

Gesundheit braucht Politik

verein
demokratischer
ärzt*innen



Zeitschrift für eine soziale Medizin

Nr. 1/2022 | Solibeitrag: 5 Euro



Jan, 6 J., Aschaffenburg

Kinder und Jugendliche Vulnerabel in Gesundheitswesen und Gesellschaft

- 3 Editorial
- 4 Roxana Müller und Jonas Schaffrath: »Von einer gefährlichen zur gefährdeten Gruppe.« Kindheit und Jugend in der COVID-19-Pandemie im Kontext sozialer Determinanten
- 9 Katharina Rathmann: »Kinderarmut in einem reichen Land.« Soziale Herkunft als Sackgasse für Teilhabe-, Bildungs- und Gesundheitschancen?
- 12 Carina Borzini: »Die Pandemie als Brennglas...« ... auf chronische Missstände in der Kinder- und Jugendpsychiatrie
- 14 Klaus-Peter Zimmer: »Es wird kein Stein auf dem anderen bleiben.« DRGs in der Pädiatrie: Was hat das Fallpauschalensystem nach 19 Jahren »gelernt«?
- 18 Jürgen Seeger: »SPZ – was ist das?« Ein Versuch, Sozialpädiatrische Zentren zu erklären
- 21 Bernhard Sandner: »Off-Label in der täglichen Pädiaterpraxis.« Ein Erfahrungsbericht
- 23 »Kaum zu ertragen.« Interview mit Bettina Langenbruch zum Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des ÖGD
- 25 Tina Jung: »Von Geburt an ...« Über die Auswirkungen der Ökonomisierung auf die Geburtshilfe
- 28 Christof Stork: »Operation mit falschem Besteck.« Zum Niedergang der Klinik für Kinder und Jugendliche in Wiesbaden
- 28 Wir sind empört und in großer Sorge. Stellungnahme zur Situation an der HKK-Kinderklinik
- 31 Sabine Schleiermacher: »Von der »Bereinigung im eigenen Lager.« Der Nürnberger Ärztoprozess und die Sorge um den guten Ruf der deutschen Ärzteschaft
- 34 Internationales

Gesundheit braucht Politik – im Abonnement

Die Zeitschrift des vdää ist inhaltlich längst mehr als eine reine Vereinszeitschrift. Die vier Hefte pro Jahr widmen sich jeweils einem gesundheitspolitischen Schwerpunktthema und finden mittlerweile weit über den Verein hinaus Gehör. Vereinsmitglieder bekommen die Zeitschrift kostenfrei zugesandt.

Wer nicht Vereinsmitglied ist, hat die Möglichkeit, die »Zeitschrift für eine soziale Medizin« zum Preis von 26 Euro oder als Student*in für 10 Euro im Jahr zu abonnieren.

Ein Probeabo besteht aus zwei Ausgaben und kostet ebenfalls 10 Euro.

Bei Interesse wenden Sie sich bitte an die Geschäftsstelle: info@vdaee.de

Jahreshauptversammlung und Gesundheitspolitisches Forum des vdää*: 11.-13. November 2022 in Berlin

Online Veranstaltung des vdää*: **Medizinische Delegation nach Makhmur – Solidarität mit kurdischen Geflüchteten im Nord-Irak**

am: 08. April 2022, um: 19 Uhr

mit: Anke Kleinemeier (Gynäkologin), Ernst Krefft (Anästhesist) und Christian Haasen (Psychiater)

Den Zoom-Link zu der Veranstaltung gibt es bei der Geschäftsstelle: info@vdaee.de

Der vdää*

ist bundesweit und in Regionalgruppen organisiert; er setzt sich für eine soziale Medizin, für die Demokratisierung der Gesundheitsversorgung und der Strukturen der ärztlichen Standesvertretung ein. Er nimmt Einfluss auf die Gesundheitspolitik und unterstützt den Widerstand gegen die Ökonomisierung der Medizin.

Sollten Sie von uns informiert werden wollen, so setzen Sie sich bitte mit unserer Geschäftsstelle in Verbindung. Gerne können Sie sich auch online über den vdää*-Newsletter auf dem Laufenden halten. Die Zeitschrift »Gesundheit braucht Politik« ist die Vereinszeitung, die viermal jährlich erscheint. Namentlich gekennzeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Vereinsmeinung wieder.

Redaktion

Felix Ahls, Elena Beier, Nadja Rakowitz, Cevher Sat, Stefan Schoppengerd, Rafaela Voss, Bernhard Winter

Impressum

Gesundheit braucht Politik 1/2022
ISSN 2194-0258

Hrsg. vom Verein Verein demokratischer Ärzt*innen
V.i.S.d.P. Felix Ahls /
Bernhard Winter

Bilder dieser Ausgabe

Die Bilder dieser Ausgabe sind von Kindern aus dem Umfeld der Redaktion gemalt worden.

Geschäftsstelle:

Kantstraße 10, 63477 Maintal
Telefon 0 61 81 – 43 23 48
Mobil 01 72 – 1 85 80 23
Email info@vdaee.de
Internet www.vdaee.de/
gbp.vdaee.de/

Bankverbindung:

Triodos Bank

IBAN:

DE05 5003 1000 1076 0500 03

BIC: TRODDF1XXX

Satz/Layout Birgit Letsch

Druck Hoehl-Druck

Editorial

Mit dem Angriff auf die Ukraine ist der Krieg plötzlich so nahe gekommen. Täglich sehen wir im Fernsehen die grauenhaften Folgen und das unsägliche Leid. Viele von uns haben persönliche Kontakte in die Ukraine. Die Kriegsangst hat sich wieder tief in unserer Gesellschaft eingegraben. Dies erfahren wir auch bei unserer täglichen ärztlichen Arbeit. Geflüchtete berichten ganz unvermittelt von den Schrecken des Krieges, vor dem sie vor Jahrzehnten geflohen sind. Patient*innen berichten über Angstträume, die sie nachts nicht schlafen lassen. Manch eine Terminvereinbarung endet mit dem Hinweis: »Wenn wir beide an dem Tag noch leben...«

Dieser Krieg und das damit verbundene Leiden machen uns auf drastische Weise deutlich, wie verkehrt unsere Gesellschaften eingerichtet sind. Die Reaktionen der Politik, die Remilitarisierung der Politik und die forcierte Aufrüstung bis hin zur »atomaren Teilhabe« lassen für Gegenwart und Zukunft Schlimmstes befürchten. Unübersehbar ist, dass in den letzten 30 Jahren die Bereitschaft, politökonomische und gesellschaftliche Probleme mit Kriegen zu lösen, deutlich zugenommen hat. So ist jetzt Europa nach den Kriegen in Zypern und in Jugoslawien zum dritten Mal nach 1945 direkt von einem Krieg betroffen. Dabei hatte die Corona-Krise doch gerade gezeigt, wie viel es auch ohne Krieg für die Einrichtung einer menschenwürdigen Gesellschaft zu tun gibt: im Gesundheitswesen, aber auch bei der Bekämpfung der sozialen Ungleichheit und auf vielen anderen Feldern. Wie weit uns alle dieser Krieg zurückwirft bei der Lösung vieler anderer drängender globaler Probleme wie beispielsweise der Klimakrise, können wir uns jetzt schon ausrechnen. Unsere Zukunft und erst Recht die unserer Kinder – sieht düster aus.

Damit, wie ihre Gegenwart aussieht, beschäftigt sich dieses Heft von *Gesundheit braucht Politik*: mit der Kinder- und Jugendmedizin, mit der Lage der Kinder und Jugendlichen in dieser Gesellschaft (Katharina Rathmann) und mit der Frage, welche Auswirkungen Corona und die Maßnahmen zur Prävention hatten (Jonas Schaffrath und Roxana Müller). Einen besonderen Fokus legen wir auf die stationäre Pädiatrie: Im August 2021 hatten 41 teils leitende Ärzt*innen der Uniklinik Rostock in einem Brief an die Landesregierung erklärt, dass sie infolge eines »auf kurzfristige Einsparungen ausgerichteten Sanierungsprozesses« ihren Aufgaben in der Krankenversorgung für die Region Rostock und als überregionaler Maximalversorger nicht mehr vollständig nachkommen könnten (DÄB, 20.08.2021). In einem Brandbrief prangern fast alle Berliner Kinderkliniken dramatische Personalengpässe in den Rettungsstellen und Kinderstationen an: »Die Versorgungsengpässe in den Kinderkliniken Berlins, insbesondere in den Rettungsstellen, sind dramatisch«, heißt es darin. Das Perso-

nal arbeite am Limit, es bestehe eine akute Gefährdung für Kinder und Jugendliche im Bundesland (taz 28.01.2022). Gesundheitsminister Lauterbach kündigte im Rahmen des diesjährigen DRG-Forums an, dass man zeitnah das DRG-System reformieren werde, insbesondere die Bereiche Pädiatrie und Geburtshilfe (DÄB, 17.03.2022). Nach dem Lesen der Artikel von Klaus-Peter Zimmer, Christof Stork und Tina Jung wird man verstehen, wie dringend und zugleich unzureichend diese Reformen sind. Auch in der Psychiatrie ist Reformbedarf, wie man in dem Text von Carina Borzini nachlesen kann. Und dass der Öffentliche Gesundheitsdienst von neoliberalen Sparzwängen ausgeblutet wurde, weiß seit Corona auch die breite Öffentlichkeit. Wie sich dies besonders auf den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des ÖGD ausgewirkt hat, erläutert Bettina Langenbruch in einem Interview.

Außerdem werfen wir noch einen Blick ins Ausland; unter der Rubrik Internationales stellen wir verschiedene Auseinandersetzungen weltweit vor. Mit dem Artikel von Sabine Schleiermacher erinnern wir an die Nürnberger Ärzteprozesse und den Umgang der Ärzt*innen damit. Die Bebilderung dieses Hefts mit Kinderbildern setzt besonders in diesem Artikel bewusst einen Kontrapunkt.

Zur Bebilderung dieser Ausgabe von *Gesundheit braucht Politik* haben wir verschiedene Kinder gebeten, uns Bilder zu Corona zu malen. Das Titelbild stammt von dem sechsjährigen Jan, der es im Januar in seiner Corona-Isolation gemalt hat. Seine Erläuterung dazu: »Das sind Coronaviren, die von der Lava vernichtet werden, und die Dinos kotzen auch noch drauf«. Er hat – offensichtlich – die Schnauze gestrichen voll von Corona und scheint zu hoffen, dass das ultimativ hilft gegen das Virus. Wir dagegen gehen eher davon aus, dass uns das noch lange begleiten wird. Eine Sehnsucht zurück zur Normalität, die der Grund für all das Elend ist, ist aber auch keine Option ...

Es gilt: Weitermachen!

Erratum

In Ausgabe 4-2021 von *Gesundheit braucht Politik* haben wir einen Text von Ralf Hoffrogge unter dem Titel »Reif zur Sozialisierung? Zur Geschichte der Vergesellschaftung seit 1918« veröffentlicht. Entgegen der Absprachen mit Autor und Verlag fehlte dort dieser wichtige Hinweis: Der Text ist ein Auszug aus dem Vorwort von Ralf Hoffrogge zum Band »Allgemeiner Kongress der Arbeiter- und Soldatenräte Deutschlands. 16.–20. Dezember 1918 Berlin – Stenografische Berichte«, den er gemeinsam mit Dieter Braeg im Verlag Die Buchmacherei herausgegeben hat (Berlin 2018, 618 Seiten, 20 Euro, ISBN 978-3-9819243-6-7). Wir entschuldigen uns in aller Form für diese Nachlässigkeit und wünschen dem Buch viele Leserinnen und Leser.

Von einer gefährlichen zur gefährdeten Gruppe

Kindheit und Jugend in der COVID-19-Pandemie im Kontext sozialer Determinanten. Von Roxana Müller und Jonas Schaffrath

In den letzten zwei Jahren entfalten die COVID-19-Pandemie und entsprechende Infektionsschutzmaßnahmen Auswirkungen bis ins Innerste der Lebensumfelder von jungen Menschen: Familie, Schule und Freizeit sowie individuelle Entwicklungsaufgaben unterliegen in bisher ungekannter Weise dem Einfluss gesundheitspolitischer Entscheidungen. Inzidenzen, Impfquoten, Hospitalisierungsraten und Mortalitätskennziffern stehen in direktem oder indirektem Zusammenhang mit der sozialen und kulturellen Teilhabe von jungen Menschen. Dies betrifft nicht alle Kinder und Jugendlichen gleichermaßen, sondern geschieht in komplexer Interaktion mit den sozialen Determinanten der Gesundheit. Dieser Artikel soll einen Überblick über COVID-19 aus pädiatrischer Sicht sowie sozialmedizinische Aspekte im Kontext sozialer Ungleichheit geben, so wie es in der dynamischen Lage für die aktuelle Situation möglich ist.

■ Was wissen wir über die COVID-19-Erkrankung bei Kindern und Jugendlichen?

Das SARS-CoV-2-Virus kann Menschen vom Frühgeborenen bis ins hohe Lebensalter infizieren. Zu Beginn der Pandemie entfielen etwa 1 bis 5% der weltweit registrierten SARS-CoV-2-Infektionen auf Kinder und Jugendliche [1]. Von Beginn der Pandemie bis März 2022 wurden in Deutschland rund 3,7 Millionen Infektionsfälle bei Unter-19-Jährigen registriert [2], wobei die Fallzahlen vor allem bei Kleinkindern seit der Dominanz der Omikron-Variante stark zunehmen. Die Seroprävalenz wurde vor Beginn der Impfungen für Kinder und Jugendliche auf über 10% geschätzt [3].

Eine COVID-19-Erkrankung bei Kindern und Jugendlichen scheint mit einem Anteil von 15 bis 35% asymptomatischer Infektionen milder als bei Erwachsenen zu verlaufen. Die meisten Erkrankungen heilen folgenlos aus, bleibende Folgeschäden werden sehr selten beobachtet, so in nur 0,4% aller hospitalisierten Fälle [4]. Die Krankheitsdauer liegt im Median zwischen 5 und 7 Tagen, wobei ältere Kinder länger symptomatisch sind als jüngere [5]. Leitsymptome sind bei Kindern und Jugendlichen Fieber, Husten, Halsschmerzen, seltener finden sich Kopf- und Muskelschmerzen sowie gastrointestinale Symptome [3, 6]. Schwerere Krankheitsverläufe ereignen sich vor allem im Säuglingsalter: So waren 39 % der knapp 3.822 bis 20.02.2022 in Deutschland und Österreich stationär im Krankenhaus behandelten Kinder mit SARS-CoV-2-Direktnachweis unter einem Jahr alt. Kritische Krankheitsverläufe bis hin zu septischen Krankheitsbildern und akutem Atemnotsyndrom (*acute severe respiratory di-*

stress syndrome, ARDS) sind möglich, doch müssen nur 4% der pädiatrischen Patient*innen intensivmedizinisch behandelt werden – hierbei dominieren atemsupportive, antibiotische und immunmodulatorische Therapien [6]. Bei Neugeborenen hingegen liegt der Anteil kritischer Verläufe bei 12% – hier vor allem wegen einer pulmonalen Symptomatik [7]. Als weitere Risikofaktoren für einen schweren Krankheitsverlauf wurden Vorerkrankungen wie Asthma bronchiale, chronische gastrointestinale Erkrankungen, Diabetes mellitus, Adipositas oder Frühgeburtlichkeit identifiziert [8]. Unter der aktuellen Virusvariante Omikron steigt die Hospitalisierungsrate von Säuglingen mit SARS-CoV-2-Infektion an, wobei die Krankheit oft mild verläuft und die Kinder nur kurzzeitig hospitalisiert sind [6, 9].

■ Eine Besonderheit im Kindesalter: Das pädiatrische inflammatorische Multisystem-Syndrom (PIMS)

Schon im Frühjahr 2020 wurden Fälle von Kindern und Jugendlichen beschrieben, die mit einer multisystemischen Entzündungsreaktion im zeitlichen Zusammenhang mit SARS-CoV-2-Infektionen intensivmedizinisch behandelt werden mussten (im US-amerikanischen Sprachraum auch *multisystem inflammatory syndrome in children*, MIS-C). Bei der insgesamt sehr seltenen Komplikation (Inzidenz ca. 800 Fälle unter 15 Millionen SARS-CoV-2-Infektionen [10]) stehen gastrointestinale, kardiale sowie mukokutane Symptome im Vordergrund, vielfach wurden Ähnlichkeiten zum ebenfalls multisystemischen Kawasaki-Syndrom beschrieben. Kritische Verläufe mit Atemnotsyndrom, Multiorganversagen und Schock erfordern in 71% der Fälle eine intensivmedizinische Behandlung [11]. Die Mehrzahl der Betroffenen sind im Kindergarten- und Grundschulalter, nur 27% der Patient*innen sind älter als 10 Jahre. Die Prognose ist bei früher Diagnosestellung und adäquater Therapie überwiegend gut – mit vollständiger Ausheilung oder nur milden Restsymptomen [12].

■ Wer ist hier »Super Spreader«? oder »Wir jungen Menschen versuchen, glaube ich, ganz verzweifelt, alles richtig zu machen.«¹

Jugendliche als »Pandemie-Treiber«, Schulen als »Infektionsherde«, das infizierte Kind als Lebensgefahr für die hochbetagten Großeltern – so oder so ähnlich klang zu Beginn der Pandemie die öffentliche Debatte. Laut der *Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie (DGPI)* und der *Deut-*

schen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) spielen Ansteckungen im familiären und Freizeitbereich jedoch eine größere Rolle als in den Schulen [4, 14] – beispielsweise wegen regelmäßiger Testungen in den Schulen und der dort frühzeitig stattfindenden Isolation (asymptomatisch) Erkrankter [15]. Eine Studie aus Sachsen bestätigte die seltene Übertragung des Virus durch Kinder auf Erwachsene in Haushalten [16].

■ Sekundäre gesundheitliche Auswirkungen von COVID-19

Das »Long-COVID-Syndrom« im Kindes- und Jugendalter wird bisher in der aktuellen Forschung uneinheitlich definiert [17]. Eine dänische Studie zeigt auf, dass Kinder zwar an »Long-COVID« zugeschriebenen Symptomen wie Fatigue, Anosmie, Schmeckstörung, Schwindel, Muskelschwäche, Brustschmerzen und Dyspnoe leiden können, diese aber nur einen bis fünf Monate nach der akuten SARS-CoV-2-Infektion anhielten. Daher liegt auch die Vermutung nahe, dass die auch von den Kindern ohne SARS-CoV-2-Nachweis berichteten Symptome wie Konzentrationsschwäche, Kopfschmerzen, Übelkeit oder Muskel- und Gelenkschmerzen eher durch die Pandemiemaßnahmen bedingt sind [18]. Laut einer britischen Studie bestand bei Kindern und Jugendlichen nach einer COVID-19-Infektion häufiger mehr als ein Symptom als bei zuvor negativ getesteten Proband*innen, die zuvor erkrankten Kinder oder Jugendlichen schienen also an einem »wahren Long-COVID« zu leiden. Die mentale Belastung und Fatigue waren in den beiden befragten Gruppen interessanterweise gleich hoch [19].

Alarmierend ist auch eine weitere Entwicklung: Der *Bundesverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ)* zeigte sich bereits im April 2020 darüber besorgt, dass mit Beginn der Pandemie in Deutschland Eltern weniger häufig Notaufnahmen und Praxen aufsuchten – mutmaßlich aus Angst vor Ansteckung mit SARS-CoV-2. Was in der Klinik einer willkommenen Entlastung gleichkam, bedeutete für die Kinder und Jugendlichen aber den Ausfall von Vorsorgeuntersuchungen und Impf-



Nora-A., 4 J., Offenbach

terminen und z. T. schwerere Krankheitsverläufe wegen aufgeschobener Akutvorstellungen [20]. Laut einer Studie des *Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DIW)* wurden besonders Säuglinge und Kleinkinder bis 2 Jahre nur halb so häufig wie zuvor ambulant vorgestellt. Dies kann allerdings auch an einer geringeren Infektionslast in Folge der Kontaktbeschränkungen liegen. Chronisch erkrankte Kinder und Jugendliche wurden gleich häufig vorgestellt [21], scheinen also durch die Pandemie keine Einbußen in ihrer Versorgung erlebt zu haben.

Eine mögliche sekundäre Auswirkung der COVID-19-Pandemie besteht, wie eine deutsche und eine US-amerikanische Studie zeigen, in einem Anstieg der Diabetes-Typ-1-Erstmanifestationen während der ersten Pandemiephase im Jahr 2020. Als Ursache hierfür werden – analog zur Genese atopischer Erkrankungen – die Hygienehypothese, der Einfluss der Pandemieeindämmungsmaßnahmen oder der Pandemie selbst diskutiert. Es liegen widersprüchliche Studienergebnisse darüber vor, ob ein direkter Zusammenhang mit einer stattgehabten SARS-CoV-2-Infektion besteht oder nicht [22, 23, 24].

■ Risikogruppe ist nicht gleich Risikogruppe

Über den gesamten bisherigen Pandemie-Verlauf erreichten Aufklärungsprogramme über Primärprävention wie

Infektionsschutzmaßnahmen und Impfungen bestimmte Bevölkerungsgruppen weniger als andere: Zu wenige spezialisierte Aufklärungsprogramme in einkommensschwachen Stadtteilen, fehlende Sprachmittlung oder mehrsprachige Informationsmaterialien im Kontext von Impfungen auf der einen Seite – auf der anderen geringere Impfquote von Menschen mit Migrationsgeschichte [25] und höhere Krankheitslast in migrantischen Kontexten [26] sowie in Familien mit niedrigem Einkommen, beengtem Wohnraum und niedrigem Bildungsstand [27]. Manche Konditionen wie Adipositas und Frühgeburtlichkeit sind zudem in einkommensschwachen Familien häufiger, womit auch das Risiko für schwerere Krankheitsverläufe gesellschaftlich ungleich verteilt ist.

■ Lockdown und Homeschooling: weitreichende Folgen für Kinder, Jugendliche und Familien

Laut OECD waren Ende März 2020 die Kinder und Jugendlichen aller 46 Mitgliedsstaaten von Schulschließungen betroffen [28]. In Deutschland waren die Schulen über 14 Wochen komplett geschlossen, über 24 weitere Wochen teilweise [29]. Trotz großer Bemühungen von Lehrkräften fehlte es vor allem zu Beginn an Konzepten und Materialien für ein Homeschooling in einem nur unzureichend digitalisierten Schulsystem – und in benachteiligten Familien schlichtweg an Raum und

Geräten. Die Sorgearbeit der Begleitung im Digitalunterricht und sonstiger Kinderbetreuung und musste von den Familien teilweise neben dem Homeoffice in einer psychisch belastenden Situation alleine gestemmt werden – wobei Frauen hier den Großteil der Arbeit trugen. In den meisten prekären Beschäftigungsverhältnissen gibt es keine Möglichkeit für Homeoffice. Kinder mit Eltern in diesen Jobs waren häufig komplett auf sich gestellt. Durch Maßnahmen zur Pandemie-Eindämmung wurde zudem das sonstige Alltagsleben erheblich eingeschränkt: Die organisierte Freizeitgestaltung durch Jugendarbeit und Vereine brach um teilweise mehr als zwei Drittel ein [13]. Pädiatrische Fachgesellschaften empfahlen im September 2021 dringend die anhaltende Öffnung im Sinne des Regelbetriebes der Schulen, Kindertageseinrichtungen sowie von Freizeitangeboten wie etwa Sportvereinen, sozialen Angeboten und Schwimmkursen [4]. Über den eindeutigen Nutzen von Schulschließungen als Infektionsschutzmaßnahme konnte auch ein umfangreiches Review keine Aussage erbringen [30].

Sicher scheint jedoch: Bei den ca. 13 Millionen Kindern und Jugendlichen, die in Deutschland leben, führen die Einschränkungen der Pandemie zur Störung bei der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben wie der Erlernung von Sozialkompetenzen oder (Schul-)Bildung. Hierdurch kam es laut der Längsschnittstudie COPSY im ersten Lockdown zur Verdopplung des Anteils von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten (z.B. Hyperaktivität, Probleme mit Gleichaltrigen, Ängstlichkeit) sowie bei 2/3 der befragten Eltern zu einem Unterstützungsbedarf im Umgang mit ihrem Kind, vor allem in Bezug auf schulische Fragen. Die Kinder gaben zudem eine subjektive Verschlechterung der Lebensqualität an. Sowohl die Mehrzahl der Kinder als auch der Eltern empfanden den ersten Lockdown als Belastung, v.a. bedingt durch die eingeschränkten Sozialkontakte, vermehrte Streitigkeiten in der Familie und Homeschooling bzw. geänderte Arbeitsbedingungen der Eltern. Besonders betroffen sind Kinder aus Familien mit niedrigem Bildungsgrad, Migrationsgeschichte sowie beengten Wohnverhältnissen – wenig überraschend leidet hierbei besonders das schulische Lernen.

