

Children first and always!

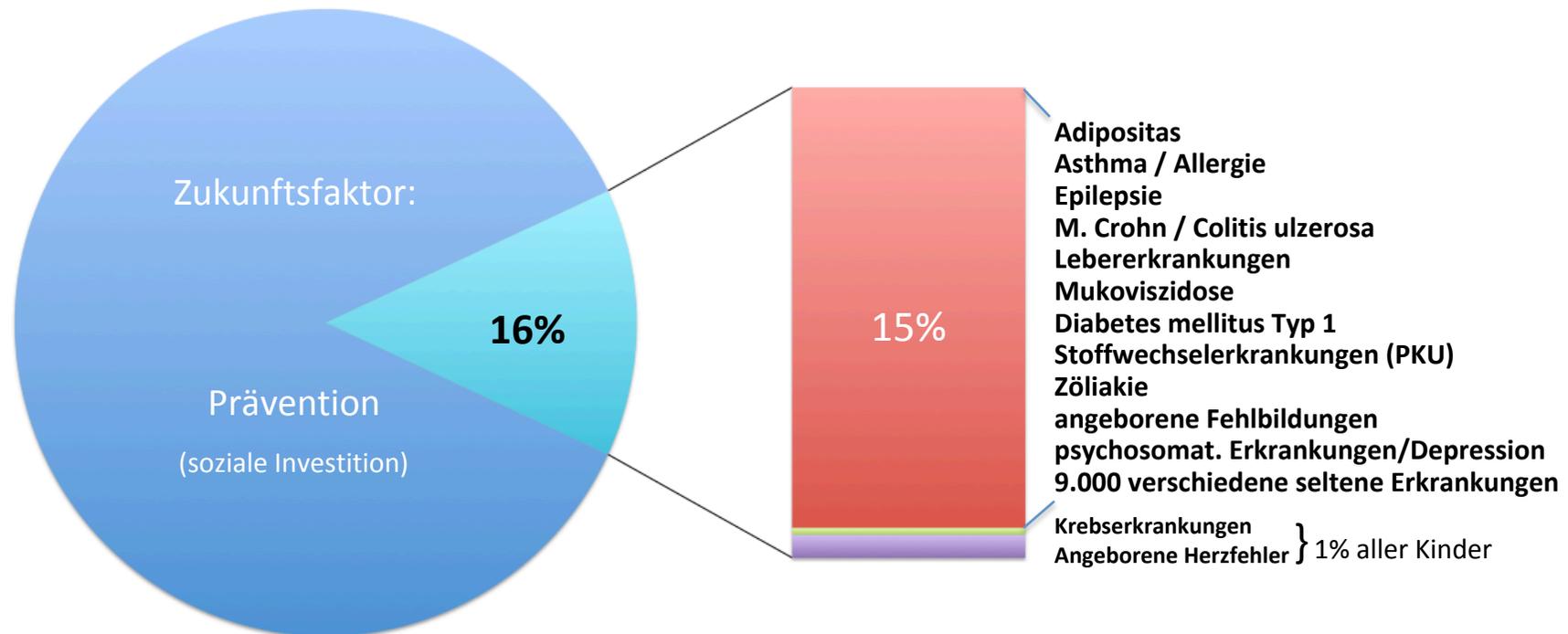
**Wo soll das noch hinführen?
Wie chronisch kranke Kinder & junge Menschen unter
den Folgen der Ökonomisierung der Medizin leiden.**

K.-P. ZIMMER

- Zentrum für Kinderheilkunde und Jugendmedizin -
Allgemeine Pädiatrie und Neonatologie
Justus-Liebig-Universität, Gießen



- ◆ **15%** unserer Kinder/Jugendlichen (> 2 Mill.) sind chronisch krank, d.h. mit speziellem Versorgungsbedarf = **nicht heilbar, aber nachhaltig behandelbar!**
- ◆ 4 Mill. Menschen in Deutschland mit ≈ 9.000 verschiedenen seltenen Erkrankungen



