

Das Recht von Kindern auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit vor dem Hintergrund gesundheitsökonomischer Krisen

Herausforderungen für die Weiterentwicklung des Gesundheitssystems

| Von Burkhard Rodeck

Die gegenwärtigen Krisen wie die Pandemie, Krieg, Klimawandel, ökonomische Belastungen und der Fachkräftemangel im Gesundheits- und auch Bildungssektor verdeutlichen den hohen Stellenwert von Kindern und Jugendlichen als vulnerable Gruppe in der Gesellschaft. Die Lebenswelten der jungen Menschen und ihre Auswirkungen auf ihre Gesundheit sind sorgfältig zu analysieren und bei politischen Entscheidungen auf kommunaler, Landes- und Bundesebene zwingend und nachhaltig zu berücksichtigen. Der Gesundheitssektor ist in seiner Grundstruktur von einer adultistischen Ausrichtung geprägt, mit Vernachlässigung der Kinder und Jugendlichen. Dem Anspruch der Beachtung der seitens der Bundesrepublik Deutschland ratifizierte UN-Kinderrechtskonvention wird er nicht gerecht. Der Koalitionsvertrag „Mehr Fortschritt wagen“ enthält zwar Ziele, die in diese Richtung weisen. Diese sind bisher jedoch unzureichend oder gar nicht umgesetzt worden. Darüber hinaus stellen die dort verankerten Ziele auch nur einen Minimalkonsens der Koalitionsparteien dar.

Die generelle Frage ist: wie geht unsere Gesellschaft mit den Bedarfen von Kindern und Jugendlichen um? Welchen Stellenwert besitzen sie? Die Pandemie mit ihren Folgen hat es deutlich gemacht. Die Abwehrmaßnahmen insbesondere mit Schulschließungen über 186 Tage in Deutschland und zusätzlichen Einschränkungen der Sozialkontakte und Teilhabe hat zu einer erheblichen sekundären Krankheitslast in Form von psychischen Belastungsfaktoren und auch somatischen Problemen (zum Beispiel Adipositas) geführt, die zwar früh erkannt waren, auf die aber nicht adäquat reagiert wurde.

Das Bundesverfassungsurteil bzgl. der in der „Bundesnotbremse“ verordneten Schulschließungen hat diese als zulässig eingeschätzt, andererseits auch das Recht auf Schule benannt (Bundesverfassungsgericht 2021). Die Begründung für die Entscheidung beruhte allerdings auf einer einseitigen wissenschaftlichen Einschätzung, die von großen Teilen der Wissenschaft und der Gutachter, die sich zu dem Verfahren äußern durften, nicht geteilt wurde (Heudorf 2022).

Das Bundeskabinett hat im August 2023 ein Gesetz zur Cannabis-Legalisierung beschlossen, das zur Zeit im parlamentarischen Verfahren diskutiert wird. Dort wird insbesondere auch das Thema Rauchen und Rauchverbot adressiert. Letzteres soll nur im öffentlichen Raum gelten. Ein Rauchverbot im Auto mit mitfahrenden Kindern wurde nicht beschlossen. Man fragt sich, hat nicht auch ein Kind ein Anrecht auf einen privaten, schützenswerten Raum im privaten Raum Auto?

Der vom Ministerium für Ernährung und Landwirtschaft eingebrachte Gesetzesentwurf zum Verbot der an Kinder gerichteten Werbung für ungesunde Lebensmittel droht zu scheitern. Politische Kräfte verweisen bei ihrer Ablehnung auf verhaltenspräventionsorientierte





> Der Gesundheitssektor ist in seiner Grundstruktur von einer adultistischen Ausrichtung geprägt, mit Vernachlässigung der Kinder und Jugendlichen. <

Alternativen wie Bewegung und Ernährungsbildung. Das ist sicher auch zu begrüßen. Verhältnispräventive Strategien allerdings wie das Werbeverbot sind deutlich effektiver, sie werden mit diesen Aussagen aber diffamiert. Der Erhalt von Absatzmärkten und damit der Schutz der Lebensmittelindustrie scheint wichtiger als der Schutz der jungen Generation. Die gesamtgesellschaftlichen direkten und indirekten Kosten von Adipositas in Deutschland lagen bereits 2015 bei 63 Milliarden Euro pro Jahr.

Krankenhausstrukturreform aus Sicht der Kinder- und Jugendmedizin

Kliniken und Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin sind chronisch unterfinanziert. Der ökonomische Druck durch das 2004 eingeführte Fallpauschalensystem (DRG-System) hat besonders die Kinder- und Jugendmedizin in den letzten 20 Jahren in eine Schiefelage gebracht. Die DRG machen ca. 80 Prozent der Krankenhauserlöse aus. Seit Einführung des Systems zeigten sich trotz Adaptationen immer deutlicher systemimmanente Probleme.

Belohnt werden eine Mengenausweitung, das heißt Fallzahlsteigerung, und gut abbildbare technische Leistungen. Damit werden Anreize zu Überversorgung (Fallzahlsteigerung um jeden Preis), Fehlversorgung (im Zweifel Entscheidung für eine erlösträchtigere Maßnahme am Patienten) oder Unterversorgung (Vernachlässigung ökonomisch unattraktiver Patientengruppen, zum Beispiel Kinder und Jugendliche) gesetzt. DRG-Erlöse werden nicht allein zur Deckung der Betriebskosten genutzt, obwohl sie eigentlich nur dazu entwickelt und auch kalkuliert wurden.

