

**Thesenpapier der Universitätskinderkliniken
zur aktuellen Situation der finanziellen Einschränkungen
für Patientenversorgung, Lehre und Forschung**

A. Die Lage

Die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die wirtschaftliche Führung der Universitätskinderkliniken in Deutschland haben sich mit dem Beginn des Jahres 2004 so drastisch **verschlechtert**, dass die ernste Sorge besteht, die bisherige Patientenbetreuung, die Qualität der Forschung und der Lehre nicht mehr in dem Maße durchführen zu können.

Im Bereich der Patientenversorgung haben die Universitätskinderkliniken einen hohen Differenzierungsgrad erreicht, der dazu geführt hat, dass zum Teil bis zu 20 Spezialambulanzen an den jeweiligen Orten auch die ausschließliche Grundversorgung für chronisch kranke Patienten mit seltener Erkrankung vorhalten muss.

In Bezug auf die Forschungsaktivitäten haben Universitätskinderkliniken seit vielen Jahren einen führenden Platz innerhalb ihrer Fakultäten inne. Dieses ist belegbar durch die Einwerbung von Drittmitteln (DFG, Krebshilfe, Sanders Stiftung, BMBF, EU u. a.) als auch durch die Summe der Impact-Faktoren aus den erstellten Publikationen.

Folgende zum Teil voneinander völlig unabhängige Gesetze und Erlasse haben die finanziellen Voraussetzungen für diese Leistungen so verändert, dass die oben genannten hoch bewerteten Leistungen und die zukünftige Weiterentwicklung bedroht sind. Im Folgenden sollen diese einzelnen Faktoren dargestellt werden:

1. Umstellung der Krankenhausfinanzierung auf eine Diagnose-basierte Fallpauschalvergütung (DRG-System)

Die Finanzierung der stationären Krankenhausmedizin nach einer überwiegend Diagnose-basierten Fallpauschalvergütung berücksichtigt weite Bereiche der Pädiatrie bislang nicht angemessen, dies kann durch viele Einzeldarstellungen analysiert werden. Generell berücksichtigt diese Diagnose-orientierte Vergütungsmodalität, die Diagnose und die akuten interventionellen Prozesse, nicht aber die damit verbundenen Leistungen und vor allem nicht die erst später evaluierbaren Ergebnisse einer konservativen Therapie. Besonders hiervon betroffen ist die Pharmakotherapie, deren Folgen bzw. Spätfolgen besonders bei jungen

Kindern erst nach Jahren bzw. Jahrzehnten erkennbar ist.

Viele Bemühungen durch die Fachorganisationen, eine sog. altersbezogene Finanzierung zu ermöglichen, sind bisher nur in begrenzter Weise umgesetzt worden. Es ist leicht nachvollziehbar, dass viele der in das DRG-System einzuordnende Krankheitsbilder mehr Aufwand bedeuten als in der Erwachsenenmedizin. Hinzu kommt, dass bei zu kurzer Sichtweise die Vielfalt der Krankheitsbilder und die kleine Fallzahl in der Pädiatrie sich aus betriebswirtschaftlicher Sicht ungünstig darstellen. Daher ist es die große Sorge aller leitenden Kinderärzte und hier insbesondere der Universitätskinderkliniken, dass durch diese Nichtberücksichtigung die Qualität der Versorgung erheblich nachlassen wird. Die Vorstellung, dass die Einführung des DRG-Systems als lernendes System mit der Zeit solche Ungleichgewichte auffangen und modifizieren helfen soll, ist nicht hilfreich, da die Entwicklung unseres Erachtens viel zu langsam ist. Für die Interimszeit ist die Finanzierung nicht befriedigend geregelt. Systemfehler können erst mit einer Zeitverzögerung von zwei Jahren korrigiert werden; dies könnte bedeuten, dass manche Bereiche finanziell schon so am Boden sind, dass sie nicht mehr weitergeführt werden konnten.

