

Beschluss

**KINDER SIND KEINE
KLEINEN ERWACHSENEN!**

**Sichere und individualisierte
Gesundheitsversorgung für
Kinder und Jugendliche**

SPD-Parteivorstand
28. Juli 2020

KINDER SIND KEINE KLEINEN ERWACHSENEN!

Sichere und individualisierte Gesundheitsversorgung für Kinder und Jugendliche

Unsere Gesundheit und die der Menschen, die uns nahestehen, ist unser höchstes Gut – das hat uns die Corona-Pandemie vor Augen geführt. Eine hochwertige Gesundheitsversorgung für alle ist insofern eine zentrale Aufgabe der öffentlichen Daseinsvorsorge und Grundlage für gleichwertige Lebenschancen in allen Regionen in Deutschland.

Für das gesunde Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen ist es insbesondere wichtig, dass Eltern bei gesundheitlichen Fragen und Problemen ihrer Kinder auf kompetente und gut ausgestattete kinder- und jugendärztliche und – psychiatrische Praxen, auf Kinder- und Jugendkliniken und Sozial-Pädiatrische Zentren (SPZ) vertrauen können. Von Geburt an können sich gesundheitliche Probleme aufgrund von Armut häufen. Letztlich beeinflusst die soziale Herkunft die gesundheitliche Lage von Kindern und Jugendlichen mehr als bei Erwachsenen. Insbesondere Kinder und Jugendliche aus sozial benachteiligten Familien und ihre Eltern sind deshalb auf einen niederschweligen Zugang zu einer guten medizinischen Versorgung und Behandlungsbegleitung angewiesen.

Dies gilt nicht zuletzt für Kinder und Jugendliche mit chronischen Erkrankungen, an denen in Deutschland bis zu 10 % aller Heranwachsenden bis zum Erreichen des Erwachsenenalters erkranken. Gerade sie benötigen die besondere Sorgfalt und damit Unterstützung für eine durch Krankheit möglichst unbeeinträchtigte körperliche und psychische Entwicklung, eine altersadäquate Lebensqualität und soziale Teilhabe mit dem Ziel einer selbstbestimmten, eigenständigen Lebensführung. Insgesamt wird gegenwärtig schon im Kindesalter eine deutliche Verschiebung des Krankheitsspektrums von akuten zu chronischen und von physischen zu psychischen Erkrankungen beobachtet und zu der neuen sogenannten pädiatrischen Morbidität.

Kinder bis 14 Jahren machen insgesamt einen Anteil der Bevölkerung in Deutschland von etwa 13 Prozent aus, für die Kindermedizin werden aber derzeit nur 8 Prozent der Gesundheitskosten aufgewendet. Diese Zahlen machen deutlich, dass die Kinder- und Jugendmedizin in den Versorgungsstrukturen ein besonderes Augenmerk verdient. Kinder und Jugendliche haben entsprechend der UN-Kinderrechtskonvention ein Recht auf eine bestmögliche, altersgerechte und interdisziplinäre Gesundheitsversorgung. Wir Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten sehen uns deshalb in der besonderen Verantwortung, dafür zu sorgen, dass Familien mit Kindern und Jugendlichen im Fall der Fälle schnell und gut erreichbar eine kompetente medizinische und sozial-pädiatrische Unterstützung erhalten – egal, wo sie wohnen. Familien mit schwerkranken oder pflegeintensiven Kindern benötigen Entlastung und ambulante Begleitung. Wir setzen uns daher für dauerhafte Fördermöglichkeiten ein, um die Kinder- und Jugendhospizarbeit zu stärken.

Das Konjunkturprogramm der Bundesregierung stellt mit dem Baustein „Zukunftsprogramm Krankenhäuser“ Mittel für Investitionen bereit. Wir setzen uns aktuell dafür ein, dass ein sachgerechter Anteil von 13 Prozent davon für die Finanzierung kinder- und jugendmedizinischer Versorgungsstrukturen verwendet werden kann.

Die Kinder- und Jugendmedizin ist in ihrer Gesamtheit der komplexeste medizinische Fachbereich überhaupt. Kinder und Jugendliche sind nicht nur in ihren altersbedingten physiologischen und psychischen Entwicklungsstufen hoch verschieden, sondern auch in ihren Krankheitsbildern und Krankheitsverläufen. Kinderärztinnen und Kinderärzte bearbeiten und behandeln ein immens breites Spektrum der kindermedizinischen Krankheitsbilder, die kaum zu standardisieren sind. Gut zu dokumentieren ist dies einerseits an der Vielzahl sehr unterschiedlicher Fallpauschalen (DRG), die jene in einer Abteilung der Erwachsenenmedizin bei weitem übersteigt und andererseits daran, dass jede Kinder- und Jugendklinik u.a. vier verschiedene Größen und Ausführungen von Patientenbetten vorhalten muss.

