



DEUTSCHE GESELLSCHAFT
FÜR KINDER- UND JUGENDMEDIZIN e.V.



Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser
und Kinderabteilungen in Deutschland e.V.



VERBAND LEITENDER KINDER- UND
JUGENDÄRZTE UND KINDERCHIRURGEN
DEUTSCHLANDS

Herrn
Bundesminister für Gesundheit
Jens Spahn MdB
Bundesministerium für Gesundheit
11055 Berlin

Geschäftsstelle der DGKJ
Chausseestr. 128/129
10115 Berlin
Tel. +49 30 3087779-0
Fax: +49 30 3087779-99
info@dgkj.de | www.dgkj.de

Cc: Dr. Orlowski (AL 2), Dr. Stracke (Ref. 325)

Berlin, 12.03.2019

Kommentar der DGKJ, der GKinD und des VLKKD auf die Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion DIE LINKE (Bundestags-Drucksache 19/7270)

Sehr geehrter Herr Bundesminister Spahn MdB,

in einer Kleinen Anfrage vom 07.01.2019 richtete sich die Bundestagsfraktion DIE LINKE zum Notstand in Kinderkliniken an die Bundesregierung (Drucksache 19/6894). Diese beantwortete die Bundesregierung am 23.01.2019 entsprechend. Darin stellt die Bundesregierung unter anderem fest, dass „eine strukturelle Unterversorgung mit Kinderkliniken oder Fachabteilungen für Kinderheilkunde ... aus Sicht der Bundesregierung nicht gegeben“ sei. Diese Schlussfolgerung können wir nicht nachvollziehen und teilen diese nicht.

Daher richten sich die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DGKJ), die Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e. V. (GKinD) und der Verband leitender Kinder- und Jugendärzte und Kinderchirurgen Deutschlands e.V. (VLKKD) ausdrücklich mit der beigefügten Gegendarstellung an Sie und Ihr Haus. Diese werden wir zudem auf unseren Websites veröffentlichen.

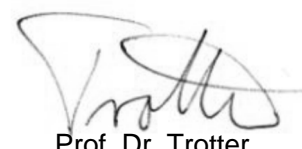
Sofern die Bundesregierung unsere Bemühung um eine beste stationäre kinder- und jugendärztliche Versorgung im Sinne der bedarfsgerechten Daseinsvorsorge teilt – wovon wir ausgehen - empfehlen wir, die Erhebung der Bundesländer zum Versorgungsbedarf und zur Erfüllung des Versorgungsauftrages in der stationären Kinder- und Jugendmedizin anzufordern. Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie bzw. Ihr Haus diese Anregung aufgreift. Sobald die entsprechenden Berichte vorliegen, diskutieren wir gern mit Ihnen gemeinsam diese Ergebnisse und Zahlen vor dem Hintergrund der Versorgungsrealität.

Gern stehen wir Ihnen für Rückfragen zur Verfügung.

Bis zu Ihrer Rückmeldung verbleiben wir
mit freundlichen Grüßen


Prof. Dr. Krägeloh-Mann
(Präsidentin DGKJ)


Jochen Scheel
(Geschäftsführer GKinD)


Prof. Dr. Trotter
(Präsident VLKKD)

Kommentar der DGKJ, der GKinD und des VLKKD auf die Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion DIE LINKE (Bundestags-Drucksache 19/7270):

Die Fraktion DIE LINKE hatte in einer Kleinen Anfrage „Notstand in Kinderkliniken“ die Bundesregierung zur stationären Entwicklung in der Kinder- und Jugendmedizin befragt. Dabei ist die Linke von einer Situation eher der Unterversorgung aufgrund abgebauter Bettenkapazitäten und Personalengpässen ausgegangen, so „dass behandlungsbedürftige Kinder in Krankenhäusern abgewiesen und oftmals kilometerweit zu einer anderen Klinik transportiert werden“ (BT-Drucksache 19/6894).

Die Bundesregierung kommt in ihrer Ausführung hingegen zu dem Schluss, dass „eine strukturelle Unterversorgung mit Kinderkliniken oder Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin“ „nicht gegeben“ sei (S.9).