Für ihren Alltag im Lockdown gaben die Kinder und Jugendlichen weniger sportliche Betätigung und vermehrtem Verzehr süßer Lebensmittel sowie einen deutlichen Anstieg ihres Medienkonsums an [31]. Die Auswertung der COPSY-Daten aus den weiteren Pandemie-Wellen erbrachte zunächst eine Steigerung der Symptomatik in der zweiten Welle, daran schloss eine geringe Rückläufigkeit der Symptome und Beschwerden bzw. geringgradige Besserung der Lebensqualität in der dritten Welle an [32].

Eltern mit Kindern im Schulalter zeigten sich in einer repetitiven Querschnitterhebung (COSMO-Daten) während des Pandemieverlaufs vor allem in der ersten COVID-19-Welle stärker belastet als der Rest der Bevölkerung. Mit einer höheren Belastung assoziiert waren der Alleinerziehendenstatus, ein niedrigeres Haushaltseinkommen, Migrationsgeschichte, chronische Erkrankung sowie eine COVID-19-Infektion. Mütter gaben eine höhere Belastung an als Väter [33].

In der MoMo-Studie wurden die körperliche Aktivität und Mediennutzung von 1.387 Kindern und Jugendlichen zwischen 6 und 17 Jahren im ersten Lockdown untersucht.

Grundsätzlich konnte ein Rückgang der sportlichen Aktivität in Vereinen und ein Anstieg der Mediennutzung ohne Einfluss des sozioökonomischen Status gezeigt werden, in der Bewegungsaktivität im Alltag glichen sich die Kinder aus verschiedenen sozialen Schichten eher aneinander an. Gleichzeitig zeigte sich eine Benachteiligung von Kindern ohne Zugang zu Grünanlagen: So waren Kinder aus großen Mehrfamilienhäusern im Durchschnitt 31 Minuten pro Tag weniger körperlich aktiv als solche aus freistehenden Häusern. Fehlender Zugang zu einem Garten war mit einer um 28 Minuten reduzierten körperlichen Aktivität assoziiert [34].

■ Auch die Kleinsten sind betroffen – und zwar ungleich stark

Wegen der massiven Überlastung des *Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD)* mit Verwaltungstätigkeiten fielen 2020 in Hannover viele *Schuleingangsuntersuchungen (SEU)* aus – diese dienen neben der physischen und psychischen Entwicklungsbeurteilung auch der Gesundheitsberichterstattung. Einige SEU konnten nachgeholt werden und erbrachten Hinweise auf die Auswirkungen der Pandemie: Im Vergleich zu den SEU der Vorjahre bestand bei den 5- bis 6-Jährigen deutlich häufiger Übergewicht (fast 50% Zunahme), hier ist jedes fünfte Kind in Haushalten mit niedriger Bildung betroffen. Auch ein deutlich höherer Medienkonsum, Auffälligkeiten der feinmotorischen Fähigkeiten und Minderung der Sprachkompetenz mit erhöhtem Sprachförderbedarf wurden festgestellt. Bei den Kindern aus Familien mit Migrationsgeschichte fiel ein gestiegener Anteil von Kindern mit keinen oder nur geringen Deutschkenntnissen auf. Die Eltern nahmen ihre Kinder zudem häufiger als traurig wahr, berichteten aber auch über mehr Wutanfälle der Kinder. Besorgniserregend ist auch die steigende Zahl psychosomatischer Beschwerden wie Ein- und Durchschlafstörungen, Bauch- und Kopfschmerzen, Übelkeit oder Appetitlosigkeit [35]. Ähnliches beschreibt der *BVKJ* in einer Pressemitteilung: Der Ausfall von SEU in Berlin käme gerade für sozial benachteiligte Familien und Kinder einer verpassten Chance der Förderung gleich und stelle zugleich die Schulen durch die dennoch stattfindende Einschulung der förderbedürftigen Kinder vor zusätzliche Herausforderungen [36]. Auch wenn aus der Querschnittsstudie keine kausalen Zusammenhänge geschlossen werden können, sind diese Befunde als Folge des Lockdowns zumindest denkbar. Die Autor*innen weisen darauf hin, dass beispielsweise Kinder aus nicht-deutschsprachigen Familien durch Kontaktbeschränkungen kaum Möglichkeiten hatten, sich in deutscher Sprache zu üben.

■ »Diese Jahre hätten die schönsten und lustigsten werden können, doch stattdessen saß ich aus Solidarität zu Hause fest.«²

Neben organisierter Freizeitgestaltung war und ist auch das offene Zusammentreffen von Kindern und Jugendlichen deutlich eingeschränkt. Zusammen scheinbar ziellos Zeit zu verbringen oder Partys zu feiern, erscheint älteren Erwachsenen oft als unwichtige, unproduktive und in Pandemiezeiten gefährliche Zeitverschwendung junger Menschen, die in der



öffentlichen Debatte wenig Wertschätzung erfährt. Dies ignoriert, dass die aktuelle Lebensphase von Jugendlichen und jungen Erwachsenen in großem Maße durch ein soziales Leben im öffentlichen Raum geprägt wird [37], in dem auch Herausforderungen des Jugendalters bearbeitet und Prozesse der Orientierung stattfinden [13].

■ Kinderschutz in Pandemiezeiten

Schon zu Beginn der Kontaktbeschränkungen warnten Fachverbände vor einer möglichen Zunahme der Belastung von Kindern und Jugendlichen im häuslichen Umfeld, etwa durch fehlende Tagesstruktur und Außenkontakte sowie ein enges Zusammenleben besonders mit psychisch instabilen Eltern [38]. Vor dem Hintergrund wegfallender regelmäßiger Kontakte etwa zu Lehrer*innen, Erzieher*innen, Jugendämtern und Kinderärzt*innen wurde eine Zunahme unentdeckter Fälle häuslicher Gewalt erwartet. In der Tat wurden 25% weniger Kindeswohlgefährdungen gemeldet als vor Pandemiebeginn. So zeigte sich teilweise ein Rückgang der Kinderschutzfälle während der Pandemie um 15% (ambulant) bzw. 20% (stationär), was manche Autor*innen als ein Absinken der erkannten Fälle entsprechend einer Verschiebung der Fälle ins Dunkelfeld werteten. Allerdings war in 10% der dokumentierten Fälle der Schweregrad einer Misshandlung höher als vor der Pandemie. Mutmaßlich waren während

des Lockdowns auch Kinder gefährdet, die zuvor nicht zur Risikogruppe für Kindeswohlgefährdung zählten. Die medizinische Kinderschutzhotline verzeichnete nach einem kurzzeitigen Rückgang zu Beginn des Lockdowns ab dem Monat Mai 2020 einen Anstieg der Anrufe und Konsultationen über das Vorjahresniveau hinaus [39]. Die Jugendämter verzeichneten weniger Kindeswohlgefährdungsmeldungen, trotz Pandemie fanden aber Inobhutnahmen, Hausbesuche und Hilfeplanungen weiterhin statt. Schwierig gestalteten sich zum Teil konkrete Maßnahmen wie präventive Frühe Hilfen, Jugendwohnen und Jugendhilfe im Strafverfahren [40]. Eine Online-Befragung zu Gewalt in Haushalten während des ersten Lockdowns ergab in 6,5% der befragten Haushalte physische Gewalt gegen Kinder, wobei Familien mit Kindern unter 10 Jahren häufiger betroffen waren. Als weitere Risikofaktoren wurden psychische Vorerkrankungen eines oder beider Elternteile, häusliche Quarantäne sowie finanzielle Sorgen identifiziert [41].

■ Unter dem Radar – Pandemie in der Illegalität

Weitestgehend im wissenschaftlichen Dunkelfeld liegt die Lebenswirklichkeit von Kindern und Jugendlichen aus geflüchteten und illegalisierten Familien. In einem systematischen Review zeigten sich jedoch eine erhöhte Krankheitslast bei illegalisierten Migrant*innen und Geflüchteten in Unterkünften

[42]. In einer Zeit, in der öffentlicher Nahverkehr, Freizeiteinrichtungen, Gaststätten oder manche Einkaufsmöglichkeiten nur mit entsprechendem offiziellen Nachweis möglich sind, engt sich der sowieso schon sehr begrenzte Bewegungsspielraum für Familien ohne gültigen Aufenthaltsstatus und deren Kinder weiter ein. Hinzu kommen der eingeschränkte Zugang zu Informationen, Beratung, Testmöglichkeiten sowie die Unsicherheit bezüglich einer Behandlung bei schwerem Krankheitsverlauf und die Angst vor Abschiebung bei Inanspruchnahme medizinischer Leistungen [43].

■ Verlorene Kindheit global

Mit Blick auf die globale Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zeigen sich massive Folgen der pandemiebedingten Einschränkungen. Im Dezember 2021 warnt das *Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen (UNICEF)* vor verheerenden Folgen der SARS-CoV-2-Pandemie für Kinder weltweit: Circa 100 Millionen Kinder seien schätzungsweise zusätzlich in Armut gefallen, seit 2019 entspricht dies einem Anstieg von 10%. Auch wurden Fortschritte im Zugang zu medizinischer Versorgung, Impfstoffen, adäquater Ernährung sowie der regelmäßige Schulbesuch zunichte gemacht, insgesamt sind wieder mehr Kinder durch Hunger, Missbrauch, Kinderarbeit, Armut und Zwangsverheiratung bedroht – es wird geschätzt, dass diese Auswirkungen über ein Jahrzehnt anhalten werden [44].

Wie bei Folgen anderer Krisen tragen auch hier Menschen in Ländern des globalen Südens die Hauptlast, die zudem durch die aktuellen Regelungen zum Patentschutz und die ungleiche Verteilung von Impfstoffen noch Jahre brauchen werden um akzeptable Impfquoten und damit einen akzeptablen Schutz vor schwerer COVID-19-Erkrankung zu erreichen [45].

■ Homeschooling versus Fließband – Wer schützte hier wessen Interessen?

Es steht außer Frage, dass die Verantwortlichen besonders in der Frühphase der Pandemie Entscheidun-

gen auf damals vorliegender knapper Datenbasis und unter enormem Druck zu treffen hatten. Vielen Maßnahmen lag u.a. die nachvollziehbare Zielsetzung zugrunde, jene Gruppen zu schützen, die sich in den epidemiologischen Erhebungen als besondere Risikogruppen dargestellt hatten. Kinder und Jugendliche zählten zunächst nicht dazu. Warum Schulschließungen flächendeckend durchgesetzt wurden, während gleichzeitig für Privatunternehmen über lange Zeit hinweg keine Verpflichtung zu Homeoffice oder Betriebsschließungen bestand, bleibt – vor allem für junge Menschen – nicht nachvollziehbar [46]. Warum drängten sich viele Eltern und sonstige Betreuungspersonen am Fließband und in Großraumbüros, während ihre Kinder den Lockdown allein zuhause in chaotisch organisiertem Homeschooling verbrachten?

Der gesellschaftliche und politische Umgang mit Kindern und Jugendlichen in der bisherigen COVID-19-Pandemie wirft auch bezüglich kommender krisenhafter Situationen Fragen auf. Es ist davon auszugehen, dass in den kommenden Jahrzehnten mit den Folgen der Klimakatastrophe, zunehmenden Migrationsbewegungen sowie den aktuellen kriegerischen Auseinandersetzungen in Europa und Rüstungsausgaben extreme Anforderungen an die Zivilgesellschaft gestellt werden. Werden Kinder und Jugendliche dann rechtzeitig als vulnerable Gruppe erkannt? Wird die in Krisenzeiten die von Familien und dort vor allem Frauen geleistete Sorgearbeit sichtbar gemacht sowie ideell und finanziell wertgeschätzt und gerechter auf die Geschlechter umverteilt? Werden dann persönliche Entfaltung, soziale Teilhabe und das Anrecht auf Ausbildung von Kindern und Jugendlichen über wirtschaftliche Interessen gestellt? Wird das enorme Benachteiligungspotenzial von sozialen Determinanten unter dem Druck von Krisen wahrgenommen und entsprechend gegengesteuert? Wie werden insbesondere Kinder aus benachteiligten Familien unterstützt?

■ Jetzt Kinder schützen und Verantwortung übernehmen!

Es bleibt zu hoffen und einzufordern, dass aus den Erfahrungen der COVID-19-Pandemie für künftige Krisensituationen gelernt wird und die Rechte von Kindern und Jugendlichen sowie Maßnahmen gegen die bestehende soziale Ungerechtigkeit stärker in den Fokus genommen werden. Dies wird in Zukunft sicher Gegenstand heftiger sozialer Auseinandersetzungen werden.

Der BVKJ appellierte im November 2021 an die neue Bundesregierung, sich dem Schutz der seelischen und physischen Gesundheit und der Stärkung von Kindern und Jugendlichen zu verschreiben: Alle Erwachsenen im Umfeld von Kindern, Eltern und Mitarbeiter*innen in Kindertagesstätten und Schulen sollten geimpft sein. Alle Pandemiemaßnahmen sollten ausgeschöpft sein, bevor Schließungen von Schulen und Kindertagesstätten erwogen werden. Für die künftige Planung des Infektionsschutzes wird eine Priorisierung von Schutz und den Rechten der nachwachsenden Generation gefordert, mit dem Ziel, Infektionsschutz und gleichzeitig die Möglichkeit der sozialen Teilhabe zu ermöglichen [14].

Gleichzeitig muss vor dem Hintergrund, dass viele psychosoziale Folgen der Pandemie im Kindes- und Jugendalter



Alisa, 9 J., Wien

erst mit Verzögerung auftreten werden, jetzt gegengesteuert werden: mit Programmen zur Identifizierung von jungen Menschen, bei denen die Pandemie und ihre Auswirkungen bleibende Schäden auslösen, und entsprechenden gezielten psychosozialen Interventionen.

Ein endemisch gewordenes SARS-CoV-2-Virus mit noch nicht absehbaren Mutationen wird außerdem in der Zukunft als saisonales Atemwegsvirus zu Krankenhausbehandlungen von Kindern führen – zusätzlich zu saisonalen Erregern wie RSV (Respiratorisches Synzytial Virus) und Influenza. Diese Entwicklung trifft auf eine kaputt gesparte stationäre Kinder- und Jugendmedizin mit Pflegemangel und auf ein Finanzierungssystem, das die Besonderheiten pädiatrischer Versorgung nicht abbildet [47]. Der Ökonomisierung der medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen ist hierbei durch eine Abschaffung des DRG-Systems in der Pädiatrie entgegenzuwirken.

Für kommende Pandemiephasen und gesellschaftliche Krisensituationen müssen der Schutz und die soziale Teilhabe von Kindern und Jugendlichen zusammen in den Mittelpunkt gerückt werden. Hierzu braucht es Konzepte, die partizipativ gemeinsam mit Kindern und Jugendlichen entwickelt werden.

Vielfach haben Kinder und Jugendliche in der Pandemie eine bemerkenswerte Resilienz und Solidarität gezeigt. Viele von ihnen werden gelernt haben, dass sie ihre Interessen lautstark vertreten müssen, damit sie gehört werden. Das lässt auf eine heranwachsende Generation hoffen, die sich für eine insgesamt gerechtere Gesellschaft einsetzt.

Roxana Müller ist Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, aktuell im Beschäftigungsverbot und arbeitet in Dresden; Jonas Schaffrath ist Arzt in Weiterbildung Pädiatrie und arbeitet in Düren.

Das Literaturverzeichnis findet sich auf der Homepage: <http://gbp.vdaee.de/>

- 1 Kommentar aus der JuCo-Befragung [13]
- 2 Kommentar aus der JuCo-Befragung [13]

Kinderarmut in einem reichen Land

Soziale Herkunft als Sackgasse für Teilhabe-, Bildungs- und Gesundheitschancen? Von Katharina Rathman

■ Kinderarmut in Deutschland

Deutschland ist eines der reichsten Länder der Welt, mit den wohl besten Bedingungen für ein gutes und gesundes Aufwachsen, die sich Kinder und Jugendliche nur wünschen können. Trotz des Wohlstands und der Fülle an familienpolitischen Leistungen in Deutschland sind die Chancen für Teilhabe an Bildung und Gesundheit nach wie vor stark ungleich verteilt. Im Jahr 2020 sind in Deutschland 2,8 Millionen Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren (21,3%) sind von Armut betroffen gewesen. Vor Ausbruch der Corona-Krise im Jahr 2019 lag die Armutsgefährdungsquote von Minderjährigen bei 15% (2,1 Millionen) und damit war jedes siebte Kind von Armut und sozialer Ausgrenzung betroffen (DESTA-TIS 2020).

Armut wird in Studien häufig durch die Armutsgefährdungsquote als »relative Einkommensarmut« abgebildet und bezieht sich auf den Anteil der Personen, die weniger als 60% des Median-Einkommens der Bevölkerung zur Verfügung haben. Gerade Haushalte mit einem alleinerziehenden Elternteil und Kinder in Familien mit Einwanderungs- und/oder Fluchthintergrund sind besonders häufig von relativer Armut bedroht (Bertram 2021). Durch die relative Einkommensarmut wird jedoch nicht zwangsläufig der Wohlstand oder Lebensstandard des Haushaltes (wie im Lebenslagenansatz) widerspiegelt (Bertram 2021), weswegen die einseitige Ausrichtung am Einkommen in Armutsdefinitionen vielfach Kritik erfährt und alternative Instrumente zur Messung von Armut und dem sozioökonomischen Status herangezogen werden (u.a. Bildung der Eltern, besuchter Schultyp der Kinder oder der materielle Wohlstand in der Familie: Besitz von Autos, Anzahl der Urlaubsreisen, eigenes Kinderzimmer). Zwar ist die Armuts-

gefährdungsquote für Kinder und Jugendlichen in den vergangenen Jahren gesunken (zum Vergleich: insgesamt 21,7% der Minderjährigen in 2010), dennoch sind gerade Kinder und Jugendliche in von (Einkommens-)Armut, geringem sozioökonomischen Status oder mit geringem materiellem Wohlstand betroffenen Haushalten von Einbußen in der sozialen Teilhabe, schlechteren Bildungs- und Gesundheitschancen betroffen.

■ Die enge Kopplung zwischen Einkommens- und Bildungsarmut und der Kinder- und Jugendgesundheit zeigt sich auch in zahlreichen Studien

Regelmäßig weisen Ergebnisse repräsentativer Studien in Deutschland und weltweit auf die enge Kopplung zwischen dem familiären Hintergrund und der Kinder- und Jugendgesundheit hin (HBSC 2020, KiGGS-Website), die als »gesundheitliche Ungleichheiten« bezeichnet werden und einem sog. »sozialen Gradienten« folgen (Rathmann 2018). Dieser Gradient zeigt sich in einer ungleichen Verteilung von Gesundheit entlang der Einkommensniveaus oder entlang des Bildungsniveaus im Haushalt: Je niedriger das Haushaltseinkommen, die Bildung der

Eltern und der familiäre Wohlstand, desto häufiger treten bei Kindern und Jugendlichen Gesundheitsbeschwerden sowie verhaltensbezogene Risikofaktoren und Entwicklungsstörungen auf.

Deutlich werden diese Ungleichheiten am Beispiel des Ernährungsverhaltens: Der Anteil der Kinder, die an Schultagen nicht frühstücken, nimmt mit abnehmendem familiärem Wohlstand bzw. Sozialstatus zu (Lampert & Kuntz 2019; Rathmann & Schricker 2021). In Abbildung 1 ist der Konsum von frischem Obst (nicht täglich) und dem täglichen Konsum von zuckerhaltigen Getränken (z.B. Softdrinks) anhand der Studiendaten KiGGS Welle 2 dargestellt (Lampert & Kuntz 2019). Beide Verhaltensweisen sind sehr deutlich ungleich zwischen Kindern in Haushalten mit einem Nettoäquivalenzeinkommen von <60% (relative Armut) und Haushalten mit mehr als 150% des Nettoäquivalenzeinkommens (relativer Reichtum) verteilt.

Dieses Muster lässt sich – mit Ausnahme von Allergien – für die Mehrheit der Indikatoren der Gesundheit im Kindes- und Jugendalter aufzeigen. Dazu gehören der allgemeine Gesundheitszustand, psychische Auffälligkeiten, Bewegungsmangel und Übergewicht sowie der Tabakkonsum (Lampert & Kuntz 2019; Rathmann & Kuntz 2018;

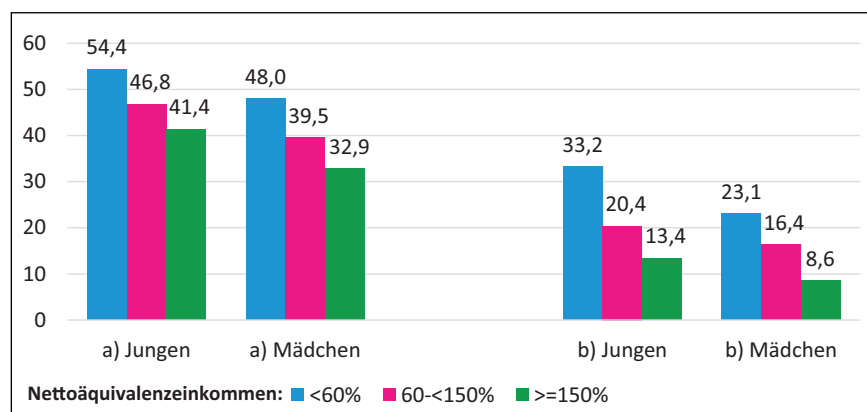


Abb. 1: Konsum von a) frischem Obst (nicht täglich) und b) Konsum von zuckerhaltigen Getränken (täglich) von 3- bis 17-jährigen Jungen und Mädchen, differenziert nach dem Nettoäquivalenzeinkommen im Haushalt (KiGGS Welle 2, in Prozent) Quelle: eigene Darstellung nach Lampert & Kuntz (2019)

Rathmann 2018; Rathmann & Schri-cker 2021). Die schlechteste Ausgangslage für eine gute Gesundheit haben hier konstant Heranwachsende aus Familien mit wenig Einkommen, wenig Bildung und Erwerbslosigkeit.

■ **Gesundheitliche Ungleichheiten im Zeitverlauf**

Basierend auf langzeitlichen Beobachtungen der gesundheitlichen Lage durch sog. Längsschnittstudien wie dem Nationalen Bildungspanel (NEPS) ist es möglich, die gesundheitliche Lage über eine längere Zeit von Kindern und Jugendlichen im Schulalter zu untersuchen. Anhand der Daten des NEPS wurden in einer Studie Angaben von Schüler*innen der 5. bis zur 10. Klassenstufe herangezogen und nach dem Bildungshintergrund und dem Haushaltseinkommen der Eltern (unterteilt in die Gruppen »hohe Bildung bzw. Einkommen« vs. »niedrige Bildung bzw. Einkommen«) ausgewertet (Abb. 2; Herke, Rathmann & Richter 2021). Die Unterschiede in der selbstberichteten Gesundheit zwischen beiden Gruppen nehmen im Zeitverlauf bis zur zehnten Klasse insbesondere für die einkommensassoziierten Ungleichheiten deutlich zu.

■ **Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit**

Bislang sind für Deutschland keine bundesweit repräsentativen Langzeitstudien zum Einfluss von Armut auf die gesundheitliche Lage und Entwick-

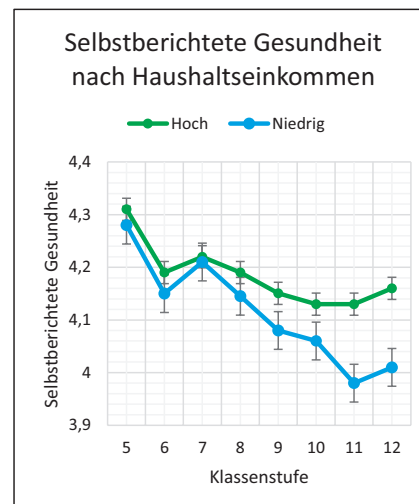
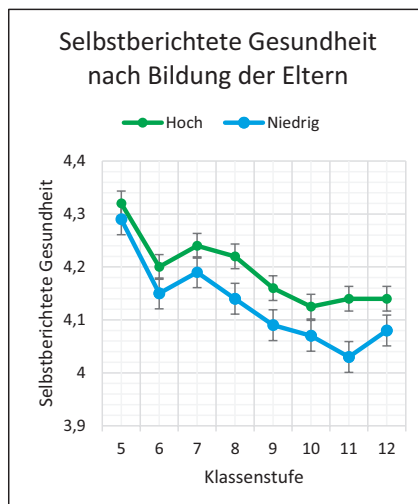


Abb. 2: Verläufe in der selbstberichteten Gesundheit von Schüler*innen in der Sekundarstufe 1, differenziert nach der Bildung und dem Einkommen der Eltern (NEPS: Startkohorte 3 und 4)
Quelle: eigene Darstellung nach Herke, Rathmann & Richter (2018)

lung von Kindern und Jugendlichen bis ins Erwachsenenalter durchgeführt worden. Daher sind die langfristigen gesundheitlichen Auswirkungen von Armut noch nicht eindeutig zu bestimmen. Aufgrund der aufgezeigten ungleichen Verteilung von Gesundheit entlang des Einkommens- und Bildungsniveaus der Eltern im Kindes- und Jugendalter kann aber sehr verlässlich davon ausgegangen werden, dass sich neben der Vererbung von Bildungsungleichheiten auch Ungleichheitsmuster in der gesundheitlichen Lage über die Lebensphasen hinweg fortsetzen und schließlich mit erhöhter Wahrscheinlichkeit in eine abträgliche Gesundheitsbiografie münden können (Mielck & Wild 2021). Das Modell zum Zusammenhang zwischen Armut und gesundheitlicher Lage im Kindes- und Jugendalter (Abb. 3) bringt neben dem Gesundheitsverhalten von Kindern und

Jugendlichen auch deren Lebensbedingungen und soziale Teilhabechancen als vermittelnde Mechanismen zwischen der familialen Armut und einer eingeschränkten Gesundheit der Heranwachsenden zum Ausdruck.