- ◆ **22%** der Kinder/Jugendlichen aus Einelternfamilien (KiGGS 2014)
Familie im Fokus (Kindernetzwerk-Studie 2014)
- ◆ **24%** der Kinder/Jugendlichen mit niedrigem, 10% mit hohem Sozialstatus (Brandenburg 2015)

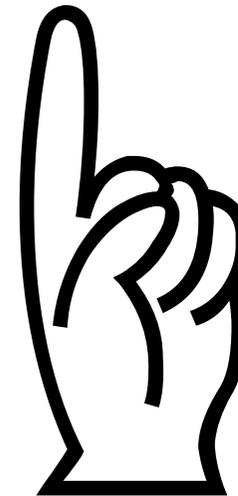
Koalitionsvertrag

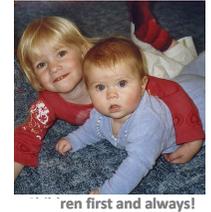
(7.2.18 - Entwurf)



Children first and always!

- ▶ Kinderschutz
- ▶ Bildung
- ▶ Kinderarmut
- ▶ Kinderrechte
- ▶ Patientenwohl
- ▶ Patientenrechte/Patientenvertreter
- ▶ sektorübergreifende Vernetzung (Bund-Länder-AG)
- ▶ Länder: Zulassungsausschüsse der KV, Bedarfsplanung
- ▶ Kinderkrankenpflege (Personalkostenvergütung)
- ▶ sprechende Medizin
- ▶ MDK: unabhängig, bundesweit einheitlich
- ▶ Amb. Honorarverordnung (wissenschaftl. Kommission)
- ▶ Forschung Kinder-/Jugendmedizin
- ▶ Prävention chronischer Erkrankungen
- ▶ Qualitätssicherung (Instrumente)
- ▶ Medizinstudienplätze
- ▶ Bürokratieabbau
- ▶ Forschung Kinder-/Jugendmedizin
- ▶ ...





ORIGINALARBEIT

Ökonomisierung patientenbezogener Entscheidungen im Krankenhaus

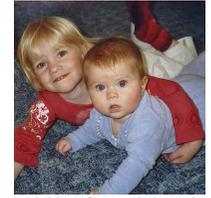
Kernaussagen:

- Ärzte geben zu Protokoll, dass sie durch die Finanzmittelknappheit gezwungen werden, ärztliche Entscheidungen zu fällen, die nicht immer nur dem Wohl der Patienten dienen.
- Ärzte geben an, dass sich das Umsetzen betriebswirtschaftlicher Vorgaben auf die Behandlungsqualität, die Patientensicherheit und die Arbeitsbedingungen des medizinischen Personals nachteilig auswirke.
- Ärzte berichten von einer Verdichtung der Arbeitszeit, einem Zeitmangel und einer Beschleunigung medizinischer Prozesse.

