Sie entziehen sich weitestgehend einer Standardisierbarkeit. Kindermedizin ist deshalb personalintensiv und teuer. Die Anforderungen an die Gesundheitsversorgung von Kindern und die daraus entstehenden Mehrkosten werden im derzeitigen Entgeltsystem nicht ausreichend refinanziert und haben dazu geführt, dass die Pädiatrie seit Jahren unter erheblicher Finanzmittelknappheit leidet (4).

Universitätsklinik Köln,  
Forschungsstelle Ethik  
und Universität zu  
Köln, *ceres* – Cologne  
Center for Ethics,  
Rights, Economics,  
and Social Sciences of  
Health: Dr. Weyersberg,  
Prof. Dr. Woopen,  
Dr. Köstler

Klinik und Poliklinik für  
Kinder- und Jugend-  
medizin, Universitäts-  
klinik Köln: Prof. Dr.  
Roth

Die Studie wurde von  
der Marga und Walter  
Boll-Stiftung finanziert.

Foto: picture alliance/BSIP

der Pädiatrie als erlöschwaches oder ökonomisch defizitäres Fachgebiet habe zu zunehmender Abhängigkeit, fehlender Gestaltungsfreiheit und damit zu einem systematischen Bedeutungsverlust geführt. „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 einer der Befragten. Denn man wisse ja: Je größer die Kinderheilkunde werde, umso mehr Geld verliere man.

Kinderkliniken drohen vor diesem Hintergrund zum Bittsteller zu werden, da sie selbst zum Gesamtergebnis eines Klinikums kaum etwas beitragen können oder sogar Verluste generieren. Dann hängt es an der Einstellung der Geschäftsführung und des Vorstands sowie an der Solidarität der anderen Fachbereiche, inwiefern eine Kinderklinik Unterstützung erfährt. Nur vereinzelt wird von Kliniken berichtet, in denen die notwendige Querfinanzierung selbstverständlich ist und kaum Spannungen hervorruft. Einige Kliniken können durch eine günstige Konkurrenzsituation vor Ort und ein erlösstarkes Patienten-klientel ihre ökonomische Situation verbessern.

Allen Kinderkliniken scheint gemein, dass Einsparungen vorrangig durch Kürzungen beim Personal erfolgen und damit nach Ansicht der Befragten im Kernbereich einer

kindgerechten Medizin. Einer der Befragten spricht 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.“ Denn man könne die Arbeit in einer Kinderklinik nicht automatisieren.

Eine Überversorgung mit dem Ziel, den Erlös zu steigern, ist für die Befragten keine vertretbare Option. Das Entgeltsystem zwingt allerdings zu einer Überversorgung, zum Beispiel, um stationäre Aufenthalte gegenüber dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung

der Befragten berichtete von einem „Schreiben der Geschäftsleitung“, in dem er aufgefordert wurde, die Zahl der ambulanten Untersuchungen zu reduzieren. Wenn dies nicht geschehe, würden Arzt- und Pflegestellen gestrichen. Das habe ihn persönlich sehr getroffen.

Die schlechte Vergütung ambulanter Leistungen führe zu einem Abbau ambulanter Versorgungsstrukturen und damit zu einer zusätzlichen Belastung von Kindern durch lange Wartezeiten und unnötige stationäre Aufenthalte. Das breite und hochdifferenzierte Spektrum und die steigende Häufigkeit chronischer

**„Heute ist die Kindermedizin ein defizitäres Anhängsel an einem Großklinikum, das man irgendwie braucht, das man aber versucht, so klein wie möglich zu halten.“**

(MDK) rechtfertigen zu können. Einer der Befragten berichtete von einem „Diskussionsbeitrag in der Mittagsbesprechung“, in dem vorgeschlagen wurde, bei einem Patienten einen 24-Stunden-Urin oder ein EEG durchzuführen. „Das brauchte der Patient gar nicht“, fuhr der Befragte fort. „Aber wir machen es, damit der MDK uns den Fall nicht zusammenstreicht. Und das passiert, glaube ich, relativ viel.“