Kinder und Jugendliche benötigen zudem eine hoch individualisierte medizinische Behandlung und besondere persönliche Zuwendung durch Pflegekräfte und Ärzte. Eine Studie der Universität Köln kommt insofern zu dem Schluss: „Kindermedizin ist deshalb personalintensiv und teuer.“ Personal und Mehrkosten werden aktuell in den Entgelten für stationäre Leistungen jedoch nicht ausreichend abgegolten. Aus diesem Grund ist zu beobachten, dass insbesondere der Bereich der allgemeinen Kinder- und Jugendmedizin an den Krankenhäusern immer weiter zurückgedrängt wird und stattdessen eine Spezialisierung auf ganz ausgewählte, besser vergütete Leistungen erfolgt, z.B. die Neu- und Frühgeborenenmedizin und auch die Kinderonkologie oder Kinderherzchirurgie.

Tatsächlich decken die diagnosebezogenen Fallpauschalen (DRG) bei geringen Fallzahlen in den Krankenhäusern, wie sie in der Fläche in der Kinder- und Jugendmedizin auftreten, die Vorhaltekosten bei weitem nicht ab. Defizite in diesen Bereichen führen dann zu Angebotseinschränkungen oder gar zu Schließungen von Kliniken bzw. Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin. Gerade im Fall der Kinder- und Jugendmedizin muss diese Entwicklung aufgehalten werden. Eine stationäre Versorgung, die den Bedarfen vor Ort entspricht, darf nicht davon abhängig sein, ob sie sich rechnet. Eine verlässliche kindermedizinische Versorgung gehört zu einer funktionierenden Krankenhauslandschaft unverzichtbar dazu.

Gerade in ländlichen Räumen müssen wir aber feststellen, dass eine hochwertige Gesundheitsversorgung für Kinder und Jugendliche nicht mehr in allen Regionen eine Selbstverständlichkeit darstellt. An vielen Orten im ländlichen Raum beklagen Klinikbetreiber, dass eine Kinderklinik sich wegen zu geringer Fallzahlen, eines hohen Personalaufwands und aufgrund des Refinanzierungssystems nach Fallpauschalen „nicht rechnet“. Nicht nur, aber insbesondere in den ländlichen Regionen zeigt sich diese Entwicklung gerade überdeutlich.

Auch deshalb ist eine Umstellung der Finanzierung im Bereich der Kindermedizin zwingend notwendig. Wir müssen in der Kinder- und Jugendmedizin weg von Fallpauschalen! Stattdessen müssen wir ein System der Grundfinanzierung für die niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte und -psychiater, die Sozial-Pädiatrischen Zentren und die Kinder- und Jugendkliniken entwickeln, das durch eine individualisierbare Finanzierung von Behandlungen ergänzt wird. Diese Grundfinanzierung muss einhergehen mit höheren Sicherstellungszuschlägen für die allgemeine stationäre Versorgung, die absichert, dass Krankenhäuser in ländlichen Gebieten auch weiterhin für die Menschen da sein können.

Kindergesundheit beginnt mit einer Geburtshilfe, die es erlaubt, Frauen unter der Geburt kontinuierlich und zugewandt zu begleiten. Der Fokus darf nicht allein auf dem medizinisch-technischen liegen, sondern in der Unterstützung zu einer physiologischen Geburt, aus der Mutter und Kind gesund und gestärkt hervorgehen. Dazu ist ein Betreuungsschlüssel für Hebammen notwendig, der eine 1:1 Betreuung im Kreißaal vorsieht. Frauen, die die Geburt als Trauma erleben, fällt es schwer, den Bedürfnissen ihrer Neugeborenen gerecht zu werden, der Bindungsaufbau ist verzögert. Dieser defizitäre Start ins Leben ist nicht selten der Ausgangspunkt für spätere physische und psychische Erkrankungen. Daher muss auch die Geburtshilfe aus den DRG entlassen werden.