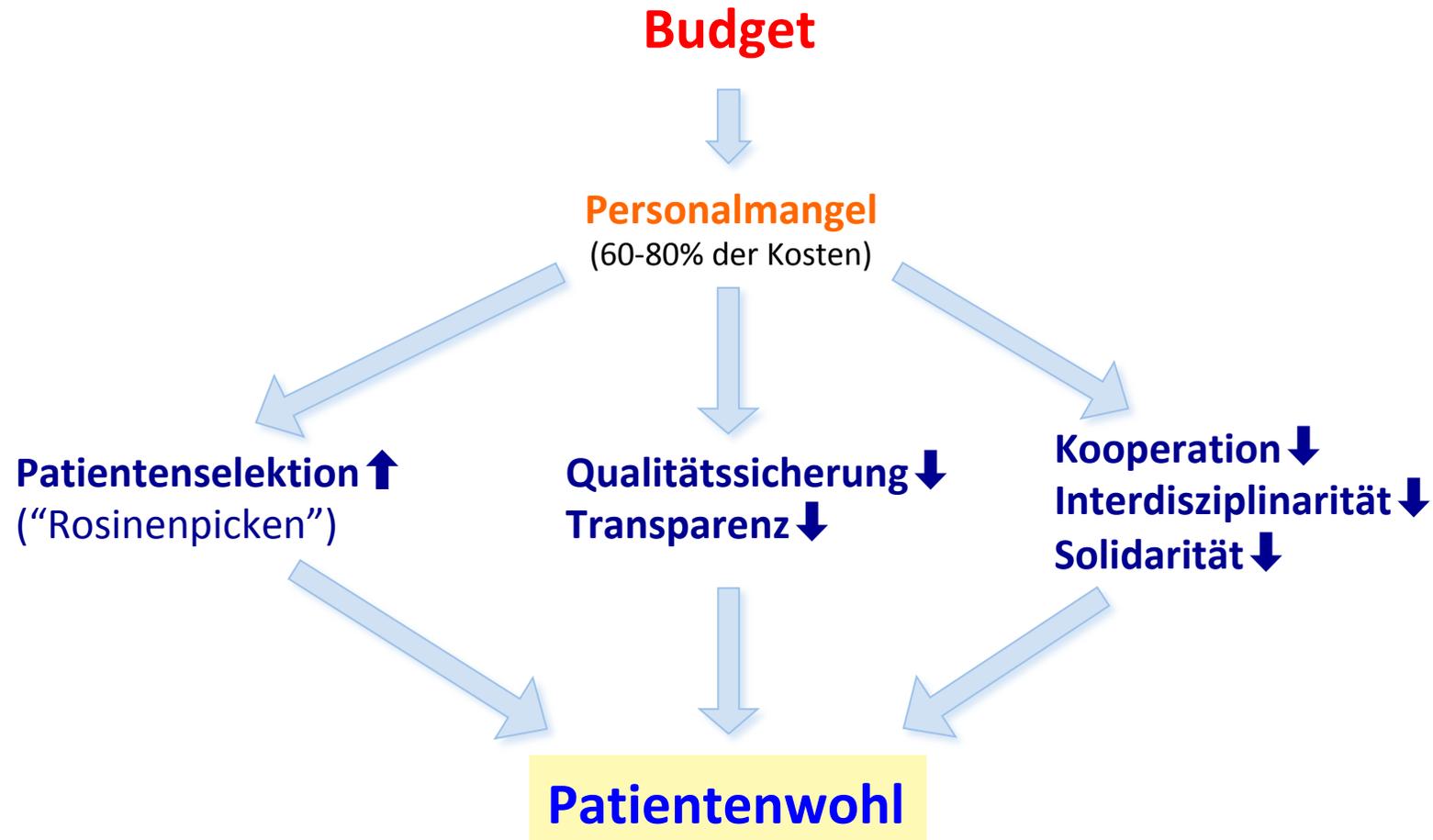
Deutsches Ärzteblatt | Jg. 114 | Heft 47 | 24. November 2017

Ökonomisierung in der Medizin und ihre Auswirkungen auf den Behandlungsstandard in der Pädiatrie

K.-P. Zimmer, in: "Ökonomie – medizinische Standards – rechtliche Haftung". Jäger/Krüger/Kudlich/Valerius "Schriften zum Medizinstrafrecht", Herausgeber H. Kudlich, J. Koch. Nomos, 2017, S. 47-77



Children first and always!



1) Interdisziplinäre Zentren/Teams



Behandlungsmöglichkeiten ↑
Erwartungshaltungen ↑



komplexes
qualitativ hochwertiges Versorgungssystem



Problem: zu wenige Behandlungsteams: gut ausgestattete
breit interdisziplinäre
leistungsfähige

sektorale Grenzen: ambulante-stationäre Versorgung



Ausweg: Intensivierung durch **Zentrenbildung** und **Vernetzung**
Kooperation/Integration mit dem niedergelassenen Kinder- und Jugendarzt 
ganzheitlich (incl. Familie & Schule) 
multiprofessionelle Teams  (u.a. Diätfachkraft, PsychotherapeutIN, SozialpädagogIN, PhysiotherapeutIN)



2) Personalintensität (Erlösdefizit) der päd. Versorgung

Zitate Geschäftsführung:

- “Patienten(zahl) dem zur Verfügung gestellten Personal anpassen” ➡ “Rosinenpicken” !
- “Diät-, Physio-, Psychotherapeuten, Sozialpädagogen nicht erlöswirksam“ !
- “Personalempfehlungen von Leitlinien nicht für Geschäftsführungen relevant“ !

