

11 AKIK - Forderungen an Gesellschaft & Politik und deren Hintergründe

1.

„Kinderkrankenhäuser und –abteilungen sind flächendeckend vorzuhalten unter besonderer Beachtung der Bedürfnisse von Familien in Flächenregionen!“

Angesichts hoher Mietpreise in den Ballungsgebieten und wenig Freiraum für Kinder ziehen Familien vorzugsweise aufs Land. Hier ist das Leben oft günstiger als in der Stadt. Allerdings müssen sie dabei auch einige Nachteile in Kauf nehmen. Ein Problem ist die medizinische Versorgung. Der Weg zum nächsten Kinderarzt oder in die nächste Kinderklinik wird weiter. Die Gefahr ist groß, dass man im Notfall (!) die nächstgelegene Klinik anfährt. Aber gibt es dort auch eine Kinderabteilung? Politisch versprochen wird seit Jahrzehnten, dass die medizinische Versorgung für Kinder „flächendeckend und wohnortnah“ sichergestellt werde. Was aber bedeutet das konkret? Kinder-Experten haben definiert, dass die nächstgelegene **Akutversorgungseinrichtung** für Kinder nicht weiter entfernt sein darf als **40 km bzw. 40 Minuten**. Eine längere Distanz kann lebensbedrohlich für Kinder werden.

2.

„Interdisziplinäre Zentren für spezielle Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen sind in erforderlicher Anzahl und zentral erreichbar vorzuhalten!“

Eine Langzeitstudie des Robert-Koch-Instituts, die so genannte KIGGS-Studie, belegt, dass sich in den letzten Jahren und Jahrzehnten die Erkrankungsbilder der Kinder und Jugendlichen verändert haben. Dank einer noch guten Durchimpfungsrate gibt es weniger Infektionskrankheiten. Kurz gesagt: Kinder haben andere Erkrankungen und wenn sie denn stationär aufgenommen werden müssen, sind sie schwer krank. Damit haben auch ihre behandelnden Ärzte große Probleme. Diese Kinder werden am besten in so genannten „Zentren“ versorgt; also dort, wo die Ärzte häufiger solche Erkrankungen erleben und „interdisziplinär“, d.h. „fachübergreifend“, im Austausch mit Kollegen anderer Fachrichtungen behandeln können. Ein Beispiel dafür sind Lebertransplantationen. Eine solche Behandlung erfordert viel Wissen von verschiedensten Fachärzten (pädiatrische Gastroenterologen; Anästhesisten, Chirurgen, etc.). Ärzte sollten regelmäßig pro Jahr derartige Fälle behandeln, damit sie über entsprechende Erfahrungen, erst recht im Komplikationsfall verfügen. Die Eltern der betroffenen Kinder aber stellt eine solche Behandlung vor enorme Probleme: Wer begleitet das Kind ins Zentrum, weit weg von daheim?

Wer organisiert das Leben daheim? Wer kümmert sich um die gesunden Geschwisterkinder? Vor und nach solchen Transplantationen sind über Jahre hinweg viele Untersuchungen notwendig. Wie schafft das eine Familie (auch) finanziell? Gerade in solchen Zeiten brauchen betroffene Familien jede nur denkbare Hilfe!

3.



“Notfälle werden von entsprechend weitergebildeten Ärzten erstversorgt; kindgerechte Transporte sind bundesweit sicher zu stellen!”

Je weiter die Wege zur nächsten Kinderklinik werden, umso problematischer wird auch die Kindernotfallversorgung. Da Kindernotfälle – zum Glück! – nicht so häufig passieren, hat oftmals der Notarzt im Falle eines Falles mangels ausreichender Erfahrung ein Problem. Zwei unabhängige Studien belegen, dass sich Notärzte im Umgang mit Kindernotfällen nicht sicher fühlen. Kinder sind eben keine kleinen Erwachsenen. Je kleiner sie sind, desto mehr unterscheiden sie sich vom Erwachsenen-Patienten, beispielsweise hinsichtlich Anatomie, Blutdruckwerten oder Stoffwechsel. Da ebenfalls der Rettungsdienst unter der allgemeinen Kostendeckelung des Gesundheitswesens leidet, fehlt es oft genug an der kindgerechten Ausstattung entsprechend Alter, Größe oder Gewicht. Auch hier bedarf es einer entsprechenden Finanzierung der Weiterbildung des gesamten Rettungsteams für den Kindernotfall sowie der kindgerechten Ausstattung dieser Teams. Selbst wenn ein Kindernotfall relativ selten geschieht (man rechnet mit ca. 5-10% des gesamten Notfallpatientenaufkommens) – wir können es uns als Gesellschaft nicht leisten, im Notfall auch nur ein einziges Kind nicht oder nicht richtig versorgt zu haben.

4.