Diese Einschätzung der Bundesregierung können wir nicht kommentarlos hinnehmen, zumal diese den Erfahrungen aus den Kinderkliniken widerspricht. Ferner beklagen sich regelmäßig Eltern bei den verantwortlichen Kinderärzten aber auch in der Presse (u.a. Berichte der FAZ und von Panorama) über Verlegungen ihrer Kinder, weil die Kinderkliniken ihrer Region nicht mehr zur akuten stationären Behandlung aufnahmefähig sind, d.h. ihren Versorgungsauftrag nicht mehr erfüllen können. So berichtet die Selbsthilfeorganisation „Kindernetzwerk“, die über 200.000 Eltern insbes. von chronisch kranken Kindern vertritt, über gravierende Engpässe in der stationären Versorgung (<https://www.kindernetzwerk.de/de/agenda/Schwerpunkte/Oekonomisierung/Unerfuellt.php>).

Das Hauptargument der Bundesregierung für die vermeintliche „Übersversorgung“ in der Pädiatrie ist aber deren Betrachtung der Bettenzahl in den letzten zehn Jahren (S. 3ff.) und die damit verbundene Bettenauslastung. Die Anzahl der pädiatrischen Betten ist von 2007 bis 2017 um 6 % zurückgegangen; der Nutzungsgrad der Betten lag in der von der Bundesregierung betrachteten Statistik 2017 bei 66 % (seit 2007 pendelnd zwischen 68,0 und 64,1 %). Die Bundesregierung konstatiert: „Der im Durchschnitt geringe Auslastungsgrad der Betten zeigt, dass in Deutschland von der Vorhaltung einer mehr als ausreichenden Bettenzahl auszugehen ist. Ein geringer Auslastungsgrad stationärer Kapazitäten bei gleichzeitiger niedriger und sinkender Verweildauer ist als Indikator für eine hohe strukturelle Versorgungsdichte und Überkapazitäten zu betrachten.“ Kurz gefasst: In der stationären Kinder- und Jugendmedizin gibt es ein Problem der Überkapazität.

Wie aufschlussreich sind die von der Bundesregierung herangezogenen Bettenzahlen?

Bei den von der Bundesregierung betrachteten Zahlen geht es um Zahlen der „Planbetten“, die in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich definiert werden. Diese Bettenzahlen, die von den Kliniken vor dem Hintergrund von Fördermitteln gemeldet werden, sind aber keineswegs deckungsgleich mit den Betten, die der Versorgung kranker Kinder und Jugendlicher tatsächlich zur Verfügung stehen. Der Anteil der aufgrund von RKI-Hygienevorgaben (wenn z.B. ein Zwei-Bett-Zimmer nur einzeln genutzt werden kann) oder Personalmangel gesperrter Betten dürfte beträchtlich sein.

Die aufgrund von Personalmangels gesperrten Betten fließen aber weiterhin in die Statistik der Betten ein. Obwohl die Bundesregierung „keine Erkenntnisse darüber [hat], wie viele dieser Betten wegen fehlendem Fachpersonals gesperrt werden müssen“ (S. 4) stützt sie ihre Argumentation auf die Bettenauslastung und kommt damit zu ihrem Urteil, dass die Pädiatrie eher ein Problem der „Überkapazität“ denn einer Unterversorgung hat. – Diese Art der Schlussfolgerung wird bei einer sachlichen Betrachtung der Zahlen dem Problem der zu versorgenden Kinder und ihrer Eltern nicht

gerecht. Im Übrigen besagen die Zahlen der WHO, dass die Zahl der Betten für Kinder in Deutschland – ganz im Gegensatz zur den Betten für Erwachsenen – unter dem europäischen Durchschnitt liegt!

Welche Zahlen über Bettenschließungen liegen vor?

Um einen Überblick über die Personalsituation an den Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin in Deutschland zu erhalten, führte der Verband Leitender Kinder- und Jugendärzte und Kinderchirurgen Deutschlands (VLKKD) 2015 eine Umfrage durch. Von insgesamt 237 befragten ärztlichen Leitern antworteten 146 (62%). Personalbedingte Schließung von Betten gaben 38% der Befragten an, bei 82% waren Bettenschließungen mehrfach im Jahr notwendig. In 46% der Fälle mussten 5 und mehr Betten (in 9% 15 und mehr) geschlossen werden. Die Bettenschließung erstreckte sich in 65% der Fälle über 14 Tage und mehr (in 12% mehr als 6 Monate). Bei der Frage, welche Berufsgruppe die personalbedingte Bettenschließung notwendig machte, gaben 95% den Mangel an Pflegekräften an. In fast allen Fällen wurden Mangel an Bewerbungen, fehlende Eignung von Bewerbern und Krankheitsausfälle als Ursachen angegeben. Ärztlich bedingte Bettenschließungen wurden nur zu 9% angegeben.