Probleme: Budget limitiert Personalausstattung (Teamfähigkeit, Behandlungsstandard)



Versorgungsauftrag

(Leistungsspektrum der Weiterbildungsordnung¹)

**Ausweg: Behandlungsstandards maßgeblich (nicht das Budget)
Aufsichts-/Sanktionspflicht der Regierungspräsidien
Anpassung der Erlöse an Personalintensität
Personalschlüssel**

¹ Krankenhausrahmenplan



3) Versorgungsengpässe vs Versorgungsauftrag

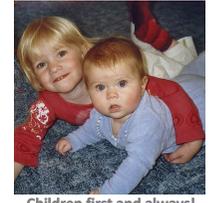
Zitate Geschäftsführung:

- “die Klinik trifft keine Behandlungspflicht, wenn die Kapazitäten ausgeschöpft sind” !
- Versorgungsauftrag: “... nicht die Aufgabe der Klinik, Versorgungslücken abzufangen” !

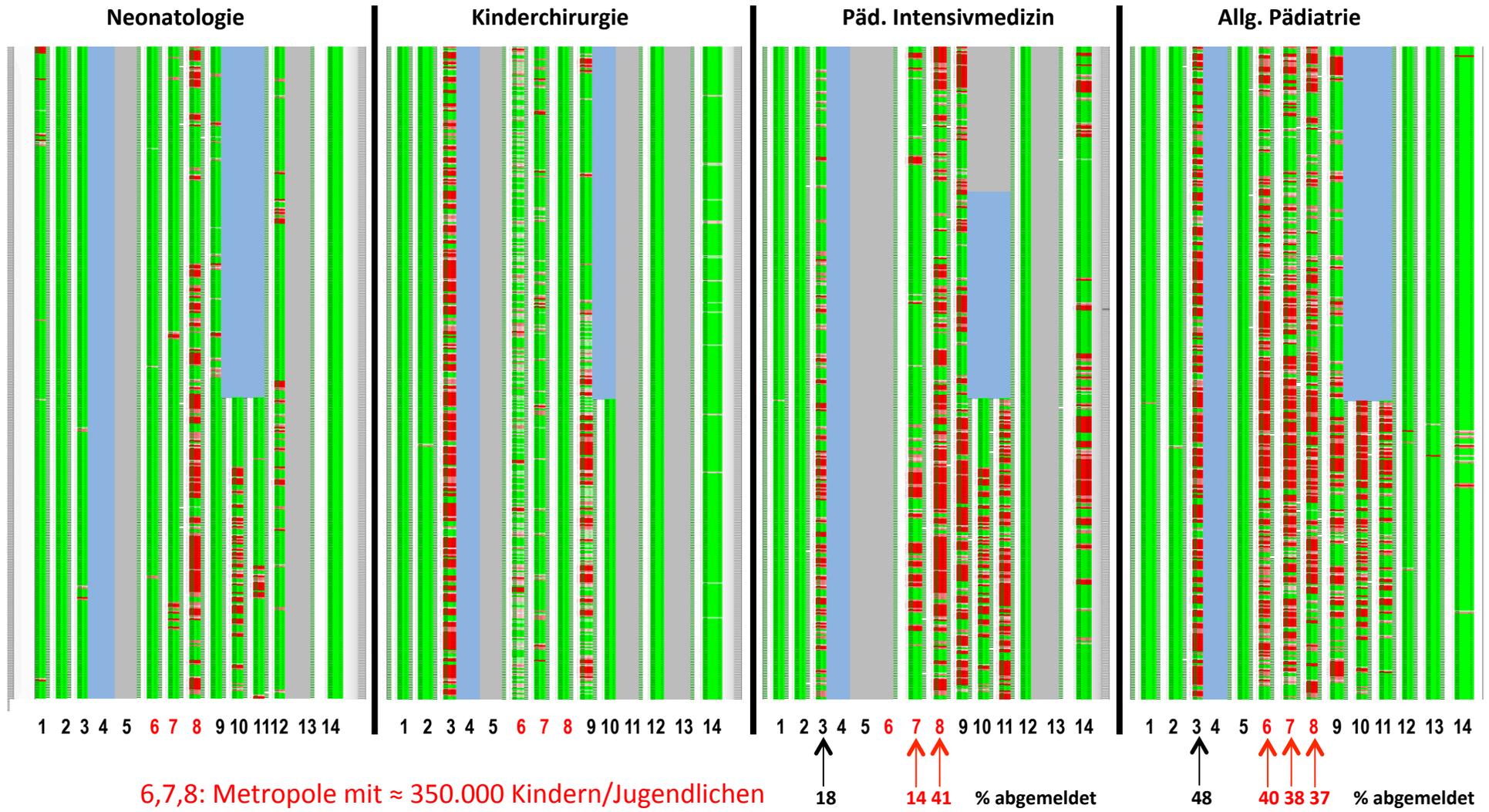
**Problem: Ablehnung stat. Behandlung ⇔ Verlegungen (Risiko ↑, Verlust Behandlungsteam)
Benachteiligung aufwändiger (personalintensiver) chronisch kranker Kinder
Tabu-Bruch: Abhängigkeit der medizin. Leistungserbringung von Erlösvorhaltung
= Verletzung ethischer und fachlicher Behandlungsstandards**