Im Rahmen der dualen Finanzierung von Krankenhäusern sind die Bundesländer gesetzlich zur Erstattung der Investitionskosten verpflichtet. Dieser Verpflichtung kommen sie allerdings nicht ausreichend nach. Allein der bestandserhaltende Investitionsbedarf beläuft sich jährlich auf etwa sieben Milliarden Euro, wovon nur circa die Hälfte seitens der Bundesländer erstattet wird. Das zeigt der aktuelle Katalog der Investitionsbewertungsrelationen zur Bemessung des Investitionsbedarfs der Krankenhäuser, auf den sich die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), der Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) und der Verband der Privaten Krankenversicherungen (PKV) geeinigt haben (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Verband der Privaten Krankenversicherungen, GKV-Spitzenverband 2023).

Ein Teil der DRG-Erlöse muss daher in Investitionen fließen, um baulich und technisch eine hohe Qualität halten zu können. Im Gesamtbudget entfällt der größ-

te Anteil auf die Personalkosten, die in Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin mit ca. 80 Prozent des Gesamtbudgets deutlich höher liegen als in Erwachsenenkliniken (60 Prozent). Dort werden dann ökonomisch notwendige Einsparmaßnahmen (z.B. Stellenbesetzungssperren) am ehesten genutzt. Weniger Personal bedeutet aber Arbeitsverdichtung, noch weniger Zeit für den einzelnen Patienten und unattraktive Arbeitsbedingungen – ein ethisches Dilemma für das Krankenhauspersonal, das sich primär dem Wohl des Patienten verpflichtet fühlt und nicht dem ökonomischen Interesse im Sinne einer Renditemaximierung.

> Der ökonomische Druck durch das Fallpauschalensystem hat die Kinder- und Jugendmedizin in den letzten zwanzig Jahren in eine Schiefelage gebracht. <

Der Medizinethiker Giovanni Maio beschreibt das grundsätzliche Dilemma unter der Überschrift: „Produktionslogische Umwertungen in der Medizin – Negativierung der Zeit“ wie folgt: „Unter der Perspektive einer industriellen Produktionslogik wird die personalintensive Kontaktzeit zum Patienten als ein zu minimierender Aufwand betrachtet; der Ruf nach Effizienzsteigerung ist (...) nichts anderes als eine Legitimation der Verknappung von Zeit. (...) So gerät derjenige, der sich Zeit nimmt und somit Ressourcen verbraucht, automatisch in (...) den Verdacht der Verschwendung, in den Verdacht der Ineffizienz“ (Maio 2018).

Die Behandlung von Kindern ist zeit- und damit personalintensiv. Ein zusätzlicher Nachteil im System ist die Vielfalt und Komplexität der Medizin im Kindes- und Jugendalter. Von insgesamt 1.275 DRG's fallen für Kinder und Jugendliche circa 500 regelmäßig an, in einer Klinik für Erwachsenenmedizin sind es nur um die 200. Für solche zum Teil hochkomplexe Versorgung braucht es Spezialisten und die entsprechende Infrastruktur, die aber nicht immer angefordert wird. Die einzelne Fallpauschale fällt in absoluten Zahlen vergleichsweise geringer an, so dass die „Ausschöpfung“ von Fix- und Vorhaltekosten ebenfalls geringer ausfällt. Da aber nur der behandelte Fall finanziert wird, ist die Bereithaltung dieser Leistungen nicht gedeckt. Man könnte das mit anderen Dienstleistungen des Staates vergleichen, die auch nicht je nach Fall bereitgestellt werden, sondern im Sinne einer Daseinsvorsorge einfach da sein müssen (z.B. Feuerwehr, Polizei etc.).

Die hohe Notfallquote in der Kinder- und Jugendmedizin (circa 80 Prozent der stationären Aufnahmen) erfordert ebenfalls eine aufwendige Bereitschaft von Infrastruktur und qualifiziertem Personal. Das muss über das ganze Jahr vorgehalten werden, unabhängig von saisonalen Schwankungen in der Belegung, die zum Beispiel durch Infektionswellen bedingt sind. Diese Vorhalte- und Fixkosten sind per definitionem nicht ausreichend abgebildet (Rodeck 2021).

Durch die geplante Krankenhausreform soll dies korrigiert und verhindert werden. Eine zeitnahe Lösung ist hier besonders wichtig. Die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen kann nur durch entsprechende Anpassungen durch Bund und Länder langfristig gesichert werden. Die Kinder- und Jugendmedizin mit ihren unterschiedlichen Spezialisierungen umfasst die gleiche breite Fächerung wie die gesamte Erwachsenenmedizin. Daher ist es für eine gelingende Krankenhausreform grundlegend, eine ähnlich detaillierte Differenzierung der Leistungsgruppen wie in der Erwachsenenmedizin vorzunehmen. In der dritten Stellungnahme der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsorientierte Krankenhausreform sind 128 Leistungsgruppen definiert, 35 davon in der Kinder- und Jugendmedizin und Kinderchirurgie. Die kürzlich veröffentlichte sechste Stellungnahme hat das noch einmal bestätigt.