■ **Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit: nur wie?**

Zur Überwindung des Kreislaufs zwischen sozialer Herkunft und Armut in der Kinder- und Jugendgesundheit sind sektorenübergreifende Anstrengungen notwendig, um dem Kreislauf zwischen familialem Hintergrund und dem Aufwachsen in Armut entgegen zu wirken. Denn: Gesundheitliche Ungleichheit stellt nicht nur einen zentralen Handlungsbedarf für den Gesundheitssektor, sondern eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe dar, die in allen Sektoren (u.a. Bildung, Familie und Soziales) im Sinne des Konzepts »Health in All Policies« (HiAP) gefördert werden soll. Auf einige zentrale Empfehlungen zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheit im Kindes- und Jugendalter kann hier abschließend eingegangen werden:

Veränderung politischer Rahmenbedingungen:

Verbände und Interessenvertretungen fordern bspw. seit Langem eine stärkere Förderung benachteiligter Kinder durch umfassende materielle und infrastrukturelle Leistungen. Mögliche Ansatzpunkte sind hier die Kindergrundsicherung und eine flächendeckende kostenlose Ganztagsbetreuung (gerade für allein-



Mari R.

erziehende Eltern), kostenfreie Beteiligungsmöglichkeiten an Bildung, Kultur und Sport, sowie kostenfreie Verpflegung in Kita und Schule (DKHW 2018). Der Ausbau der Kindertagesbetreuung und den 2013 eingeführten Rechtsanspruch auf einen Betreuungsplatz für Kinder ab dem ersten Lebensjahr sind bspw. hilfreiche Instrumente, um Teilhabechancen von Kindern sowie die Vereinbarkeit von Familie und Beruf für Eltern zu verbessern.

Vererbung von Bildungs- und Armutsbiografien reduzieren: Je besser es gelingt, Kinder unabhängig von ihrem familiären Hintergrund entsprechend ihren individuellen Begabungen optimal zu fördern, desto wirksamer lassen sich Teilhabechancen verbessern (BMAS 2017). Der Bildungsmobilität kommt hier eine besondere Rolle zu, d.h. eine bildungsbezogene Aufwärtsmobilität hat nicht nur eine Verringerung der Bildungsungleichheit zur Folge, sondern verschafft zusätzliche Vorteile für Kinder- und Jugendgesundheit, wenn es gelingt, dass Heranwachsende bereits im Schulalter einen höheren Bildungsabschluss anstreben als ihre Eltern (Rathmann et al. 2018).

Förderung möglichst früh im Lebenslauf beginnen: Je früher sektorenübergreifend Hilfesysteme und Präventionsprogramme ansetzen, desto eher besteht die Chance, den Kreislauf zwischen Armut und Gesundheit zu durchbrechen. Frühe Hilfen umfassen Angebote für Eltern ab der Schwangerschaft und Familien mit Kindern bis drei Jahre, die sich niedrigschwellig an Familien in belastenden Lebenslagen richten. Ziel ist es, jedem Kind eine gesunde Entwicklung und ein gewaltfreies Aufwachsen zu ermöglichen.

Lebensweltorientierte Angebote zur (Gesundheits-)Förderung und Präventionsketten: Um Kinder und Jugendliche durch Maßnahmen zu erreichen, sind vor allem Lebenswelten – wie Kindergarten und Schule –

als zentrale Settings zur Förderung der Bildung und Gesundheit zu adressieren. In Betreuungs- und Bildungseinrichtungen können Kinder aller Herkunftsgruppen außerhalb der Familie erreicht und mit Angeboten (z.B. zur Gesundheitsbildung allgemein, zur Ernährung oder Bewegung) adressiert werden, um Defizite aus dem Elternhaus auszugleichen. Daneben sind integrierte Strategien zu Gesundheitsförderung und Prävention hilfreich, um integrierte kommunale Strategien zur Gesundheitsförderung und Prävention durch eine multiprofessionelle, übergreifende Zusammenarbeit in Form einer Präventionskette zu etablieren. Ziel dabei ist es, Kindern und Jugendlichen ein gelingendes Aufwachsen zu ermöglichen und die erforderlichen Bedingungen in gemeinsamer Verantwortung zu gestalten.

Soziallagenbezogene Gesundheitsförderung: Um die enge Kopplung zwischen Armut und Gesundheit zu durchbrechen, liegen für Deutschland seit 2003 »12 Kriterien für eine gute Praxis zur soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung« vor (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit 2021). Sie sollen Akteuren in der Gesundheitsförderung bei der (Weiter-)Entwicklung ihrer Angebote zum Abbau gesundheitlicher Ungleichheiten unterstützen. Auch die gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) geben im »Leitfaden Prävention« einen gesetzlichen Rahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung bei benachteiligten Bevölkerungsgruppen in Lebenswelten (u.a. KiTa, Schule) (GKV SV 2021). Dabei spielen Maßnahmen zur Verhältnisprävention sowie Partizipation und Empowerment der Zielgruppen eine wesentliche Rolle.

Prof. Dr. Katharina Rathmann am Fachbereich Gesundheitswissenschaften/Public Health Zentrum Fulda (PHZF) an der Hochschule Fulda, katharina.rathmann@pg.hs-fulda.de; ein Interessenskonflikt besteht nicht.

75-jähriges Jubiläum



Gesundheits- und Sozialpolitik
 Zeitschrift für das gesamte
 Gesundheitswesen
 2022, 76. Jahrgang
 6 Ausgaben im Jahr
 ISSN 1611-5821

Die Zeitschrift Gesundheits- und Sozialpolitik berichtet als interessenpolitisch unabhängige Fachzeitschrift über neue Entwicklungen in Gesetzgebung und Management des Gesundheitswesens und der sozialen Sicherungssysteme. Insider:innen und Wissenschaftler:innen diskutieren aktuelle Reformen, bereiten Hintergrundinformationen auf, entwerfen Szenarien der Gesetzgebung, beschreiben Wege und Konflikte des Managements und dokumentieren die Rechtsprechung in komprimierter Form.

Informationen zu Preisen und Bezugsmöglichkeiten erhalten Sie unter gus.nomos.de

 Nomos
 eLibrary nomos-elibrary.de



Die Pandemie als Brennglas...

... auf chronische Missstände in der Kinder- und Jugendpsychiatrie –
von Carina Borzím

Mit der Corona-Pandemie ist auch die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen wieder vermehrt ins Blickfeld der Öffentlichkeit gerückt. Es gab während der ersten Lockdowns viele Warnungen bezüglich möglicher psychischer Folgen der sozialen Isolation und tatsächlich ist der Bedarf in den Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie aktuell groß.

Die Anzahl psychiatrischer Diagnosen und Behandlungen hat in den letzten Jahren ohnehin stetig zugenommen, seit Beginn der Pandemie hat sie allerdings noch einen zusätzlichen Schub erhalten. Besonders im Bereich der depressiven und ängstlichen Symptomatik ist ein Anstieg zu beobachten. Laut einer unveröffentlichten Studie aus Essen ist auch die Anzahl der Suizidversuche bei Kindern und Jugendlichen deutlich gestiegen. (1) Die Hochrechnungen, die für die Studie gemacht wurden, werden zwar von den Wissenschaftler*innen selbst in Frage gestellt, dennoch lasse sich ein Trend erkennen.

■ Der ganz normale Wahnsinn

Anfang 2021 gab es in der Presse einen Aufschrei: In der Kinder- und Jugendpsychiatrie werde triagiert und dringend behandlungsbedürftige Kinder und Jugendliche würden weggeschickt. Das dabei angeprangerte System der Priorisierung von Behandlungsbedürftigkeit gibt es jedoch nicht erst seit der Pandemie. Auch vorher wurden die Wartelisten für geplante stationäre Behandlungen immer länger. Anders sieht es für akut behandlungsbedürftige Kinder aus. Da es wie in der Erwachsenenpsychiatrie auch in den Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie Versorgungsaufträge zu erfüllen gilt, erhalten diese Kinder und Jugendlichen sofort die notwendige Akutbehandlung, ganz unabhängig davon, ob noch ein Bett auf der Station frei ist, oder extra eines dazu gestellt werden muss. In den Phasen, in denen mehr Betten belegt als eigentlich geplant sind, ist die fachgerechte Versorgung durch den Pflege- und Erziehungsdienst teilweise nur eingeschränkt zu leisten. Immer wieder kommt es auch zu Akutvorstellungen, in denen sich aus fachlicher Sicht der Aufnahmewunsch der Familien und Patient*innen nicht mit der klinischen Indikation zur Aufnahme deckt.

Wer nicht an einer akuten psychischen Störung leidet, muss aber oft lange warten, um eine elektive stationäre oder ambulante Behandlung zu erhalten. An vielen Orten mangelt es an Behandlungsmöglichkeiten, welche die Lücke zwischen stationärem und ambulantem Sektor schließen. Das können z.B. Tageskliniken, spezifische Gruppentherapieangebote oder stationsäquivalente Behandlungen sein. Die langen Wartelisten, teilweise aber auch der Belegungsdruck der Kliniken, können für einen holprigen Start in die Therapie sorgen. Nach der Zeit des Wartens kommen die Angebote

der stationären Aufnahme dann für einige Patient*innen sehr plötzlich.

Neben der Nachfrage nach Therapie haben zumindest in Berlin auch die angeordneten Fixierungen in psychiatrischen Kliniken allgemein zugenommen. (2) Dabei wäre es zu kurz gegriffen, dieses Phänomen auf die zunehmende Belastung des psychiatrischen Versorgungssystems durch die Corona-Pandemie zu schieben. Wenn Zwangsmaßnahmen zunehmen, liegt das auch an der Personalnot der Kliniken, sowie daran, dass das vorhandene Personal zum Teil nicht ausreichend ausgebildet ist, um Zwangsmaßnahmen verhindern zu können. In einer Umfrage, welche die Gewerkschaft ver.di 2019 anlässlich der anstehenden Einführung der PPP-RL (Personal Ausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie) durchführte, waren 60% der befragten Psychiatriebeschäftigten der Meinung, dass ein Großteil aller Zwangsmaßnahmen mit mehr Personal vermeidbar gewesen wäre. (3)

Mit der PPP-RL, welche die Psych-PV (Psychiatrie-Personalverordnung) Anfang 2020 abgelöst hat, gibt es nun eine durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) geregelte Personalmindestvorgabe in psychiatrischen Kliniken, in der die Kinder- und Jugendpsychiatrie gesondert betrachtet wird. (4) Die Richtlinie befindet sich aktuell noch in der schrittweisen Einführung. Zunächst mussten die Kliniken 85% des geforderten Personals vorhalten, aktuell sind es 90% und ab dem 01.01.2024 werden es 100% sein. Kliniken, die sich nicht daran halten, droht ab 2023 ein Vergütungswegfall. Wohlgermerkt handelt es sich bei der PPP-RL um eine Personalmindestvorgabe, also eine Personaluntergrenze. Auch auf der Homepage des G-BA ist zu lesen, dass die mit dieser Richtlinie festgelegten verbindlichen Mindestvorgaben kein Anhalt zur Personalbemessung darstellen und Einrichtungen zur Sicherstellung einer leitliniengerechten Behandlung darüber hinaus mehr Personal vorhalten können. Nicht mit einberechnet seien demnach zum Beispiel Ausfallzeiten aufgrund von Fortbildungen. Auch Ausfälle aufgrund von Krankheit



Zümre, 7 J., Wien

sind nicht gut abgebildet. Dabei ist bei Psychiatrieschäftigten im Vergleich zu anderen Fachbereichen das Risiko einer Gefährdung der eigenen psychischen Gesundheit besonders hoch. Über die Konsequenzen des geplanten Vergütungswegfalls ab 2023 für Kliniken, welche die PPP-RL nicht erfüllen, kann aktuell nur spekuliert werden. Die personelle Situation wird sich dadurch an diesen Kliniken sicher nicht verbessern, das Budget hingegen eher noch knapper werden. Ähnlich wie auch bezüglich der Diskussion einer Einführung von Personaluntergrenzen in der Somatik, ist zu befürchten, dass Kliniken, welche zuvor mehr als 100% der Richtlinie erfüllten, nun einen Anreiz haben, Personal und damit dessen Kosten einzusparen.

■ Die Qualität lässt nach

Ist das Personal knapp, so kommt es nicht nur zu mehr Zwangsmaßnahmen, sondern die Qualität der Behandlung lässt auch in anderer Hinsicht deutlich nach. In erster Konsequenz können Kinder und Jugendliche mit engem Betreuungsbedarf seltener die Station verlassen, Freizeitangebote werden auf ein Minimum an Aufwand reduziert und Ausflüge, die dem (Wieder-)Erlernen und Stärken sozialer Kompetenzen dienen, fallen häufiger weg. Zudem ist das Personal gestresst, weil es den äußeren und den eigenen Anforderungen kaum noch gerecht werden kann. Es beginnt ein Teufelskreis: Die Langeweile und damit auch die Anspannung und die Aggressivität der Patient*innen nehmen zu, die Behandlung zieht sich in die Länge und auch die Unzufriedenheit und die gefühlte Belastung des Personals wachsen. Um diese Abwärtsspirale zu durchbrechen, braucht es mehr Personal als es in der PPP-RL vorgeschrieben wird, und dieses Personal muss gut ausgebildet werden, was sich in der momentan angespannten Situation nur schwer ermöglichen lässt. Statt einer guten Einarbeitung erfolgt an vielen Stellen eher ein Wurf ins kalte Wasser der Akutpsychiatrie. Die Beschäftigten sind schnell unzufrieden und erschöpft und es kommt zu einer hohen Fluktuation des Personals.



Nora-A., 6 J., Offenbach

■ Und dann noch Corona, die Klimakrise und der Krieg in der Ukraine

Wie in vielen anderen Bereichen zeigen sich die Auswirkungen der Pandemie auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie wie ein Brennglas, welches die bereits zuvor bestehende mangelnde materielle und personelle Ausstattung und hohe Belastung noch einmal deutlicher macht. Um Akutstationen zu entlasten, helfen an vielen Kliniken die Therapiestationen aus und nehmen ungeplant Patient*innen auf, die einen deutlich höheren Betreuungsaufwand haben. Auch dadurch fallen andere Angebote weg, die Qualität der Behandlung wird gefährdet und die Unzufriedenheit der Beschäftigten nimmt zu. Gleichzeitig ist es an vielen Orten schwieriger geworden, im Rahmen der Entlassung aus der stationären Behandlung oder als Ergänzung zur ambulanten Behandlung freie Plätze in geeigneten Maßnahmen der Jugendhilfe zu finden, da auch dort der Bedarf deutlich zugenommen hat. In einigen Fällen kann dies wiederum die stationäre Behandlung unnötig verlängern.

Die Corona-Pandemie ist hier nur beispielhaft als einer von vielen Belastungsfaktoren der jungen Generation zu verstehen. Auch die Klimakrise nimmt vielen Jugendlichen ihre Zukunftsperspektive und den Lebensmut. (5) Welche Auswirkungen der Krieg in der Ukraine haben wird, wird sich erst in den nächsten Wochen und Monaten zeigen.

Die aktuelle Situation in der Kinder-

und Jugendpsychiatrie ist ein Kraftakt im Spannungsfeld zwischen der Hilfe, die mit den aktuellen Mitteln geleistet werden kann, und dem ständigen Druck immer länger werdender Wartelisten im Hintergrund. Das belastet sowohl die Kinder und Jugendlichen und ihre Familien, wie auch die Beschäftigten, die ihre Arbeit nicht so machen können, wie sie wollen und wie sie es gelernt haben. Es braucht eine Personalbemessung, die sich an den tatsächlichen Bedarfen einer leitliniengerechten Behandlung orientiert, statt lediglich festgelegter Untergrenzen. Mit geplant werden muss außerdem genügend Zeit für die Einarbeitung, Aus- und Weiterbildung des Personals, damit die Beschäftigten auch langfristig eine gute Versorgung der Patient*innen mit möglichst wenig Zwangsmaßnahmen wie Fixierungen gewährleisten können.

Carina Borzím ist Ärztin und Co-Vorsitzende des vdää, sie arbeitet in einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Ein Interessenskonflikt besteht nicht.*

Quellen:

1. <https://www.youtube.com/watch?v=F8TzRtlCizU>
2. <https://www.rbb24.de/panorama/thema/corona/beitraege/2021/01/berlin-psychiatrie-fixierung-zwangsmassnahmen-corona-pandemie.html>
3. <https://www.aerztezeitung.de/Medizin/Zwang-in-Psychiatrie-Oft-fehlt-es-an-Personal-348764.html>
4. <https://www.g-ba.de/richtlinien/113/>
5. [https://www.thelancet.com/journals/lanplh/article/PIIS2542-5196\(21\)00278-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanplh/article/PIIS2542-5196(21)00278-3/fulltext)

»Es wird kein Stein auf dem anderen bleiben.«

DRGs in der Pädiatrie: Was hat das Fallpauschalensystem nach 19 Jahren »gelernt«? fragt Klaus-Peter Zimmer

Dass die DRG als Finanzierungsinstrument zu Verwerfungen in den Krankenhäusern geführt haben, dürfte sich inzwischen herumgesprochen haben. Darauf, dass sie in der Pädiatrie dramatische Wirkungen haben, wiesen in den letzten Monaten »Brandbriefe« z.B. der Ärzt*innen der Pädiatrie der Uniklinik Rostock und auch der Kliniken in Berlin hin. Klaus-Peter Zimmer erläutert die Auswirkungen der DRG auf die Pädiatrie.

Mit der Einführung der Fallpauschalen (DRG) 2003 wurden Ziele wie die Verbesserung der Wirtschaftlichkeit, Transparenz und Effizienz, Verminderung der Verweildauer und Abbau von Bettenkapazitäten verbunden. Es sollte ein von staatlichen Subventionen unabhängiges, leistungs-/effizienzbezogenes und kontrollierbares Vergütungssystem entstehen (Abb. 1, S. 15). Die Politik versprach ein »lernendes« System, aber warnende Stimmen wie die von Prof. J. Spranger (Mainz) sprachen von »Enthumanisierung der Medizin«. In der aktuellen Ausgabe des *Deutschen Ärzteblattes* wird das DRG-System als Teil der »Entmenschlichung der Medizin« dargestellt [1]. Vor dem Hintergrund der Kommerzialisierung der Medizin muss der durch das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG §1) gegebene Auftrag einer »qualitativ hochwertigen, patienten- und bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung« kritisch hinterfragt werden.

■ Besonderheiten der Versorgung von Kindern und Jugendlichen

Von 1.318 DRGs sind ca. 500 Kindern und Jugendlichen zuzuordnen. Die Besonderheiten der Versorgung von Kindern und Jugendlichen in deutschen Kinderkliniken dürfen nicht vernachlässigt werden. So bewegen sich die Zahlen der stationären Pädiatrie Deutschlands eher im internationalen Durchschnitt [2, 3] bzw. sie unterscheiden sich z.T. erheblich von dem stationären Überangebot der Erwach-

senenmedizin u.a. bei der Verweildauer (Abb. 1), der Anzahl der stationären Betten und Intensivbetten. Der Anteil planbarer Leistungen an allen Leistungen in der stationären Pädiatrie ist sehr niedrig ($\approx 20\%$) bzw. Vorhalteleistungen/-kosten sind durch eine hohe Notfallquote (50-80% der stationären Aufnahmen) durch akut auftretende Erkrankungen relativ hoch. Die Durchschnittskosten vieler komplexer Erkrankungen sind schwierig zu berechnen, wobei über 80% der insgesamt 6.000 seltenen Erkrankungen bereits im Kindesalter auftreten. Die Personalkosten in der Pädiatrie betragen nicht 60% (wie in der Erwachsenenmedizin), sondern bis zu 80% der Gesamtkosten (was mehr Spielraum für Gewinn- bzw. Investitionsplanungen der Geschäftsführungen bietet). Dabei ist zu berücksichtigen, dass eine allgemein anerkannte Methode zur Er-

mittlung des Personalbedarfs nicht existiert und der in DRG verwendete oder der von Ärzt*innen in Leitlinien und Studien bzw. in Bezug zu Qualitätsindikatoren und Versorgungsaufträgen ermittelte Personalbedarf in der Regel von Geschäftsführungen nicht anerkannt wird.

Abschläge durch den MDK erfolgen aufgrund von Qualitäts- und Strukturmangel und Mindestmengen (z.B. die 160 Level-1-Zentren für neonatologische Maximalversorgung und die Kinder-Onkologie betreffend) oder Infragestellung der Indikation zur stationären Behandlung. Das DRG-System ist aber insgesamt in der Pädiatrie weit davon entfernt, stationäre Leistungen nur dann zu vergüten, wenn das jeweilige Krankenhaus die personelle und materielle Ausstattung des fachlichen Behandlungsstandards erreicht hat.



Jan, 6 J., Aschaffenburg

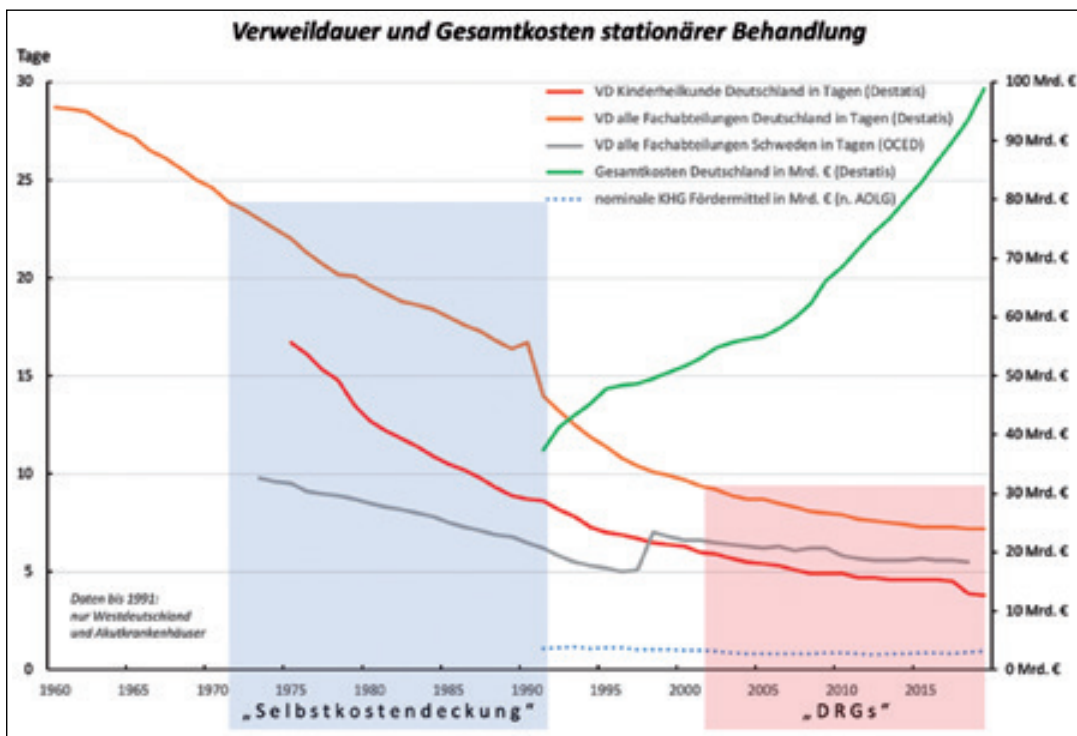


Abb. 1: Unter den Bedingungen der Selbstkostendeckung kommt es in Deutschland zu einer ausgeprägten Reduzierung der Verweildauer, obwohl die Höhe der Verweildauer als ein Argument zur Einführung der DRGs diente. Seit Einführung der DRGs ist es nicht gelungen, die Verweildauer internationalen Werte (z.B. Schweden) anzugleichen; ursächlich für diesem Unterschied ist eher die intersektorale Trennung mit dem Mangel an ambulanten Behandlungsmöglichkeiten in deutschen Kliniken anzusehen. Wenig wird beachtet, dass die Verweildauer für Kinder und Jugendliche in Deutschland seit vielen Jahren etwa halb so hoch wie die der Erwachsenen ist. Andererseits haben die DRGs das Versprechen der Kostenbegrenzung stationärer Behandlungen nicht erreicht, weil sich die Gesamtausgaben bzw. -kosten stationärer Behandlung umgekehrt durch Fallzahlsteigerung mit Hilfe von Verweildauerverkürzung um etwa 50 Mrd. € seit ihrer Einführung verdoppelt haben. In Anbetracht dieser Einnahmensteigerung erscheint die Reduktion der Krankenhausinvestitionen um etwa 0,7 Mrd. € in den letzten knapp 30 Jahren eher marginal.