**Ausweg: Geschäftsführung: Organisationsverantwortung/Kooperationspflicht mit Ärzten¹
Verhandlungen mit Krankenkassen und Behörden unter Beteiligung der Ärzte
ethisch-juristisch belastbare Arbeitsverträge/Aufhebung Maulkorbparagraph**

¹ K. Ulsenheimer: “Auf dem Pulverfass – Risiko und Risikominimierung für Geschäftsführer”, Düsseldorf, 18.11.15
<http://www.deutscher-krankenhaustag.de/images/pdf/2015/Ulsenheimer.pdf>



Abmeldungen/fehlende Kapazitäten (in Rot) in 14 Kinderkliniken eines Bundeslandes (durchgehender Zeitraum: 1.7.15 - 31.7.16)



Kinder mit chronischer Erkrankung sind auf verlässliche Behandlungsteams angewiesen !



Bruno S., 9 Jahre alt

- seit 4 Jahren (insulinpflichtiger) Typ1-Diabetes in kontinuierl. Betreuung d. Kinderklinik A
- notfallmäßige stat. Aufnahme Ketoazidose (BZ 530 mg%, BE -11, HbA1c 9,8)
- Kinderklinik A ist “abgemeldet”
Geschäftsführung: Verlegung in nächste Kinder-Diabetologie/Kinderklinik B in 60 km
Protest der Eltern: Bezug zu Behandlungsteam
- Schulung in Kinderklinik A mit 1,2 Diabetesberater auf 290 Kinder mit Typ1-Diabetes
Geschäftsführung: S3-Leitlinie (1 Diabetesberater/100 Kinder Typ1-Diabetes) keine Pflicht!

☞ “Einrichtungsaufklärung”

Sandra W., 4 Jahre alt

- *Ehemaliges Frühgeborenes mit Cerebralparese, rezid. Aspirationen, bräunl. Erbrechen* seit Geburt in kontinuierlicher Betreuung der Kinderklinik A
- notfallmäßige stat. Aufnahme: 11 kg, schwere Pneumonie (Sauerstoffbedarf, Inhalation)
- kein freies Bett in Kinderklinik A (abgemeldet: “ausgeschöpfte Kapazität”)
- Verlegung in 40 km entfernte Kinderklinik B
neues Behandlungsteam

DRG: ≈ 2.950 Euro für 14 Tage (= 210 Euro/Tag) !

(“all inclusive”: Pflegekräfte, Ärzte, Verwaltungspersonal, Sachkosten, Antibiotika, Sauerstoff, Arztbrief, Röntgen, Labor, Verpflegung
Ernährungsberatung, Physiotherapie (Kontrakturen), Entlassmanagement: ambulante Pflege, ggfs. Familienhilfe)

Abklärung Gedeihstörung/Refluxösophagitis (Gastroskopie mit PEJ in Narkose) nicht eingegriffen!