Die geplante Krankenhausreform ist wichtig und gut; die Spezialisierungen und Besonderheiten bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen müssen aber von der Reform adäquat aufgegriffen werden. Die aktuell im Eckpunktepapier des Bundesgesundheitsministeriums vorgesehenen Leistungsgruppen orientieren sich an der Systematik der in Nordrhein-Westfalen laufenden Krankenhausplanungsreform und umfassen lediglich sieben Leistungsgruppen aus dem Kinderbereich. Die meisten Spezialbereiche der Pädiatrie sind in der Leistungsgruppe „spezielle Kinder- und Jugendmedizin“ pauschal zusammengefasst. Diese Leistungsgruppe muss in den entsprechenden Rechtsverordnungen unbedingt weiter ausdifferenziert werden.

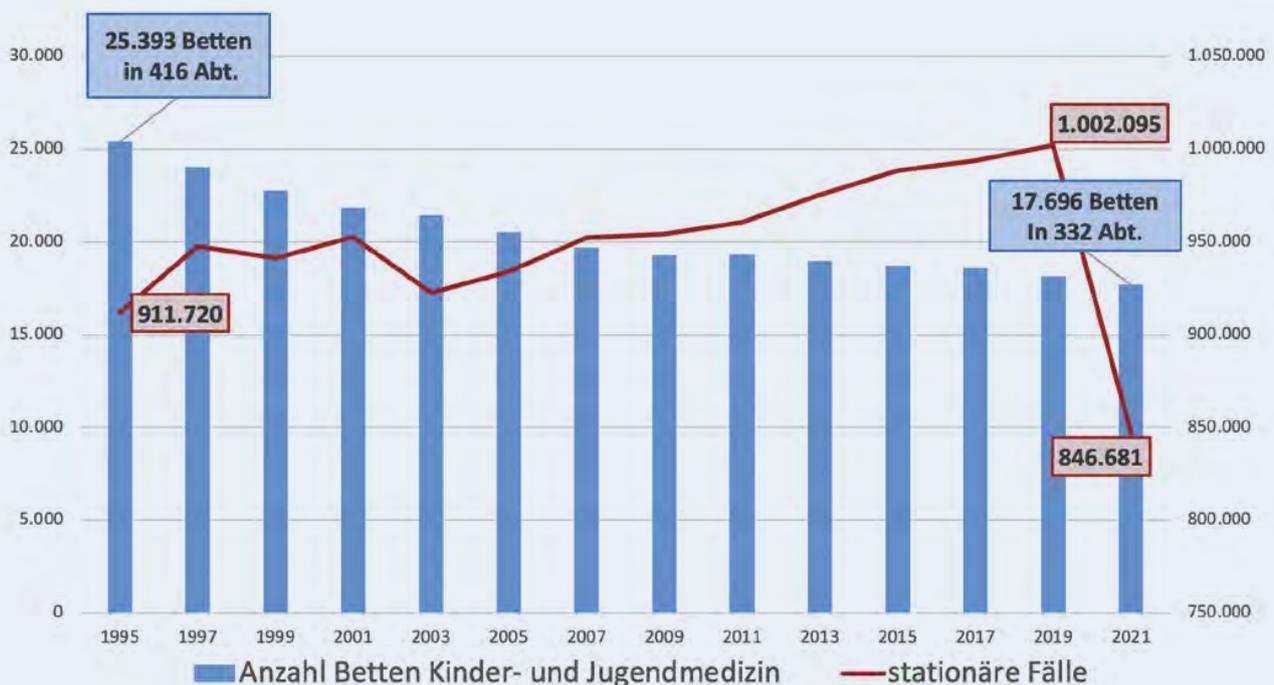
Das Krankenhaustransparenzgesetz beruht auf einer ähnlich undifferenzierten Einteilung der Leistungsgruppen. Für die Eltern betroffener Kinder resultiert das auf dem geplanten natio-

naln Krankenhausinformationsportal kursorisch dargestellte Leistungsprofil definitiv nicht in einer vermehrten Transparenz, im Gegenteil. Es bleibt nun abzuwarten, ob die Empfehlungen der Regierungskommission im zukünftigen Krankenhausreformgesetz berücksichtigt oder dem Diktat einer Bund-Länder-Einigung geopfert werden.

Immerhin ist das Problem der generellen Unterfinanzierung von Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin im politischen Alltag angekommen und auch die Erkenntnis, dass rasch gehandelt werden muss. Im Krankenhauspflege-Entlastungsgesetz (KHPfLEG) ist eine Anhebung des Erlösvolumens für Kinderkliniken 2023 und 2024 um je 270 Millionen Euro aus einem Gesundheitsfonds vorgesehen. Allerdings nicht explizit für Kinderkliniken, sondern für alle Abteilungen, die Kinder versorgen, das heißt die spezifischen Vorhaltekosten von Kinderkliniken werden nicht gesondert beachtet. Und es betrifft nur Kinder älter als 28 Tage und jünger als 16 Jahre, das heißt kranke Neugeborene und Jugendliche werden nicht berücksichtigt.

