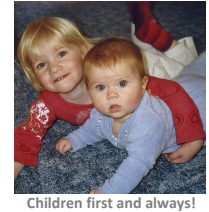


Children first and always!

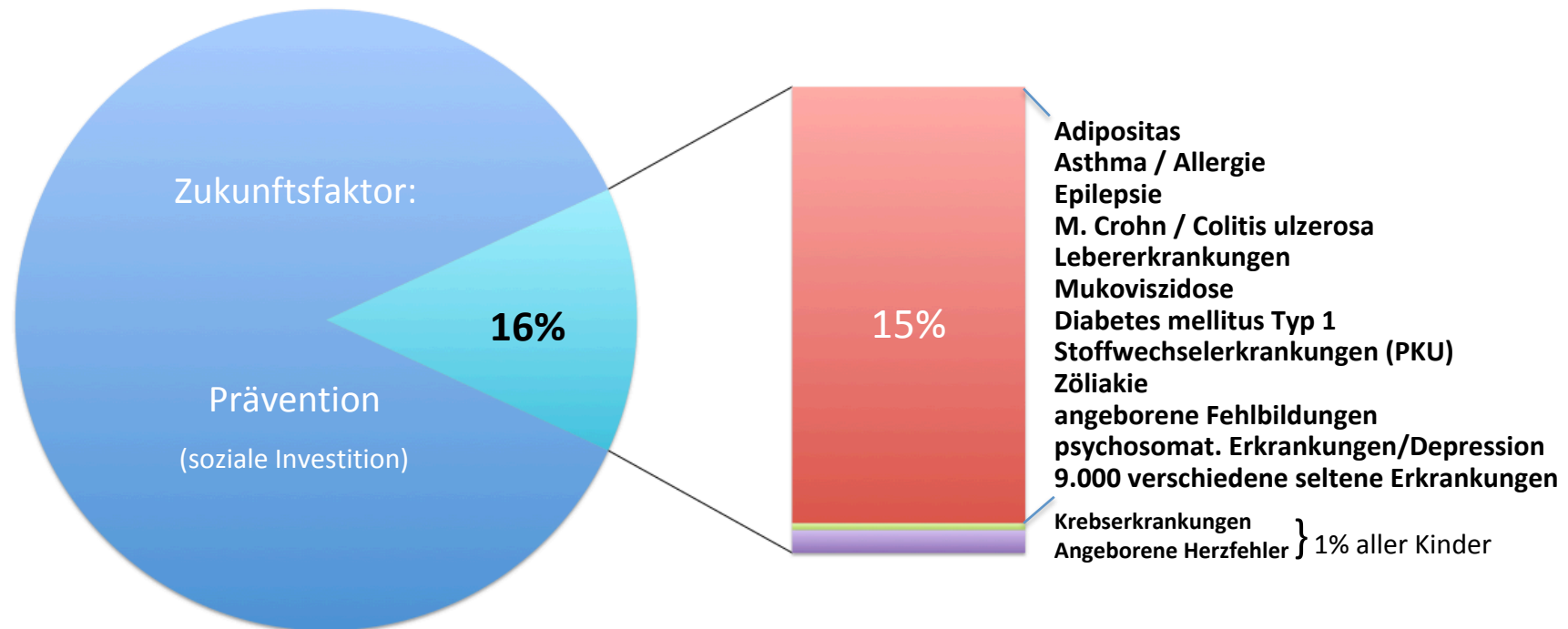
**Wo soll das noch hinführen?  
Wie chronisch kranke Kinder & junge Menschen unter  
den Folgen der Ökonomisierung der Medizin leiden.**

**K.-P. ZIMMER**

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



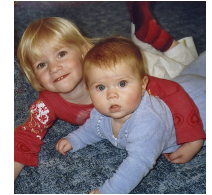
- ◆ **15%** unserer Kinder/Jugendlichen (> 2 Mill.) sind chronisch krank, d.h. mit speziellem Versorgungsbedarf = **nicht heilbar, aber nachhaltig behandelbar!**
- ◆ 4 Mill. Menschen in Deutschland mit ≈ 9.000 verschiedenen seltenen Erkrankungen



- ◆ **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)

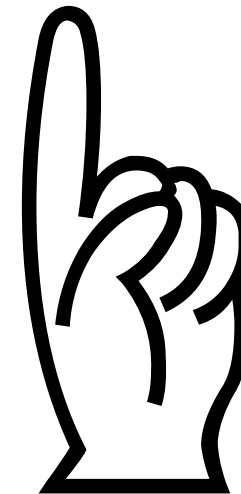
# Koalitionsvertrag

(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

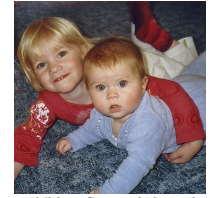
### Kernaussagen:

- 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.