■ Gesundheitsökonomie

Als die DRG eingeführt wurden, haben sowohl Gesundheitsökonom*innen als auch Politiker*innen zwar auf marktwirtschaftliche Effizienz im Krankenhaussektor gesetzt und dies auch propagiert, zugleich wurde und wird zum Teil bis heute aber auch gesagt, dass diese Finanzierung auch im Sinne der bedarfsgerechten Versorgung der Patient*innen sei. Letztere ist der Maßstab, den wir in diesem Text anlegen. Die Gesundheitsökonomie stellt zwar die Komplexität und Problematik des DRG-Systems durchaus dar, aber sie versteht nicht deren Missbrauch in der Praxis – am Krankenbett oder bei der Visite oder durch »qualitative« Leistungsvereinbarungen/-aufforderungen – und die negativen nachhaltigen Effekte für medizinisches Personal und Patient*innen. Die in ihrem Verantwortungsbereich auftretenden Missstände werden bewusst geleugnet [4]. Stattdessen fordert sie eine aus volkswirtschaftlicher, sozialrechtlicher (§ 12 SGB V: »Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein«) und berufsrechtlicher Sicht nachvollziehbare Ressourcenverantwortung, die aber von den Geschäftsführungen eher in Richtung einer Mengen- oder CMI-Steigerung oder Verweildauerverkürzung verstanden wird. Aufgrund der fehlenden Transparenz und Kontrolle der Budgets (»Geschäftsgeheimnisse«, »unternehmerische Freiheit«) sind die Kommunikations- und Entscheidungskompetenzen der Geschäftsführungen praktisch unbegrenzt. Kontrollfunktion ausübende Behörden, Ministerien, Presse und Öffentlichkeit übernehmen ungeprüft Angaben und Analysen der Geschäftsführungen. Beispiel: Zu einer Anfrage des Hessischen Landtages

(Drucksache 19/5245) gibt die Hessische Landesregierung 2018 an, dass 295 Intensivbetten für Kinder und Jugendliche in Hessen zur Verfügung stünden (Drucksache 19/6177). Unter Berücksichtigung der Betten, die aufgrund hygienischer Auflagen und wegen Personalmangels nicht zur Verfügung stehen, korrigierte der zuständige Minister diese Angaben der Geschäftsführungen auf 141 (2016) bzw. 114 (2017) Intensivbetten. Die hohe Rate an Abmeldungen von der pädiatrischen Notfallversorgung und den damit verbunden Verlegungen wird man nicht auf der Grundlage interessengeleiteter Zahlen lösen [5]. Die Privatisierung von Kinderkliniken mit der Praxis, Gewinne über die Senkung der in der Pädiatrie besonders hohen Personalkosten (von 80 % auf unter 50 %) abzuschöpfen, hat sich sowohl ethisch als auch von der Versorgungsqualität als spezielle Fehlentwicklung herausgestellt.

■ Fehlanreize

Das DRG-System bietet eine Menge von Fehlanreizen zur Fallzahlsteigerung z.B. durch Kürzung der Verweildauer (Abb. 1) und im Gegensatz zur politisch propagierten Intention der Kostensenkung auch zur Kostensteigerung (Abb. 1), aber auch zur Mittelverwendung für Investitionen oder Gewinne auf Kosten des Personals bzw. der Qualität der Patientenversorgung, obwohl letzteres in der Kalkulation der DRG durch das InEK nicht vorgesehen ist. Im Gegensatz zur Selbstkostendeckung, die für die erbrachten Krankenhausleistungen auf den Tag hin pauschalierte, aus einer Vorperiode geschätzte Selbstkosten des Krankenhauses ausgleicht, vergütet die DRG (einheitlich) eine Leistung, bei der in der Regel nicht kontrolliert wird, ob diese aufgrund »unternehmerische Freiheit« z.B. mit der Hälfte des vorgesehenen bzw. notwendigen Personals zustande gekommen ist (s.a. Steigerungsmöglichkeit der Erlöse durch fehlende Dokumentation von Überstunden bzw. deren Verrechnung mit Personalkürzungen). Auch in der Pädiatrie gibt es lukrative (»cash-cow«) Diagnosen/Behandlungen und unlukrative (»poor dogs«), die sich vor dem Hintergrund von Grauzonen bei der Indikationsstellung (z.B. »Upcoding« von Frühgeborenen) und

ökonomischem Druck in Form von Personalkürzungen seitens der Geschäftsführungen im klinischen Alltag auswirken («Rosinenpicken»). Die fachlich, rechtlich und ethisch problematische Praxis ist weit verbreitet, dass ein Versorgungsbedarf (mit Ausnahme eines Notfalls) nicht zu erfüllen ist, wenn sie nicht oder schlecht refinanziert ist. Umgekehrt werden Patienten bei lukrativen Diagnosen selten auf vorhandene Mangelausstattungen hingewiesen [6].

■ Fehlentwicklungen

Zu den Fehlentwicklungen in der Pädiatrie zählen:

- Argumentation: »Neonatologische Maximalversorgungs-Zentren notwendig, damit eine Kinderklinik bestehen kann«
- Bereiche/Krankheiten mit besseren (Frühgeborene, angeborene Herzfehler, Transplantationen) und schlechteren (chronisch kranke Kinder) Versorgungsleistungen/-bedingungen
- Fehlverwendung von Landesmitteln aus dem Bereich Forschung und Lehre in der Krankenversorgung von Universitätskliniken
- Zergliederung einer Patientenversorgung in einzelne refinanzierbare Leistungen («Patientenodysseen«, »von Spezialist zu Spezialist«) zu Lasten einer ganzheitlichen Versorgung
- Ausbau der digitalen Erfassung der Leistungen im Vergütungssystem mit enormer Zunahme der Dokumentations- und Bürokratiebelastung des pflegerischen und ärztlichen Personals (z.B. arztfremde Leistungen) unter Vernachlässigung der Digitalisierung patientendienlicher Befund- und Dokumentationsorganisation

In den pädiatrischen Verbänden überwiegt die Meinung, dass die bestehenden Versorgungsprobleme nicht mit einem Ausstieg, sondern durch Korrekturen oder Anpassungen im DRG-System zu lösen sind. Die 2021 erfolgte Ausgliederung der Pflegekosten aus den DRGs und die Einführung des Pflegebudgets könnten als Beginn des Ausstiegs aus dem Fallpauschalen-



Jan, 6 J., Aschaffenburg

system gewertet werden. Mit der Einführung des Pflegebudgets erhöht sich aber der Druck auf das ärztliche Personalbudget.

In der Erwachsenenmedizin liegt der Anteil für die ständige Verfügbarkeit der stationären Versorgungsleistungen bei ca. 25% des Budgets. In Kinderkliniken hingegen müssen für diese fixen Vorhaltekosten bis zu 40% des Budgets veranschlagt werden – ein Mehrbedarf von 15%. Ursächlich sind u.a. der niedrige Anteil an planbaren Leistungen in der stationären Pädiatrie von nur ca. 20% und die Tatsache, dass die Notfallquote durch akut auftretende Erkrankungen mit 50% enorm hoch ist. Aber Sicherstellungszuschläge zur Erstattung von Vorhaltekosten erhalten nur wenige Kinderkliniken. Einigkeit besteht darin, dass die vom InEK in den DRGs festgelegten Kosten für Personal in die Versorgungsbereiche fließen müssten, in denen die Erlöse entstanden bzw. die Behandlungen durchgeführt wurden und nicht in anderen lukrativeren Versorgungsbereichen oder für Investitionen oder abgeschöpften Gewinn missbraucht werden [7].

Die Bundesländer haben nach § 6 Abs. 1 KHG Investitionen im Krankenhausbereich zur Verfügung zu stellen (Abb. 1). Für die Krankenhäuser sind eine Lösung der Investitionskostenfinanzierung, eine Überwindung der intersektoralen Trennung, die Finanzierung von Vorhalteleistungen im Sinne der Daseinsvorsorge und die

Berücksichtigung von Indikationsqualität (statt Mengenentwicklung) als vordringlich anzusehen; Bedarfsdeckung bzw. Bedarfsgerechtigkeit kann nicht dem Markt überlassen werden. Die Qualitätssicherung muss unabhängig (stichprobenartig) und transparent, d.h. belastbar, erfolgen. In den USA und Australien werden die DRGs in der Pädiatrie nicht eingesetzt. Der Ethikrat hat sich 2015 sehr kritisch zum Einsatz von Fallpauschalen in der Pädiatrie geäußert, der jetzige Bundesgesundheitsminister, Prof. K. Lauterbach, hat sie sogar abgelehnt (Kontraste 11/19).

Der aktuelle Koalitionsvertrag enthält eine Reihe vielversprechender Ansätze für die Pädiatrie: u.a. Ambulantisierung unnötiger stationär erbrachter Leistungen, Förderung multiprofessioneller, integrierter Gesundheits- und Notfallzentren, Entwicklung einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung, Stärkung der Versorgung schwerstbehinderter Kinder (Entlastung von Bürokratie) und Reformen für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung («Kurzfristig sorgen wir für eine bedarfsgerechte auskömmliche Finanzierung für die Pädiatrie, Notfallversorgung und Geburtshilfe«).

DRGs sind nicht das einzige Problem eines kommerzialisierten Gesundheitssystems, das weder von der Konzeption, Nachhaltigkeit und Resilienz (Umsetzung medizinischen Fortschritts) die heutigen Voraussetzungen

des §1 des KHGes erfüllen kann. Mit einer Herausnahme der Ärzt*innen aus den DRG, einem »Ärztexit«, könnten etwa 50% des »flexiblen« Anteils der Krankenhauskosten der Selbstkostendeckung zugeordnet werden, womit die Ära der DRGs, aber nicht die Krise des deutschen Krankenhaussystems beendet wäre. Weiterer Reformbedarf besteht für die Geschäftsführungen der Kliniken, die bei der Erfüllung von Behandlungsstandards (Leitlinien) in einer organisatorischen Mitverantwortung (Ulsenheimer, 38. Deut. Krankenhaustag, 2015; »Corporate Manslaughter Act«, 119. Deut. Ärztetag 2016) stehen und bei der Ressourcenverteilung einer Budgettransparenz und -kontrolle unterliegen. Zur Aufrechterhaltung der Versorgung mit der Vorhaltung von ausreichend qualifiziertem medizinischem Personal wird es zunehmend wichtig, Mitarbeiterzufriedenheit und Nachwuchsförderung zu intensivieren (bedarfsgerechte Patient/Personal-Quote, Einhaltung des Arbeitszeitgesetzes, Abschaffung der Maulkorbklausel¹, Entscheidungskompetenz incl. Budgetrechte für leitende Ärzte/Verantwortungsträger). Es muss ferner berücksichtigt werden, dass Eltern für ihre Kinder ein Höchstmaß an medizinischer Versorgung (s. Kinderrechtskonvention) und nicht ein ausreichendes Maß (s. SGB V, § 12) beanspruchen. Das Vertrauen im Arzt-Patienten-Verhältnis, das unter den DRGs litt, muss wiederhergestellt werden. Die Landesärztekammern müssen endlich zu ihrer Kontrollfunktion bei der Verletzung von Versorgungsqualität, ethischer und berufsrechtlicher Standards stehen.

Konkret sind über die Frage des DRG-Exits hinaus überragende Fragen der Strukturgestaltung der stationären Versorgung, Vereinbarkeit mit monetären Partikularinteressen der Akteure (Krankenkassen, medizinische Selbstverwaltung, medizinische Verbände) und der Verwirklichung von Patienteninteressen zu lösen. Es wird zielführend sein, dass Akteure mit nicht patientenorientierten Partikularinteressen nur eine beratende Funktion in Entscheidungsgremien ausüben. Ohne grundsätzliche Korrektur der Strukturen und Anreize wird eine Reform im Sinne der Patient*innen und des medizinischen Personals nicht gelingen. So müssten die Möglichkeiten, Notfälle und chronisch kranke Kinder ambulant oder teilstationär in Kinderkliniken zu behandeln, erweitert werden. Die freie Arzt- und Krankenhauswahl der Eltern muss als Patientenrecht gestärkt werden. Die Eltern sind konkret in Lösungskonzepte, aber auch Entscheidungsprozesse der

Kliniken einzubeziehen. Rein gesundheitsökonomische, d.h. betriebswirtschaftlich orientierte Lösungen ohne Bezug zur Basis sind untauglich.

Nach Kant haben Krankheiten mit den DRGs einen Preis erhalten: »Im Reiche der Zwecke hat alles entweder einen Preis oder eine Würde« (Metaphysik der Sitten), d.h. die Medizin, die Pädiatrie hat ihre Würde verloren. Vor dem Hintergrund einer ökonomisierten Medizin hat das Fallpauschalensystem in den letzten 19 Jahren zumindest in der Pädiatrie nicht »gelernt«, die Erfordernisse zur Vermeidung einer Unterversorgung (aber auch Überversorgung) sicherzustellen – im Gegenteil, eine bedarfsgerechte Pädiatrie im stationären Bereich auf der Grundlage von evidenzbasierten und ethischen Behandlungsstandards zu praktizieren, scheint mit der Einführung der DRGs aufgrund falscher Anreize schwieriger geworden zu sein [8]. Bei nüchterner und unvoreingenommener Analyse sind die heutigen Erschütterungen in der stationären Versorgung in der Pädiatrie aus den Zeiten der Selbstkostendeckung nicht erinnerlich.

Prof. Dr. Klaus-Peter Zimmer war bis zum 31.03.2022 Leiter der Abt. Allgemeine Pädiatrie & Neonatologie im Zentrum für Kinderheilkunde und Jugendmedizin der Justus-Liebig-Universität. Ein Interessenkonflikt besteht nicht.

LITERATUR

- Osterloh, F.: Entmenschlichung der Medizin. Dtsch Arztebl, 2022, 119(6): S. B175-B178
- Klingebiel, T. / K.P. Zimmer: »Das regelt alles der Markt!« Unter- und Fehlversorgung in der Pädiatrie – Wieviel Betten, wieviel Personal braucht eine angemessene stationäre Versorgung für Kinder und Jugendliche?, in Kranke Kinder haben Rechte! Bilanz des 1. Deutschen Kindergesundheitsgipfels, U. Münch, et al. (Hg.), Baden-Baden 2020, S. 189-201
- Zimmer, K.P.: Unterversorgung in Kinderkliniken: Wie chronisch kranke Kinder unter mangelhaften Strukturen und Ressourcen leiden, in Viel zu viel und doch zu wenig, R. Schmid (Hg.), München 2021, S. 35-45
- Wehkamp, K.H. / H. Naegler: The Commercialization of Patient-Related Decision Making in Hospitals. Dtsch Arztebl Int, 2017, 114(47): S. 797-804
- Hoffmann, F., et al.: Pediatric Emergencies-Worsening Care Bottlenecks as Exemplified in a Major German City. Dtsch Arztebl Int, 2021, 118(22): S. 373-374
- Neelmeier, T.: Aufklärungspflicht als Abwehrrecht. Dtsch Arztebl Int, 2014, 111(25): S. A1138-A1140
- Nothacker, M., et al.: Medicine and Economy: Measures for a Science Based, Patient-Centred and Resource Conscious Care. The Association of Scientific Medical Societies' (AWMF) Strategy Paper, Dtsch Med Wochenschr, 2019, 144(14): S. 990-996
- Weyersberg, A., et al.: Gefangen zwischen Ethik und Ökonomie, Dtsch Arztebl Int, 2019, 116(37): S. A1586-A1591

1 Ursprünglich hatte die Ärzteschaft das Privileg, unangenehme Fragen an die Herrschenden und Besitzenden stellen zu dürfen (s. Garantienpflicht bzw. Gefahr in Verzug). Wenn ein verantwortlicher Leiter einer Krankenhausabteilung dies tut heute, wird er mit dem Hinweis auf Geschäftsschädigung bzw. mit der Kennzeichnung als Whistleblower von Kündigung bedroht. Dies ist die feideste Art der Geschäftsführungen, die ärztliche Berufsordnung zu unterwandern bzw. das Arzt-Patienten-Verhältnis fundamental zu beschädigen (siehe auch Kasten zur Maulkorbklausel).

„Maulkorbklauseln“ in Chefarztdienstverträgen

Typische Klausel:

„Eine Korrespondenz mit Behörden, Versicherungen, Krankenkassen, MDK, Anspruchstellern, Medien wie Presse, Rundfunk und Fernsehen etc. findet ausschließlich über die Krankenhausleitung statt und die Krankenhausleitung ist berechtigt, dem Arzt die Korrespondenz mit Dritten zu übertragen. Die Übertragung kann auch für den Einzelfall oder eine bestimmte Gruppe von Dritten erfolgen. Sie bedarf zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform. Die Übertragung kann jederzeit formlos widerrufen werden.“

SPZ – was ist das?

Ein Versuch, Sozialpädiatrische Zentren zu erklären – von Jürgen Seeger

Was wir uns im vdä* für eine sinnvolle Arbeit im Gesundheitswesen schon lange wünschen, nämlich interdisziplinäre Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team und Finanzierung ohne Einfluss auf die medizinischen Entscheidungen, ist in den SPZ Alltag. Jürgen Seeger stellt sie uns vor.

Ich muss vorwegschicken, dass ich kein Sozialpädiater bin und die Geschichte und die Entwicklung der Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) bis 2015 nur von außen beobachtet habe. Während meiner Tätigkeit als Neuropädiater an der Deutschen Klinik für Diagnostik (DKD) in Wiesbaden gab es zwar reichlich Kontakte und Kooperationen mit den umliegenden SPZ (Wiesbaden, Mainz, Frankfurt-Höchst und Frankfurt Mitte), aber ich war eben nicht Teil dieser Entwicklung. Bis sich dann 2015 die Gelegenheit ergab, auf der Flucht aus dem Helios-Konzern, der die DKD erworben hatte, in das SPZ Frankfurt Mitte zu wechseln. Hier war ich bis Ende 2020 als stellvertretender ärztlicher Leiter aktiv und habe die Arbeit dort als ausgesprochen befriedigend erlebt.

Mein Artikel fußt auf diesen Erfahrungen und dem, was ich dort über SPZs gelernt habe – er ist entsprechend subjektiv.

Sehr schnell habe ich nach meinem Arbeitsantritt dort gemerkt, dass selbst unter uns gesundheitspolitisch Interessierten die Sozialpädiatrischen Zentren nicht bekannt waren, mit der Abkürzung SPZ konnte niemand etwas anfangen. Ich habe deshalb bei verschiedenen Gelegenheiten meine – beschränkten – Kenntnisse gerne weiter gegeben.

Sozialpädiatrische Zentren können seit 1989 auf Grundlage des §119 SGB V eingerichtet werden. Damals gab es bereits um 20 solcher Einrichtungen, heute sind es bundesweit ca. 160. Ausführliche Informationen und alle Adressen finden sich auf der Homepage der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V. (DGSPJ). Über die Einrichtung eines SPZ entscheidet auf Antrag eines Trägers der Zulassungsausschuss

bei der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung. Eine übergeordnete Planung auf Landes- oder Bundesebene gibt es nicht, was zu einer sehr ungleichen Verteilung der Einrichtungen führt – wie in anderen Bereichen des Gesundheitswesens auch. Die Ermächtigungen werden für sehr unterschiedliche Zeiträume erteilt (1 – 10 Jahre, bei der Mehrzahl 5 Jahre), wobei Zeiträume unter 10 Jahren eigentlich einer sinnvollen Planung innerhalb der Einrichtungen abträglich sind.

Aus einer Erhebung der Bundesarbeitsgemeinschaft Sozialpädiatrischer Zentren (BAG-SPZ) in der DGSPJ geht hervor, dass bei etwa 70% der SPZ die Träger Krankenhäuser sind (z.T. mit Einbindung des SPZ in die Kinderklinik); in meinem Fall ist es ein städtischer Verein bzw. der Arbeitgeber eine gemeinnützige GmbH. Es besteht eine enge Kooperation mit einer Kinderklinik im gleichen Gebäude. Die Betreuung im SPZ ist nur möglich auf Zuweisung durch Vertragsärzt*innen (i.d.R. Kinder- und Jugendärzt*innen oder auch -psychiater*innen). Die Bezah-

lung erfolgt – außerhalb des stationären und des ambulanten Abrechnungssystems – über für jedes SPZ mit den Krankenkassen zu verhandelnde Quartalspauschalen. Diese variieren – in Abhängigkeit von der Größe und den angebotenen Leistungen, sicher auch vom Verhandlungsgeschick der beiden Seiten – erheblich (2014 Bandbreite: 260-680 € pro Überweisungsschein). Diese Pauschale soll alle medizinischen Leistungen abdecken. Für nichtmedizinische Leistungen, sofern sie nicht Teil des diagnostisch-therapeutischen Prozesses sind, (z.B. Sozial- und Heilpädagogik) sollen die Träger der Sozialhilfe aufkommen. Dies ist allerdings nicht durch Durchführungsbestimmungen geregelt und wird nur sehr begrenzt umgesetzt. Aus den Pauschalen müssen auch die Investitionen getragen werden, was bei der Aushandlung zu berücksichtigen ist. Andernfalls müsste der Träger einspringen oder es müssen Fremdmittel (z.B. Spenden) generiert werden.

Das SGB V beschreibt als Aufgabe der SPZ die Behandlung von Kindern,

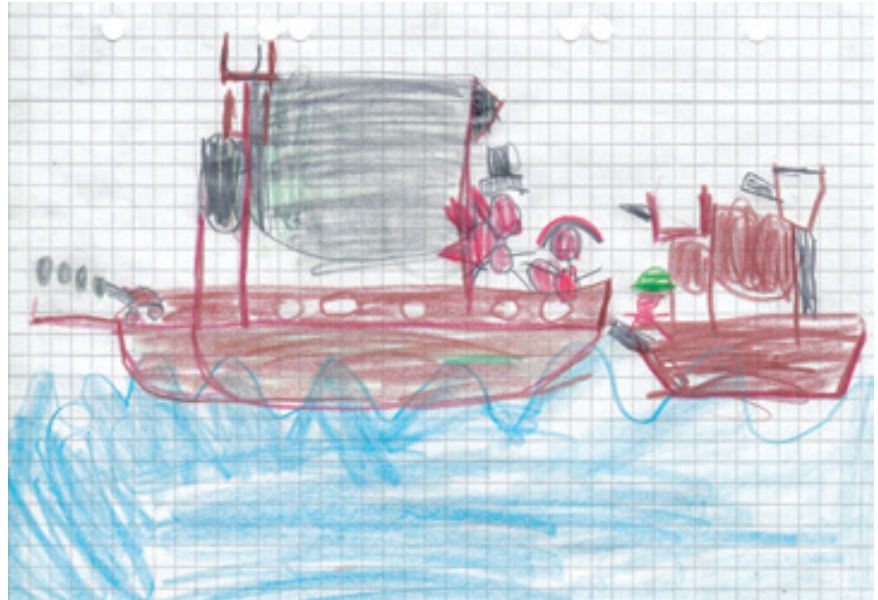


Nora-A., 6 J., Offenbach

»die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Krankheit oder einer drohenden Krankheit nicht von geeigneten Ärzten oder in geeigneten Frühförderstellen behandelt werden können.« Nach dem »Altöttinger Papier« der DGSPJ (aus dem die folgenden Zitate stammen) liegt die Kernkompetenz »in der medizinischen Betreuung von Kindern und Jugendlichen, die auf Grund ihrer Krankheit Störungen in ihrer geistigen, körperlichen und/oder seelischen Entwicklung aufweisen und somit in der gesellschaftlichen Teilhabe drohend oder manifest behindert werden.« Die Diagnosestatistik der BAG-SPZ zeigt 2018 für die an der Erhebung teilnehmenden SPZ die Entwicklungsstörungen (F8 nach ICD 10) mit 55% als größte Gruppe gefolgt von Verhaltens- und emotionalen Störungen (F9) mit 25%. Es können dazu auch »Kinder und Jugendliche mit seltenen oder auch chronischen Erkrankungen gehören, die einen zusätzlichen sozial-pädiatrischen Behandlungsbedarf haben«. Einzelne SPZ können also durchaus besondere Behandlungsschwerpunkte setzen. So war es mir möglich, die Sprechstunde für Kinder und Jugendliche mit neuromuskulären Erkrankungen fortzuführen sowie die Behandlung der Spastik mit Botulinumtoxin – und erfreulicherweise auch Nachfolgerinnen einzuarbeiten.