Anders als in der Erwachsenenmedizin ist die stationäre Versorgungssituation schon sehr viel weiter an dem tatsächlichen Bedarf orientiert. Seit 1992 ist die Verweildauer in Kinder- und Jugendkliniken um nahezu die Hälfte gesunken (4,5 Tage). Abbildung 1 zeigt die Abnahme der Zahl der Kinderkliniken in den Jahren 1995 bis 2021, ebenso der bereitgestellten Betten bei Zunahme der Patientenzahlen. Der aktuell im Rahmen der Krankenhausstrukturreform angedachte Konzentrationsprozess mit Abbau von Überkapazitäten in der Erwachsenenmedizin ist im Bereich der Pädiatrie schon umgesetzt. Mit anderen Worten: Wir sind schon ziemlich „aufgeräumt“ (DESTATIS 2022).

Abbildung 1: Entwicklung von Kliniken/Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin, Betten und Fallzahlen (Quelle: DESTATIS 2022, eigene Darstellung)



Die Kinderarztpraxis

Wir hören immer wieder die teils verzweifelten Rufe junger Familien „Wo finde ich noch eine:n Kinderärzt:in für mein neugeborenes Baby?“ Im vertragsärztlichen Bereich gibt es mehrere Limitationen für Kinderärzt:innen in der Praxis. Deutschland ist in kassenärztliche Bezirke eingeteilt, in der die Anzahl von Kassenarztsitzen (Kinderarztpraxen) bedarfsorientiert geplant wird. Die Grundlage dieser Bedarfsplanung wurde in den 1990er Jahren festgelegt, danach bedingt weiterentwickelt, entspricht aber nicht dem tatsächlichen Bedarf. Es gibt Sperrbezirke, in denen man sich nicht als Kassenarzt niederlassen kann, da laut Bedarfsplan eine Voll- oder Überversorgung vorliegt.

Realbedarf und Planung liegen aber nicht übereinander, denn auch in überversorgten Bezirken ist es oft kaum möglich, eine:e Kinderärzt:in für ein Neugeborenes oder auch zugezogenes Kind zu finden. Die Honorierung der Kinderärzt:innen erfolgt nicht direkt durch den Patienten. Die Leistungserlöse durch die Krankenkassen gehen auch nicht direkt an die Praxis, sondern fließen in einen Topf, dessen Gesamtvolumen vorab mit den gesetzlichen Krankenkassen festgelegt und von den Kassenärztlichen Vereinigungen verwaltet wird. Das zu verteilende Volumen ist also gedeckelt mit der Konsequenz, dass dem einzelnen Kassenarztsitz ein bestimmtes Budget zugeteilt wird. Ist das Budget irgendwann erschöpft und Leistungen sind dennoch erbracht worden – der Patient steht halt vor der Tür –, dann erfolgt nur eine Teilerstattung dieser Leistung.

Eine Praxis behandelt Patienten, ist aber auch ein Wirtschaftsunternehmen mit all den Aufgaben und Problemen, die ein Unternehmen hat: Investitions- und Betriebskosten, Personalmanagement bei Fachkräftemangel, Tarifverträge, allgemeine Wirtschaftslage inklusive Inflation et cetera. Eine betriebswirtschaftliche Führung des Unternehmens ist unerlässlich zur Zukunftssicherung des Angebots – der Gesundheitsvorsorge für kranke Kinder. Das wird dadurch natürlich erschwert. Immerhin hat der Einsatz verschiedener Verbände dazu geführt, dass die Behandlung von kranken Kindern entbudgetiert wurde, also auch adäquat vergütet wird (15. Gesetz zur Änderung des SGB V, Errichtung einer Stiftung Unabhängige Patientenberatung Deutschland).

Gesundheitsversorgungsstrukturen

Generalistische Pflegeausbildung

Im Pflegeberufereformgesetz (PflBRefG) ist die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege noch nicht ganz aufgegeben worden, ihre Zukunft ist aber massiv gefähr-

det. Aktuell besteht im Ausbildungszweig Pflegefachfrau/Pflegefachmann (Generalistik) noch die Wahlmöglichkeit, in die Vertiefung Pädiatrie/Altenpflege oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflege/Altenpflege zu gehen. Allerdings sind die Ausbildungsplätze in den Pflegeschulen auf Druck des Mainstreams Generalistik (auch politisch empfohlen) reduziert und teils abgebaut worden. In Bayern besteht zum Beispiel keine Wahlmöglichkeit nach § 59 PflBRefG mehr, in den Ausbildungszweig Gesundheits- und Kinderkrankenpflege zu wechseln. Das widerspricht eindeutig dem Willen des Volkssouveräns, der im Bundesgesetz Pflegeberufereform die Wahlmöglichkeit festgelegt hat.

Im Jahr 2025 wird eine Analyse erfolgen, wie viele Auszubildende welchen Ausbildungsweg gewählt haben. Davon hängt ab, ob die Ausbildung zur Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger:in überhaupt aufrechterhalten wird. Das Ergebnis steht jetzt schon fest. Deutlich weniger Berufsanfänger werden die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege gewählt haben als vor Verabschiedung des Gesetzes. Aber nicht, weil die Bewerber nicht motiviert und gewillt waren, sondern weil keine Ausbildungsplätze zur Verfügung gestellt wurden. Viele, die in die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege wollen, tun dies, weil sie mit Kindern arbeiten möchten und nicht, weil die Pflege für sie im Vordergrund steht. Diese potenziellen Bewerber:innen werden dann andere kindafine Berufe wählen und der Pflege insgesamt, aber eben auch der Kinderkrankenpflege, verloren gehen.