2. Neues Arbeitszeitgesetz

Aufgrund der EU-Richtlinien werden flächendeckend die Bestimmungen des Arbeitszeitgesetzes umgesetzt; dieses wird auch von den Universitätskinderkliniken übernommen. Bei aller rechtlichen Berücksichtigung führt diese Umsetzung zu einer qualitativen Verschlechterung der Patientenversorgung. Der personelle Mehraufwand wird nur zum geringen Teil von den Verwaltungen der Universitätsklinik umsetzbar sein. Dadurch, dass erfahrene Ärzte in großen Abschnitten durch freie Zeit nicht für Patientenversorgung und Lehre regelmäßig zur Verfügung stehen, entstehen deutliche Rückschritte. Die nun vorgelegten verschiedenen Strukturmodelle, die ab Mitte des Jahres praktiziert werden, müssen in ihren Auswirkungen sehr kurzfristig analysiert werden. Die Sorge der verantwortlichen Ärzte besteht in dreierlei Hinsicht:

- Durch die Präsenz von wechselnden Ärzten wird die Versorgung schlechter und unzuverlässiger, was zu Misstrauen seitens Patienten und Eltern führt.

- Die ständig wechselnde Dienstverteilung demotiviert auch wissenschaftlich engagierte Ärzte; es steht zu befürchten, dass sie den universitären Bereich verlassen und/oder ins Ausland sowie in die Praxis abwandern.
- Die materiellen Konsequenzen für die wissenschaftlichen Assistenten werden durch das Reglement der fixen Arbeitszeit und Nicht-Mehrbezahlung des Bereitschaftsdienstes erheblich sein. Auch das wird ohne Frage zu einer Demotivation des motivierten und hochbegabten Nachwuchses führen.
- Gleichzeitig werden die Ärzte mit immer mehr bürokratischen Arbeiten belastet (z. B. Dokumentationen), die sie immer mehr von ihren eigentlichen Aufgaben abhalten. Vielerorts wird noch immer die Berufsgruppeneinführung des bereits im Ausland sehr bewährten Dokumentationsassistenten von der Klinikleitung mit wenig überzeugenden Sparargumenten abgelehnt.

3. Die neue Approbationsordnung

Die Einführung der neuen Approbationsordnung für die Ausbildung von Studenten sieht einen höheren Zeitaufwand für wissenschaftliche Assistenten und Hochschullehrer vor, um den dominierend einzuführenden Kleingruppenunterricht und die Seminarvorlesungen zu realisieren. Wenn diese Regelung qualitativ vielleicht wünschenswert war, muss dennoch beachtet werden, dass durch die Einführung von Kleingruppen der Lehrstoff wiederholt gelesen werden muss und dass der zeitliche Aufwand für alle Beteiligten größer werden wird.

Die konsequente Blockunterrichtsweise bindet gleichzeitig mehrere Tutoren als Assistenten oder Oberärzte, die damit von ihren sonstigen Aufgaben fern gehalten werden. Es wurde berechnet, dass von einem Mehraufwand von etwa 20 % auszugehen ist; dieser Mehraufwand wird mit Sicherheit nicht durch zusätzliche Stellen finanzierbar sein.

4. Die 12. Novelle des Arzneimittelgesetzes

Seit August 2004 ist die 12. Novelle des Arzneimittelgesetzes in Kraft. Diese konstatiert ausdrücklich die besonders vulnerable Konstellation der Kinder im Rahme einer differenzierten Pharmakotherapie, denn viele der bei Kindern in Anwendung kommende Arzneimittel sind für diese nicht hinreichend geprüft und daher auch häufig nicht für den Einsatz in dieser Altersgruppe zugelassen. Die

mit der Arzneimittelentwicklung und –prüfung verbundenen ethischen und juristischen Bedenken wurden durch diese Novelle zumindest teilweise ausgeräumt. Gleichzeitig sind aber die Auflagen an den Prüfer deutlich erhöht worden. Das Gesetz erkennt nicht mehr eine Differenzierung zwischen zulassungsrelevanter und von einem Pharmaunternehmen initiierte Studie einerseits und einer versorgungsrelevanten, nicht kommerziellen Therapieoptimierungsstudie mit bereits zugelassenen Arzneimitteln an. Die voraussehbare Folge wird sein, dass es viele der innovativen Entwicklungen in der pädiatrischen Arzneimitteltherapie (z. B. Onkologie) in den nächsten Jahren nicht geben wird. Sollte nun auch noch das Urteil des Bundessozialgerichts vom 22. Juli d. J. (Az: B 3 KR 21/03R) buchstabengetreu umgesetzt werden, wonach der Sponsor einer Arzneimittelstudie allein die gesamten Krankenhauskosten der Studienpatienten finanzieren muss, dann wird die Bundesrepublik und hier insbesondere die Pädiatrie in weiten Bereichen an der klinischen Forschung nicht mehr teilnehmen können. Dies steht im Kontrast zu einer sehr erfolgversprechenden Gesetzesvorlage der Europäischen Kommission für eine umfassende und eingreifende Initiative zur Verbesserung der Arzneimittelentwicklung und ganz allgemein für die klinische Forschung in der Pädiatrie in Europa (s. <http://pharmacos.eudra.org/F2/paediatric/index.htm>).