■ **interdisziplinäre Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team**

Die besondere Erfahrung war für mich, dass die »interdisziplinäre Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team« das Grundkonzept der Arbeit darstellt. Zwar heißt es im SGB V, dass die SPZ »fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen«, ohne die sonst oft übliche Zentrierung auf die ärztliche Leistung bringen die einzelnen Berufsgruppen aber ihre sehr hohe fachliche Expertise in gleichberechtigter Art und Weise ein. »Zu den personellen Voraussetzungen zählt insbesondere die Gewährleistung der interdisziplinären Zusammenarbeit medizinischer, psychologischer, pädagogischer und sozialer Dienste.« Zum »essentiellen Personalbedarf« gehören



Jan, 6 J., Aschaffenburg

neben dem ärztlichen (»Facharzt/-ärztin für Kinder- und Jugendmedizin mit spezieller Qualifikation«) und psychologischen Bereich (»Diplom-Psychologe/-Psychologin bzw. Master in Psychologie (M.A./M.Sc) mit spezieller Qualifikation«), »Therapeutinnen und Mitarbeiterinnen aus mindestens 3 der folgenden Fachrichtungen: Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie, Heilpädagogik, Sozialpädagogik/Sozialarbeit.« Es kommt durchaus vor, dass Kinder je nach Fragestellung vor dem ärztlichen Erstkontakt zunächst von einer der Therapeut*innen gesehen werden. Regelmäßige Fallbesprechungen der beteiligten Professionen gehören zum Arbeitsalltag ebenso wie z.B. die gemeinsame Beurteilung eines Kindes in der physiotherapeutischen Sprechstunde. Eine weitere Besonderheit stellte für mich die Möglichkeit dar, Kinder auch außerhalb des SPZ zu betreuen, finanziert über die Eingliederungshilfe – für mich konkret die Möglichkeit der Teilnahme an runden Tischen in Einrichtungen und darüber hinaus die Erkenntnisse, die beim Besuch der Kinder zu Hause oder in Einrichtungen durch Therapeut*innen oder Sozialarbeiter*innen gewonnen werden.

■ **Finanzierung ohne Einfluss auf die medizinischen Entscheidungen**

Durch die Finanzierung über Quartalspauschalen entsteht – im Gegensatz

z.B. zum DRG-System im stationären Bereich – kein Anreiz, medizinisch unnötige Leistungen zu veranlassen. Da kostenintensive Leistungen, z.B. MRT-Untersuchungen oder human-genetische Diagnostik in Kooperation mit externen Einrichtungen erfolgen und das Budget nicht belasten, gibt es auch keinen Druck, Sinnvolles zu unterlassen. Nach meinem Eindruck konnte ich deshalb meine Entscheidungen nach medizinischen Kriterien treffen.

Die Finanzierung einer länger laufenden Behandlung ist vom ärztlichen Kontakt unabhängig. »Bei jedem Patienten, der sich im SPZ in Therapie befindet, ist mindestens einmal jährlich die Wiedervorstellung zur Verlaufsuntersuchung beim behandelnden Arzt des SPZ erforderlich.« Die Quartalspauschale wird ansonsten über die therapeutischen Kontakte ausgelöst. Therapien bei niedergelassenen Therapeut*innen können als Kassenleistung unter den üblichen Bedingungen verordnet werden, ebenso Medikamente und Hilfsmittel.

Sehr positiv habe ich erlebt, wie in diesem System kollegiale Führung im Leitungsteam gelingen kann – und wie produktiv die Teilnahme aller Mitarbeiter*innen (über 60 Personen) bei der Gestaltung der Arbeit sein kann. Und wie sinnvoll eine externe Unterstützung (regelmäßiges Leitungs-Coaching) im Alltag und erst recht bei der Bewältigung von Konflikten ist. Hier ist es natürlich von Vorteil, einen ge-

Verwendete Literatur

»Altöttinger Papier« der Bundesarbeitsgemeinschaft Sozialpädiatrischer Zentren (BAG-SPZ) in der DGSPJ, unter: <https://www.dgspj.de/qualitaetsicherung/altottinger-papier/> (abgerufen am 11.02.2022)

Weitere Informationen auf der Homepage der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V. (DGSPJ) <https://www.dgspj.de/>, z.B. Einführung in die Ökonomie für das SPZ unter: <https://www.dgspj.de/qualitaetsicherung/papiere-der-qualitaetszirkel/> (abgerufen am 11.02.2022)

Zur »Auswertung der Online-Strukturdatenerhebung der BAG-SPZ basierend auf Daten des IV. Quartals 2018« siehe Christoph Kretzschmar, Aktuelle Daten – Sind SPZ eine Blackbox?, unter: <https://www.kinderaerztliche-praxis.de/a/aktuelle-daten-sind-spz-eine-blackbox-2173527> (abgerufen am 11.02.2022)

Auswertung der Online-Strukturdatenerhebung der BAG-SPZ – IV. Quartal 2014, unter: <https://docplayer.org/75355660-Auswertung-der-online-strukturdatenerhebung-der-bag-spz-iv-quartal.html> (abgerufen am 11.02.2022)

meinnützigen Träger zu haben, der keine eigenen Profitinteressen hat und all dem aufgeschlossen gegenüber steht.

Nach der Erhebung der BAG-SPZ werden jährlich etwa 350.000 Patient*innen bundesweit in SPZ behandelt. Durch Vorstellungen in mehreren Quartalen ergeben sich ca. 600.000 Quartalsfälle. In den letzten Jahren hat keine wesentliche Steigerung der Patient*innenzahlen stattgefunden, was bei anhaltend hohem Bedarf (zum Teil lange Wartezeiten bis zum ersten Termin) als Ausdruck struktureller Probleme interpretiert wird (Einstellung qualifizierten Personals, räumliche Begrenzung, nicht ausreichende Finanzierung durch Krankenkassen und auch Sozialhilfeträger).

■ Mein persönliches Fazit

Mit den Sozialpädiatrischen Zentren wurde eine Versorgungsform außerhalb sowohl des stationären als auch des ambulanten, kassenärztlichen Rahmens für eine kleine Gruppe von Kindern und Jugendlichen geschaffen, die die vorhandenen Angebote in sinnvoller Weise ergänzt und dabei sowohl bezüglich der Arbeitsorganisation als auch der Finanzierung gewohnte Pfade verlässt. Nach meiner Erfahrung ist hier ein an dem Bedarf und den Bedürfnissen der Patient*innen ausgerichtetes interdisziplinäres Arbeiten im multiprofessionellen Team auf hohem Niveau möglich. Dabei stehen Teilhabeorientierung und Befähigung von chronisch kranken Kindern und Jugendlichen sowie deren Familien ganz im Mittelpunkt.

Die räumliche Verteilung der SPZ ist bislang ohne übergeordnete Planung erfolgt. Dies sollte im Rahmen einer noch zu entwickelnden sektorenübergreifenden Bedarfsplanung verändert werden. Die neue Bundesregierung verspricht hierzu: »die Sozialpädiatrischen Zentren bauen wir in allen Bundesländern aus«. Solange die Zulassungsausschüsse bei den Kassenärztlichen Vereinigungen die Ent-



Semima, Wien, 6 Jahre

scheidungshoheit haben, muss sichergestellt werden, dass Ermächtigungen nicht für weniger als 10 Jahre erteilt werden, um innerhalb der Einrichtungen eine sinnvolle Planung zu gewährleisten.

Die Finanzierung der SPZ – aktuell über Quartalspauschalen von den Krankenkassen und Gelder der Sozialhilfeträger – muss »bedarfsgerecht auskömmlich« gestaltet werden, wie dies der Ampel-Koalitionsvertrag für die gesamte Pädiatrie verspricht. Die nach meiner Erfahrung oft unerfreulichen, Zeit und Ressourcen verbrauchenden Verhandlungen mit den Kassen sollten abgelöst werden z.B. durch ein System der Selbstkostendeckung. Bis dahin muss ein jährlicher Zuwachs der Pauschalen zumindest entsprechend der Tarifentwicklung gewährleistet werden. Die Beteiligung der Sozialhilfeträger muss verpflichtend geregelt werden.

Sozialpädiatrische Zentren sind, wie Krankenhäuser, Einrichtungen der Daseinsvorsorge. Sie gehören nicht in die Hände privater Eigner, die sie mit der Absicht der Gewinnerzielung betreiben. Dies muss künftig vor allem auch bei der Neueinrichtung von SPZ gewährleistet werden.

Jürgen Seeger, Dr. med., ist Gründungsmitglied des vdää und im erweiterten Vorstand.*

Er ist Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie. Von 2015 bis 2020 war er stellvertretender ärztlicher Leiter im SPZ Frankfurt Mitte. – Interessenskonflikt: Er hat einen Honorarvertrag mit dem Träger des SPZ Frankfurt Mitte für ärztliche Konsiliartätigkeit.

Off-Label in der täglichen Pädiaterpraxis

Ein Erfahrungsbericht von Bernhard Sandner

Medikamente werden in der Regel an Erwachsenen getestet und für Erwachsene zugelassen. Somit haben Kinderärzt*innen oft das Problem eines Off-Label-Gebrauchs. Wir danken dem Kindernetzwerk e.V., dass wir den Artikel nachdrucken durften, und Bernhard Sandner, dass er ihn noch einmal aktualisiert hat.

■ Einleitung und Problemstellung

Kinder- und Jugendärzte in Klinik und Praxis kennen von jeher das Problem, bei der medikamentösen Behandlung ihrer Klientel auf Präparate zu setzen, die offiziell noch nicht zugelassen sind. Dies gilt sowohl für Indikationsbereiche und Dosierung eines Medikamentes als auch für die Altersgruppe, so dass von einem »Off-Label«-Gebrauch stets dann zu sprechen ist, wenn mindestens einer der genannten Punkte zutrifft. Insbesondere abhängig vom Lebensalter und Einsatzort (Klinik oder ambulante Versorgung) schwankt der Anteil an Off-Label-Arzneimitteln zwischen 35 und 80 Prozent.

Daraus resultiert für den Arzt ein mehrdimensionales Dilemma, weil einerseits natürlich der pädiatrische Alltag eine Behandlung gemäß wissenschaftlichen Erkenntnissen und Standards erfordert. Andererseits ist aber auch die Sicherheit bei Arzneimitteln unabdingbar, die für Kinder und Jugendliche eingesetzt werden, aber im Falle von Off-Label nicht ausreichend untersucht oder dokumentiert sind. Drittens sind ebenso juristische Aspekte nie außer Acht zu lassen.

■ Pädiatrischer Alltag

In der täglichen Praxis ist ein Off-Label-Einsatz von Medikamenten gleichwohl oft unumgänglich, weil eine Verordnung – beispielsweise für bestimmte Altersgruppen nicht geprüfter Medikamente – aufgrund wissenschaftlicher Evidenz erfolgen muss. Denn andernfalls sähe sich der Arzt dem Vorwurf einer unethischen Handlungsweise ausgesetzt, die ebenfalls juristische Konsequenzen nach sich ziehen könnte. Jeder Arzt sollte eine Off-Label-Medikation allerdings nur unter den

Voraussetzungen initiieren, dass

- a) eine umfassende und gründliche Aufklärung (Abwägen von Nutzen und Risiko) durchgeführt,
- b) die Zustimmung der Eltern eingeholt wurden und
- c) dementsprechende Dokumentation stattgefunden hat.

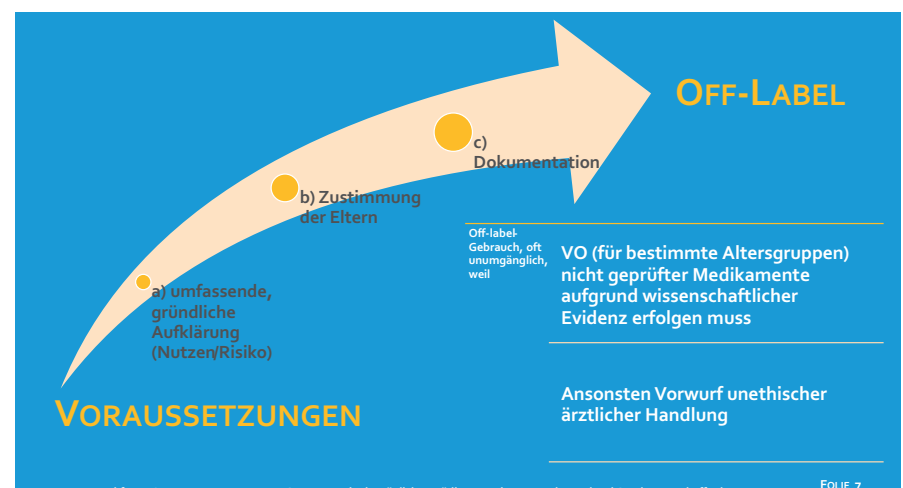
Unabhängig davon kann im Alltag auch schon jetzt die Arzneimittelsicherheit für Kinder und Jugendliche deutlich erhöht werden durch sparsame, evidenzbasierte Ordnungspraxis (Vermeiden pharmakologischer Polypragmasie), ferner durch Beteiligung an sinnvollen klinischen Studien und nicht zuletzt durch Weiterleitung von Alltagserkenntnissen (auch denen über Off-Label-Einsätze) an zentrale Datenbanken. Erst 2017 wurde ein solches digitales Dokumentationssystem über Kinderarzneimittel mit Hilfe eines bundesweiten Innovationsfonds unter dem Namen »KiDSafe« ins Leben gerufen.

Eine Besonderheit stellt zweifelsohne die Off-Label-Medikation bei seltenen Erkrankungen dar. Hier sollte der Grundsatz gelten: kein zu früher Einsatz – aber auch (aus ethischen Gründen) kein zu später! Der Einsatz eines

Medikamentes als individueller Heilversuch schließt nämlich die Teilnahme dieses Patienten an einer Studie mit demselben Wirkstoff immer aus. Solche Patienten fehlen also oftmals für klinische Studien, so dass letztendlich eine sehr frühe Off-Label-Anwendung die wissenschaftliche Forschung zum Wohle der Kinder behindert. Hemmnisse entstehen aber genauso durch bürokratische Hürden, wie das Beispiel einer MDK-Vorgabe zeigt, die nach begründeter Indikationsstellung den Cannabis-Einsatz mit THC-Anteil empfiehlt, obwohl das angefragte Cannabidiol als wesentlich nebenwirkungsärmer für Kinder bekannt ist. Auf diese Weise werden gesteuerte, evidenzbasierte Verordnungen behindert und keine Hilfestellungen gegeben, unerwünschte Arzneimittelwirkungen im Kindesalter zu verringern, die eigentlich vermeidbar wären.

Da das Thema Arzneimittelsicherheit in der Pädiatrie ohnehin einen zentralen Stellenwert besitzt, wurde 2007 die Einführung des sogenannten PUMA-Prozesses als vermeintlicher Lichtschweif am Horizont gesehen. PUMA bedeutet *Paediatric Use Marketing Authorization* und beschreibt die Mög-

PÄDIATRISCHER ALLTAG





lichkeit, in einem vereinfachten Zulassungsverfahren ältere Wirkstoffe auf ihre Wirksamkeit zu testen und kindgerechte Darreichungsformen zu entwickeln. Insgesamt auch gedacht als Anreiz für die Industrie, weil eine Marktexklusivität von zehn Jahren (verlängerter Patentschutz) für dieses Kinderarzneimittel resultiert. Der gewünschte Effekt blieb jedoch aus und bleibt leider eine Rarität, denn nur wenige Präparate haben eine PUMA-Zulassung erhalten: z.B. Midazolam, Propranolol, Glycopyroniumbromid, Melatonin.

Als Grauzone für die Arzneimittelsicherheit darf schließlich die Einnahme von frei verkäuflichen OTC-Präparaten (rezeptfreie, nicht verschreibungspflichtige Medikamente) nicht unerwähnt bleiben, die Kindern von ihren Eltern besorgt werden.

■ Perspektiven

Gemeinsame Anstrengungen sind erforderlich, die Sicherheit einer Medikamentenanwendung beim Kind zu verbessern. So kann sich das Kindernetzwerk (an der Seite von Eltern-Power integrierter Patientenorganisationen) an politischer Front – inklusive Krankenkassen – dafür stark machen, notwendige und innovative Arzneimittel und Therapien nicht (immer) allein unter Kostenaspekten zu diskutieren. Auf Elternseite sollte die Teilnahmebereitschaft für klinische Studien gefördert und althergebrachte Vorurteile abgebaut werden. Studien mit Kindern haben stets die Bedeutung, Studien für Kinder zu sein. Auch dürfen sich Eltern heute grundsätzlich darauf ver-

lassen, dass Arzneimitteltestungen im Kindesalter eine strenge Prüfung durch Ethikkommissionen durchlaufen. Auch die Industrie kann natürlich wesentliche Beiträge liefern, indem gerade die forschenden Arzneimittelhersteller weiterhin sicherstellen, dass Kinder am therapeutischen Fortschritt teilhaben und zusätzlich die Studienlandschaft Deutschland gefördert wird. Insbesondere ist zu verhindern, dass gegebenenfalls Kinderstudien nicht weitergeführt werden, weil Unternehmen bereits die lukrative Zulassung im Erwachsenenalter erhalten hatten.

Ärztlicherseits muss für das Problem fehlender Pharma-Zulassungen, mehr noch fehlender Evidenz sensibilisiert und besser informiert werden, damit die Kompetenz der pädiatrischen Pharmakotherapie wesentlich verbessert und ausgebaut werden kann. Gerade wegen der erhaltungswürdigen Therapiefreiheit sollten Ärzte durch Teilnahme an zertifizierten Kursen ihre Kenntnisse über Arzneimittelprüfungen erweitern, weil diese in Medizinstudium und Weiterbildung definitiv zu kurz kommen, jedoch für eine solide Urteilsfindung sowohl in Klinik als auch in Praxis unentbehrlich sind. Nur so lassen sich nämlich die oft (vom Design her) höchst zweifelhaften Anwendungsbeobachtungen vermeiden, denen ohnehin ein schlechter Ruf vorausseilt. Solche – offiziell nicht-interventionelle Studien genannte – Arzneiprüfungen dienen leider immer noch vorrangigen Marketing-Interessen und werden nicht zu Unrecht von *Transparency International* als legalisierte Korruption bezeichnet.

Bereits seit dem Jahre 2001 hat sich die bundesweite pädiatrische Vereinigung *NETSTAP* (*Netzwerk Kinder- und Jugendärzte für klinische Studien in der Ambulanten Pädiatrie*) dem Ziel verschrieben, sinnvolle Kinderstudien mit praxistauglichem Design und sicherer Rekrutierung, also ausreichenden Patientenzahlen auf den Weg zu bringen und zu begleiten. Inzwischen sind etwa 100 Mitglieder in diesem Netzwerk vereinigt, das Ärzten das Rüstzeug für kompetente, vernetzte Prüfzentren verschafft und in Zukunft – an der Seite interessierter Unternehmen – sogar die bislang eher erfolglosen PUMA-Zulassungen forcieren und auch als Kooperationspartner für das 2017 neu gegründete Dokumentationsprogramm »KiDSafe« fungieren könnte.

■ Fazit

»Off-Label« bedeutet nicht zwangsläufig »Off Experience«, und so wird der oft problematische Off-Label-Gebrauch auch weiterhin den klinischen Pädiater-Alltag bestimmen, weil Kinder- und Jugendärzte wiederholt darauf angewiesen sind. Jedoch darf grundsätzlich das im Sinne der Arzneimittelsicherheit nie als unabwendbar gelten und sollte bei allen Akteuren in diesem Kontext die Spannung hochhalten, daran nachhaltig etwas zu ändern, damit die Risiken der Off-Label-Anwendung bei Kindern und Jugendlichen – insbesondere bei chronisch kranken Patienten – minimiert und über eine rationale Arzneimittelverordnung die Sicherheit der Pharmakotherapie verbessert werden kann.

Dr. med. Bernhard Sandner, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Pädiatrische Pneumologie und Allergologie, Sozialpädiatrisch orientierte Versorgung. Der Autor ist langjähriges Vorstandsmitglied bei NETSTAP e.V. sowie Mitglied im pädiatrischen Beraterkreis von Kindernetzwerk und erklärt mit seiner Verpflichtung zur Produkt- und Firmenneutralität, dass keinerlei Interessenkonflikt dem Artikel im Wege steht.

Literatur beim Verfasser

(Quelle: knw Kindernetzwerk e.V.: Off-Label-Gebrauch im Kindes- und Jugendalter, knwaktiv 25. September 2018 – für GbP 1/2022 leicht überarbeitet und aktualisiert)

Kaum zu ertragen

Interview zum Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des ÖGD

Von den Gesundheitsämtern ist viel die Rede seit dem Beginn der Corona-Pandemie. Doch was wurde und wird nun aus den Aufgaben, für die diese eigentlich zuständig sind? Stephanie Hübner, Pressereferentin des Marburger Bundes (MB) Niedersachsen, sprach mit Dr. Bettina Langenbruch, Ärztin im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des Gesundheitsamtes Hildesheim, über ihre Erfahrungen. Wir danken dem MB für die freundliche Genehmigung des Nachdrucks.

*Frau Dr. Langenbruch, wie hat die Pandemie Ihren Arbeitsalltag und den Ihrer Kolleg*innen in Niedersachsen beeinflusst?*

Bei uns in Hildesheim wurden zu Beginn der Pandemie zunächst einige Mitarbeiterinnen, vor allem Ärztinnen, mit Aufgaben des Infektionsschutzes betraut. Zum Herbst 2020 sind wir nahezu alle zur Pandemiebekämpfung abgeordnet worden. In anderen Regionen Niedersachsens war es ähnlich.

Die originären Aufgaben im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst wurden in dieser Zeit nicht mehr erledigt. Bis Mai 2021 fanden keine *Schuleingangs-Untersuchungen (SEU)* und keine präventiven Kindergartenuntersuchungen statt. Stellungnahmen für Kinder mit Behinderungen bzw. Eingliederungshilfebedarf wurden ausschließlich nach Aktenlage und mit großer Verzögerung erstellt. Als im Frühsommer einige Mitarbeiterinnen ihre originären Aufgaben wieder aufnehmen konnten, gelang es ihnen mit erheblichem Aufwand, bei einem Viertel der Kinder die SEU bis zu den Sommerferien durchzuführen, die anderen wurden ohne Untersuchung eingeschult.

Was empfinden Sie als besonders gravierend?

Nahezu alle Kolleg*innen haben erhebliche »moralische Verletzungen« erlitten: Die zwingend erforderliche sozialpädiatrische Prävention in der Breite ist jetzt im dritten Jahr in Folge nicht oder nur in Bruchstücken zu realisieren. Das hat gravierende Folgen für Schulen, Kinder und Familien – nämlich Krisen am Beginn der Bildungsbiografie, die vermeidbar wären.

Wir erleben die blanke Not aufgrund des Personalmangels im ÖGD und die Folgen – besonders für die kommunale Kindergesundheitspflege. Das ist für uns Sozialpädiaterinnen kaum zu ertragen. Wir wissen genau, dass sich für unsere Kinder und Jugendlichen, deren Familien und die entsprechenden Einrichtungen Corona nicht nur im Infektionsschutz abbildet. Wir wissen um die massiven Folgen für Kindergesundheit durch »Corona-Kilos« und »Corona-Depression« – wir können die dramatischen Folgen der Pandemie für Kinder und Jugendliche sozusagen in den Quartieren und Gemeinden verorten.

Was bedeutet das für die Betroffenen?

Besonders fatal sind die Folgen für Kinder aus Familien, die auf eine aufsuchende und lebensraumspezifische Unterstützung angewiesen sind und die vor Schulbeginn eine gute Unterstützung und Begleitung in die Schule hinein dringend nötig gehabt hätten. Diejenigen, deren Untersuchung und Beratung wir 2021 noch realisieren konnten, sind sehr dankbar. Wir hören aber auch aus den Schulen von vollständig gescheiterten Versuchen, Kinder ohne Vorkenntnisse über deren Potenzial einzuschulen, wie es im letzten Jahr »der Not gehorchend« geschehen ist. In der Regel werden die späteren Versuche des Nachbesserns wenig Erfolg haben und die Kinder ihr Misserfolgserlebnis mit weitreichenden Folgen bereits internalisiert haben. Die Erwachsenen haben versagt – die Kinder sind jetzt die Leidtragenden. Im weite-



Nora-A., 6 J., Offenbach

ren Verlauf werden wir uns alle um diese Folgen kümmern müssen.

Die Netzwerkarbeit, auf die der kommunale *Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD)* angewiesen ist, ist in den letzten zwei Jahren notgedrungen eingeschränkt gewesen und teilweise völlig zum Erliegen gekommen. Die entsprechenden Kommunikationswege wieder zu etablieren, wird viel Zeit und Mühe benötigen. Wir vom KJGD hatten uns über zwei Jahrzehnte durch gute und fundierte Arbeit bei den Kindergemeinschaftseinrichtungen einen guten Ruf erworben, den wir immer im Sinne der Kinder nutzen. Der ist nun in Gefahr: Wo wart Ihr denn, als wir Euch gebraucht hätten?

