



# Defizitäre Kinderkliniken

## Der Letzte macht das Licht aus

Von Dr. Sönke Siefert

*Die Diskussion um eine zukunftssichernde Finanzierung von Krankenhäusern ist eine nahezu unendliche Geschichte. Wohnortnahe Versorgung versus Mindestmengen, hohe Anforderungen an die Versorgungsqualität bei gleichzeitig wachsender Unsicherheit bezüglich einer kostendeckenden Vergütung - zahlreiche Spannungsfelder sorgen für hohen Reformdruck im System. Kinderkliniken stehen dabei selten im Fokus der Bemühungen. Trotz ihrer unbestrittenen Bedeutung für ein gutes Gesundheitssystem ist ihre Lobby begrenzt. Dies liegt möglicherweise auch daran, dass sich mit Kindermedizin kein Geld verdienen lässt; der hohe Anteil an defizitären Kinderkliniken und quersubventionierten Kinderabteilungen zeigt dies nur zu deutlich.*

**Keywords:** Patientenversorgung, Finanzierung, Strukturwandel

**K**inder sind keine kleinen Erwachsenen - sie benötigen auch im Krankenhaus eine besondere Betreuung. Kinderkliniken und -abteilungen unterscheiden sich daher in vielerlei Hinsicht von der in Erwachsenenkliniken mit einschneidenden Konsequenzen für die Krankenhausfinanzierung. Der Artikel greift exemplarisch einige relevante Aspekte heraus und benennt Lösungsansätze.

### Diagnosenvielfalt bedingt hohe Fixkosten bei wenig Erlös

In vielen Kinderkliniken ist die Bandbreite der behandelten Diag-

nosen und damit auch die der abgerechneten DRGs deutlich höher als in Erwachsenenkliniken. Sie bieten oftmals ca. 400 Fallpauschalen an, in reinen Erwachsenenkliniken vergleichbarer Größe sind dies ca. 200. Dieses komplexe Versorgungsangebot erfordert hochspezialisierte Abteilungen und Spezialisten trotz oftmals nur sehr geringer Fallzahlen. So kommen ca. 90 Prozent dieser DRGs auf Fallzahlen unter 50 pro Jahr und machen lediglich ein Drittel der stationären Behandlungsfälle aus. In den großen Kinderkliniken wird zudem trotz der überdurchschnittlich komplexen und aufwändigen Fälle lediglich die „durchschnittliche“ Vergütung über die Fallpauschalen erlöst, die Berücksichtigung der Extremkostenfälle ist unzureichend.

*Diese Strukturen bedingen deutlich höhere Vorhalte- und damit Fallzahlen-unabhängige Fixkosten sowie eine defizitäre Leistungserbringung gerade bei den komplexen Fällen.*

### Hoher Anteil Notfallmedizin erschwert hohe Bettenauslastung

In Kinderkliniken ist der Anteil der notfallmäßig aufgenommenen Patientinnen und Patienten regelhaft höher als in vergleichbaren Erwachsenenkliniken. Ohne Einweisung kommen ca. 50 Prozent der Patientinnen und Patienten zur stationären Aufnahme, weitere ca. 10 Prozent ungeplant auf akute Einweisung durch die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte. Gerade kleinere Kinderkliniken und -abteilungen

spüren zudem eine starke saisonale Abhängigkeit der Fallzahlen. Im Winter, wenn auch im Klinikpersonal höhere Krankheitsquoten zu verkraften sind, ist die Belegung besonders hoch, in der Infekt-freien Zeit hingegen sinkt sie deutlich. Starke Schwankungen der Belegung bringen daneben eine erhöhte Belastung des Personals und - unter den Bedingungen der Personaluntergrenzenverordnung - eine manifeste Knappheit an belegbaren Betten sowie viele kurzfristige Absagen für elektive und teilweise über Monate geplante Behandlungen. Die massive Reduktion der Planbetten in den vergangenen 25 Jahren (40 Prozent) erhöht diesen Druck weiterhin. Die durchschnittliche Belegung in Kinderkliniken liegt so deutlich unter der in Erwachsenenkliniken.