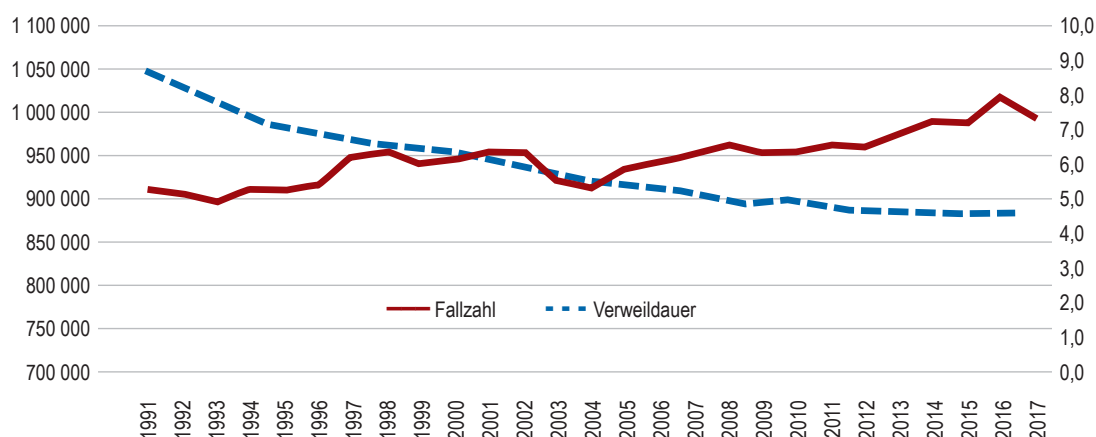
Viele Interviewteilnehmer bewerten die schlechte Vergütung ambulanter Leistungen im Krankenhaus als „deletären Faktor“. Einer

und seltener Erkrankungen macht die Verfügbarkeit ambulanter Versorgungseinrichtungen allerdings unabdingbar. Im Gegensatz zum Erwachsenenalter gibt es in einigen Bereichen jedoch kaum Ausweichmöglichkeiten auf vergleichbare Versorgungsstrukturen im Bereich niedergelassener Kinderärzte, zum Beispiel bei ambulanten Gastroskopien.

In nahezu allen Bereichen der Pädiatrie beschreiben die Interviewteilnehmer eine ausgeprägte Leistungsverdichtung. Die Anforderungen durch die gestiegene Patientenzahl, komplexere Krank-

GRAFIK 1

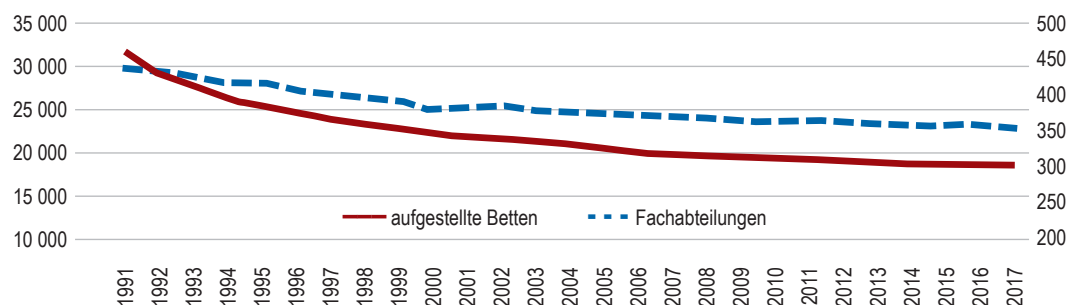
## Fallzahl und Verweildauer – Kinder und Jugendmedizin in Deutschland 1991–2017



Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) 2019

GRAFIK 2

## Anzahl Fachabteilungen und aufgestellte Betten – Kinder und Jugendmedizin in Deutschland 1991–2017



Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) 2019

heitsbilder und kürzere Aufenthaltsdauern hätten zugenommen (siehe auch Grafiken 1 und 2). Zudem hätten der gesellschaftliche Wandel und eine veränderte elterliche Gesundheitsfürsorge zu einem höheren Aufwand für Kinderkliniken geführt. Entscheidend seien zudem die stetig zunehmenden Aufgaben der Dokumentation, die in immer höherem Maße erlösrelevant seien, und damit gegenüber patientennahen Tätigkeiten in den Vordergrund rückten. Personal- und Ressourcenmangel führten außerdem zu einer zeitaufwendigen und ineffektiven Mangelverwaltung, die im hohen Maße Personalressourcen

weinend auf dem Flur stehen, vorbeigehen und sich denken: „Du kannst jetzt nicht da stehenbleiben, das geht einfach nicht.“