4) Kindgerechte Erlös-/Honorarsystematik

(Mängel des DRG/EBM/GOÄ-Katalog für Kinder)

- fehlende Zeit, Befundlage/Therapie/Konzept zu erläutern & Vertrauen zu schaffen
- Kinderheilkunde ist Elternheilkunde
- “Junge Erwachsene im Kindernetzwerk”: unzureichende Behandlung/Betreuung
- “Spart man an der Kontaktzeit, so spart man am Kern der Pädiatrie” (G. Maio)

Arzt-Patienten-Kontakt n. “Gütersloher Organisationsberatung - GOB”:

- stat. Patientenkontakt: 12 min/Tag
- amb. Patientenkontakt: 7 min/Kontakt

(direkter Patientenkontakt auf Station: 35% der Arbeitszeit, Freiburg, DÄB 2017)

Problem: Hilfsbedürftigkeit der Kinder und Eltern wird unterschätzt
Verlust früherer Privilegien der Kinder im Versorgungssystem
⇒ **schlechte Therapie-Compliance: akute und späte Komplikationen**

Ausweg: kostendeckendes Abrechnungsmodell für Kinder (Deut. Ethikrat)
zusätzliche “Zeitziiffern”
Verbot von Investitionen aus Erlösen der Krankenversorgung (InEK)

**Abhängigkeit der medizin. Leistungserbringung von Erlösvorhaltung
verletzt medizinische Behandlungsstandards !**



Maria F., 12 Jahre alt

seit Geburt Mukoviszidose: jetzt akute Bauchschmerzen (V.a. Appendizitis)

23:00: Ärztlicher Bereitschaftsdienst: im Dienst ein Neuropathologe

nach 1 h Überweisung in der Notfallambulanz der Kinderklinik

Anamnese, körperlicher Befund

BB, CRP, Lipase, Leberwerte

Sonographie des Bauches

Diag.: Obstipation

nach Klyisma beschwerdefrei und Entlassung

Erlös für die Klinik: 20 Euro (Pflege, Ärzte, Labor) + 7 Euro Sono

Willi M., 14 Jahre alt

seit 3 Jahren M. Crohn, arme Familienverhältnisse, Schulverweigerung

4 routinenäßigen Verlaufskontrollen im Jahr in der Gastro-Sprechstunde

Kinder-Gastroenterologe, Krankenschwester, DiätassistentIN, FamilientherapeutIN

Anamnese, körperl. Befund, Labor, Sonographie, Ernährungsberatung, Familiengespräch

Hochschulambulanz (§ 117) 45-160 Euro (§ 116b ≈ 200 Euro, SPZ < 600 Euro) pro Quartal!



5) Prävention / soziale Investition

- “Kinder sind unsere Zukunft”
- med. Leistungen: < 18. LJ: 1.000 Euro/J versus > 65. LJ: 6.000 Euro/J
- Kinder: “Pay-Back Periode” < 10 Jahre!
- Wertschöpfung: Vermeidung v. Erkrankung < kostspielige Diagnostik/Therapie

Problem: Korrektur-/Entwicklungs-/Reha-Potentiale werden verpasst!

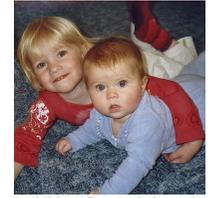
Risiko von Langzeitkomplikationen ↑

Risiko Arbeitslosigkeit, Behinderung ↑

Markt plant in jährlichen Bilanzen

Ausweg: Anreize bei fehlendem Marktinteresse

Auflösung des Widerspruchs WANZ (SGB V) und Anspruch der Eltern (UNO)



Children first and always!

Markt für Prävention?

Zitat: "Prävention muss sich lohnen!" ?



Beispiel Zöliakie:

Patententwicklung ⇨ Schluckimpfung zur Prävention: 150 € / Patient

etabliert: Glutenfreie Diät: 70.000 - 140.000 € / Patientenleben

in Entwicklung: Peptidasen, Biologica (> 100.000 € / Patient / Jahr)

⇨ kein Interesse an einer Prävention der Erkrankung



Children first and always!