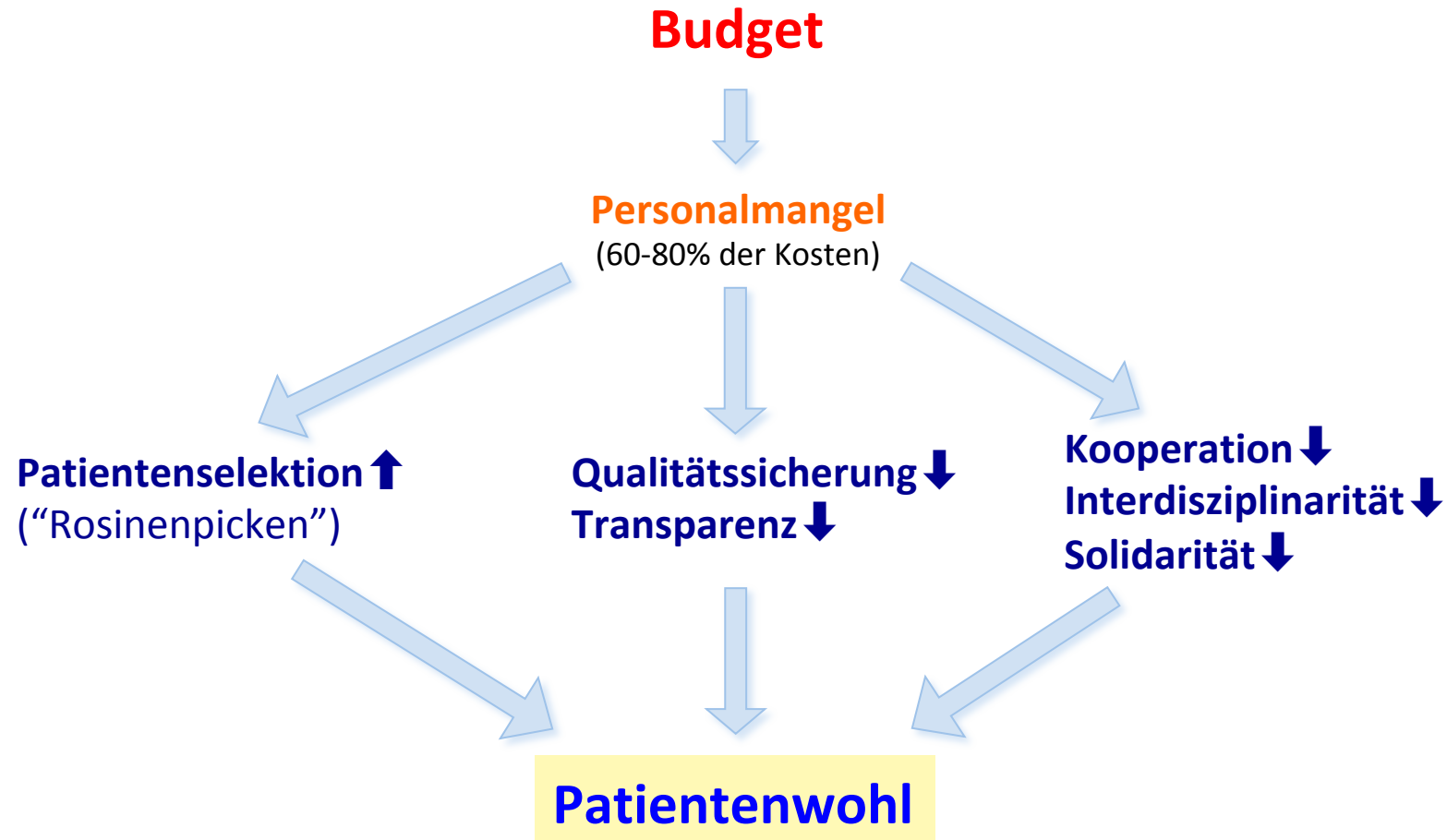
Deutsches Ärzteblatt | Jg. 114 | Heft 47 | 24. November 2017

### ***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 ↑

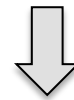


komplexes  
qualitativ hochwertiges Versorgungssystem



**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)**

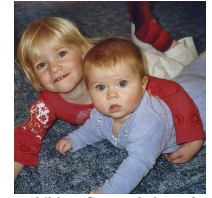


**Versorgungsauftrag**

(Leistungsspektrum der Weiterbildungsordnung<sup>1</sup>)

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

<sup>1</sup> Krankenhausrahmenplan



### 3) Versorgungsengpässe vs Versorgungsauftrag

#### Zitate Geschäftsführung:

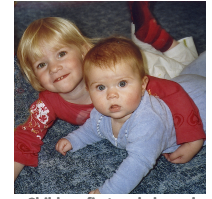
- “die Klinik trifft keine Behandlungspflicht, wenn die Kapazitäten ausgeschöpft sind” !
- Versorgungsauftrag: “... nicht die Aufgabe der Klinik, Versorgungslücken abzufangen” !