Nach Ansicht vieler Befragter ist die Versorgungsqualität in der Pädiatrie nicht immer umfassend gewährleistet, ebenso wie der Zugang zu vielen Gesundheitsleistungen. Ist die Aufnahme in eine Kinderklinik erfolgt, so ist nach Ansicht der Experten zwar vielfach die Versorgung nach dem derzeitigen medizinischen Standard formell gegeben. Dennoch bestünden auch hier teilweise gravierende Defizite, die vor allem auf Zeit-, Personal- und Ressourcenmangel zurückzuführen sei-

Personal- und Ressourcenmangel mit Abbau von Versorgungskapazitäten komme es zu einer zum Teil eklatanten Unterversorgung. Chronisch kranke Kinder fänden kaum noch zeit- und wohnortnah eine angemessene Versorgung. Die Kontinuität und die Qualität der Betreuung sei gefährdet. Das hat dazu geführt, „dass wir ganz katastrophale Verläufe von Erkrankungen sehen, die wir so gar nicht mehr kennen“, wie einer der Befragten erklärte.

„Es geht uns immer so, dass wir nicht die Kinder, die unsere stationäre Hilfe brauchen, aufnehmen können“, berichtete ein weiterer. „Besonders im Winterhalbjahr, weil nicht nur alle Kinder Infekte kriegen, sondern auch die chronisch Kranken aus dem Gleichgewicht kommen. Im Winterhalbjahr sind die Engpässe besonders dramatisch. Und wir stehen jeden Tag vor der Frage, welchen Kindern wir absagen und welche wir aufnehmen. Manche Kinder verlegen wir in andere Kliniken. Wir haben im ganzen Winter Kinder kreuz und quer verlegt, weit entfernt: Kinder, die sauerstoffabhängig waren, Kinder, die schwer krank waren.“

Besonders prekär ist nach Aussage der Experten die Situation der Kinderintensivmedizin. Durch Personal- und Bettenmangel komme es hier regelhaft zu Versorgungsengpässen mit gravierenden Auswirkungen auf Zugangsmöglichkeiten von schwer erkrankten Kindern zu adäquaten Behandlungsmöglichkeiten. Kinder würden aus Kapazitätsgründen zudem vorzeitig verlegt und Stationen würden überbelegt. Nach Angabe der Befragten kommt es zu ma-

### „Im Winterhalbjahr sind die Engpässe besonders dramatisch. Und wir stehen jeden Tag vor der Frage, welchen Kindern wir absagen und welche wir aufnehmen.“

binde. Ein Befragter erklärte: „Es gibt Unzufriedenheit auf beiden Seiten.“ Manchmal komme es vor, dass Eltern sehr häufig klingelten, man aber im hektischen Dienst nicht sofort die Zeit habe zu kommen. „Da wird dann sehr schnell etwas barsch gesagt, die Eltern reagieren mit dem Gegenton und da wird dann schon mal auch eine Drohung ausgesprochen wie: ‚Wenn Sie jetzt nicht direkt kommen, dann ...‘ Da ist viel Druck und viel Unzufriedenheit dabei. Manchmal glaube ich auch, dass es ausartet, weil die Eltern Angst um ihr Kind haben.“ Ein anderer Interviewteilnehmer sagte: „An manchen Tagen muss man an Eltern, die

en. Die Defizite umfassten dabei die Patientenfürsorge und -aufklärung sowie alters- und bedarfsgerechte Ressourcen und führten von abnehmender Adhärenz bis hin zu schwerwiegenden Mängeln in der Patientensicherheit.

Vielfach gaben die Befragten an, dass auch in einer ökonomisierten Medizin das Kindeswohl das oberste, handlungsleitende Primat darstelle, die Berücksichtigung dieses Primats aber zunehmend erschwert sei und ökonomisch negativ sanktioniert werde.

Zum Teil schwer belastend ist nach Aussagen der Befragten die Situation chronisch erkrankter Kinder. Durch Unterfinanzierung und

nifesten Einschränkungen im Zugang zu adäquaten Behandlungsmöglichkeiten mit möglichen gravierenden gesundheitlichen Folgen für die Kinder. Man habe die Notsituation zur Regel gemacht.