Dass es durchaus Engpässe in der pädiatrischen Versorgung gibt, zeigen darüber hinaus die sog. IVENA-Daten. Über das webbasierte interdisziplinäre Versorgungsnachweistool IVENA, das in einzelnen Bundesländern eingesetzt wird, liegen belastbare Zahlen vor, aus denen die Abmeldung der Krankenhausabteilungen aus der akuten Versorgung hervorgeht. IVENA erfasst den Mangelzustand in Zahlen. Hieraus wird deutlich, dass ganze pädiatrische Abteilungen sich mehrfach pro Monat von der Notfallversorgung abmelden und keine neuen Patienten aufnehmen können. Über einen Zeitraum von einem Jahr sind Kinderkliniken teilweise 40% des gesamten Zeitraumes abgemeldet. Dies ist an manchen Kinderklinik-Standorten traurige Realität: Dass Betten geschlossen werden, weil zu wenige Gesundheits- und KinderkrankenpflegerInnen zur Verfügung stehen oder Hygienevorgaben Bettenschließungen verursachen, führt dazu, dass Eltern gezwungen werden, (weite) Wege auf sich zu nehmen, um ihre Kinder stationär versorgen zu lassen. Es liegen uns Berichte vor, dass RKI-Hygienevorschriften in Notsituationen der Kinderkliniken nicht mehr eingehalten werden können, wenn z.B. während einer Infekt-Saison sich alle Kinderkliniken eines Bundeslandes im IVENA-System abgemeldet haben oder dass Kinder bei Auslastung aller belegbaren Intensivbetten auf dem Stationsgang intubiert werden und anschließend vom Rettungsdienst (z.B. per Hubschrauber, s. a. Süddeutsche vom 15.4.18) über weit entfernt liegende Kliniken verlegt werden. Dieses sind sehr besorgniserregende Berichte, in denen die gesundheitliche Sicherheit und das Wohl der akut erkrankten Kinder gefährdet und Unverständnis bis Empörung der Eltern nachvollziehbar sind.

Die Bundesregierung argumentiert darüber hinaus mit Arzt- und Pflegepersonalzahlen. Die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte im Bereich der stationären Pädiatrie hat in der Tat von 2007 zu 2017 um 41 Prozent zugenommen. Entscheidend für die Versorgungssituation wäre hier aber nicht die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte, sondern die Entwicklung der tatsächlich geleisteten Arztstunden bzw. ganzen Arztstellen im genannten Zeitraum. Es geht nicht um Zählung der Arztköpfe, sondern der Arztstunden. Auf den Sachverhalt der Teilzeitarbeit, der Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes und der Fallzahlsteigerung (im Zeitraum 2007-17 um 4,4 % trotz gleichzeitigem Bettenrückgang von 5,6 %) wurde häufig genug hingewiesen.

Überdies möchten wir an dieser Stelle nicht den Vergleich der Arztzahlen in der Pädiatrie mit dem europäischen Ausland scheuen. Denn es wird häufig suggeriert, dass die Arztdichte in Deutschland zu hoch sei. Nicht so im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin, bei der die WHO-Zahlen insbesondere im stationären Bereich unseres Landes unter dem europäischen Durchschnitt liegen!

Zuletzt möchten wir an dieser Stelle an den Koalitionsvertrag von Anfang 2018 mit folgender Absichtserklärung erinnern:

„**Kinder** sind keine kleinen Erwachsenen. Die Belange und die Bedürfnisse von **Kindern und Jugendlichen** bedürfen der besonderen Berücksichtigung im Gesundheitswesen, in Medizin und Forschung.“

Zusammenfassend können also folgende Kritikpunkte an der Antwort der Bundesregierung zur Versorgungssituation in Kinderkliniken festgehalten werden:

- Bei der Analyse der Versorgungsrealität dürfen nicht die Planbetten, sondern müssen die tatsächlich betreibbaren Betten/Kapazitäten (s. dazu IVENA-Daten) zugrunde gelegt werden.
- Die Auslastung kann darüber hinaus nicht anhand von Durchschnittszahlen bewertet werden. Es müssen die enormen Belegungsschwankungen in Kinderkliniken berücksichtigt werden.
- Grundlage für die Betrachtung der ärztlichen Versorgung können nicht Kopffzahlen, sondern nur Vollkräftezahlen sein, die die tatsächlich verfügbare Ärzte-Arbeitszeit widerspiegeln.

Gerne stehen wir für Gespräche zur Versorgungsrealität in Kinderkliniken zur Verfügung mit dem Ziel, die besondere Berücksichtigung von Kindern und Jugendlichen im Sinne einer bedarfsgerechten Daseinsvorsorge zu sichern.