Auch im ambulanten Bereich ist ein besorgniserregender Rückgang der Kinderarztpraxen und der Praxen für Kinder- und Jugendpsychiatrie zu beobachten. Ausreichender medizinischer Nachwuchs kommt, wenn er ausgebildet wird, nicht in der Versorgung an. Diese Entwicklungen führen zu langen Wartezeiten und einem wachsenden Druck auf die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte. Zusammen mit den vergleichsweise geringeren Verdienstaussichten für einen niedergelassenen Kinderarzt macht dies den Beruf und vor allem das Betreiben einer Praxis zunehmend unattraktiv. Auch im ambulanten Bereich ist deshalb die Abschaffung oder zumindest sehr grundlegende Reform der Fallpauschalen dringend angezeigt. Zudem müssen Kinderärztinnen und Kinderärzte als Erstversorger gestärkt werden und besser in die Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung (gemäß § 73b SGB V) eingebunden werden.

Darüber hinaus muss schon während des Medizinstudiums verstärkt um den Fachnachwuchs in der Kinder- und Jugendmedizin, der Kinderpsychiatrie und in zunehmendem Maße auch der Kinderchirurgie geworben werden. So wie es mit der Einrichtung von eigenständigen „Klassen für Allgemeinmedizin“ gelungen ist, mehr Medizinerinnen und Mediziner für den Beruf als Hausärztin oder Hausarzt zu begeistern, müssen wir ähnliche Instrumente für den Bereich der Kinder- und Jugendmedizin entwickeln. Schon während des Studiums kann im Verbund mit Ausbildungspraxen von niedergelassenen Kindermedizinerinnen und -mediziner für diesen Beruf vermehrt geworben werden. Im Sinne der Grundversorgung der Kinder- und Jugendmedizin wäre es zudem hilfreich, wenn der Bund sich zukünftig an der Finanzierung von Studienplätzen an den medizinischen Fakultäten beteiligt, um damit die Kapazitäten in den Ländern zu erhöhen und dem generellen Fachkräftebedarf langfristig gerecht zu werden.

Zur Sicherung der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung unserer Kinder und Jugendlichen brauchen wir eine verstärkte Zusammenarbeit zwischen den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und den stationären Einrichtungen. Ganz dringlich ist dies bei der Versorgung von chronisch kranken Kindern und Jugendlichen. Für sie droht mittelfristig eine spürbare Knappheit an personellen Ressourcen und fachlicher Expertise durch eine seit Jahren unzureichende Aus- und Weiterbildung spezialisierter Kinderärztinnen und Kinderärzte. Gesundheitspolitik, Krankenhausträger, Krankenkassen, kassenärztliche Vereinigungen und die ärztliche Selbstverwaltung brauchen den Mut, neue Ideen zu entwickeln und umzusetzen, um auch in ländlichen Regionen eine medizinische Versorgung Heranwachsender an sieben Tagen der Woche und 24 Stunden am Tag auf einem dem medizinischen Standard entsprechenden Niveau zu ermöglichen.

Die Sozial-Pädiatrischen Zentren sind Einrichtungen, die den Bedarfen von Eltern, Kindern und Jugendlichen nach einer umfassenden, multiprofessionellen Betreuung „aus einer Hand“ entgegenkommen. Für ihre auskömmliche Finanzierung als Einrichtung der Daseinsvorsorge muss gesorgt werden. Dabei müssen den Kostenträgern alle kranken Kinder und Jugendliche im gesamten Bundesgebiet gleich viel „wert“ sein. Solche und andere sektorenübergreifende Strukturen, die für chronisch kranke Kinder- und Jugendlichen unabhängig von ihrem Krankheitsbild geschaffen werden sollten, müssen endlich Teil der Gesundheitsversorgung und der dazugehörigen Finanzierungsmodelle werden.

Auch die aktuellen Entwicklungen im Bereich der Telemedizin bieten gerade für die medizinische Versorgung in ländlichen Regionen neue Möglichkeiten – das haben jüngste Erfahrungen von spezialisierten Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten in der Corona-Krise gezeigt. Die Zusammenarbeit verschiedener Fachrichtungen oder das Hinzuziehen von Experten zur Diagnose oder Behandlung über telemedizinische Konsile kann den Patienten Verlegungen in andere stationäre Einrichtungen ersparen oder ein schnelleres Eingreifen von Spezialisten ermöglichen. Digitalisierung im Gesundheitswesen schafft damit greifbare Vorteile für Patienten, Ärzte und nicht zuletzt für das Solidarsystem.