“DRGs (Fallpauschalenvergütung für Krankenhäuser) sind den besonderen Bedürfnissen kranker Kinder und Jugendlicher anzupassen und müssen für die Kinderkliniken kostendeckend sein!”

Anfang des neuen Jahrtausends wurde das Finanzierungssystem für die deutschen Krankenhäuser umgestellt. Zuvor bekamen die Kliniken Geld von den Kassen für jeden Patienten, der um Mitternacht im Bett lag. Nunmehr bekommen die Kliniken ihr Honorar pro Fall, beispielsweise einen festgelegten Betrag für eine Blinddarmentfernung. Schon vor der Umstellung war klar, dass die neuen DRGs den Kinderkliniken für die Behandlung von Kindern nicht ausreichen. Für kranke Kinder ist erheblich mehr (medizinisches und pflegerisches) Personal notwendig.



Ebenso muss die Ausstattung der Kinderklinik den unterschiedlichen Bedürfnissen der Kinder und Jugendlichen Patienten entsprechen. Zwar werden die DRGs als „lernendes System“ bezeichnet, denn im Jahresrhythmus können die Kliniken Verhandlungen zur Nachbesserung führen. Für das finanzielle Überleben der Kinderkliniken jedoch sind 12 Monate Planungsunsicherheit einfach zu lange. Darüber hinaus haben auch sie mit den allgemeinen Belastungen, unter denen alle deutschen Kliniken stehen, zu leiden. Dies sind beispielsweise erhöhte Energie- und Personalkosten alleine durch Tarifsteigerungen, fehlende Investitionszuschüsse, usw. Die AKIK-Befürchtung ist, dass in (naher) Zukunft die Zahl der deutschen Kinderkliniken enorm abnimmt und damit die Gefahr größer wird, dass Kinder wieder vermehrt in Erwachsenen-Betten liegen, sprich nicht fachgerecht versorgt werden. Daraus **resultiert die AKIK-Forderung**: wenn das DRG-System nicht schnell genug so umstrukturiert wird, dass es für Kinderkliniken kostendeckend ist, dann müssen unbedingt die deutschen Kinderkliniken aus dem DRG-System herausgenommen werden und aus Steuermitteln finanziert werden. Ausgerechnet bei Kindern in Notfallsituationen und in kritischen Lebensphasen rein nach betriebswirtschaftlichen Kriterien den Rotstift anzusetzen, ist höchst unsozial, macht wirklich keinen Sinn und ist nicht selten lebensgefährlich.

5.



„Eltern-Mitaufnahme ist jederzeit und überall kostenfrei zu ermöglichen!“

Für diese Möglichkeit tritt das AKIK seit mittlerweile über 40 Jahren ein. Im bundesweiten Durchschnitt kann man zwar sagen, dass es für die Eltern generell möglich ist, ihr krankes Kind in die Klinik zu begleiten und überwiegend entstehen ihnen dadurch auch keine Kosten für Übernachtung und Unterkunft. Aber eben nur „generell“. Es gibt noch viel zu viele Einzelfälle, in denen Eltern nur zu „Besuchszeiten“ zu ihrem Kind dürfen oder aber teilweise recht erhebliche Kosten für die Übernachtung zuzahlen müssen. All dies widerspricht völlig den Grundsätzen der „EACH“-Charta (Charta für die Rechte von Kindern im Krankenhaus auf der Basis der UN-Kinderrechtskonvention; www.akik.de/charta.htm), die von allen ärztlichen und pflegerischen Fachgesellschaften vor vielen Jahren ratifiziert wurde. Eine sichere Bindung zwischen Eltern und ihrem Kind gerade in für das Kind und seine Gesundheit bedrohlichen Situationen, fördert den Heilungsprozess und die Bewältigung der Erkrankung. Kinder entwickeln sich auch wenn sie krank sind weiter, deshalb müssen die Sprachentwicklung, die Entwicklung sozialer Fähigkeiten und die Fähigkeit im Leben Schwierigkeiten zu meistern, immer unterstützt werden. Folglich ist die Eltern-Mitaufnahme keine Gefälligkeit der Klinik, sondern für kranke Kinder eine Lebensnotwendigkeit.



6.



„Räumliche Gestaltung und Ausstattung von Kinderkliniken und –abteilungen sind unbedingt an den Bedürfnissen kranker Kinder und Jugendlichen auszurichten!“

Die medizinische Bestimmung für „Kind“ umfasst eine Zeitspanne von Geburt bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres. Zwischen dem ersten und dem letzten Ereignis liegen wirklich Lichtjahre. Man bedenke: ein Neugeborenes ist absolut hilf-, wehr- und sprachlos und in seiner Existenz völlig von der Mutter abhängig.

Ein 18-Jähriger hingegen ist eine eigenständige, selbstbestimmende Persönlichkeit, die über ihre Behandlung selber entscheiden kann.