„Wir haben jetzt sozusagen regelmäßig eine Triage“, sagte ein Befragter. „Was die Öffentlichkeit nicht weiß, glaube ich. Weil unsere Politiker ja immer sagen: ‚Jeder kriegt alles.‘ Das ist natürlich schon längst nicht mehr so im Gesundheitswesen. Aber bei Kindern ist das besonders schmerzhaft, wenn man triagieren muss und Kinder sozusagen nicht so versorgen kann, wie es ihren Bedürfnissen eigentlich entspricht.“

### Dauerhafte Überlastung

Als moralisch höchst fragwürdig ist für die Experten die aus den Kapazitätsengpässen resultierende Notwendigkeit, medizinische Leistungen rationieren zu müssen, darunter in der Intensivmedizin auch dringend benötigte Behandlungsplätze. Leitende Ärzte tragen zudem die fachliche und juristische Verantwortung, haben jedoch kaum oder keinen Einfluss auf die finanzielle und personelle Ausstattung der Klinik. So sei seine Verfügungshoheit begrenzt, schildert ein Chefarzt: „Ich muss alles verantworten und darf nichts entscheiden.“ Leitlinien seien für den Arzt rechtlich bindend, „aber anscheinend seien diese Leitlinien nicht juristisch verbindlich für die Verwaltung und die Politik“. Missstände oder Fehlentwicklungen dürften dabei jedoch häufig nicht öffentlich geäußert werden und würden auch leitenden Ärzten zum Teil untersagt.

Die geschilderten Konflikte führen zu dauerhafter Überlastung, hohen Fluktuationsquoten, Aufgabe des Berufs trotz hohem Qualifizierungsgrad und hoher intrinsischer Motivation sowie vor allem in der Pflege zu unbesetzten Stellen, die durch die Rekrutierung von zum Teil unterqualifiziertem Personal kompensiert werden. Die besondere Belastung kann dabei zu einer Solidarisierung durch die gemeinsame Bewältigung der Situationen führen, andererseits aber auch zu einer zunehmenden Abgrenzung und Entsolidarisierung zwi-

schen Berufsgruppen und Arbeitsbereichen beitragen. Insgesamt wird im Hinblick auf die Fehlanreize und Defizite im pädiatrischen Versorgungsalltag ein hohes Maß an Unzufriedenheit geschildert, das zu einer weiteren Destabilisierung des Versorgungssystems beiträgt.

Basierend auf einer gesellschaftspolitischen Debatte über die Ausgestaltung der Gesundheitsversorgung von Kindern sowie der Umsetzung der UN-Kinderrechtskonvention fordern die Interviewteilnehmer eine Anpassung des Entgeltsystems zur Deckung der Mehrkosten pädiatrischer Leistungen. Der Ausbau ambulanter und tagesklinischer Versorgungsstrukturen und eine leistungsgerechte Vergütung dieser Bereiche seien notwendig. Eine Zentralisierung in den spezialisierten Versorgungsbereichen verbessere nicht nur die Qualität der Versorgung, sondern sei auch ökonomisch sinnvoll. Darüber hinaus müsse die Gestaltungsfreiheit und Deutungshoheit der Pädiatrie zurückrerlangt werden. Der Einbezug von Mitarbeitern in Entscheidungsprozesse wird ebenso gefordert wie eine Ausweitung der Digitalisierung zur Erleichterung von Dokumentationsaufgaben.

Entscheidend für die Interviewteilnehmer ist eine Stärkung der Rolle des (kranken) Kindes auf gesellschaftlicher und politischer Ebene. Hierzu sei eine Mobilisierung und Solidarisierung der betroffenen Akteure (Eltern, Patienten, Ärzteschaft und Pflege) notwendig. Durch weitere öffentlichkeitswirksame Aktionen müsse das Bewusstsein der Bevölkerung für die derzeitige Situation kranker Kinder geschärft werden. Unabdingbar sei zudem mehr wissenschaftliche Evidenz zu den Versorgungsdefiziten, dem gegenwärtigen und zukünftigen Versorgungsbedarf und den notwendigen Maßnahmen zur Beendigung von systemischen Fehlanreizen.

### Politischer Handlungsbedarf

Die vorliegende Studie verweist klar auf strukturelle Fehlentwicklungen und zum Teil gravierende Versorgungsdefizite in der pädiatrischen Versorgung mit einem hohen Konfliktpotenzial für die in der Pädiatrie Tätigen. Systematische Benachteiligung und Fehlanreize gefährden die Versorgungslage kranker Kinder sowie die Leistungsfähigkeit und internationale Konkurrenzfähigkeit des Fachgebiets Pädiatrie. Damit besteht eindeutig weiterer Forschungsbedarf zur Quantifizierung der Problematik. Die Ergebnisse weisen jedoch schon jetzt auf einen dringenden politischen Handlungsbedarf, damit die besondere Vulnerabilität kranker Kinder in der für ihr weiteres Leben so wichtigen Entwicklungsphase und das Recht des Kindes auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit in Zeiten zunehmender Ökonomisierung die ihr zustehende Beachtung erfahren.