Kinder sind keine kleinen Erwachsenen! Sie brauchen deshalb eine Medizin, die auf sie ausgerichtet ist. Das ist eigentlich eine Selbstverständlichkeit und wird von den praktizierenden Kinderärztinnen und -ärzten mit Leben gefüllt. Allerdings ist festzustellen, dass diese Selbstverständlichkeit für die Arzneimittelversorgung nicht immer gilt. Aktuell kommen viele Arzneimittel bei Kindern und Jugendlichen als „Off-label-Therapie“ zum Einsatz, denn die Medikamente wurden für Erwachsene entwickelt und auch an ihnen erprobt. Bei einem „Off-Label-Use“ treten häufiger unerwünschte Nebenwirkungen auf, die Kinder und Jugendliche gefährden.

Dazu bedarf es der verpflichtenden Einführung von Maßnahmen zu Risikomanagement und Dokumentation beim Einsatz von „Off-label“-Medikamenten bei Kindern. Der Einsatz bei Kindern und Jugendlichen erfolgt dann aus dem Erfahrungswissen der einzelnen Medizinerinnen und Mediziner. Nicht selten werden Kindern und Jugendlichen innovative medikamentöse Behandlungen durch ein diesbezüglich rigides Sozialgesetzsystem und fehlende Expertise im Medizinischen Dienst der Krankenkassen verwehrt.

Deshalb ist es gut, dass es seit 2006 das Paediatric Committee (PDCO) der European Medicines Agency (EMA) gibt. Auf der europäischen Ebene kann so sichergestellt werden, dass Arzneimittel vor ihrer Zulassung für Kinder einer besonderen Prüfung unterzogen werden, die sicherstellt, dass Medikamente nicht einfach nur auf kleine Patientinnen und Patienten umgerechnet werden. In Deutschland liegt diese Aufgabe bei der Kommission für Arzneimittel für Kinder und Jugendliche (KAKJ), die Teil des Bundesamtes für Arzneimittelsicherheit ist. Im Unterschied zur europäischen Ebene besitzt der KAKJ aber kein Mitspracherecht bei der Zulassung von Medikamenten für Kinder. Ihre Aufgabe beschränkt sich vielmehr auf eine beratende Funktion.

Wenn Deutschland auch im Bereich der Arzneimittelversorgung für Kinder und Jugendliche besser werden will, muss in einem ersten Schritt über einen größeren Einfluss der KAKJ diskutiert und die Durchführung von Arzneimittelzulassungsstudien bei Kindern und

Jugendlichen erleichtert werden. Gesicherte Medikamente mit einer eigenständigen Zulassung für Kinder und Jugendliche müssen der Standard werden.

Kinder- und Jugendgesundheit muss stärker in den Fokus wissenschaftlicher Forschung rücken. Bisher fehlt in Deutschland eine medizinische Forschungseinrichtung auf nationaler Ebene, die das Kind bzw. den sich entwickelnden Organismus ins Zentrum rückt. Deshalb forcieren wir den Aufbau eines Kompetenznetzes für Forschung und Kooperation im Bereich Kindergesundheit, das auch die Schnittstellenproblematik der medizinischen Versorgung am Übergangsprozess chronisch kranker Patienten vom Kindes- ins Erwachsenenalter in den Fokus der wissenschaftlichen Betrachtung stellt.

Es ist an der Zeit, dass Bundesgesundheitsminister Jens Spahn Verantwortung für eine sachgerechte Finanzierung der Kinder- und Jugendmedizin übernimmt. Das System der Fallpauschalen (DRG) ist für die Kinder- und Jugendmedizin ungeeignet und muss durch ein System ersetzt werden, das den individuellen Fällen und Bedürfnissen von Kindern und Jugendlichen gerecht wird und das sektorenübergreifende, multiprofessionelle Strukturen unterstützt.

DAFÜR MACHEN WIR UNS STARK:

- Sofort 13 Prozent der Mittel des Zukunftsprogramm Krankenhäuser für Kinderkliniken: Ein Wumms für Kindergesundheit!
- Verlässliche Finanzierung für innovative Strukturen der stationären und ambulanten Versorgung
- Eigene Finanzierungsgrundlagen für Kinderkliniken außerhalb des DRG-Systems
- Reform der Fallpauschalen auch für niedergelassene Kinderärztinnen und -ärzte
- Anreize und eigene Ausbildungselemente für Kinderärzt*innen und Kinderpsychiater*innen
- Sichere Medikamente für die besonderen Bedarfe von Kindern und Jugendlichen
- Erschließung der Möglichkeiten der Telemedizin für die Kinder- und Jugendmedizin
- Aufbau eines Kompetenznetzes für Forschung und Kooperation im Bereich Kindergesundheit