

Fluchtzuwanderung und Pädiatrieversorgung – Anforderungen an die Infrastruktur und die Finanzierung der Kinder- und Jugendmedizin in Deutschland (Teil 2)

Albrecht Goeschel, Markus Steinmetz und Michael Teumer

Finanzierungsabbau in der Gesundheitsversorgung

Die Finanzierung des Endverbrauchs an Gesundheitsversorgung in Deutschland erfolgt grundsätzlich auf vier unterschiedlichen Wegen: Der weit überwiegende Teil der laufenden Ausgaben für Gesundheitsleistungen und Gesundheitsgüter wird

Gesundheitsgütern wird direkt durch die Endverbraucher erworben und von diesen selbst bezahlt. Ein vierter Teil des Endverbrauches an Gesundheitsleistungen und Gesundheitsgütern wird aus Steuermitteln finanziert und unentgeltlich an die Verbraucher abgegeben – es handelt sich bevorzugt um Leistungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Im Bereich der Kran-

bei den Unternehmen auf dem Umweg über die Lohnnebenkosten forciert. Ein permanenter Prozess der „Reformen“ hat sich in allen Sozialversicherungszweigen entwickelt. In der Gesundheitsversorgung äußert sich dies in einer seit Jahrzehnten praktizierten Leistungseinschränkung bzw. Selbstbeteiligungserhöhung in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Parallel dazu



Foto: © nepatcha – Fotolia.com

als Sachleistung an die Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung abgegeben. Ein weiterer erheblicher Teil der laufenden Ausgaben für Gesundheitsleistungen und Gesundheitsgüter wird bei Kostenerstattung an die Versicherten der Privaten Krankenversicherung durch die Versicherten direkt erworben. Ein dritter, nicht unbedeutender Teil des Endverbrauches an Gesundheitsleistungen und

kenhausversorgung werden die Leistungspreise durch Übernahme von Teilen der Investitionskosten in die Steuerhaushalte der Länder subventioniert.

In den zurückliegenden Jahrzehnten hat sich ein „Geschäftsmodell Deutschland“ entwickelt. Bei diesem wurde unter exzessiver Nutzung der Institutionen des Sozial(versicherungs)staates Lohnstagnation bei den Beschäftigten und Gewinnexpansion

sind die Direktkäufe von Gesundheitsleistungen und -gütern durch die Beitragspflichtigen gestiegen. Gleichzeitig werden die aus Steuern finanzierten Zuschüsse für die Krankenhausinvestitionen fortwährend gekürzt und entsprechend Krankenhausabteilungen oder Krankenhausstandorte ausgedünnt oder geschlossen.

Dieser Finanzierungsabbau in der Gesundheitsversorgung trifft in Deutsch-

land auch die Kinderbevölkerung, die mehrheitlich beitragsfrei über die Eltern oder direkt in der Gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist. Aus dem Bundeshaushalt erfolgen Zahlungen an den Zentralen Gesundheitsfonds, die der Kompensation der Kinder-Mitversicherung in der Gesetzlichen Krankenversicherung dienen. Diese Zahlungen bleiben allerdings weit unter den tatsächlichen Aufwendungen, weshalb die mitversicherten Kinder ein vorrangiges Objekt der Sparpolitik der Kassen sind.⁶⁴

Gesundheitliche Selbstversorgung: Für Armutskinder unerschwinglich

Familien der mittleren und unteren Einkommensgruppen trifft die Kostenentwicklung für Gesundheitsleistungen und Gesundheitsgüter besonders. Erwerbspersonen mit mittlerem und unterem Einkommen sind in der Gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert, damit aber auch dem anhaltenden Abbau von Kassenleistungen ausgesetzt. Auch für die Einkommensschwachen ist eine zunehmende Selbstbeteiligung die Folge. Der Paritätische Wohlfahrtsverband hat darauf hingewiesen, dass zwischen 2004 und 2008 der Preisindex für Gesundheitspflege weit überdurchschnittlich gestiegen war.⁶⁵

Insbesondere Familien, die zu den Empfängerern von Grundsicherung nach SGB II, d.h. Hartz-IV zählen, geraten durch den Preisanstieg für Gesundheitsausgaben ernsthaft unter Druck, da die gegenwärtigen Regelsätze nicht an den Preisanstieg ge-

koppelt sind.⁶⁶ Für Kinder unter 15 Jahren hatte der Gesetzgeber 2008 ganze 7,74 Euro als monatliche Kosten für Gesundheitspflege vorgesehen. Hingegen hat der Paritätische Wohlfahrtsverband für Kinder unter sechs Jahren 12,68 Euro und für Kinder von sechs bis 14 Jahren 14,69 Euro monatlich als notwendig errechnet.⁶⁷