Schon 2021 fehlten mindestens 3.000 Vollzeitkräfte in der Kinderkrankenpflege. Wir haben eine Defizitprognose von circa 600 Vollzeitkräften pro Jahr. Für die Pflegefachfrau/-mann ist eine Nachqualifizierung von bis zu einem Jahr notwendig, damit sie in der Kinderkrankenpflege eingesetzt werden kann. Die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses fordern unter Qualitätsgesichtspunkten die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege/generalistische Krankenpflege mit pädiatrischer Vertiefung in einigen Bereichen (z.B. Kinderintensivmedizin, Neonatologie). Die wird es dann nicht mehr oder zumindest weniger geben. Machen wir dann die Stationen zu? Oder verzichten wir auf Qualität und schrauben die Ansprüche herunter? Entspricht das Art. 24 Abs. 1 UN-Kinderrechtskonvention: Die Vertragsstaaten erkennen das Recht des Kindes auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit an?

Lebensarbeitszeit

Wir alle werden älter, auch die Ärzteschaft. Aktuell sind 26 Prozent der Kinderärzt:innen älter als 60 Jahre, 6,9 Prozent sogar älter als 65 Jahre (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2023). Diese werden in absehbarer Zeit aus dem aktiven Berufsleben ausscheiden.

> Kliniken und Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin sind chronisch unterfinanziert. <

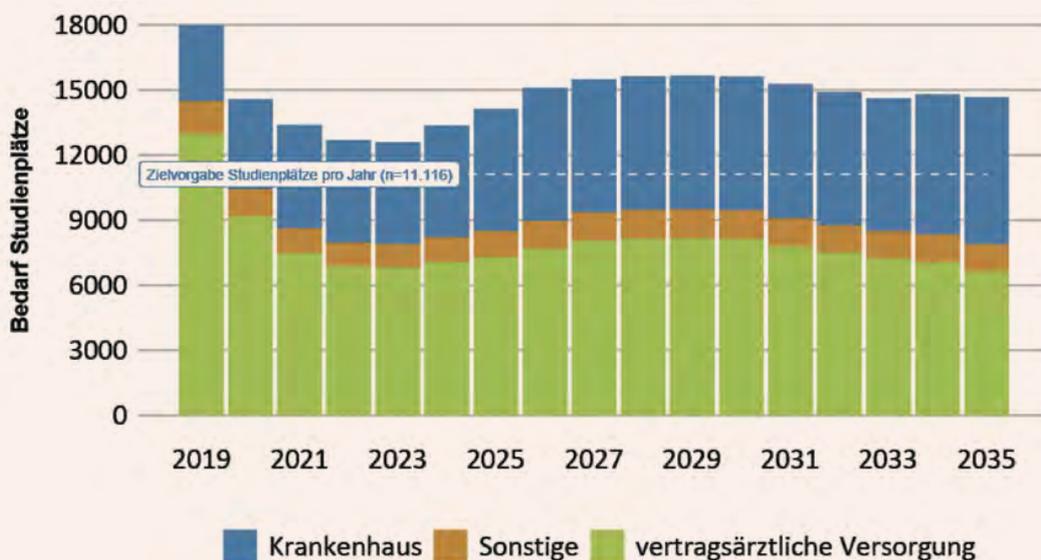
Sie stammen aus einer Zeit, in der die Einzelniederlassung mehr oder weniger selbstverständlich war und die Lebensarbeitszeit über einer Vollbeschäftigung lag. Die Vereinbarkeit von Familie und Erwerbstätigkeit war zwar immer schon Thema, in der Regel fiel aber bei der Abwägung die Familie „herunter“.

Mit Recht hat die junge Arztgeneration heute ein anderes Lebensbild, die Familie steht in der Regel voran. Das hat natürlich Konsequenzen. Nach Umfragen bei jungen Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin strebt eine Mehrheit nicht mehr die Niederlassung in einer Einzelpraxis an, sondern sieht sich eher im Team, das heißt in einer klinischen oder ambulanten Tätigkeit im Angestelltenverhältnis oder in einer Gemeinschaftspraxis bzw. Praxisgemeinschaft. Eine 50-Stundenwoche findet keine Akzeptanz mehr.

Die Medizin, insbesondere die Kinder- und Jugendmedizin, wird zunehmend weiblich, 79 Prozent der unter 45-Jährigen und 81 Prozent der unter 35-Jährigen sind Frauen. Das ist das Alter, in dem Familien gegründet werden, Kinder auf die Welt kommen und dann nach Schwangerschaft (häufig Beschäftigungsverbot), Mutterschutz und Elternzeit eine Teilzeitbeschäftigung angestrebt wird. Ähnliches gilt für den Pflegeberuf. In politischen Debatten wird häufig beim Personalthema mit Köpfen argumentiert, nicht mit der tatsächlich im Beruf verbrachten Zeit. Die Frage kann also nicht lauten: Wie viele Kinderärzt:innen und Kinderkrankenpflegende schließen pro Jahr ihre Weiterbildung bzw. Ausbildung ab, sondern wie viel Zeit verbringen sie im Berufsleben?