**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 Ärzten<sup>1</sup>**  
**Verhandlungen mit Krankenkassen und Behörden unter Beteiligung der Ärzte**  
**ethisch-juristisch belastbare Arbeitsverträge/Aufhebung Maulkorbparagraph**

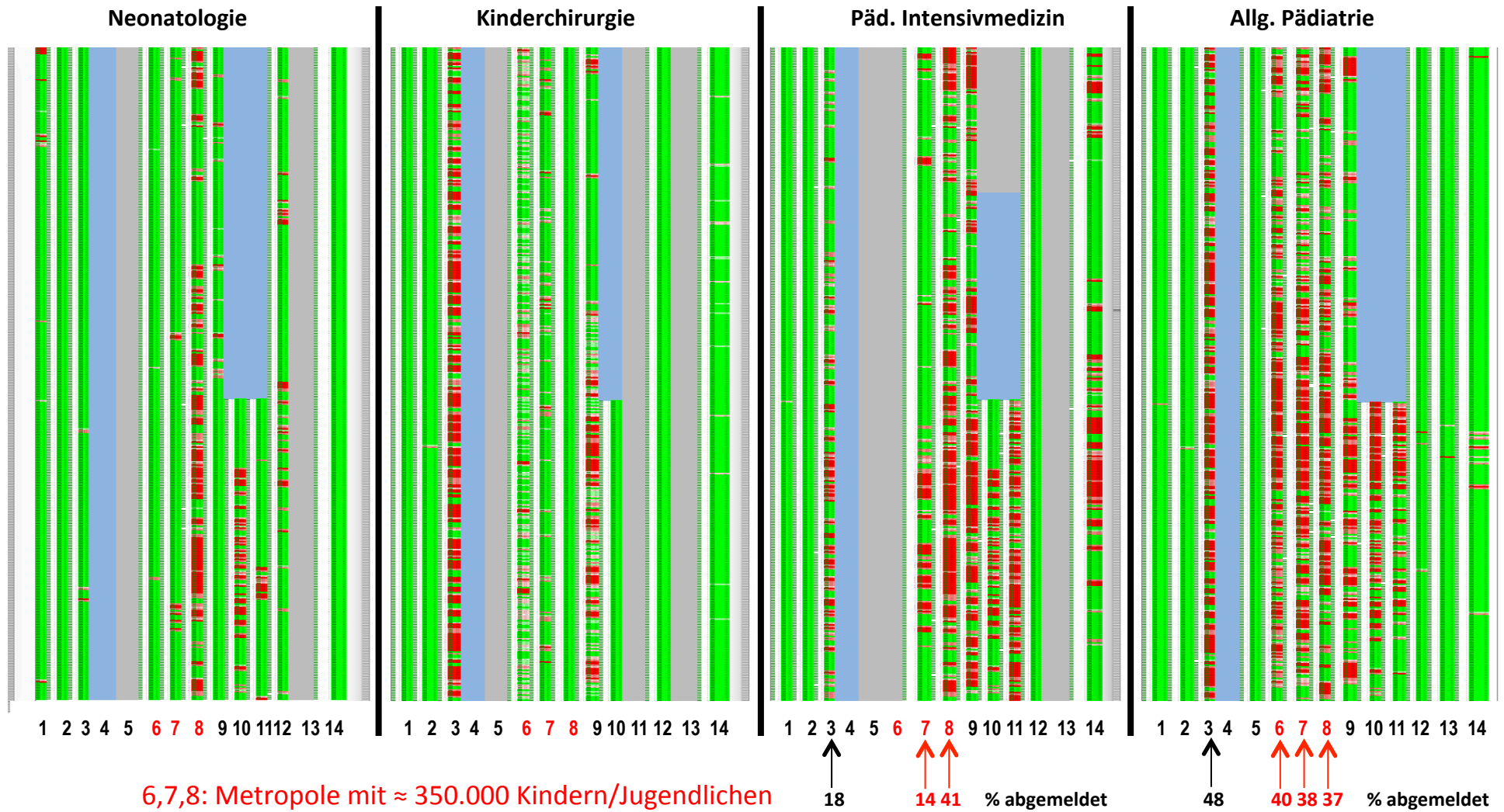
<sup>1</sup> K. Ulsenheimer: “Auf dem Pulverfass – Risiko und Risikominimierung für Geschäftsführer”, Düsseldorf, 18.11.15  
<http://www.deutscher-krankenhaustag.de/images/pdf/2015/Ulsenheimer.pdf>