Ebenso unterschiedlich sind die Bedürfnisse kranker Kinder und Jugendlicher. Ein Krankenhausaufenthalt ist für Kinder IMMER eine ganz gravierende Zäsur ihres Alltags. Die Bewältigung des „normalen“ Alltags, auch ohne Erkrankung, ist für die Kinder schon Herausforderung genug. Jeden Tag gilt es, Neues zu erlernen. Am besten gelingt dies auf der Basis von Vertrauen auf die Zuneigung der Eltern und aus der Sicherheit eines gewohnten Alltagsablaufes heraus. Bis hinein ins Jugendlichenalter erlernen Kinder neue Fähigkeiten über das Spielen. Was für Erwachsene „spielerisch“ aussieht, ist in Wahrheit für Kinder „harte Arbeit“, nämlich Entwicklungsarbeit. Somit ist ein medizinfreier Raum, z.B. eine gut ausgestattete Spielecke im Krankenhaus ein absolutes MUSS für kranke Kinder. Ebenso muss der Kontakt zur Schule und schulische Begleitung sichergestellt sein. Das gesamte Umfeld muss darauf ausgelegt sein, kranken Kindern und Jugendlichen (und deren Familien) bei ihrer schweren Doppelbelastung, der Bewältigung ihrer Krankheit UND dem Schritthalten mit ihrer Entwicklung, zur Seite zu stehen.

7.



„Regelmäßige kinderärztliche Untersuchungen (U-Untersuchungen) sind bis zum 14. Lebensjahr pflichtmäßig sicher zu stellen!“

Kindermedizin ist im klassischen Sinne „Präventionsmedizin“. Alles, was an Fehl- oder Minderentwicklungen im Kindesalter entdeckt und behandelt werden kann, erspart der Gemeinschaft enorme Kosten an späteren aufwändigen Behandlungen. Daher sollten, wie von den Kinder- und Jugendmedizinern schon seit langem gefordert, die Vorsorgeuntersuchungen in einem engeren Raster und für die Familien obligatorisch, aber kostenfrei sein.



8.



„Entwicklungsförderung kranker Kinder und Jugendlicher durch Einsatz von entsprechenden Therapeuten, Heil- und Sozialpädagogen sowie Lehrern in Kinderkliniken und -abteilungen!“

Die Kinderkliniken stehen unter einem erheblichen Kostendruck. Personalkosten sind der mit Abstand größte Budgetposten. Daher ist es zwar nachzuvollziehen, dass als erstes an dem Personal gespart wird, welches nicht unmittelbar notwendig für die medizinische Behandlung des kranken Kindes benötigt wird. Sinnvoll aber ist es nicht. Kranke Kinder müssen nicht nur ihre Erkrankung bewältigen; sie befinden sich gleichzeitig immer in einem Entwicklungsprozess, der unbedingt soweit wie möglich aufrecht erhalten werden muss.

Ein Kind, das gerade krabbeln oder laufen gelernt hat und durch eine schwere Krankheit ans Bett gefesselt ist, wird in seiner Entwicklung beträchtlich zurück geworfen. Um hier keine zu großen Defizite entstehen zu lassen, braucht das Kind unbedingt die Begleitung durch entsprechende Therapeuten. In vielen europäischen Ländern gibt es daher als feste Einrichtung im Stellenplan einer Kinderklinik die Einrichtung des „Spieltherapeuten“. Dieser begleitet das Kind während seiner Erkrankung, erklärt ihm die (medizinische oder pflegerische) Behandlung altersgerecht und achtet darauf, dass etwaige Entwicklungsdefizite oder -störungen durch entsprechende Maßnahmen und Hilfen ausgeglichen werden.

Für Schulkinder und Jugendliche mit chronischen Krankheiten, die immer wieder stationäre Aufenthalte erfordern, ist die Aufrechterhaltung des Kontaktes mit der Heimatschule und die fortlaufende Vermittlung des Lernstoffs nicht nur eine bildungspolitische Notwendigkeit. Für diese Kinder bedeutet es ein wenig Normalität in einer sehr belastenden Ausnahmesituation.

9.



„Chronisch kranke Kinder und deren Familien müssen besondere Unterstützung und Hilfestellung durch die Gesellschaft und von der Politik erfahren!“

Eine Studie des Kindernetzwerkes e.V. aus dem Jahr 2006 belegt Erschreckendes: Knapp 80% der befragten Eltern eines kranken Kindes erlebten bei der Suche nach Hilfe und Unterstützung den Umgang mit der Bürokratie als hindernd und persönlich verletzend. Gerade in einer Situation, in der Familien dringend auf jegliche **Ent-Lastung** angewiesen sind, werden unnötige Bürokratiemaßnahmen für sie noch zusätzlich zur **Be-Lastung**. Sei es durch das Ausfüllen kaum verständlicher Antragsformulare zur Antragstellung auf eine Maßnahme. Sei es durch nicht

nachvollziehbare Kompetenzaufteilungen bei einem Kostenträger (so hat beispielsweise ein chronisch-krankes Kind schnell mal bis zu 20 verschiedene Ansprechpartner bei einer einzigen Krankenkasse). Oder sei es durch eine zusätzlich erhobene Kurtaxe z.B. der Stadt Norderney für Mütter oder Väter, die ihr kleines Kind in eine dringend erforderliche Reha-Maßnahme begleiten.