Abbildung 2: Anzahl der Studienplätze und Studienplatzbedarf nach Bereichen in Deutschland

Quelle: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung 2019



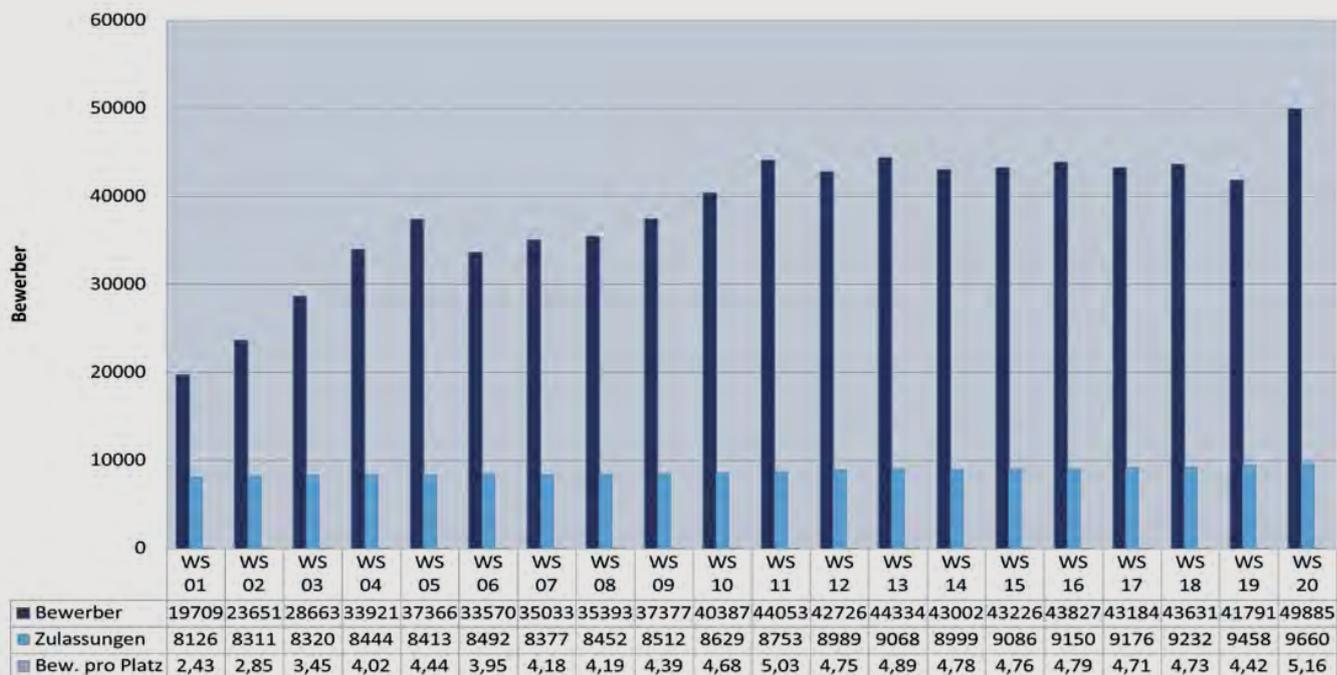


Abbildung 3: Entwicklung Bewerber/Zulassungen Medizinstudium seit Wintersemester 2001 (WS 01)

Quelle: target-medizin.de 2023

Anzahl der Medizinstudienplätze

Vor der Wiedervereinigung hatten wir in BRD und DDR zusammen circa 16.600 Medizinstudienplätze, im Wintersemester 2022/2023 nur noch 9.948. Seit Jahren haben wir die Zahl von 10.000 Studienplätzen nicht mehr überschritten, obwohl ein sehr viel höherer Bedarf ermittelt wurde. Schon die Zielvorgabe entspricht nicht dem Bedarf und nicht einmal diese erreichen wir (Abbildungen 2 und 3).

An Bewerberinteresse mangelt es nicht, im Gegenteil, das Verhältnis von Bewerber:innen zu Medizinstudienplätzen ist in den letzten Jahren zunehmend größer geworden (Abbildung 3).

Approbationsordnung

Aktuell steht eine Überarbeitung der Approbationsordnung für Ärzt:innen an. Zum Stand Oktober 2023 ist die Kinder- und Jugendmedizin dabei nicht mehr Teil des klinischen Pflicht-Unterrichtes während des Medizinstudiums. Dies widerspricht eindeutig der Absicht, bereits im Studium die Kompetenzen im Bereich der hausärztlichen Versorgung zu stärken, zu der gemäß § 73 Absatz 1a SGB V die Kinder- und Jugendmedizin gehört. Auch in der Weiterbildung zur Allgemeinärzt:in nach dem Studium sind keine verpflichtenden pädiatrischen Inhalte vorgeschrieben.

Sollte das so umgesetzt und gesetzlich fixiert werden, bedeutet das, dass die zukünftige Kindergeneration von Ärzt:innen behandelt wird, die in Aus- und Weiterbildung kein Kind behandelt und nicht einmal gesehen haben. Es sei denn, die Kinder haben Glück und finden eine Kinderärzt:in. Als Erwachsene würden wir so etwas für uns niemals akzeptieren. Dies ist ein weiteres Beispiel für die adultistische politische und auch gesellschaftliche Ausrichtung in unserem Land und eklatante Missachtung der in der UN-Kinderrechtskonvention niedergelegten verbindlichen Ziele.