*Eine hohe, gleichmäßige, durchschnittliche Belegung und damit effiziente Auslastung aller Ressourcen lässt sich unter diesen Bedingungen nicht erreichen.*

### Kinder sind keine kleinen Erwachsenen - das gilt auch für die Pflege

Die Kinderkrankenpflege ist eine unverzichtbare Säule in Diagnostik und Therapie des kranken Kindes. Erfahrene Fachkräfte sind erforderlich für eine schonende Diagnostik durch aufmerksame Krankenbeobachtung und leisten einen wichtigen Beitrag zur Stärkung der Gesundheitskompetenz der Eltern. Das Gesetz zur Reform der Pflegeberufe verkürzt jedoch die spezifische Qua-

lifikation in der Kinderkrankenpflege von drei Jahren auf ein Jahr. Zuvor durchlaufen die Auszubildenden eine zweijährige generalistische Ausbildung. Im Rahmen der Ausbildung ist für alle ein Einsatz in der Kinderkrankenpflege verpflichtend zu absolvieren. Dies schafft zusätzliche Belastungen in den (wenigen) Kinderkliniken und -abteilungen, die diese Ausbildung zu leisten haben, ohne dass ein nennenswerter Return an Fachkräften zu erwarten ist.

*Ein bereits manifester und sich immer weiter verschärfender Fachkräftemangel im Bereich der Pflege birgt hohes Risikopotenzial für eine ausreichende stationäre Versorgung kranker Kinder.*

### Die Behandlung von Kindern erfordert Zeit

Kindermedizin setzt in der ambulanten wie stationären Medizin in hohem Maße eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Kind und Familie auf der einen und dem Fachpersonal auf der anderen Seite voraus. Sie braucht Zeit, Geduld und Einfühlungsvermögen und bezieht die ganze Familie mit ein. Die Mitarbeitenden zeichnen sich regelhaft durch eine hohe intrinsische Motivation aus. Die erforderliche hohe fachliche und emotionale Kompetenz kostet personelle und zeitliche Ressourcen. Dies führt zu einem Personalkostenanteil von ca. 85 Prozent der Gesamtkosten, mithin ca. 30 Prozent höher als in der Erwachsenenmedizin. Dieser Kind-bezogene Mehraufwand lässt sich kaum durch Prozessoptimierung und Effizienzsteigerung reduzieren.

Wer schon einmal versucht hat, einen Säugling unter Zeitdruck zu füttern, versteht mühelos das Problem. Die ökonomisch negative Sanktionierung dieser Kind- und Familien-orientierten Medizin gefährdet aus Sicht der Mitarbeitenden das Kindeswohl als für sie oberstes, handlungsleitendes Primat.

*So verkehrt sich der Versuch einer Leistungssteigerung unter ökonomischem Druck in einen gegenteiligen Effekt des Qualitäts- und Motivationsverlusts mit nachfolgender innerer und realer Kündigung der Mitarbeitenden.*

### Hochspezialisierte ambulante Medizin an Kinderkliniken gefährdet

Eine sinnvolle und erstrebenswerte Ambulantisierung auch in der Kindermedizin erfordert leistungsstarke und hochspezialisierte ambulante Behandlungsangebote. Diese sind aufgrund der hohen fachlichen, personellen und apparativen Anforderungen regelhaft nur an Kinderkliniken und -abteilungen realisierbar. An großen Kinderkliniken finden sich oftmals mehr als 20 solcher unterschiedlichen ambulanten Einrichtungen. Eine unzureichende Finanzierung und instabile Versorgungsstrukturen aufgrund von kurz befristeten Zulassungen führen zum Abbau dieser für die besonders vulnerable Patientengruppe mit seltenen oder chronischen Erkrankungen wichtigen Leistungen.