5. Abschaffung des AiP/Arztes im Praktikum

Die Tätigkeit von Ärzten im Praktikum an Universitätskliniken hat in den letzten 15 Jahren dazu beigetragen, dass Forschungsstellen in großem Stil in diesem Bereich realisiert werden konnten und dass die klinische Arbeit sich auf mehr Köpfe verteilen ließ. Die Abschaffung des AiP wird nun kurzfristig mit einer Aufstockung der Bezahlung für die tatsächlichen AiPs verbunden werden; wie mitgeteilt, werden die Kassen an den einzelnen Standorten einen gewissen Anteil für 1 – 2 Jahre finanzieren. Das bedeutet aber, dass nach Ablauf dieser befristeten Ergänzungsfinanzierung das Gesamtbudget dasselbe bleibt und die tatsächlichen Auswirkungen in Bezug auf die Zahl der Ärzte mit einer Verzögerung von 1 – 2 Jahren gravierend zu Tage tritt. Diese Reduktion von ärztlichen Mitarbeitern bedeutet an manchen Standorten eine Abnahme von 3 – 5 Stellen; diese Rücknahme kommt zu den oben genannten Kürzung hinzu, so dass damit die Arbeitsfähigkeit einzelner universitärer Bereiche in den Kinderkliniken fast zum Erliegen kommt.

6. Senkung des Gesamtbudgets

Seit dem Jahr 1995 ist es zunehmend zu einer Absenkung des Budgets gekommen durch nicht finanzierte Tarifierhöhungen und durch den ständigen Anstieg der Kosten für Verbrauchs-, Arzneimittel und Investitionen. Hinzu kommen die Defizite aus der ambulanten Versorgung, in die das Fach durch die hohe Anzahl an Spezialambulanzen direkt mit eingebunden ist. Diese Faktoren belasten die Kinderheilkunde und Jugendmedizin stärker als andere Fächer. Die Defizite werden durch die Kosten kalkulatorischer Aufbereitung des stationären Bereichs im Rahmen des DRG-Systems noch deutlicher sichtbar.

B. Konsequenzen:

Kumulierte Defizite, bedingt durch mehrere Faktoren, die voneinander unabhängig in die Finanzierbarkeit des Systems eingreifen, können nur durch Personalabbau aufgefangen werden. Trotz erheblicher Bemühungen in der Rationierung der Sachmittel wird es letztlich zu Einschränkungen der personellen Verfügbarkeit kommen müssen. Daher ist die universitäre Kinderheilkunde in der gesamten Bundesrepublik ernsthaft bedroht und folgende Konsequenzen sind zu erwarten:

1. *Für die Forschung:*

Im wissenschaftlichen Bereich können Defizite nur durch Personalabbau und Reduktion der Etats für die einzelnen Wissenschaftler kompensiert werden. Dadurch werden Voraussetzungen drastisch schlechter, ausreichend Drittmittelprojekte für die Universitätskinderkliniken einzuwerben.

Es wird sich in Zukunft der Trend verstärken, dass unter den gegebenen Rahmenbedingungen ehemals wissenschaftlich motivierte Ärzte den Bereich der Universitäten verlassen, um entweder ins Ausland zu gehen (Schweiz, Skandinavien), oder um sich ganz aus dem akademischen Bereich zurückzuziehen. Dadurch ist die Forschungsqualität erheblich gefährdet; Innovationen werden verspätet oder gar nicht etabliert. Auch Wiederbesetzungen von Professorenstellen werden nicht attraktiver für im Ausland tätige Wissenschaftler, wenn die Realisierbarkeit des Anspruchs der Hochleistungsmedizin mit Forschung durch diese

finanziellen Entwicklungen gefährdet ist. **Innovative** Behandlung wird nicht mehr möglich sein.