■ Zitierweise dieses Beitrags:  
Dtsch Arztebl 2019; 116 (37): A 1586–91

#### Anschrift für die Verfasser:

Dr. med. Annic Weyersberg  
ceres – Cologne Center for Ethics, Rights,  
Economics, and Social Sciences of Health  
Universität zu Köln  
Albertus-Magnus-Platz, 50923 Köln  
annic.weyersberg@uk-koeln.de

Literatur im Internet:  
[www.aerzteblatt.de/lit3719](http://www.aerzteblatt.de/lit3719)  
oder über QR-Code.



## Kernaussagen

Beschäftigte an Kinderkliniken in Deutschland schildern nachfolgende, besonders belastende Handlungs- und Entscheidungskonflikte und äußern dringenden Handlungsbedarf:

- Unterfinanzierung und Erlösunterschiede führen zu einer ökonomisch gesteuerten Umstrukturierung der pädiatrischen Versorgungslandschaft, die nicht am Versorgungsbedarf kranker Kinder ausgerichtet ist.
- Die mit fehlenden Personal- und Sachressourcen und der Leistungsverdichtung einhergehende Mangelverwaltung führt zu eingeschränkter Versorgungsqualität.
- Die Versorgung akut und chronisch schwer erkrankter Kinder ist vielerorts regelhaft nicht mehr gewährleistet und führt zu abnehmender Behandlungsqualität bis hin zu gravierender Patientengefährdung.
- Die Situation der Kinderkliniken führt zu erheblichen ethischen Konfliktsituationen und Dilemmata für die Mitarbeiter und damit zu weiterer Destabilisierung.
- Ohne eine umfassende Beseitigung der Unterfinanzierung und Fehlanreize ist die Versorgung kranker Kinder und die Leistungs- und Konkurrenzfähigkeit der Pädiatrie in Deutschland gefährdet.



Zusatzmaterial Heft 37/2019, zu:

# Gefangen zwischen Ethik und Ökonomie

Eine wissenschaftliche Studie mit Mitarbeitern von Kinderkliniken zeigt, wie dramatisch die Situation ist und wie dringend der Handlungsbedarf.

Annic Weyersberg, Bernd Roth, Ursula Köstler, Christiane Woopen

## Literatur

1. Seidler E: Historische und ethische Aspekte der Kinderheilkunde. In: Betge et al. (Hg): Keller/Wiskott – Lehrbuch der Kinderheilkunde.
2. Staudt F: Ethik in der Kinder- und Jugendmedizin: Ein Leitfadens für Ärzte, Eltern und Patienten. 1st ed. Saarbrücken: AV Akademikerverlag 2016.
3. United Nations: Convention on the Rights of the Child: CRC 1989.
4. Weyersberg A, Roth B, Woopen C: Folgen der Ökonomisierung. Deutsches Ärzteblatt 2018; 115 (9): A382–6.
5. Wehkamp K-H, Naegler H: Ökonomisierung patientenbezogener Entscheidungen im Krankenhaus. Dtsch Arztebl Int 2017; 114 (47): 797–804.
6. Wehkamp K-H, Nägler H: Ökonomisierung der Medizin – Ursachen, Instrumente und Folgen. 2014.
7. Reifferscheid A, Pomorin N, Wasem J: Ausmaß von Rationierung und Überversorgung in der stationären Versorgung: Ergebnisse einer bundesweiten Umfrage in deutschen Krankenhäusern. Dtsch Med Wochenschr 2015; 140 (13): 35.
8. Strech D, Borchers K, Freyer D, Neumann A, Wasem J, Marckmann G: Ärztliches Handeln bei Mittelknappheit. Ethik Med 2008; 20 (2): 94–109.
9. Zimmer K-P: Ökonomisierung in der Medizin und ihre Auswirkungen auf den Behandlungsstandard in der Pädiatrie. In: Kudlich H, Koch J (eds.): Ökonomie, medizinische Standards und rechtliche Haftung, 1st ed. Baden-Baden: Nomos 2017; 45–72.
10. Stiftung Kindergesundheit: Kinderkliniken in der Klemme: Stiftung Kindergesundheit beklagt katastrophale Folgen der Ökonomisierung für die Kindermedizin. <https://www.kindergesundheit.de/app/download/7680198/Newsletter>.