*Damit drohen eine massive Verschlechterung der Versorgung und vermeidbare stationäre Aufenthalte.*

### Die „zweite Nacht“ – wie viel ist uns eine sichere Kindermedizin wert?

Die Verweildauerprüfung durch den Medizinischen Dienst führt in einem hohen Anteil zur Kürzung der sogenannten „zweiten Nacht“. Die gerade in der Pädiatrie häufigen Kurzlieger resultieren aus der notwendigen Abklärung potenziell lebensbedrohlicher Verdachtsdiagnosen. Aus der ex-post-Sicht des Medizinischen Dienstes wird jedoch oftmals bei einem reinen Beobachtungsfall die Dauer oder überhaupt die Notwendigkeit einer stationären Aufnahme bestritten.

So werden Kinderkliniken für den geleisteten hohen Aufwand zur Abklärung lebensbedrohlicher und oftmals in Normalbefunde mündender Verdachtsdiagnosen und damit eine hohe Versorgungsqualität und -sicherheit ökonomisch regelhaft bestraft. Die verantwortlichen Ärztinnen und Ärzte müssen einen täglichen zermürbenden Spagat zwischen einer sicheren Kind- und Familien-orientierten Medizin und dem Druck der Ökonomie aushalten.

*Die Vergütung folgt in der Kinderklinik nicht dem Aufwand.*

### Zwei für einen – Aufwand für Begleitpersonen unzureichend finanziert

Der überwiegende Anteil der Patientinnen und Patienten einer Kinderklinik wird mit mindestens einer Begleitperson aufgenommen. Diese Tatsache schafft neben der Personalknappheit auch unabhängig von der Corona-Pandemie zusätzliche Belegungshürden aufgrund von Geschlecht, Kultur und eigener Erkrankungen der Begleitpersonen. Nur teilweise sind dabei die Begleitpersonen eine Unterstützung in der Pflege des kranken Kindes. Gerade bei schweren oder chronischen Erkrankungen entsteht vielmehr ein zusätzlicher Aufwand durch die notwendige Schulung der Eltern, oftmals auch weiterer Angehöriger. Eine Vergütung der Mitaufnahme von Begleitpersonen für Unterkunft und Verpflegung erfolgt seit dem 01.01.2005 in unveränderter Höhe und hat so eine reale Senkung um ca. 35 Prozent erfahren.

*In einer Kinderklinik mit ca. 10.000 stationären Fällen bedeutet dies Mindereinnahmen in Höhe von ca. 500.000 Euro pro Jahr.*

### Neue Morbiditäten erfordern neue Finanzierungskonzepte

An keiner Stelle in der Medizin ist der Zusammenhang zwischen psychosozialen Faktoren und gesundheitlichem Outcome so deutlich wie in der Pädiatrie. So steigert ein niedriger sozioökonomischer Status das Risiko für psychische Erkrankungen um den Faktor 2 und das einer Adipositas um den Faktor 3. Die sogenannten „Neuen Morbiditäten“ und damit verbundene präventive und therapeutische Konzepte erfordern hier regelhaft die enge Kooperation unterschiedlicher sozialer Sicherungssysteme. Für Kinderkliniken bedeutet dies hohe Anforderungen an Netzwerkkennnisse, Case Management und Sozialarbeit, um eine am Kindeswohl orientierte Versorgung zu leisten.