Arzneimittel

Spätestens seit dem letzten Herbst wissen wir, dass es eklatante Engpässe in der Arzneimittelversorgung von Kindern und Jugendlichen gibt. In der Folge wurde ein Arzneimittellengpassbekämpfungs- und Versorgungsverbesserungsgesetz (ALBVVG) verabschiedet. Darin werden folgende Änderungen gesetzlich geregelt: Der Beirat für Lieferengpässe beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) wird im Arzneimittelgesetz verankert. Für Generika mit kindgerechten Darreichungsformen entfällt die Festbetragsgruppenbildung und wird um 50 Prozent angehoben.

Im Sozialgesetzbuch V (§ 129) werden für Arzneimittel mit kritischer Versorgungslage vereinfachte Austauschregeln in der Apotheke festgelegt. In § 130 A Abs. 8 SGB V wird eine Pflicht zur mehrmonatigen Lagerhaltung eingeführt. Auch Krankenhausapotheken oder Apotheken, die Krankenhäuser versorgen, müssen ihre Lagerhaltung für kritische Medikamente erhöhen. Für Antibiotika soll zur Vermeidung von Lieferengpässen eine Diversifizierung der Lieferketten eingeführt werden. Langfristig ist es das Ziel, die Arzneimittel ganz oder überwiegend in der Europäischen Union herzustellen.

Das Gesetz lässt erkennen, dass nach politischen Lösungen der für Kinder und Jugendliche in der Arzneimittelversorgung relevanten Problematik gesucht wird. Die Einrichtung eines Frühwarnsystems beim BfArM ist sinnvoll, ebenso eine Liste kritischer Medikamente, die für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen essenziell sind. Die Aufhebung der Festbeträge für Medikamente, die speziell für Kinder benötigt werden, erscheint sinnvoll.

Aber ob die Anhebung des Abgabepreises um 50 Prozent tatsächlich die Problematik kurzfristig löst und vor allem langfristig zum Ausbau von Produktionskapazitäten seitens der Hersteller in Europa führen wird, bleibt abzuwarten. Die Folgen der Verlagerung der Arzneimittelproduktion in Drittstaaten sind mittlerweile hinlänglich bekannt und wahrscheinlich reichen die bisher geplanten Maßnahmen nicht aus, die Versorgungslage dauerhaft zu verbessern. Die Produktion von kritischen Arzneimitteln muss hochgefahren werden, um nicht in eine noch dramatischere Engpasssituation im kommenden Herbst/Winter zu kommen.

> Es gibt eklatante Engpässe in der Arzneimittelversorgung von Kindern und Jugendlichen. <

Es erfolgt eine Anhebung der Erstattungsbeträge um 50 Prozent. Warum um 50 Prozent und nicht um weniger oder mehr angehoben werden kann bzw. nach welchen Regeln hier vorgegangen wird, bleibt unklar. Der Prozentsatz sollte idealerweise nach Analyse der tatsächlich notwendigen Maßnahmen angepasst werden können.

Die Verpflichtung, Medikamente zu bevorraten, ist im Prinzip richtig und verständlich, die Bevorratung ist allerdings schwierig zu kalkulieren und ohne vermehrte Produktion nicht umsetzbar. Schon jetzt versuchen Klinikapotheken, Medikamente zu bevorraten, so dass gegebenenfalls die Wirksamkeit der Maßnahme begrenzt bleibt. Bei einer Bevorratung besteht auch das Risiko, dass Haltbarkeitsdaten überschritten werden und bevorratete Medikamente vernichtet werden. Die Bevorratungspflicht gilt allerdings nur für rabattierte Arzneimittel, Kinderarzneimittel sind aus der Rabattierung herausgenommen. Somit greift diese Regelung aus Perspektive der Kindermedizin nicht.

Durch die Ausweitung der Auskunftspflicht der Arzneimittelhersteller können drohende Lieferengpässe eher erkannt werden. Arzneimitelengpässe im Kindes- und Jugendalter können oft nur durch den Einsatz von im entsprechenden Alter oder der Darreichungsform nicht zugelassenen Medikamenten kompensiert werden (off-label-use). Seitens der gesetzlichen Krankenversicherungen besteht keine Verpflichtung zur Kostenübernahme.

Laut Urteil des Bundessozialgerichtes (Az.: B 1 KR 37/00 R) vom 19.3.2002 besteht eine Leistungspflicht nur unter folgenden Bedingungen: Es handelt sich um eine „schwerwiegende (lebensbedrohliche oder die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigende) Erkrankung“. Für diese Erkrankung ist „keine andere Therapie verfügbar“. Aufgrund der Datenlage besteht „begründete Aussicht auf einen kurativen oder palliativen Behandlungserfolg“.