Gesetzgeber-Krankenkassen-Versorger



SGB V § 12 - Wirtschaftlichkeitsgebot:

(1) Die Leistungen müssen
wirtschaftlich,
ausreichend,
notwendig und
zweckmäßig sein ...



Eltern-Kinder



UNO 1989:

Jedes Kind hat ein **Recht** auf eine seinem Alter entsprechende fachärztliche Versorgung & auf ein **Höchstmaß** an Gesundheit.

(seit April 1992 in Deutschland in Kraft)



6) Nachwuchsförderung für eine ganzheitliche Versorgung

- frühe Anleitung, wirtschaftliche Zwänge zu berücksichtigen
- mangelnde Vermittlung ethischer und rechtlicher Normen
- Unterentwicklung organisatorischer und kommunikativer Fähigkeiten

**Problem: komplex Erkrankte leiden unter kleinteiliger u./o. dissoziierter Versorgung
Mangel an Teamfähigkeit und Strukturierung schwieriger Behandlungsfälle
Arbeitsbelastung (“Burn-out”) und Mitarbeiterunzufriedenheit (Fluktuation)
die “hilflosen Helfer” erzeugen Unsicherheit und Mitleid bei ihren Patienten**

**Ausweg: ganzheitl. (sozialpäd.) Konzepte von der student. Lehre an (“Schulschwestern”)
Förderung von Weiterbildungsqualitäten/-kapazitäten (incl. Kliniken, Balint, LÄK)
Arbeitsbedingungen: familiengerecht, ArbZG, Einarbeitung, Supervision ...**



7) Weiterbildung/“Ermächtigung” subspezial. Pädiater

- ▶ chronisch kranke Kinder (mit seltenen Erkrankungen) sind auf kompetente Kinder-/Jugendärzte bzw. gute Weiterbildungsqualität angewiesen
- ▶ Mangel an
Kinder-Pneumologen
Kinder-Gastroenterologen
Kinder-Rheumatologen
Kinder-Nephrologen
Kinder-Endokrinologen/-Diabetologen
Kinder-Neurologen
Kinder-Infektiologen
- ▶ zertifizierte Weitergebildete: eingeschränkte Ermächtigung/Erlösmöglichkeit in Kliniken
- ▶ Zugangsmöglichkeit der Eltern/Kindern zu spezialisierten Pädiatern eingeschränkt

Problem: Zusatzweitergebildete Kinder-/Jugendärzte können ihr Wissen (über seltene Erkrankungen) nicht bei den betroffenen Patienten anbringen.

Ausweg: Förderung der Weiterbildungsqualität

Anreize zum Ausüben der Kompetenzen in Klinik und Praxis

Aufhebung Sicherstellungsauftrag der KV für chron. kranke Kinder !



8) Einbezug von Eltern-Selbsthilfe in Versorgungskonzepte

- es fehlt an Transparenz, Unabhängigkeit und Nachvollziehbarkeit bei Qualitätssicherung
Klinikmanagement (kein Pendant zur “unternehmerischen Freiheit”)
Versorgungsauftrag
- ineffiziente Beschwerdeverfahren (CIRS)
- Erläuterung, wie das Versorgungssystem funktioniert

Problem: die Eltern können ihre wertvollen Verbesserungsvorschläge und ihre direkten Erfahrungen zur Qualitätssicherung nicht nachhaltig in ein System einbringen, das auf Feedback angewiesen ist.

**Ausweg: Mitverantwortung der Eltern/Selbsthilfe beim Versorger/Kostenträger/Politik
Mitgliedschaften in Beiräten, Kontrollorganen**

(z.B. Mitbestimmungsrecht eines Elternrates, s.a. Leitlinien-Kommissionen)

“freie Arztwahl” der Eltern (Anspruch auf weitergebildeten Kinder-/Jugendarzt)



9) Qualitätssicherung (QS) durch Patientenregister

Chronische Erkrankungen – Informationen zu:

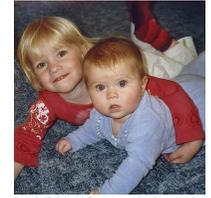
Prävalenzen, diagnostische Latenzen, diagnost. Sensitivität/Spezifität, Therapieeffekte und –compliance, Komplikationen, psychosoziale Integration ...