*Ohne innovative kooperative Finanzierungskonzepte zwischen staatlichen und Mitteln aus der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung lassen sich kaum systemübergreifende Leistungen außerhalb von Pilotprojekten etablieren.* ►

## Lösungsansätze

- Die neue Bundesregierung scheint die Problematik der defizitär arbeitenden Kinderkliniken und -abteilungen erkannt zu haben. Im Koalitionsvertrag ist festgehalten: „Kurzfristig sorgen wir für eine bedarfsgerechte auskömmliche Finanzierung für die Pädiatrie, Notfallversorgung und Geburtshilfe.“ Als Lösungsansatz ist die Erweiterung des bislang dualen Finanzierungssystems – die Bundesländer übernehmen die Investitionsmittel, die Krankenkassen die laufenden Kosten – um eine zusätzliche Finanzierungssäule in Form von Vorhaltepauschalen im Gespräch. Da auch der Bundesrat hier bereits seine Unterstützung signalisiert hat, können dem Vorhaben Chancen auf Realisierung zugeschrieben werden.
- Die beschriebenen hohen Vorhaltekosten können alternativ auch über einen Kinderzuschlag als Sicherstellungszuschlag aufgefangen werden. Auch die Versorgung von komplex und chronisch kranken Kindern (z.T. Extremkostenfälle) sollten dabei als Besonderheit anerkannt werden.
- Zusätzlich gilt es, die bessere Verzahnung ambulanter und stationärer Leistungen zu fördern. Die zeitlich und inhaltlich stark eingeschränkten und dadurch unbeständigen persönlichen Ermächtigungen sollten ähnlich wie die bereits im SGB V definierten geriatrischen Institutsambulanzen (GIA) durch pädiatrische Institutsambulanzen mit Bestandssicherung ersetzt werden.
- Die flächendeckende Etablierung von teilstationären Behandlungsangeboten in Tageskliniken für aufwändige diagnostische oder therapeutische Verfahren kann bei kostendeckender Finanzierung helfen, stationäre Behandlungen zu verkürzen oder zu reduzieren. Ein erster sinnvoller Schritt ist die Einführung teilstationärer Fallpauschalen, die jedoch unmittelbar mit ihrer Einführung durch massive Prüfungen und Streichungen durch den Medizinischen Dienst bedroht sind.
- Nicht zuletzt sollten die Pauschalen für die Mitaufnahme von Be-

gleitpersonen endlich der Preisentwicklung angepasst und Ausgleich für entgangene Erlöse geleistet werden.

- Regionale Bündnisse von Kranken-, Reha- und Pflegekassen sowie staatlichen Institutionen auf kommunaler und Länderbene sind erforderlich, um am Kindeswohl orientierte integrierte Versorgungskonzepte nachhaltig zu realisieren. Kinderkliniken bieten sich hierzu als regionale Netzwerkknoten an.
- Die Stellung der Kinderkrankenpflege sollte dringend gestärkt werden. Hier sind vor allem ein umfassender Bürokratieabbau, eine bessere Bezahlung insbesondere der Schichtzeiten sowie bessere Entwicklungsmöglichkeiten über Zusatzqualifikationen zu nennen. ■

**Dr. Sönke Siefert**  
Stellvertretender Vorsitzender des  
Regionalverbandes Nord  
Deutsche Gesellschaft für  
Medizincontrolling e.V.

# NACHHALTIG. KOOPERATIV. MANAGEN

## STRATEGIEN FÜR EIN ZUSAMMENWIRKEN DER VERSCHIEDENEN INTERESSEGRUPPEN IM GESUNDHEITSWESEN

Das neue Whitepaper KU konkret gibt Auszüge aus dem Buch „Kooperative Versorgungsformen – Chancen für den ländlichen Raum Praxisbeispiele, Konzepte, Wissensvermittlung“ von Prof. Dr. habil. Wolfgang Hellmann wieder. Denn nur eine Kooperation der Agierenden im Gesundheitswesen kann höchste Behandlungsqualität und Patientensicherheit in einem Versorgungsnetz gewährleisten. Hier werden Überlegungen zu Konzepten mit Praxisbeispielen für Sie anschaulich dargestellt.

Anhand von Kontrollfragen können die Lernerfolge der jeweiligen Kapitel selbst überprüft werden.



Lesen Sie dieses und weitere Whitepaper unter  
[ku-gesundheitsmanagement.de](http://ku-gesundheitsmanagement.de)