Politische Forderungen der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin

(1) Spitzenmedizin auch für Kinder und Jugendliche

- Sicherung der medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen auf höchstem Niveau, das heißt mehr Medizinstudienplätze, stärkere Berücksichtigung der pädiatrischen Ausbildung im Medizinstudium
- Adäquate Vergütung der Sprechenden Medizin
- Fallzahlunabhängiges Finanzierungsmodell für Kliniken und Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin unter Berücksichtigung der Vorhaltekosten im DRG-System
- Kostendeckende Finanzierung von Hochschul- und Spezialambulanzen in Kinder- und Jugendkliniken
- Erhalt und Förderung der Gesundheits- und Kinderkrankenpflegeausbildung
- Adäquate Kassenarztsitzbedarfsplanung in der Niederlassung

(2) Mehr Prävention in den Lebenswelten inklusive der Ernährung

- Stärkere Berücksichtigung von verhältnispräventiven Ansätzen im Präventionsgesetz
- Verpflichtende verhältnispräventive ernährungspolitische Maßnahmen für ein gesundes Leben von Anfang an
- Verbesserung der Gesundheits- und Ernährungskompetenz (health literacy) von Eltern, Kindern und Jugendlichen durch Implementierung der entsprechenden Inhalte in den Kita- und Schulalltag
- Bewegungserziehung von Anfang an

(3) Gute und geprüfte Medikamente

- (Weiter-)Entwicklung sicherer Arzneimittel für Kinder und Jugendliche und staatliches Engagement bei der Zulassung von „Alt-Generika“
- Weiterentwicklung und sichere Finanzierung der Arzneimitteldatenbank Kinderformularium.de durch die öffentliche Hand. Die Datenbank stellt unabhängige, evidenzbasierte Informationen zur Anwendung von Arzneimitteln bei Kindern und Jugendlichen zur Verfügung. Die Informationen werden regelmäßig aktualisiert (Kinderformularium.de 2023).

Alle Bedingungen müssen erfüllt sein. Die Definition der einzelnen Bedingungen wird meist sehr streng ausgelegt. Uns sind Fälle bekannt, bei denen der Medizinische Dienst den Einsatz eines off-label-Medikamentes medizinisch inhaltlich für begründet hält, die Kostenerstattung allerdings aus formalrechtlichen Gründen nicht empfehlen kann und in das Benehmen der Krankenkasse stellt. Dieses Problem ist im ALBVVG allerdings nicht berücksichtigt worden.

Nicht nur „health in all policies“, sondern auch und besonders „child in all policies“

Priv.-Doz. Dr. med. Burkhard Rodeck ist Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin in Berlin.

LITERATUR

- Bundesverfassungsgericht (2021): https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2021/11/rs20211119_1bvro97121.html (Abruf am 14.10.2023).
- DESTATIS (2022): Grunddaten der Krankenhäuser 2021. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/grunddaten-krankenhaeuser-2120611217004.pdf?__blob=publicationFile (Abruf am 14.10.2023).
- Deutsche Krankenhausgesellschaft, Verband der Privaten Krankenversicherungen, GKV-Spitzenverband (2023): Bundesländer müssen endlich ihrer Pflicht zur Krankenhaus-Finanzierung nachkommen. https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/1_DKG/1.7_Presse/1.7.1_Pressemitteilungen/2023/2023-07-17_GemPM_Katalog_fuer_Krankenhaus_Investitionsbewertungsrelationen.pdf (Abruf am 28.08.2023).
- Heudorf, U. (2022): Kinder in der SARS-CoV-2-Pandemie in Deutschland. Die Stellungnahme des Instituts für Virologie der Charité im Anhörungsverfahren des Bundesverfassungsgerichts zur „Bundesnotbremse“ – und offene Fragen. *Hessisches Ärzteblatt* 12/22. https://www.laekh.de/fileadmin/user_upload/Heftarchiv/Einzelartikel/2022/05_2022/Kinder_SARS_COV_2_Pandemie_Deutschland.pdf (Abruf am 14.10.2023).
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2022): <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16397.php> (Abruf am 14.10.2023).
- Kinderformularium.DE (2023): <https://www.kinderformularium.de> (Abruf am 14.10.2023).
- Maio, G. (2018): Werte für die Medizin – Warum die Heilberufe ihre eigene Identität verteidigen müssen. München.
- Rodeck, B., Lutterbüse, N, Krägeloh-Mann I. (2021): *Diagnosis Related Groups in der Pädiatrie – Segen oder Unsinn?* *Monatsschr Kinderheilkd* 2021;169:520–526. doi.org/10.1007/s00112-021-01141-9.
- target-medizin.de (2023): <https://www.target-medizin.de/bewerbung/nc-uebersicht-medizin.html> (Abruf am 14.10.2023).
- Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (2019): https://www.zi.de/fileadmin/Migration/Zi-Paper_14-2019_Bedarfsprojektion_fuer_Medizinstudienplaetze.pdf (Abruf am 14.10.2023).

(4) Förderung sektorübergreifender Versorgungsangebote

- Verbesserung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen durch eine nachhaltige Sicherstellung der Überbrückung der Schnittstellen zwischen medizinischem, pädagogischem und sozialem System
- Gleichbehandlung von Kindern und Jugendlichen mit und ohne Behinderungen

(5) Ausgleich von Benachteiligung

- Stärkung der Resilienz, der seelischen Gesundheit durch Verminderung der ungleichen sozialen Rahmenbedingungen des Aufwachsens
- Schutz vor Abhängigkeitserkrankungen, insbesondere Mediensucht und Internet-assoziiertes Gewalt und Ausbeutung
- Berücksichtigung der sozialen Disparität

(6) Stärkung des Kommunalen Öffentlichen Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes (KJGD)

- Sicherstellung der kommunalen Stärkung durch den Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst, um den Gesundheitsminister-Konferenz-Auftrag der „Public Health vor Ort“ umsetzen zu können