2. *Für die Lehre:*

Die neue Approbationsordnung macht keine Vorgaben in Bezug auf die Qualität der Lehre; Ziel soll aber sein, die Studenten praktisch besser auszubilden und für die Berufstätigkeit gründlich vorzubereiten. Mit verminderten personellen und sächlichen Ressourcen wird dies jedoch nicht realisierbar sein.

3. *Für die Krankenversorgung*

Die Versorgung von speziellen Patienten und chronisch Kranken durch erfahrene Spezialisten in Universitätskinderkliniken wird nicht mehr möglich sein. Tausende von Patienten mit Diabetes Typ 1 werden ihre Spezialbetreuung verlieren, über 1000 Patienten mit zystischer Fibrose werden die Spezialambulanzkompetenz nur noch bedingt zu erwarten haben und die pädiatrisch-onkologischen Patienten werden in der entsprechenden Spezialambulanz nicht mehr weiter betreut werden können, da die entsprechenden Ärzte fehlen.

Mit der geringer werdenden Motivation von jungen Wissenschaftlern, in die akademische Laufbahn der Pädiatrie einzutreten, wird auch der Nachwuchs für leitende Positionen außerhalb der Universitäten geringer werden. Es wird damit auch flächenhaft die Qualität der Kinderheilkunde in anderen Häusern abnehmen. Auch durch die Abwanderung oder den Nichteintritt wissenschaftlich motivierter und qualifizierter junger Assistenten werden in wenigen Jahren deutlich weniger Spezialisten für die Aufgaben an Universitätskinderkliniken zur Verfügung stehen, was ebenfalls zu einer erheblichen Qualitätseinbuße in der Krankenversorgung führt.

Schon aus Gründen des Wettbewerbs mit kommunalen Häusern und wegen der notwendig hohen Qualität der Krankenversorgung werden zunehmend Fachärzte auch an den Universitätskliniken notwendig sein. Das verringert zwangsläufig deutlich die Zahl der Weiterbildungsstellen, so dass nicht mehr genügend Nachwuchs für die Niederlassungen ausgebildet werden kann.

Für die Kinderheilkunde besteht insgesamt die Gefahr, dass ökonomische Überlegungen (weg von der Patientenorientierung, hin zur Profitoptimierung) zum Opfer fallen. Schon jetzt besteht mancherorts die Tendenz, Defizite in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen durch eine Behandlung in Betten des jeweiligen Erwachsenenbereichs zu kompensieren. Dies widerspricht dem einstimmigen Beschluss aller Bundestagsfraktionen aus dem Jahr 2002, der besagt, dass Kinder und Jugendliche nicht in Erwachsenenbereichen versorgt werden sollen.

C. Schlussfolgerung:

Die Geschäftsführenden Ärztlichen Direktoren der Kliniken für Kinderheilkunde und Jugendmedizin in Deutschland betrachten mit größter Sorge die Entwicklung, die ohne eine rasche Korrektur des DRG-Systems, eine kostendeckende Finanzierung der universitären pädiatrischen Spezialambulanzen und eine adäquat Finanzierung der innovativen Forschung für die universitäre Pädiatrie zu massiven Einbußen in Krankenversorgung, Forschung und Lehre führen wird. Es ist zu befürchten dass es zu einer Verschlechterung der Versorgung in unserem Land kommt und die Entwicklung neuer Therapieformen zunehmend unmöglich wird. Durch die Verantwortung für den Teil der Bevölkerung, der die Zukunft vor sich hat und der sich selbst noch nicht zu Wort melden kann, fühlen wir uns verpflichtet, auf diese Probleme mit allem Nachdruck hinzuweisen.

Prof. Dr. Hansjosef **Böhles**
Zentrum für Kinderheilkunde und Jugendmedizin
Klinikum der J. W. Goethe Universität Frankfurt

Prof. Dr. Alfred **Reiter**
Zentrum für Kinderheilkunde & Jugendmedizin
Klinikum der Justus-Liebig-Universität Gießen

Prof. Dr. Hannsjörg W. **Seyberth**
Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin
Klinikum der Phhlippps-Universität Marburg