- ☞ Unabhängigkeit
- ☞ Daten: belastbar (Plausibilität) / nachhaltig / repräsentativ (eHealth)
- ☞ Mittelvorhaltung durch Träger

Problem: Behandlungserfolge (insb. nachhaltige) erfordern komplexen hochwertigen (interdisziplinären/multiprofessionellen) Informationsstatus QS (n. § 135a) nur selten institutionalisiert bzw. mit Ressourcen ausgestattet schlechte QS wird als offensive Werbestrategie eingesetzt

Ausweg: Wer chronisch kranke Kinder versorgt, muss an einer unabhängigen transparenten QS teilnehmen!

professionelle QS braucht strukturierte Mittelzuweisung
gBA basierte QS als Voraussetzung für Erlöszuweisung



Children first and always!

10) Bürokratische Anforderungen (Dokumentation)

- Leistungserfassung (Budget-/Investitionssteigerung)
- (elektronische) medizinische Dokumentation (Briefe)
- “intelligente” (ArbZG-konforme) Dienstpläne
- Qualitätssicherung
- MDK-Überprüfungen ↑
- Weiterbildung
- Datenschutz
- Patientenaufklärung
- Hygieneanforderungen

LEISTUNGSVERDICHTUNG: Fälle↑, Verweildauer↓ als Überlebensfaktor der Klinik



Problem: arzt-/pflegefremde Tätigkeiten ↑
Arzt-Patienten-Kontakt/-Beziehung ↓



Ausweg: Entlastung von überflüssiger und überbordender Bürokratie



Children first and always!

Der Therapieerfolg hängt wesentlich von der Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung ab!

EDITORIAL

Wiederbelebung der Arzt-Patienten-Beziehung

Analyse der Arbeitszeitverteilung von Ärzten

Klaus-Peter Zimmer

Deutsches Ärzteblatt | Jg. 117 | Heft 42 | 20. Oktober 2017

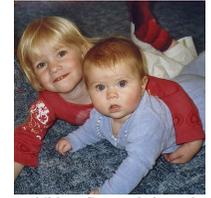
Mittelvorhaltung für:

- ▶ Medizinische Dokumentare
- ▶ “Physician Assistant”
- ▶ Management vor Ort als Zuarbeiter

Faktor Zeit:

- ☞ *sprechende Medizin*
- ☞ *Teambesprechungen*
- ☞ *Entschleunigung*¹

¹ “Slow Medicine”, von V. Sweet, Riverhead Books, NY



Children first and always!

11,3% BIP (Platz 3)

- stationäre Behandlungen ↑
- Intensivbetten ↑
- Operationen ↑
- Herzkatheter ↑
- Röntgen ↑
- Labor ↑
- Arztdysseen ↑

Verantwortlichkeiten

- ☞ **Staat:** Aufsicht Versorgungsaufträge
Krankenhausinvestitionen
- ☞ **Krankenkassen/gBA (Marktversagen)**
- ☞ **Versorger: fachl. Qualifikation**
- ☞ **LÄK: Weiterbildung, Ethik**
- ☞ **Eltern-Selbsthilfe: Feedback**

Übersversorgung

chronisch kranke Kinder

Unterversorgung

Medizin. Versorgung

- Frühgeborene (< 1.500g) ↑
- Suizidrate Jugendlicher (Platz 12)*
- Neugeborenensterblichkeit (Platz 16)*

* Innocenti Report 2017

DANKE für ihre Aufmerksamkeit !



Keine Offenbarung einer Gesellschaft ist eindeutiger als die Art und Weise, wie sie ihre Kinder behandelt. (N. Mandela)



Die Menschlichkeit einer Gesellschaft zeigt sich nicht zuletzt daran, wie sie mit den schwächsten Mitgliedern umgeht. (H. Kohl)