Children first and foremost

# 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”

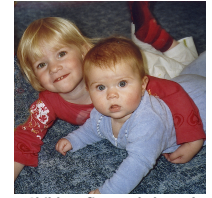
**Sandra W., 4 Jahre alt**

- *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”:

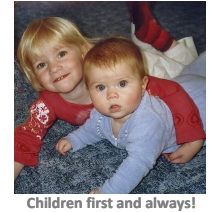
- stat. Patientenkontakt: 12 min/Tag
- amb. Patientenkontakt: 7 min/Kontakt

(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**

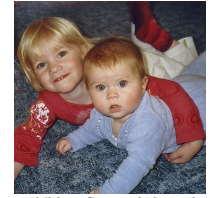
*seit 3 Jahren M. Crohn, arme Familienverhältnisse, Schulverweigerung*

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!**

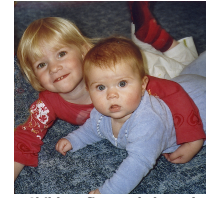
Risiko von Langzeitkomplikationen ↑

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!" ?



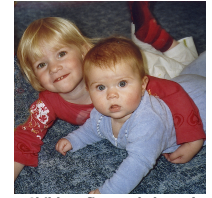
### Beispiel Zöliakie:

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 ...



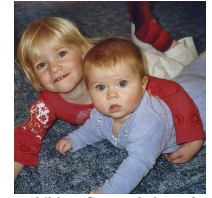
## Eltern-Kinder



### 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)



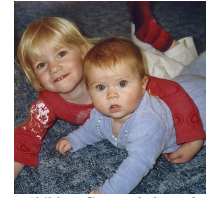
## 6) Nachwuchsförderung für eine ganzheitliche Versorgung

- 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

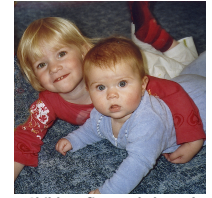
- ▶ chronisch kranke Kinder (mit seltenen Erkrankungen) sind auf kompetente Kinder-/Jugendärzte bzw. gute Weiterbildungsqualität angewiesen
- ▶ Mangel an  
Kinder-Pneumologen  
Kinder-Gastroenterologen  
Kinder-Rheumatologen  
Kinder-Nephrologen  
Kinder-Endokrinologen/-Diabetologen  
Kinder-Neurologen  
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

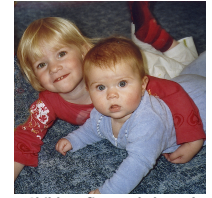
- es fehlt an Transparenz, Unabhängigkeit und Nachvollziehbarkeit bei Qualitätssicherung  
Klinikmanagement (kein Pendant zur “unternehmerischen Freiheit”)  
Versorgungsauftrag
- ineffiziente Beschwerdeverfahren (CIRS)
- Erläuterung, wie das Versorgungssystem funktioniert

**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:

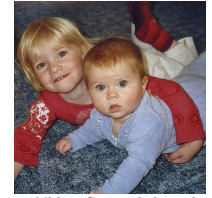
Prävalenzen, diagnostische Latenzen, diagnost. Sensitivität/Spezifität, Therapieeffekte und –compliance, Komplikationen, psychosoziale Integration ...

- ☞ 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

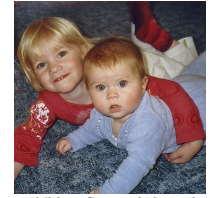
LEISTUNGSVERDICHTUNG: Fälle↑, Verweildauer↓ als Überlebensfaktor der Klinik



**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

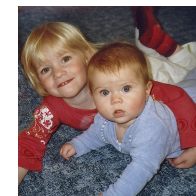
### Mittelvorhaltung für:

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

### Faktor Zeit:

- ☞ *sprechende Medizin*
- ☞ *Teambesprechungen*
- ☞ *Entschleunigung<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> *“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*

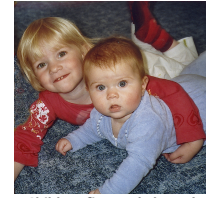
Unterversorgung

**Medizin.  
Versorgung**

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

\* Innocenti Report 2017

## **DANKE für ihre Aufmerksamkeit !**



Children first and always!

*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)*