*Was bedeutet das für Sie und Ihre Kolleg*innen?*

Alle meine Mitarbeiterinnen, Ärztinnen und medizinische Fachangestellte oder sozialmedizinische Assistentinnen, haben ein hohes Ethos im Sinne der Sozialpädiatrie und ei-

SOLIDARISCHES GESUNDHEITSWESEN



»Armut und Ausgrenzung machen krank«

Das muss und soll nicht so bleiben. Der Verein »Solidarisches Gesundheitswesen e.V.« engagiert sich für ein Gesundheitswesen, das allen Menschen einen sicheren Zugang zu einer guten medizinischen Versorgung sowie Teilhabe an gesundheitlicher Prävention und Gesundheitsförderung ermöglicht. Wir treten für den Abbau gesundheitsgefährdender Verhältnisse in Gesellschaft und Umwelt ein. Und wir wollen uns besonders dafür einsetzen, dass bisher sozial und ökonomisch benachteiligte gesellschaftliche Gruppen (z.B. Arme, Geflüchtete, Migrant*innen) an der medizinischen Versorgung und Gesundheitsförderung teilhaben können. Wir widersetzen uns deshalb allen Tendenzen, soziale Gruppen von der medizinischen Versorgung auszuschließen oder ihre Gesundheitsressourcen zu beschneiden.

Der Verein gemeinnützig steht allen offen, die seine Ziele teilen. Wir engagieren uns in Kooperation und Vernetzung mit bereits bestehenden Organisationen und Initiativen.

Kontakt:
Solidarisches Gesundheitswesen e.V.
Falkstraße 34, 60487 Frankfurt/Main
solid.g-wesen@gmx.de
<http://www.solidarisches-gesundheitswesen.de/>

Spendenkonto:
Bank: Frankfurter Sparkasse 1822
IBAN: DE07 5005 0201 0200 5795 25

nen starken inneren Antrieb, den Kindern und ihren Familien fachkundig, sorgfältig und zeitgerecht die notwendigen Hilfen zukommen zu lassen. Diesem Antrieb nicht nachkommen zu können, führt bei allen Kolleginnen zu erheblichen psycho-sozialen Belastungen, lang andauernden Erkrankungen, psycho-vegetativen Erschöpfungssituationen, Burn-Out, Depressionen bis zum Wechsel in einen anderen Arbeitsbereich oder Rückzug aus dem Arbeitsleben durch einen ursprünglich nicht geplanten vorzeitigen Ruhestand.

Als persönliche Belastung erleben wir, dass wir schon zwei Jahre lang nicht oder nur sehr begrenzt die Arbeit tun dürfen, für die wir ausgebildet und eingestellt wurden und für die wir so gut qualifiziert sind wie sonst niemand. Unsere Arbeitskraft wird eingesetzt in Bereichen, in denen andere Fachleute tätig werden könnten. Das »Einspringen« in der ersten Welle der Pandemiebekämpfung war für alle selbstverständlich und ist mit großem Engagement geschehen. Im Verlauf wurde jedoch deutlich, dass viele alternative Möglichkeiten der externen Personalgewinnung nicht oder nur verzögert genutzt wurden.

Was muss sich ändern?

Bei der Umsetzung des sogenannten Paktes für den ÖGD gibt es offensichtlich erhebliche Verwaltungshemmnisse. In den kommunalen Gesundheitsverwaltungen gibt es jedoch zu wenige Personalressourcen für komplizierte Antragswege. Diese Vorgehensweisen müssten deutlich vereinfacht werden.

Nicht nur Digitalisierung und Infektionsschutz dienen der zeitgerechten Daseinsvorsorge! Alle unterversorgten Bereiche des ÖGD müssen aus diesen Geldern Unterstützung erfahren. Und: Die KJGDs nach Corona werden sich neu aufstellen müssen, denn die Folgen für die Kinder und Jugendlichen sind in ihrer Dramatik kaum abschätzbar. Die Aufarbeitung dieser komplexen Problemlagen mangels Fachpersonal ohne sozialpädiatrische Kompetenz ausschließlich den pädagogischen Fachleuten zu überlassen, ist aus meiner Sicht nicht akzep-

tabel und wird nicht zu einem guten Ende für Kinder und Familien führen.

Lassen Sie uns noch über einen traurigen Dauerbrenner, die Personalsituation im ÖGD, sprechen.

Die Not der nicht mehr zu besetzenden Stellen, insbesondere für Ärztinnen und Ärzte, ist landesweit aktuell noch größer als ohnehin im ÖGD üblich. In Hildesheim konnten sich im letzten Jahr zwei junge Kolleginnen trotz grundsätzlichen Interesses an unserer Arbeit nicht für eine Bewerbung entscheiden: wegen der vergleichsweise schlechten Bezahlung im ÖGD, aber auch, weil wir nicht sagen konnten, wann sie tatsächlich im Bereich der Sozialpädiatrie tätig würden. Wir werden niemals mit anderen Arbeitgebern um neue Mitarbeiter*innen konkurrieren können, wenn die im öffentlichen Gesundheitsdienst gezahlten Gehälter so massiv geringer sind.

Dass die Zuständigkeit für den öffentlichen Gesundheitsdienst nach dem Zweiten Weltkrieg an die Bundesländer gegeben und von dort – insbesondere in Niedersachsen – an die Kommunen weitergereicht wurde, war in Anbetracht der schlechten finanziellen Ausstattung der Kommunen ein großer Fehler. Wenn auf Bundesebene ein ernsthaftes Interesse und Verantwortungsbewusstsein für die lebensraumbezogene und zielgruppenspezifische Sozialpädiatrie besteht und man Verantwortung für Bevölkerungsmedizin im positiven Sinne übernehmen möchte, müssen dort Standards und notwendige zentrale Inhalte festgeschrieben werden. Die Kinder- und Jugendgesundheitsdienste mit den entsprechenden Fachgesellschaften sind hier gerne zum fachlichen Dialog bereit.

Frau Dr. Langenbruch, vielen Dank für das Interview.

(Quelle: Homepage des Marburger Bund Niedersachsen, 22. Februar 2022; <https://www.marburger-bund.de/niedersachsen/meldungen/kaum-zu-ertragen>)

Von Geburt an...

Tina Jung über Auswirkungen der Ökonomisierung auf die Geburtshilfe

Im Folgenden dokumentieren wir eine von uns stark gekürzte Fassung eines Aufsatzes von Tina Jung aus der soeben erschienenen Publikation der Rosa Luxemburg Stiftung von Julia Dück und Julia Garscha: »Aus Sorge kämpfen. Von Krankenhausstreiks, Sicherheit von Patient*innen und guter Geburt«¹. Tina Jung diskutiert die Auswirkungen der Ökonomisierung auf die Geburtshilfe anhand von Veränderungen in der klinischen Versorgungsstruktur, in den Arbeitsbedingungen im Kreißaal und in den geburtshilflichen Interventionspraktiken. Wir danken der RLS für die Möglichkeit der Veröffentlichung.

Der Prozess der Ökonomisierung des Gesundheitswesens findet nicht allein auf der Ebene des Wandels der Finanzierungsstruktur des Krankenhauses statt, sondern im Weiteren auch auf einer gesellschaftlich-politischen Ebene z.B. in Form eines Wandels der politisch-gesetzlichen Regulierung des institutionellen Arrangements (z.B. Änderungen in der Finanzierung wie die Einführung des Fallpauschalensystems, Verschiebungen im Machtgefüge der Akteure wie etwa der Krankenkassen etc.). Auf der organisationalen Ebene zeigt sich die Ökonomisierung z.B. in Form der Einführung von New Public Management-Strategien, Ausbau des Controllings und Case-Management; und sie zeigt sich auf der Ebene der Anerkennungsordnungen, insoweit mit der Konstruktion und Gewichtung der Fallpauschalen zugleich eine Bewertung einhergeht, was als finanzierungswürdige Leistung anerkannt wird. Dies führt in der stationären Versorgung zu einer »Umstrukturierung von Wertigkeiten anerkennungsrelevanter Ressourcen« (Mohan 2019, 288): Da sich die Fallgruppen nach medizinischen und ökonomischen Kriterien definieren, bleiben diejenigen Aspekte gesundheitsorientierten, fürsorglichen Handelns unsichtbar und in Re-

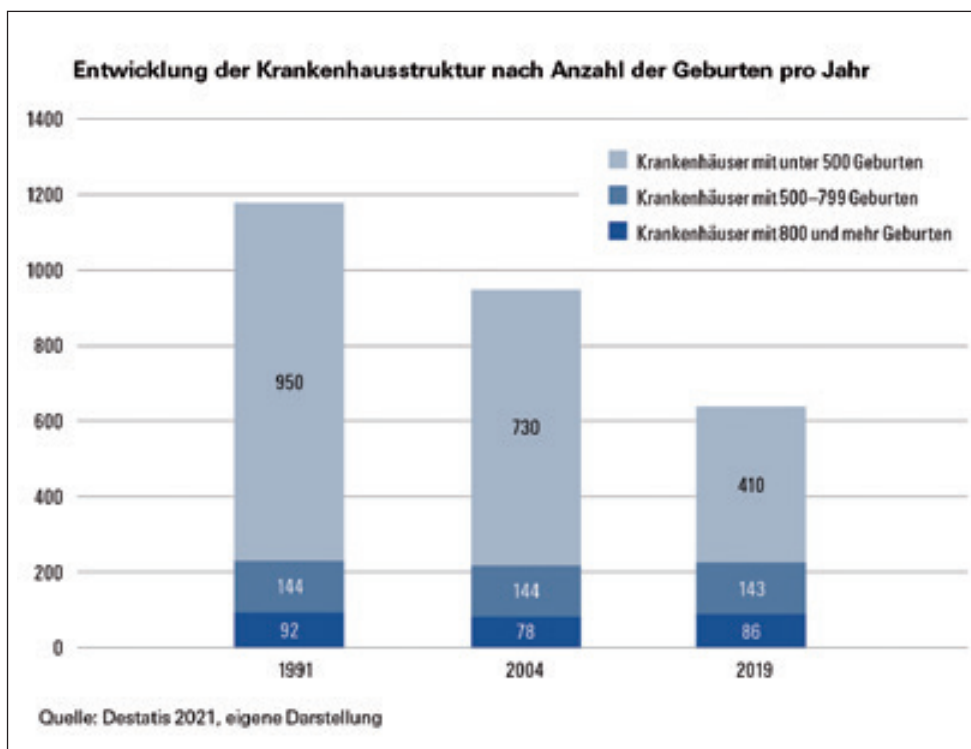
lation abgewertet, die auf Zeit und Zuwendung gegenüber dem konkreten Anderen (hier vor allem der Gebärenden) beruhen und als solche nicht adäquat dokumentations- und abrechnungsfähig sind. Diese Prozesse wirken sich wiederum aus auf Leistungsorientierungen, Arbeitsinhalte und Berufsethos der Krankenhaus-Beschäftigten (z.B. in Form der Anpassung von professionellem Handeln auf Kriterien der Abrechenbarkeit) einerseits (vgl. u.a. Braun et al. 2010); sowie auf das (Selbst-)Verständnis von Patient*innen als Kund*innen (z.B. in Form der Wahrnehmung von individuellen Leistungsansprüchen als Wahlfreiheit und als persönliches Recht) andererseits.

■ Auswirkungen der Ökonomisierung des Gesundheitssystems auf die Geburtshilfe

Aktuell findet in Form u.a. der Privatisierung von Kliniken und der Schließung von wohnortnahen Kreißsälen der Grund- und Regelversorgung ein Umbau der geburtshilflichen Infrastruktur im Sinne einer Zentralisierung auf überregionale, hochtechnisierte Perinatalzentren statt. Die verbleibenden

Kreißsäle arbeiten vielerorts unter Bedingungen von Überlastung, Personalmangel und wirtschaftlichem Druck; viele Kreißsäle sehen sich zu vorübergehenden Schließungen gezwungen.

Geburtshilfe rechnet sich innerhalb des DRG-Systems aufgrund der Vorhaltekosten für viele Kliniken nicht bzw. es lassen sich keine Gewinne erwirtschaften; dies gilt insbesondere für Geburtskliniken mit niedrigen bis mittleren Geburtenzahlen. So hat seit der Einführung des Fallpauschalensystems in der Geburtshilfe rund ein Drittel aller Kreißsäle dauerhaft seine Türen geschlossen (von 952 Krankenhäusern mit Geburtshilfeabteilung im Jahr 2004 auf 639 im Jahr 2019). Neben dauerhaften Kreißsälen-



schließungen werden Kreißsäle an manchen Standorten auch vorübergehend geschlossen.

Wie an den Abbildungen zu sehen ist, sind von den Schließungen überwiegend Geburtskliniken mit niedrigen und mittleren Geburtenzahlen betroffen; dies betrifft vor allem die wohnortnahen Geburtshilfeabteilungen der Grund- und Regelversorgung. Der Anteil der Kliniken mit 800 und mehr Geburten am Geburtengeschehen insgesamt steigt; dabei handelt es sich meist um überregionale Perinatalzentren mit Maximalversorgung.

Trotz des kontinuierlichen Rückgangs an geburtshilflichen Fachabteilungen (von 548 im Jahr 2004 auf 355 im Jahr 2017, vgl. Destatis, Grunddaten der Krankenhäuser) hat zugleich eine Steigerung der fachabteilungsbezogenen Fallzahlen (von 518.077 im Jahr 2004 auf 530.631 im Jahr 2017, vgl. Destatis, Grunddaten der Krankenhäuser) stattgefunden hat – bei gleichzeitiger Verkürzung der Verweildauer der einzelnen Schwangeren in der geburtshilflichen Fachabteilung von durchschnittlich 5,0 Tagen auf durchschnittlich 3,7 Tagen im Jahr 2017.

Das ist in verschiedener Hinsicht folgenreich für Schwangere, Hebammen und Ärzt*innen im Kreißsaal: Mit den (noch anhaltenden) Kreißsaalschließungen wird zunehmend die wohnortnahe Versorgung mit Geburtshilfe eingeschränkt; dies bedeutet längere Fahrtzeiten einschließlich des Umstands, dass für Schwangere in manchen Regionen der Geburtsort vorrangig nach dem Kriterium »nächstgelegene«, nicht nach Größe, Ausstattung des Kreißsaals bzw. Philosophie der Klinik »wählbar« wird.²

Die noch verbleibenden Kreißsäle müssen die Geburten der geschlossenen Geburtskliniken auffangen und mehr Gebärende in weniger Zeit »durchschleusen«. Hebammen und Ärzt*innen arbeiten dabei unter sich verschärfenden Bedingungen von Arbeitsbelastung, Zeitdruck, Personal- und Ressourcenmangel. Mehr als die Hälfte der im Kreißsaal tätigen Hebammen betreut häufig drei oder mehr Frauen parallel. Dazu kommen Arbeitsüberlastung und -verdichtungen, z.B. durch die gestiegenen Anforderungen



Lene, 11 Jahre, Uttenreuth

an Dokumentation und Reinigungsarbeiten (z.B. der Kreißsäle), die ebenfalls häufig durch geburtshilfliches Personal übernommen werden (müssen). In der HebAB.NRW-Studie (2019) gaben über 40,0% der im klinischen Setting tätigen Hebammen an, mindestens einmal pro Woche gebeten worden zu sein, Überstunden zu machen oder einzuspringen. Knapp 80% der Kreißsäle können offene Stellen nicht problemlos nachbesetzen, es fehlen sowohl Hebammen als auch Mediziner*innen (vgl. IGES 2019). Als Gründe für den Personalmangel in Kreißsälen werden an verschiedenen Stellen die Arbeitsbedingungen genannt, die Geburtshelfer*innen nicht mehr in Kauf nehmen wollen; es werden aber auch die unter gegebenen Bedingungen eingeschränkte oder gar nicht vorhandene Möglichkeit, Gebärende so zu begleiten, wie es dem professionellen Ausbildungs- und Arbeitsethos entspricht, genannt, sowie respektloses und gewaltförmiges Verhalten Gebärenden gegenüber.

Die skizzierten Entwicklungen haben insgesamt Auswirkungen auf die Gewährleistung der Achtung der Würde und Selbstbestimmung der Gebärenden (und ihren Neugeborenen und Begleitpersonen) ebenso wie auf die bestmögliche Gewährleistung von deren physischer und psychischer Gesundheit: 43,1% der in NRW 2018 befragten Hebammen gaben an, im vorangegangenen Monat eine Ge-

fahrenanzeige geschrieben zu haben; knapp 60% der Hebammen gaben an, im vergangenen Monat mindestens einmal in einer Situation im Kreißsaal gewesen zu sein, in der eine Gefahrenanzeige hätte geschrieben werden können (vgl. HebAb.NRW 2019, 183). Eine Gefahrenanzeige soll geschrieben werden, wenn im Kreißsaal eine Situation auftritt, in der unmittelbare erhebliche Gefahr für Mutter und Kind möglich ist.

Zudem mehren sich Berichte, dass Schwangere von Kreißsälen abgewiesen werden. Laut der HebAb.NRW-Studie (2019) konnten von den befragten Müttern, 13% nicht an ihrem Wunschort gebären, wobei 8,7% nach Geburtsbeginn von der Wunschklinik abgewiesen worden sind. Denkbar seien für eine Abweisung von Gebärenden »medizinische Risiken, die erst nach Geburtsbeginn bei geplanter Aufnahme in die Klinik evident wurden. Denkbar ist aber auch ein plötzlich auftretendes hohes Geburtenaufkommen, dass durch die passagere Schließung einer oder mehrerer Kliniken im Umfeld, verursacht oder potenziert wurde.« (HebAb.NRW 2019, 195).

Mit der Einführung des DRG-Systems werden überdies monetäre Anreize für Interventionen gesetzt (vgl. u.a. Otto/Wagner 2013). Insgesamt wird finanziell belohnt, wenn eine Klinik in die Geburt eingreift. Deutlich wird das am Beispiel Kaiserschnitt:

Eine sekundäre Sectio wird fast doppelt so hoch vergütet wie eine vaginale Geburt ohne Komplikationen. Seit 1991 ist die Kaiserschnitttrate auf über das Doppelte gestiegen (im Jahr 2019 lag sie bei 29,6%, vgl. Destatis 2021), wobei hier erhebliche regionale Unterschiede zu verzeichnen sind. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) sieht eine Kaiserschnitttrate von lediglich 10 bis 15 % als medizinisch indiziert an. Eine Rate über 15 % hingegen spricht dafür, dass zu oft und unnötig in den Geburtsverlauf eingegriffen wird und damit Aspekte der Frauen- und Neugeborenenengesundheit von anderen Faktoren überlagert werden.

Neben finanziellen Anreizen spielen auch die Art der Klinikorganisation, das unterschiedliche ärztliche Vorgehen bei Entscheidungsspielräumen und die starke Orientierung an Planbarkeit, Kalkulierbarkeit und Haftungsrecht (vgl. Jung 2017). In vielen Kliniken wird eine defensive Geburtsmedizin verfolgt: Aus Angst vor Regress- und Haftpflichtanforderungen weichen Ärzt*innen der Nicht-Planbarkeit einer natürlichen Geburt im Sinne einer möglichst umfassenden Kontrollierbarkeit des Geburtsvorgangs aus.

Zudem legt die in vielen Kreißsälen herrschende Situation aus Personalmangel, Arbeitsüberlastung und Zeitdruck den Einsatz von mehr Technik als Ersatz für personale Zuwendung und zur Beschleunigung des Geburtsverlaufs nahe. Die Ökonomisierung des Gesundheitssystems kann in der Geburtshilfe so auch indirekt zu einer Intensivierung von Interventionen, zu Vernachlässigung der Gebärenden und zu mangelnder empathischer Begleitung durch Geburtshelfer*innen beitragen. In einem Gutachten im Auftrag des Bundesgesundheitsministerium (BMG) zur stationären Hebammenversorgung gaben in der »Mütterbefragung« nur 37% Befragten an, bei der Geburt die ganze Zeit von einer Hebamme begleitet worden zu sein; 16% gaben an, nur »punktuell« betreut worden zu sein und jede vierte war der Ansicht, dass die Hebamme(n) nicht genügend Zeit für die Betreuung hatten (vgl. IGES 2019).

Geburt und Gebären erfahren so im ökonomisierten Kliniksystem eine doppelte Abwertung körperlich-beziehungsorientierter Aspekte, die mit alten und neuen Konzepten der Hebammenarbeit verbunden sind und sich u.a. evidenzbasiert im Konzept der »Frauzentrierung«³ sowie der »achtsamen Wachsamkeit« wiederfinden (vgl. u.a. WHO 2018, BMG 2017, Jonge/Dahlen/Downe 2021). Dem unterliegt die Grundannahme, dass »sich Zeit nehmen« und das empathische Mitsein einer Hebamme bei der Gebärenden (»being with the individual woman«) in einer auf Gleichberechtigung und Vertrauen basierenden Beziehung von entscheidender Relevanz für sichere und positiv erlebte Geburten ist; zugleich ist damit die Anerkennung dessen verbunden, dass jede Geburt einer eigensinnigen Zeitlichkeit folgt. Diese so zentralen Aspekte für gute Geburtshilfearbeit lassen sich jedoch nicht adäquat in Fallpauschalen abbilden; stattdessen, so die Kritik, ist die Praxis vieler Hebammen von einem »bürokratischen Imperativ« geprägt, der in der Disziplinierung der Gebärenden in institutionelle, auf statistischen Durchschnittswerten fußenden Normen und Kontrolle, der Unterordnung unter verkürzende Zeitregime und in Interventionen (»doing things to her«) besteht (vgl. Jonge/Dahlen/Downe 2021). Genau diese Aspekte sind es hingegen, die in der Ge-

burtshilfe für Kliniken in der Regel mit Dokumentations- und Abrechnungsfähigkeit sowie mit höheren Erlösen einhergehen – und somit eine höhere Anerkennung und Sichtbarkeit erfahren.

Tina Jung ist derzeit Marianne-Schminder-Gastprofessorin am Institut für Gesellschaftswissenschaften der Humanwissenschaftlichen Fakultät der Universität Magdeburg. Sie arbeitet zu Gewalt gegen Frauen und Gewalt in der Geburtshilfe, Gesundheit, Care, kritischen und feministischen Gesellschaftstheorien.*

Den ungekürzten Text und die Literaturliste bekommen Sie hier: https://www.rosalux.de/fileadmin/images/Dossiers/pflege_gesundheit/lux_beitr_9_AusSorgeKaempfen_web.pdf

- 1 Man kann das ganze Buch hier downloaden: Julia Dück / Julia Garscha (Hg.): »Aus Sorge kämpfen. Von Krankenhausstreiks, Sicherheit von Patient*innen und guter Geburt«, Luxemburg beiträge Nr. 9, März 2022; https://www.rosalux.de/fileadmin/images/Dossiers/pflege_gesundheit/lux_beitr_9_AusSorgeKaempfen_web.pdf - siehe Anzeige unten
- 2 Manche Schwangeren hingegen wünschen sich kleinere, familiärer scheinende Geburtskliniken statt hochtechnisierte »Großbetriebe«, haben bereits mit einem Kreißsaal schlechte Erfahrungen gemacht und/oder möchten aus anderen Gründen ausweichen.
- 3 Im Folgenden verwende ich selbst davon abweichend »gebärendenzentriert« statt »frauzentriert«, um Trans Gebärende einzuschließen. Aus dem gleichen Grund verwende ich den Terminus »Gewalt gegen Frauen und gebärende Personen«, wenn von Gewalt in der Geburtshilfe gesprochen wird.

– ANZEIGE –

Was haben Feminismus und Krankenhausstreiks miteinander zu tun?

Genau hierauf wirft die Broschüre den Blick und zeigt: Gesundheit wird aktuell in Wert gesetzt – und zwar auf eine spezifische und altbekannte Weise. Zahlen, Kosten und Erlöse werden wichtiger als Bedürfnisse. Gespräche werden weggespart, für Sorgen, Ängste oder den Wunsch nach frisch gewaschenen Haaren bleibt kein Platz, für Vertrauensbeziehungen keine Zeit. Das Wegsparen von Fürsorge folgt einer männlich-kapitalistischen Logik. Die Ökonomisierung von Gesundheit führt aber zu Widerstand im Krankenhaus – zu Kämpfen für gute Arbeitsbedingungen und eine Aufwertung der Sorge.