10.



“Tagesklinische Behandlungseinrichtungen, Nachsorge und ambulante Kinderkrankenpflege sind bundesweit flächendeckend vorzuhalten!”

Wenn aus medizinisch-qualitativen Gründen die Einrichtung von speziellen Versorgungszentren sinnvoll erscheint, dann darf aber auf keinen Fall eine flächendeckende Nachsorge für kranke Kinder und Jugendliche aus den Augen verloren werden. Ebenso wenig darf eine flächendeckende, ambulante Kinderkrankenpflege vernachlässigt werden; weder finanziell noch logistisch. Artikel 1 der EACH-Charta besagt, dass ein Kind nur dann stationär aufgenommen werden soll, wenn eine ambulante Behandlung nicht mehr ausreichend ist. Die Kinderärzte halten sich seit langem daran und bemühen sich nach Kräften, die Kinder möglichst schnell wieder nach Hause zu entlassen; sei es auch nur über Nacht. Finanziell belohnt wird dieses kinder- und familiengerechte Verhalten nicht. Zwar ist das Problem der Nicht-Finanzierung oder Unterfinanzierung ambulanter Leistungen in den Kinderkliniken und bei den Kinderärzten seit langem bekannt. Eine tragfähige Lösung, die zudem kostengünstiger ist als eine erneute stationäre Behandlung, aber gibt es bis heute nicht.

11.



“Entlastung der Familien durch Steuerfinanzierung sämtlicher Gesundheitskosten für Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr!”

Was sind der Bundesrepublik Deutschland ihre Kinder wert? Experten schätzen auf niedrigster Basis, dass Eltern in die Erziehung eines Kindes bis zur Erreichung der Volljährigkeit je nach Ausbildung zwischen 180.000 und 350.000 Euro investieren; soviel kostet in etwa auch der Bau eines kleinen Hauses. Diese Summe beinhaltet aber nur die reinen Konsumkosten und keinerlei Ausgaben für Gesundheit. Gerade angesichts der akuten wirtschaftlichen Lage, kann man nur erahnen, welche Belastung auf (junge) Familien zukommt, wenn dann auch noch ein Kind krank wird.

Es kann nicht sein, dass in der Bundesrepublik des 21. Jahrhunderts Familien durch die Erkrankung ihres Kindes in finanzielle Bedrängnis oder gar wirtschaftliche Not kommen. Es kann auch nicht sein, dass kindermedizinische Einrichtungen alleine an ökonomischen Kriterien gemessen werden.



Daher fordert AKIK:

- Steuerfinanzierung sämtlicher Gesundheitskosten für Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr;
- Herausnahme sämtlicher kindermedizinischer Einrichtungen aus der allgemeinen Wirtschaftlichkeitsberechnung von Krankenhäusern und sonstigen stationären Einrichtungen.

Begründung: bei Kindergärten, Schulen oder Universitäten kommt niemand auf die Idee zu fragen, ob sich eine solche Einrichtung auch lohnt oder „rechnet“. In logischer Konsequenz darf man erst recht dann nicht nach „Wirtschaftlichkeit“ fragen, wenn ein Kind am verletzlichsten und schutzbedürftigsten, nämlich krank ist.

Eine Gesellschaft, die sich nur auf dem Papier und in „Sonntagsreden“ als kinderfreundlich gibt, im Alltag aber die Schwächsten und Verletzlichsten, nämlich kranke Kinder und deren Familien, ignoriert, übergeht und durch Bürokratie noch mehr belastet, sägt an dem Ast, auf dem sie sitzt. Wer ist es denn, der all die immensen Schulden, die gerade jetzt durch die diversen „Rettungspakete“ angehäuft werden, zukünftig zurück zahlt? Es ist die Generation unserer Kinder. Notwendig sind jetzt ein sofortiges Umdenken, eine neue Ethik und die Wiederbelebung „alter“ Werte, wie beispielsweise dem Respekt im Umgang mit dem Nächsten.
Erst recht, wenn dieser Nächste ein krankes, hilfloses Kind ist.

Die Summe der Anfangsbuchstaben dieser 11 Forderungen ergibt das Wort **Kinderrechte. Wir alle sind aufgefordert, unverzüglich und in unserem eigenen Interesse diese Kinderrechte umzusetzen!**