Julia Dück und Julia Garscha (Hrsg.)
AUS SORGE KÄMPFEN
Von Krankenhausstreiks, Sicherheit von Patient*innen und guter Geburt

luxemburg beiträge Nr. 9
96 Seiten, Broschur, Februar 2022
ISSN 2749-0939



Download und Bestellung unter:
www.rosalux.de/publikation/id/45949

Weitere
Publikationen
unter
rosalux.de

ROSA LUXEMBURG STIFTUNG

Operation mit falschem Besteck

Christof Stork zum Niedergang der Klinik für Kinder und Jugendliche in Wiesbaden

Am Beispiel der Dr. Horst Schmidt Kliniken (HSK) in Wiesbaden führt uns Christof Stork vor, was Privatisierung bedeutet und welche Konsequenzen das für die Beschäftigten, die Patient*innen, aber auch die kommunale Politik hat. Wir dokumentieren auch einen Offenen Brief, den Ärzt*innen für Kinder- und Jugendmedizin in der regionalen Zeitung veröffentlicht hatten, um auf die unhaltbaren Zustände hinzuweisen.

Wiesbaden hat zusammen mit dem Umland knapp eine halbe Million Einwohner*innen, davon ca. 80.000 unter 18 Jahren, medizinisch zu versorgen. In der Stadt gibt es eine Klinik für Kinder und Jugendliche, gegenüber auf der anderen Rheinseite gibt es in Mainz die universitäre Pädiatrie, ebenso im nahe gelegenen Frankfurt. Zusätzlich werden im Rhein-Main-Gebiet sieben Kliniken für Kinder und Jugendliche in unterschiedlicher Trägerschaft betrieben.

Die *Dr. Horst Schmidt Kliniken* (HSK) in Wiesbaden, bis 2011 in kommunaler Hand, sind ein Haus der Maximalversorgung. In der Pädiatrie waren immer mehrere Subspezialitäten vertreten. In der Onkologie und Kinderkardiologie wurde eng mit Mainz kooperiert.

Während der kommunalen Trägerschaft gab es seit Einführung der Fallpauschalen bereits anhaltende schwierige Phasen seitens der Geschäftsführung. Die damaligen politisch Verantwortlichen konnten oder wollten dem nicht personell gegensteuern. Stattdessen wurde unter dem Eindruck der 2009er Finanzkrise und einer ausgeprägten Marktgläubigkeit in der damaligen Stadtpolitik das Haus 2012 an die Rhön-Klinikum AG verkauft.

Der Vertrag zum Verkauf enthält Elemente der Täuschung: Es wurde eine 51%ige Anteilseignerschaft der Stadt Wiesbaden eingetragen, aber gleichzeitig der Verzicht der Stadt auf jegliche Einflussrechte auf das operative Geschäft. Es gibt laut Vertrag einen dritten städtischen Geschäftsführerposten und Mandate im Aufsichtsrat ohne jegliche Einflussnahme. Stimmen aus dem Aufsichtsrat beschreiben die Sitzungen teils als Werbeveranstal-

tung des privaten Trägers ohne substanziale Informationen. Unfreundliche Interpretationen könnten hieraus eine Mischung aus Bürgertäuschung (»Mehrheitseignerin«) und Selbsttäuschung der Verantwortlichen ableiten. 2021 monierte der Hessische Rechnungshof, dass die Stadt wesentliche, in hessischen Gesetzen verankerte Prüfpflichten im Vertrag nicht ausreichend gesichert habe.

Die Kinderklinik der HSK hatte während kommunaler Trägerschaft und auch später keine Verluste gemacht. Dank der beiden Chefärzte Prof. Albani und Prof. Knuf (seit 2009) und vieler engagierter Mitarbeiter*innen war der Case-Mix-Index (Indikator für arbeitsaufwandbezogenes Honorar pro Fall) teilweise höher als der der Uni-Kinderklinik Mainz.

Unter der Rhön-Klinikum AG setzte ein Sparkurs mit Kürzungen im Personalbereich ein, insbesondere in der Pflege. Im Jahr 2015 wurde das Klini-

kum an Helios verkauft u.a. mit der Maßgabe, dass vom neuen Träger der Neubau des Klinikums zu erstellen sei. Parallel wurde schon 2011 im hessischen Krankenhausgesetz die Bettenzahl als Parameter zur Bemessung des Versorgungsgrads abgeschafft. Es musste fortan mit Auslastungsprozenten argumentiert werden, welche den hohen Vorhaltebedarf in der Pädiatrie nicht berücksichtigen.

2015 standen der HSK Kinderklinik 106 Betten zur Verfügung und es wurden über 5.000 Kinder im Jahr stationär behandelt. 2019 wurden bei gleichzeitig erhöhter Geburtenrate und Zuzug von Familien mit Kindern nur noch 3.000 Patient*innen stationär behandelt. Während der Jahre 2019 und 2020 gab es phasenweise aufgrund von Personalmangel nur noch um die 40 Betten zu belegen. Helios hatte mit Kündigungen und Auflösungsprämien vorsätzlich einen Personalabbau eingeleitet und darüber die Kontrolle ver-



Jan, 6 J., Aschaffenburg

loren. Im Rhein-Main-Gebiet gab es attraktivere Angebote für pädiatrische Pflegekräfte. In der konsequenten betriebswirtschaftlichen Denkweise wurden dann folgerichtig die ärztlichen Stellen ebenso nicht mehr besetzt oder gekündigt.

Schon Anfang 2018 bildete sich aufgrund dieser Notlage eine Arbeitsgruppe niedergelassener Kinder- und Jugendärzt*innen, deren Mitglied ich bin. Wir führten Gespräche mit den städtischen Vertreter*innen gemeinsam mit dem Chefarzt. Es zeigte sich schnell, dass wir in einer Kammer der Ohnmacht versammelt waren. Die begleitende Pressearbeit unserer Gruppe wurde von ehemals für den Verkauf Verantwortlichen öffentlich kritisiert und die PR-Abteilung von Helios hielt mit Beschönigungen und Absichtserklärungen dagegen.

Zwischen 2018 und 2020 verschlechterte sich die Versorgungslage für stationäre und tagesklinische Behandlungen dermaßen, dass die Kolleg*innen aus den Praxen teils wöchentlich mehrere Patient*innen dort nicht unterbringen konnten. Kinder und Jugendliche, die schon in der Aufnahmeambulanz angekommen waren, wurden in einem Radius zwischen Aschaffenburg, Bad Kreuznach und Limburg in umliegende Kliniken verlegt. Sozial benachteiligte Familien ohne Auto, mit mehreren Kindern und ggf. noch Sprachbarrieren wurden dadurch in große Not gebracht. Die Kritik der Eltern äußerte sich in massivem HSK-Bashing. Selbst bei freien Betten war die Akzeptanz der Familien reduziert.

■ Intervention von außen

Ein Wendepunkt in der Strategie unserer Initiativgruppe war die eigene Kündigung des Chefarztes, Prof. Knuf, im Herbst 2020. Er konnte mit der von der Geschäftsführung verfolgten Ausdünnung der ärztlichen Mitarbeiter*innen eine ethisch vertretbare Behandlung nicht mehr aufrechterhalten. In der Pressearbeit der lokalen Zeitung war die PR-Abteilung von Helios zunehmend mit strategisch aufwendig positionierter Selbstdarstellung vertreten. Gleichzeitig wurde damit in den Artikeln, die unsere Kritik erwähnten,

Stellungnahme zur Situation an der HKK-Kinderklinik

Wir sind empört und in großer Sorge

Seit Jahren haben wir Kinderärzt*innen Wiesbadens und des Rheingau-Taunus-Kreises immer wieder das Gespräch mit den verantwortlichen Trägern der Kinderklinik an den HSK gesucht, da wir dort einen massiven Bettenabbau erleben. Aufgrund einschneidender wirtschaftlicher Optimierungsprozesse ist seit Jahren insbesondere die Pflege und zunehmend auch die ärztliche Betreuung der Kinder trotz allen persönlichen Einsatzes der Mitarbeiter/innen nicht mehr angemessen leistbar.

All diesen sehr engagierten Mitarbeiter*innen im pflegerischen und ärztlichen Bereich möchten wir an dieser Stelle unsere große Wertschätzung ausdrücken und uns bei Ihnen bedanken.

Wir widersprechen hier in aller Klarheit und aus unserer täglichen Erfahrung heraus der Stellungnahme von Herrn Bürgermeister Dr. Franz.

Der Versorgungsauftrag der Kinderklinik wird zur Zeit nicht erfüllt.

Im Jahr 2019 standen im realen Durchschnittweniger als 50 Betten für die Versorgung kranker Kinder zur Verfügung (2015 waren es 106 Betten). Im Jahr 2015 wurden über 5.000 Kinder stationär betreut, 2019 nur noch 3.000 Kinder (bei wachsender Kinderzahl in Wiesbaden). Das bedeutet, dass jeden Tag Kinder, die eine stationäre Betreuung benötigen, nicht in Wiesbaden aufgenommen werden können und an andere Kinderkliniken weiterverwiesen werden müssen.

Der von uns seit langem befürchtete Schritt von Prof. Markus Knuf, dem langjährigen und höchst engagierten Leiter der Kinderklinik, diese nun zu verlassen, ist nicht nur für die Kinderklinik mit einem ehemals exzellenten Ruf ein herber Verlust, sondern auch für alle Institutionen und Praxen, die sich für das gesundheitliche Wohl von Kindern in unserer Region tagtäglich einsetzen.

Was muss noch passieren, damit endlich die Verantwortlichen von HELIOS und der Stadt wirksame Schritte einleiten, um in der Landeshauptstadt Wiesbaden wieder eine moderne, stationäre Maximalversorgung von Kindern und Jugendlichen zu gewährleisten?

Wir fordern:

Eine ganzjährig ausreichend zur Verfügung stehende Bettenzahl in der Kinderklinik, die nicht nur auf dem Papier steht, sondern auch tatsächlich vorgehalten wird! Dies ist nur möglich bei angemessenen Arbeitsbedingungen, fairer Entlohnung und ehrlicher Wertschätzung der Arbeit aller Beschäftigter der Kinderklinik.

Wir fordern alle, die sich in politischen Gremien oder in verantwortlicher Position befinden, auf, sich in diesem Sinn zu engagieren. Die Anfrage der Fraktion der Freien Wähler und die Stellungnahme der Grünen sind dafür erste Ansatzpunkte.

Diese Form der Daseinsfürsorge sind wir den Kindern dieser Stadt und deren Familien schuldig!

Ihre/Eure Ärzte und Ärztinnen für Kinder- und Jugendmedizin

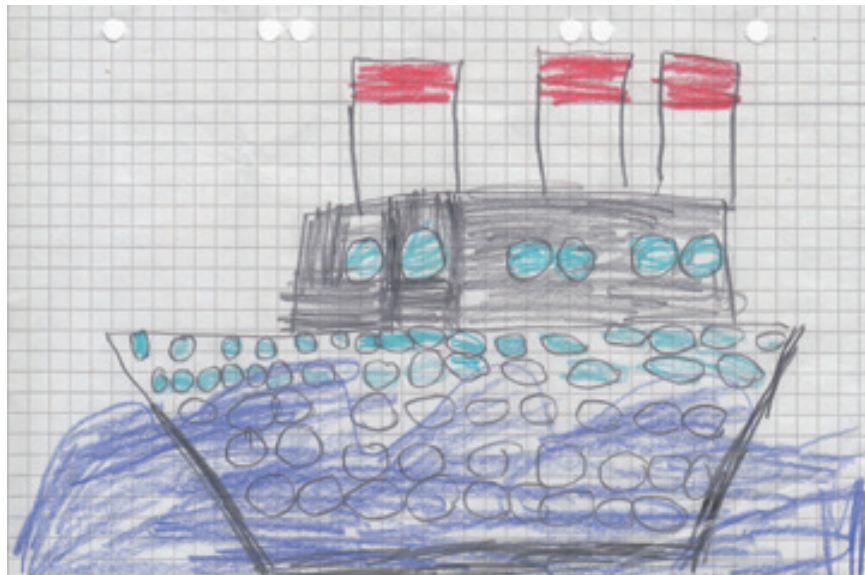
Dr. Martina Abel Dr. Wolf Amrein Stephanie Domay Dr. Joachim Enders Dr. Steffen Fischer Dr. Songül Föllmer Dr. Manfred Frick Seyfullah Gökce Kirsten Hartje Dr. Wolfgang Horn Dr. Ralf Jakobi Dr. Karim Kremper Dr. Dieter Krost Dr. Manfred Mirgel Dr. Barbara Mutschler Dr. Margret Nafziger-Straub Dr. Hermann Ossenbach Dr. Sibylle Ott Dr. Christina Rehbein Dr. Kirstin Schlee-Böckh Dr. Soraya Seyyedie Dr. Sandra Scholz Dr. Therese Schüßler Dr. Christoph Stork Dr. Tatjana von Stuckrad-Barre Dr. Hartmut Scheele Dr. Gundula Sümenicht-Böhm Priv. Doz. Dr Wippermann Dr. Marco Kuntz Dr. Markus Nowotny Dr. Elmar Schäfer

(veröffentlicht im *Wiesbadener Kurier* 05.12.2020, Seite 21)

unsere Botschaft konterkariert. Glücklicherweise bekam ich parallel dazu vom leitenden Redakteur die Möglichkeit, einen ausführlichen Gastkommentar zu veröffentlichen.

Wenige Tage danach schaltete unsere Initiativgruppe eine Annonce im *Wiesbadener Kurier* zu den Missständen der stationären Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit der Unterschrift von über 30 niedergelassenen Kinder- und Jugendärzt*innen (siehe Kasten S. 29). Erst dadurch bekamen die folgenden Artikel in der Presse einen anderen Schwerpunkt und die Kommunalpolitik reagierte. Das aufsichtführende Ministerium (*Hessisches Ministerium für Soziales und Integration – HMSI*) und der Landeskrankenhausausschuss wurden u.a. durch Kontakte unserer Initiativgruppe eingebunden. Im darauffolgenden Schriftwechsel zwischen der Stadt Wiesbaden und dem HMSI zeigte sich beispielhaft die doppelt organisierte Unverantwortlichkeit in der gegenwärtigen Gesundheitspolitik. Seitens HMSI wurde die Ansicht vertreten, dass die Stadt Wiesbaden, da sie auf dem Papier Mehrheitseignerin ist, für die Versorgungssicherheit in der Kinderklinik verantwortlich sei. Die Stadt Wiesbaden argumentierte, das HMSI sei das zuständige Aufsichtsministerium und müsse in der Überprüfung und Sicherstellung der Versorgung tätig werden.

Es gab zwei große Runde Tische mit allen Beteiligten aus der Region und dem Ministerium einschließlich Abgesandten der Konzernleitung von Helios. Im Anschluss beschränkte sich die Kontrolle des HMSI darauf, die Bedingungen zur Einhaltung der Kriterien zum Betrieb der vorhandenen Level 1-Neonatalogie einzufordern. Konkret war gerade die kinderchirurgische Abteilung zusammengebrochen und es



Jan, 6 J., Aschaffenburg

musste mittels Hilfskonstrukten und Kooperation mit auswärtigen Fachabteilungen innerhalb einer bestimmten Frist die kinderchirurgische Versorgung der Früh- und Neugeborenen auf dem Papier dargestellt werden.

Parallel wurden in den städtischen Ausschüssen durch einen Kollegen unserer Gruppe bei den Grünen und von mir bei der SPD Anträge auf den Weg gebracht, um den Konsortialvertrag zwischen Helios und der Stadt Wiesbaden auf Rechtsgültigkeit überprüfen zu lassen. Ebenso wurde in den städtischen Gremien ein medizinisches Bedarfsgutachten für die Pädiatrie eingefordert. Im Februar 2022 wurde vom Stadtparlament Wiesbaden die Kostenübernahme und Beauftragung für beide Maßnahmen beschlossen.

Im Oktober 2021 nahm die neue ärztliche Leitung ihre Arbeit auf, eine Chefärztin mit Schwerpunkt Gerinnungsstörungen und ein Chefarzt mit Schwerpunkt Kinderkardiologie. Das erste Treffen mit der neuen Leitung, dem ärztlichen Geschäftsführer der HSK und einem im zweiten Anlauf eingestellten Kinderchirurgen mit unserer Initiativgruppe und interessierten niedergelassenen Kolleg*innen fand Anfang Dezember 2021 statt. Es wurden neue Zahlen zur Belegung, Verlegung und Aufnahme aus anderen Kliniken für die Monate Oktober und November präsentiert. Hier schien zumindest der weitere Abstieg nach unten gebremst, ein Trend zu stetiger Verbesserung ließ sich damit aber nicht belegen.

In tiefer Überzeugung wurde von

Seiten der neuen Chefärzt*innen die Substitution ärztlicher Expertise durch Physician Assistants (PA) angekündigt. Die restlichen Angaben zur Restituierung der pädiatrischen Versorgung in der HSK waren Absichtserklärungen. Einen für Januar 2022 seitens der Klinikvertreter angekündigten dritten Runde Tisch haben wir als zu früh und ineffizient abgelehnt. Die einladenden Gremien der Stadt haben unsere Sichtweise übernommen.

■ Resümee

Solange die privatwirtschaftliche Vorgabe auf Gewinn, die Trägerschaft von Kapitalgesellschaften und das auf Menge ausgelegte Fallpauschalensystem nicht abgeschafft werden, wird die Operation mit falschem Besteck zum Schaden erkrankter Menschen weitergehen. Die politischen Normgeber in Bund und Ländern sind dringend gefordert, die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung als Daseinsvorsorge zu organisieren. Krankenbehandlung kann und darf nicht durch den Kapitalmarkt geregelt werden. Am Patientenbedarf transparent ermittelte und verwaltete Budgets in Begleitung unabhängig finanzierter Versorgungsforschung müssen geschaffen werden.

Dr. Christof Stork ist Kinder- und Jugendarzt im Teilruhestand (Praxisassistent, Impfzentrum), Delegierter in der Landesärztekammer Hessen und seit September 2020 gesundheitspolitisch in der SPD aktiv; ein Interessenskonflikt besteht nicht.

Melisa, 6 J., Wien



Von der »Bereinigung im eigenen Lager«¹

Der Nürnberger Ärzteprozess vor 75 Jahren und die Sorge um den guten Ruf der deutschen Ärzteschaft² – von Sabine Schleiermacher

Während des Nationalsozialismus zeichneten Wissenschaftler und Ärzte für die Tötung von Menschen in Heil- und Pflegeanstalten wie in Konzentrationslagern verantwortlich. Im Interesse des wissenschaftlichen und (wehr)medizinischen Fortschritts waren unzählige Menschen in Konzentrationslagern und in Zusammenhang mit der »Euthanasie« – Aktion für Humanversuche missbraucht und getötet worden. Wie verschiedene Forschungen gezeigt haben, gingen diese Morde nicht auf direkte Anordnungen des nationalsozialistischen Regimes zurück, sondern wurden aus wissenschaftlichem Interesse, aus Karriereinteressen sowie aus einer Identifikation mit den politischen Zielsetzungen des Staates verübt. Der Nürnberger Ärzteprozess, der vom 9. Dezember 1946 bis 20. August 1947 stattfand, brachte die von Medizinern in KZ durchgeführten Experimente sowie die von ihnen zu verantwortenden Tötungen im Rahmen der »Euthanasie«-Aktion vor Gericht.³

In dem bis zum 20. August 1947 dauernden Nürnberger Ärzteprozess waren 23 hochrangige NS-Funktionäre, neben ihrer Mitgliedschaft in einer verbrecherischen Organisation, beschuldigt, »Kriegsverbrechen« und »Verbrechen gegen die Menschlichkeit« begangen zu haben, wie sie im Kontrollratsgesetz Nr. 10, Art. II formuliert waren.

Zwanzig von ihnen waren Ärzte, drei waren NS-Funktionäre, die durch ihre administrativen Aufgaben für die Versuche an Menschen verantwortlich zeichneten. Die angeklagten 20 Ärzte hatten leitende Funktionen im Sanitätswesen der Wehrmacht, der Luftwaffe, der Waffen-SS oder im militärischen wie zivilen Gesundheitswesen bekleidet. Sieben von ihnen waren Mitglieder der SS. Ihre Forschungsarbeiten hatten sie nicht im Alleingang vollbracht, vielmehr waren sie in institutionelle und personelle Netzwerke

eingebunden, zu denen außeruniversitäre Forschungseinrichtungen, wie z.B. die der Luftwaffe, der Waffen-SS oder die der Kaiser-Wilhelm-Institute, sowie die medizinischen Fakultäten und deren Vertreter gehörten. Unter den Angeklagten waren somit auch Mitglieder deutscher Universitäten und international anerkannte Wissenschaftler, wie z.B. Gerhard Rose, Leiter der Abteilung Tropenmedizin am Robert-Koch-Institut oder der Chirurg Paul Rostock, Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität Berlin.

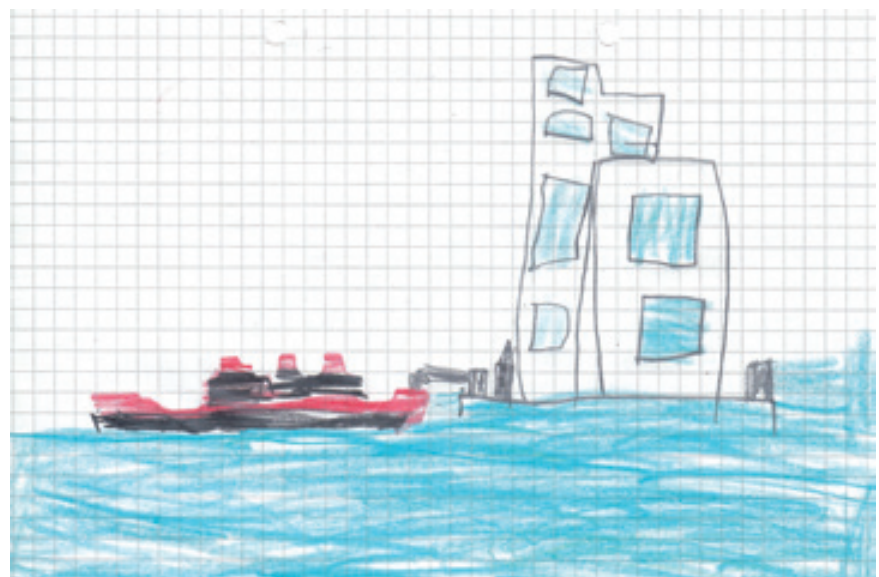
In Nürnberg wurden Unterdruck- und Unterkühlungsversuche, Malaria-, Lost (Senfgas)-, Sulfonamid-, Fleckfieber-Experimente, Versuche zu Knochen-, Muskel- und Nervengeneration, zu Knochentransplantationen, Experimente mit Meerwasser sowie die Beteiligung an der »Euthanasie« verhandelt. Bei den Experimenten starben Hunderte von Menschen, viele trugen lebenslange Schädigungen davon.

Auf Grund des Beschlusses der Ärztekammern sowie mit Zustimmung aller medizinischen Fakultäten und noch vor Beginn des Nürnberger Ärzteprozesses am 9. Dezember 1946 wurde der Heidelberger Privatdozent für Neurologie, Alexander Mitscherlich, um die

Übernahme der Leitung einer deutschen Ärztekommision zur Beobachtung des Prozesses gebeten.⁴ Fünf Monate vor dessen Beendigung, im März 1947, erschien die von Mitscherlich und dem Kommissionsmitglied Fred Mielke herausgegebene Dokumentation »Das Diktat der Menschenverachtung«, mit einer kleinen Auswahl von Dokumenten aus dem Verfahren, die vornehmlich einer ärztlichen Öffentlichkeit zugänglich wurde.⁵

Die Reaktion waren heftige Proteste von medizinischen Wissenschaftlern und Ärzten, die sich zum einen gegen die in den veröffentlichten Dokumenten zu erkennenden Namen von sich noch im Amt befindenden und bis dahin positiv beleumundeten Professoren richteten. Von einzelnen namhaften Vertretern von Medizinischen Fakultäten wurde der Streit vor Gericht getragen und mit großer Schärfe geführt. (Büchner, Heubner, Sauerbruch)

Mitscherlich/Mielke hatten anhand eines Beispiels ohne Nennung von Namen die Frage nach der Verantwortung derjenigen gestellt, die auf Fachtagungen von den verbrecherischen Experimenten erfahren, diese jedoch nicht kritisiert hatten.⁶ Ihrer Verantwortung versuchten sich die prozessie-



Jan, 6 J., Aschaffenburg

renden Wissenschaftler durch Verweis auf die obrigkeitstaatlichen Strukturen, die Vertraulichkeit der Tagungen sowie den Hinweis, »Missfallen in vertrautem Kreis« geäußert zu haben, zu entziehen.⁷

Zum anderen rief die Bewertung von Mitscherlich/Mielke, dass schon allein wegen des rechnerischen Missverhältnisses zwischen der geringen Anzahl der Angeklagten und der großen Anzahl der Taten zwar nur Einzelfälle oder ausgesuchte Nationalsozialisten, SS-Mitglieder oder »Perverse« angeklagt seien, sich aber die Medizin in ihrer Gesamtheit zu verantworten hätte, heftige Proteste hervor.⁸

Mit ihrer durch die Beobachtung des Prozesses und der dort zur Sprache gekommenen medizinischen Experimente gewonnenen Einschätzung hatten Mitscherlich/Mielke das Gegenteil von dem getan, was die Ärzteschaft von ihnen erwartet hatte, sollten sie doch genau die Frage nach der Verantwortung der Medizin und nicht nur von Einzelpersonen verhindern. So konterkarierten Mitscherlich und Mielke mit ihrer Publikation die Versuche einer semantischen Umdefinition wissenschaftlicher Tätigkeit während des Nationalsozialismus. Hatte man doch das diskursive Management der eigenen Fachvergangenheit unter gewandelten politisch-gesellschaftlichen Rahmenbedingungen gleich nach 1945 mit viel Energie betrieben.

Im Sommer 1947 reagierte der Physiologe und Prorektor und spätere Rektor der Universität Göttingen, Friedrich Hermann Rein (1898-1953) neben anderen Medizinern in der Göttinger Universitätszeitung, um ihre Interpretation der Medizin im Nationalsozialismus in der Öffentlichkeit durchzusetzen. Dazu versuchten sie, Mitscherlichs und Mielkes Dokumentensammlung zu diskreditieren.⁹ Rein hatte der interessierten Öffentlichkeit auch schon vor Beginn des Nürnberger Ärztesprozesses die Deutung unterbreitet, die Experimente in den Konzentrationslagern seien nicht im eigentlichen Sinne wissenschaftlich motiviert gewesen, der wirklichen medizinischen Wissenschaft sei daher auch kein Vorwurf zu machen.

Nun führte Rein aus: Die »Medizinverbrechen« dürften einer »Laien-

öffentlichkeit« nicht bekannt gemacht werden, da ja »einige hervorragende Wissenschaftler, die der Welt durch ihre völlige Untadeligkeit und gerade durch ihre hohe Menschlichkeit bekannt sind, in den furchtbaren Verdacht der Billigung oder gar der Anregung dieser Verbrechen« geraten könnten.¹⁰ So ging es wieder nicht um Aufklärung, sondern die Erhaltung des Rufes der medizinischen Wissenschaftler und Ärzte. Wieder konnte Rein auf sein Insiderwissen zurückgreifen und wieder war der Argumentationsgang, Verantwortung für Verbrechen einzelnen »Psychopathen« oder »Sadisten« zuzuschreiben, hier jenen, die angeklagt waren oder nicht mehr angeklagt werden konnten.¹¹

Dieses Muster verband Rein mit der Kategorie Wissenschaft. Zu ihr gehöre, »daß lebensgefährliche Versuche nur im Selbstversuch oder allerhöchstens in freiwilliger Arbeitsgemeinschaft durchgeführt werden dürfen.« Sollte dieses Kriterium nicht erfüllt sein, könne nicht von Wissenschaft gesprochen werden. »Wer aber an hilflosen Gefangenen experimentiert haben sollte, ob mit wissenschaftlichen Methoden oder Fragestellungen oder nicht, der hat sich selbst außerhalb der Wissenschaft gestellt ... Es ist gerade Unwissenschaftlichkeit, die jene Nürnberger Angeklagten zu ihren verhängnisvollen Entscheidungen brachte, soweit sie nicht reine Verbrecher waren.«¹² So hatte Rein die angeklagten Forscher zu unwissenschaftlichen Einzeltätern definiert, auf deren Konto dann auch die Verantwortung für die Geschehnisse zu buchen sei.¹³

Mit der oben zitierten Definition war es leicht, auf der einen Seite die Verantwortlichkeit für die Geschehnisse auf das Konto persönlicher Unsittlichkeit einzelner Forscher zu schieben und auf der anderen Seite eine Dokumentation der eigenen disziplinären und individuellen Anständigkeit in die Wege zu leiten.

Folglich entgegnete Mitscherlich den Vorwürfen Reins, indem er schrieb: »Dem Satz Professor Reins, daß dem »wahren Wissenschaftler Humanität ein selbstverständliches Lebenselement ist«, möchte ich gewiß nicht widersprechen, ich möchte ihm allerdings eine Frage anhängen, ob

er nämlich ebenso selbstverständlicherweise die Humanität in seinem Forschungsobjekt, dem Menschen, beachtet hat. Ich bezweifle dies und möchte nur auf die einfache Tatsache hinweisen, daß im Zuge der Euthanasie zum Beispiel, an welcher nicht nur Perverse beteiligt waren, die Patienten und nicht die Ärzte starben. Bei solcher Einseitigkeit des Glücksgefühls der Humanität ist es dann auch nicht verwunderlich, daß sehr viele Wissenschaftler im Augenblick des Eintritts der Diktatur sich keineswegs darüber klar waren, daß sie nun eigentlich auf dem Trockenen saßen, sondern daß sie, wie Professor Rein sagt, »unbegreiflicherweise hemmungslos guten Glaubens« blieben. Im Gegenteil, sie empfingen ihren »Adlerschild« und ihre Institute aus der Hand des Repräsentanten der Inhumanität und dankten ihm.«¹⁴

Mit Bezug auf die Auswertung wissenschaftlicher und medizinischer Forschung durch amerikanische und britische Besatzungsbehörden¹⁵ stellte Mitscherlich erneut die Frage nach den Kriterien, die in dieser Debatte einer Definition von Wissenschaft und Unwissenschaftlichkeit zugrunde gelegt wurden. So fragte er Rein, der die US-amerikanische Freiheit der Wissenschaft pries, wie er es denn beurteile, wenn seine »engeren Fachkollegen« in den USA die während des Krieges entstandenen Ergebnisse der »deutschen Zweckforschung«, eben jene, die Rein Verbrechern außerhalb der Wissenschaft zuschob, zur Verwendung »durch andere Mächte« sammelten und karikierte dieses Phänomen mit den Worten: »Der Herr hat gewechselt, aber das Ziel ist das gleiche geblieben.« Mitscherlich teilte allerdings nicht Reins Ansicht, dass die Trennung in eine sogenannte Grundlagenforschung und angewandte Forschung ausreiche, um sich einer potentiellen Schuld zu entledigen.¹⁶

■ Waren die Mediziner, die in Nürnberg angeklagt waren, »pseudowissenschaftliche Einzeltäter«?

Im Nürnberger Ärztesprozess wurden auch der Medizin inhärente Formen des Denkens und Arbeitens deutlich,



die bedingt durch die spezifischen politischen Rahmenbedingungen und ethischen Wertsetzungen während des Nationalsozialismus in besonderer Weise erkennbar geworden waren, ohne dass sie zur Verhandlung gestellt wurden.

Sichtbar wurde ein naturwissenschaftlich-reduktionistisches Denken, das sich insbesondere in den Paradigmen der sozialdarwinistisch ausgerichteten Rassenhygiene und der Leistungsmedizin zeigte, in denen das Wohlergehen des Individuums einem vermeintlichen Volkswohl untergeordnet wurde und die es ermöglichten, Menschen in Sachen umzudeuten.

Vor dem Hintergrund der zur Verhandlung kommenden medizinischen Experimente befürchteten Ärzte wie auch zahlreiche Mitglieder Medizinischer Fakultäten den Verlust ihrer medizinischen und wissenschaftlichen Autorität, ihrer Reputation wie ihrer gesellschaftlichen Position. Um deren Erhalt bemüht sahen sie sich gezwungen, sich sowohl zu den geänderten politischen Rahmenbedingungen als auch zur jüngsten Geschichte ihrer Disziplin, die in Form der zunehmend aufgedeckten verbrecherischen Experimente an die Öffentlichkeit kam, zu verhalten. Insofern handelte es sich aus ihrer Perspektive um die Verhinderung eventuell weiterreichender Eingriffe und damit Schadensabwendung.

Gleichzeitig ist eine Selbstrechtfertigung zu erkennen, hatten sie doch nicht zu den Kritikern der Medizin im Nationalsozialismus gezählt, einzelne von ihnen sogar selbst genau in den

inkriminierten Feldern geforscht. In Reaktion auf die im Ärzteprozess zur Sprache gebrachten Verbrechen, die von Medizinern begangen worden waren, nahmen deren Vertreter eine Distanzierung zu einer wissenschaftlichen Praxis vor, mit der sie nun nicht mehr in Verbindung gebracht werden wollten. Hierfür bedienten sie sich verschiedener definitorischer Argumentationsmuster.

So stellten sie die Angeklagten als solitäre Täter dar, die als Ärzte inkompetent gewesen seien. Zudem seien sie Nationalsozialisten gewesen und hätte der Nationalsozialismus ihr wissenschaftliches Vorgehen überformt, wodurch es unwissenschaftlich geworden sei. Auch wenn das Argument, dass ein Prozess gegen deutsche Ärzte vor einem nicht deutschen Gericht nicht fair sein könne, aufscheint, waren sie der Meinung, dass die von Einzeltätern begangenen Verbrechen verurteilt werden müssten, wurde hierdurch doch ihre einzelne Täterschaft erwiesen, wodurch die Distanzierung von ihnen umso einfacher wurde.

Insgesamt sollte das Bild entstehen, dass die angeklagten Ärzte für die Ärzteschaft keinesfalls repräsentativ seien. Und in jedem Fall sollte eine strukturelle Debatte um die Medizin im Nationalsozialismus verhindert und so eine Beschädigung von Vertretern der deutschen Medizin abgewendet werden.

Denunzierung von Einzelpersonen und ihre anschließende Ausgrenzung

aus der Gemeinschaft medizinischer Wissenschaft dienten als geeignete Mittel zur Errichtung eines »cordon sanitaire«, mit dem die inkriminierten Handlungen nebst ihrer Akteure, ihres Handlungsrahmens und ihrer Motivations- und Legitimationszusammenhänge in Quarantäne gestellt wurden. Jene, die sich diesem Vorgehen nicht anschließen oder sogar einen weiterreichenden Diskurs führen wollten, wurden bestenfalls marginalisiert, wenn nicht sogar mit Prozessen überzogen.

Die Art und Weise, wie medizinische Experimente durchgeführt worden waren, wurde als nicht zur Wissenschaft gehörig, als »un-« oder »pseudowissenschaftlich« bezeichnet. Der Begriff »Unwissenschaftlichkeit« diente gleichzeitig der Verschleierung der Selbstmobilisierung für und der Kollaboration mit dem Nationalsozialismus sowie der Konstruktion einer Dichotomie von Wissenschaft und Politik/Staat.

Die Frage nach der ethischen Verantwortung des Wissenschaftlers wurde mit der Kategorisierung medizinischer Experimente als »un-« und »pseudowissenschaftlich« ausgeblendet. Die in der Rückschau bemühte defensive Konstruktion, nach der Wissenschaft im Nationalsozialismus in weiten Teilen »Pseudowissenschaft« gewesen sei, wurde in der Nachkriegszeit in der Öffentlichkeit bereitwillig rezipiert. Bis heute findet sich diese Kategorisierung in zahlreichen, nicht nur deutschsprachigen Überblicken, die sich allgemein mit medizinischen Experimenten während des Nationalsozialismus beschäftigen.¹⁷

Den Artikel mit den Fußnoten und den Literaturverweisen finden Sie komplett auf der Homepage:
<http://gpb.vdaee.de/>

Der Beitrag ist die gekürzte Fassung eines Vortrags, der anlässlich des 75. Jahrestages in der Hellen Panke e.V., Rosa-Luxemburg-Stiftung Berlin am 9.12.2021 gehalten wurde. Die Gesamtfassung des Vortrags findet sich unter <https://www.youtube.com/watch?v=RzCRd8j-0is>

Internationales



Newsfirst.lk-5bce2222-health-workers-strike-protest

Sri Lanka:

Streik des Gesundheitspersonals wegen ungleicher Bezahlung

Nach einem eintägigen Streik im Januar und anderen Aktionen in den vorangegangenen Monaten rief die *Federation for Health Professionals (FHP)*, ein Zusammenschluss von 15 Gewerkschaften des Gesundheitspersonals die Beschäftigten des srilankischen Gesundheitswesens am 7. Februar zu einem unbefristeten Streik auf, um gegen das Versäumnis der Regierung zu protestieren, Gehaltsregelungen für zusätzliche medizinische und andere Dienste zu finden. Sie fordern außerdem höhere Zulagen für Transport und Bereitschaftsdienste von 3.000 Rupien (15 USD) auf 10.000 Rupien (49,25 USD) sowie eine Erhöhung der Überstundensätze. Im Oktober letzten Jahres hatte Präsident Gotabaya Rajapaksa – nach einigen Streiks insbesondere von Krankenschwestern – eine Sonderverordnung erlassen, die Streiks von Beschäftigten im Bereich der wesentlichen Dienste verbietet und mit zwei bis fünf Jahren Haft, Geldstrafen und möglicherweise dem Verlust ihrer Berufszulassung droht. Zuvor hatten am 24. und 25. November Tausende von Beschäftigten des Gesundheitswesens, Lehrern, Entwicklungshelfern und anderen Teilen der Arbeiterklasse in ganz Sri Lanka wegen nicht gezahlter Gehälter und sich verschlechternder Arbeitsbedingungen protestiert und gestreikt. Der anhaltende Kampf der Arbeitnehmer in Sri Lanka findet vor dem Hintergrund des Scheiterns der Politik der Regierung Rajapaksa statt, den Inselstaat aus einer akuten Wirtschaftskrise zu führen. Die COVID-19-Pandemie hat zum schlimmsten Rückgang der Wirtschaft Sri Lankas geführt, der je in der Geschichte des Landes verzeichnet wurde; weitreichende Arbeitsplatz- und Einkommensverluste sind die Konsequenzen.

(Quelle: Sri Lankan health workers launch strike over pay disparities, in: Peoples Dispatch 07.02.2022, <https://peoplesdispatch.org/2022/02/07/sri-lankan-health-workers-launch-strike-over-pay-disparities/>)

Ärzt*innenstreik in Italien:

Genug von der schleichenden Privatisierung des Gesundheitswesens

Am 1. und 2. März folgten 10.000 Ärzt*innen aus der Primärversorgung in ganz Italien dem Streikaufruf der Italienischen Union der Gebietsärzte (SIMET) und der Italienischen Ärztegewerkschaft (SMI). 300 von ihnen versammelten sich in Rom zu einer Protestaktion vor dem Gesundheitsministerium. Sie beklagten sich über die überbordende Bürokratie, über schlecht geregelte Arbeitszeiten und den fehlenden Zugang zu grundlegenden Rechten wie Mutterschafts- und Krankheitsurlaub – alles Probleme, die sich seit Jahren häufen und durch die COVID-19-Pandemie noch verschärft wurden. Und sie warnten vor der schleichenden Privatisierung des Gesundheitswesens. »Mehr als 3 Millionen Menschen in Italien haben keinen Hausarzt, Ambulatorien haben keinen verantwortlichen Arzt, und medizinische Wachstationen sind geschlossen«, so Pina Onotri, Generalsekretärin der SMI. Ein weiteres dringendes Problem ist die mangelnde Anerkennung des Beitrags, den das medizinische Grundpersonal während der Pandemie geleistet hat. Obwohl in den letzten zwei Jahren vor allem in der Anfangsphase der Pandemie fast 400 Hausärzte an den Folgen von COVID-19 gestorben sind, ist es dem Senat kürzlich nicht gelungen, Entschädigungen für ihre Familien zu erwirken. Die streikenden Ärzte warnten davor, dass die derzeitige Situation den Weg für eine Privatisierung ebnet. Je länger die Patienten einem geschwächten und zersplitterten System ausgesetzt sind, desto leichter ließen sie sich von den Vorteilen der Privatmedizin überzeugen. Die Aktionen der Ärzte werden weitgehend von ihren Patienten unterstützt. Laut der Initiative »Campagna Primary Health Care« – einer Gruppe von Medizinstudenten, jungen Ärzten, Allgemeinmedizinerinnen, Krankenschwestern und medizinischen Anthropologen, die sich für die Umsetzung der Versprechen der Konvention von Alma Ata im italienischen Gesundheitssystem einsetzen – besteht eines der größten Probleme des staatlichen Gesundheitswesens darin, dass es im Bereich der Primärversorgung sehr fragmentiert und bürokratisiert ist.

(Quelle: Enough of creeping privatization of health care, say striking Italian doctors, in: Peoples Health Dispatch 04.03.2022, <https://peoplesdispatch.org/2022/03/04/enough-of-creeping-privatization-of-health-care-say-striking-italian-doctors/>)



Bild: SMI



Maribor-Workers on strike in front of a health institution in Maribor, Slovenia. Photo: Rdeca pesa

Slowenien:

Beschäftigte des Gesundheitswesens treten in den Streik

Physiotherapeuten, Krankenschwestern und -pfleger, Apotheker und Hilfskräfte in öffentlichen Gesundheitseinrichtungen und Mitglieder von Gewerkschaften im Gesundheits- und Pflegesektor in Slowenien, darunter die *Gewerkschaft für Gesundheit und soziale Sicherheit* und die *Gewerkschaft der Krankenschwestern und Krankenpfleger – Florence*, haben am 16. Februar einen landesweiten eintägigen Streik organisiert, da die Regierung ihr Versprechen von 2018, Verhandlungen über die Stärkung der Arbeitnehmerrechte im Gesundheitswesen aufzunehmen, nicht eingehalten hat. Nach wie vor seien die Arbeitsbedingungen im Gesundheitssystem schlecht – verschlimmert durch jahrelange Vernachlässigung und unzureichende Finanzierung des öffentlichen Gesundheitssektors, so die Gewerkschafter*innen. Dies führe zu einer hohen Abwanderungsrate insbesondere bei Krankenschwestern und -pflegern und zu einer äußerst prekären Lage der öffentlichen Pflegeeinrichtungen, einschließlich der Altenheime. Die Beschäftigten fordern eine allgemeine Erhöhung der Gehälter, die für alle Berufe gleichmäßig umgesetzt wird. Diese Forderung steht im Zusammenhang mit einem kürzlich gefassten Beschluss der Regierung, die Gehaltsstufe von Oberärzten anzuheben, wobei alle anderen Beschäftigten im Gesundheitswesen außen vor blieben. Als eine der wichtigsten Ärztegewerkschaften, die FIDES, diese Vereinbarung unterzeichnete, äußerten andere Gewerkschaften scharfe Kritik. Der Beschluss wurde schließlich vom slowenischen Verfassungsgericht blockiert, aber leider hat die Regierung auf den Gerichtsbeschluss nicht angemessen reagiert, und die FIDES-Mitglieder haben sich nicht an dem Streik beteiligt. Andererseits erhielten die streikenden Arbeitnehmer zahlreiche Unterstützungsbekundungen von Gewerkschaften aus anderen Sektoren, einschließlich Bildung und Handel, sowie von internationalen Gewerkschaftsverbänden und von fortschrittlichen Organisationen wie dem Kollektiv Rdeča Pesa, das den Streik als einen wichtigen Schritt im Kampf für ein öffentliches und zugängliches, qualitativ hochwertiges Gesundheits- und Pflegesystem ansieht.

(Quelle: Health workers in Slovenia go on strike, in: Peoples Health Dispatch 19.02.2022, <https://peoplesdispatch.org/2022/02/19/health-workers-in-slovenia-go-on-strike/>)

Australien:

Streik der Krankenschwestern in New South Wales wegen Löhnen und Personalmangel

Tausende von Krankenschwestern und -pflegern in 150 öffentlichen Gesundheitseinrichtungen in ganz New South Wales sind am 15. Februar zum ersten Mal seit 2013 und gegen den Widerstand der konservativen Landesregierung in einen 24-stündigen Streik getreten, um auf den gravierenden Personalmangel und die stagnierenden Löhne der Beschäftigten im Gesundheitswesen aufmerksam zu machen. Der Arbeitskampf ist einer der größten Krankenpflegestreiks, den der Bundesstaat je erlebt hat. Er wurde von der *New South Wales Nurses and Midwives' Association (NSWNMA)* organisiert, einer Gewerkschaft, die 48.000 Krankenschwestern und Hebammen in öffentlichen Krankenhäusern sowie fast 72.000 Beschäftigte im Gesundheitswesen vertritt. Zu den wichtigsten Forderungen der Krankenschwestern und -pfleger gehören Maßnahmen für eine sichere Personalausstattung, die eine Begrenzung des Verhältnisses von Krankenschwestern und -pflegern zu Patienten ähnlich wie in Bundesstaaten wie Victoria und Queensland sowie eine Lohnerhöhung von 2,5% als Ausgleich für die zusätzliche Arbeit und das Risiko, das den Beschäftigten im Gesundheitswesen auferlegt wird, beinhalten. Die Streikabstimmung wurde von der Gewerkschaft durchgeführt nur wenige Tage, nachdem die Regierung nicht dringende elektive Operationen, einschließlich solcher, die eine Übernachtung erfordern, wieder auf 75% der Kapazität vor dem durch Omicron ausgelösten Anstieg zurückgeführt hatte. Dies geschah trotz eines erheblichen Mangels an medizinischem Personal, denn nahezu 2.800 Mitarbeiter des Gesundheitswesens sind wegen einer COVID-19-Infektion ausgefallen, während über 1.000 Mitarbeiter entweder gekündigt haben oder entlassen wurden, nachdem sie die Impfung verweigert hatten. Eigenen Angaben der Regierung zufolge ist die Zahl der mit Personal besetzten Intensivstationen in dem Bundesstaat im Vergleich zum Beginn der Pandemie sogar zurückgegangen. Seit mehr als 10 Jahren setzen sich die Gewerkschaften für schichtspezifische Personalschlüssel für Krankenpfleger*innen und eine bessere Personalausstattung für Hebammen ein.

(Quelle: Nurses in Australia's New South Wales strike over wages, staff shortage, in: Peoples Dispatch 17.0.2022, <https://peoplesdispatch.org/2022/02/17/nurses-in-australias-new-south-wales-strike-over-wages-staff-shortage/>)



Australian Nursing Midwifery Federation

Gute Medizin braucht Politik

Wider die Kommerzialisierung der Medizin

Junge Ärzt*innen im vdää*

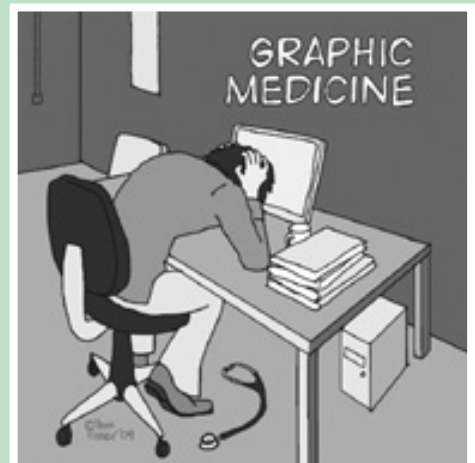
Freust Du Dich, dass es bald losgeht, als »richtige*r« Ärzt*in zu arbeiten? Und sieht der Tag nach den ersten Monaten im Beruf auf einmal ganz anders aus als Du es Dir vorgestellt hast? Die Stationsarbeit wird zum Getriebe: Aufnahmen, Untersuchungen anmelden, Entlassungen, Codieren – kurzum: Fließbandarbeit und wenig Kontakt zum Patienten.

Und immer wieder springst Du ein, wenn mal wieder Ebbe im Dienstplan ist. Leere Stellen werden insbesondere in der Pflege nicht mehr nachbesetzt oder aus Kalkül offen gehalten, um die Personalkosten zu drücken. Aber auch wenn der Mangel und das gegenseitige Aushelfen die Berufsgruppen zeitweilig verbindet, bei den nächsten Tarifverhandlungen kämpft wieder jede Gruppe für sich und die Gelder für die Klinik sind gedeckelt – und was Deine Berufsgruppe sich erkämpft, fehlt nachher den anderen...

Warum in den vdää*?

Auch wir im vdää fragen uns, warum in einem der teuersten Gesundheitssysteme für die Beschäftigten befriedigende Arbeitsbedingungen und eine hochwertige Patient*innenversorgung immer schwieriger werden. Wir sind Ärzt*innen aller Fachrichtungen, stationär und ambulant tätig, wir begleiten die Entwicklung im Gesundheitssystem sehr kritisch und wollen – auch gegen die offiziellen Standesvertreter*innen – kritischen Positionen Gehör verschaffen. Und wir wollen etwas zum Positiven ändern. Tendenzen der Ökonomisierung und Privatisierung, Fragen der Medizinethik etwa zu Sterbehilfe oder Impfpflicht diskutieren wir kritisch und oft auch mit kontroversen Positionen. Wir sind parteipolitisch ungebunden, arbeiten aber zusammen mit anderen Organisationen bei bestimmten Themen.

Uns eint die Überzeugung, dass positive Veränderungen im Gesundheitswesen und mehr Solidarität nicht von wechselnden Gesundheitsministern auf dem Silbertablett präsentiert werden, sondern mit solidarischer Zusammenarbeit aller Berufsgruppen im Gesundheitswesen erstritten werden müssen. Wir müssen uns engagieren statt zu resignieren!



Es ist Zeit, sich einzumischen

www.vdaae.de | www.facebook.com/vdaaeae