In der Bevölkerungsgruppe der Kinder ist der Anteil von Personen in Hartz IV-Bedarfsgemeinschaften am höchsten. Kinder sind damit von der sich laufend erweiternden Lücke zwischen zu niedrigem Regelsatz und den tatsächlichen Kosten für Gesundheitspflege überproportional betroffen. Eine auch nur annähernd ausreichende Ergänzung durch eigene Käufe von Gesundheitsleistungen und Gesundheitsgütern ist Armutskindern nicht möglich. Da diese aber auch wegen ihrer geringen Kaufkraft eine absolut uninteressante Kundengruppe für die Gesundheitswirtschaft sind, erfahren sie innerhalb der Marktwirtschaft fast keine gesundheitspolitische Unterstützung⁶⁸ (Tab. 1).

Auch die Migrations- und Asylkinder sind für die Gesundheitswirtschaft nicht interessant. Das Gesamtbudget, das für Kinder ausgegeben wird, ist klein. Während in Deutschland im Jahr 2006 für die Bevölkerung über 15 Jahren 236 Milliarden Euro für Gesundheitsleistungen und Gesundheitsgüter verausgabt worden sind, waren es für Kinder und Jugendliche unter 15 Jahren nur 14 Mrd. Euro.⁶⁹

Notaufnahmen der Krankenhäuser: überlastet und defizitär

In Deutschland sind für die ambulante Notfallversorgung auch von Kindern die Bereitschaftsdienste der Kassenärztlichen Vereinigungen zuständig.

Jedoch beanspruchen Erwachsene und Kinder in wachsendem Maße die Notaufnahmen der Krankenhäuser,⁷³ insbesondere die Kinder mit Migrationshintergrund und nun auch die aus der Asylwelle.⁷⁴ Asylkinder haben während der ersten 15 Monate ihres Aufenthalts nur in akuten Notfällen Anspruch auf ärztliche Behandlung.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG) und die Deutsche Gesellschaft interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA) haben ein Gutachten vorgelegt, nach dem die hohe und wachsende Inanspruchnahme der Notfallmedizin den Krankenhäusern einen zusätzlichen Verlust von jährlich etwa einer Milliarde Euro zufügt.⁷⁵

Krankenhausfinanzierung: Erwachsenenpauschalen für pädiatrische Patienten

Das Entgelt der Krankenhausbehandlung wurde vor über zehn Jahren auf massiven Druck des Gesetzgebers und der Kassenverbände von Tages- auf Fallpauschalen, d.h. eine Art Einheitspreissystem für Krankenhausleistungen (DRG: Diagnose Related Groups), umgestellt. Damit sollte Wirtschaftlichkeit in den in Konkurrenz stehenden Krankenhäusern entstehen. Zu den mit dieser Finanzierungsform verfolgten Zielen und Wirkungen gibt es eine reichhaltige kritische Literatur. Mittlerweile hat sich eine gesundheits- und krankenhauspolitische Bewegung etabliert, die das Fallpauschalensystem offensiv bekämpft.⁷⁶ Auch der Deutsche Ethikrat zählt zu den Kritikern dieser Finanzierungsform. Die Finanzierung durch Fallpauschalen würde vor allem Kinder benachteiligen.

Der Ethikrat fordert daher eigene und abgestimmte Fallpauschalen für Kinder und Jugendliche.⁷⁷

Schon seit Einführung der Fallpauschalen (DRG) weisen Fachleute und Fachgesellschaften auf einen schwerwiegenden Mangel dieser Finanzierungsform hin: Sie sind aus Durchschnittswerten für die Erwachsenenbehandlung errechnet und nehmen die Besonderheit der Kinderbehandlung nicht zur Kenntnis.⁷⁸ Diese Kritik und die daraus abgeleitete Forderung nach Zuschlägen für Kinder⁷⁹ werden – mit wenigen DRG-Ausnahmen – von der Politik und den Kassen seit Jahren ignoriert. Die Krankenkassen verschlechtern zusätzlich die Finanzierung der Kinderbehandlung, indem die vormalige Erstattung des präoperativen Vorbereitungstages von (Klein-) Kindern wegfällt.⁸⁰ Die Bundesregierung will darüber hinaus diese für Kinder ungeeigneten Fallpauschalen nach „Qualitätskriterien“ abstufen. Auf diese Weise werden die finanziellen Engpässe noch größer und damit weitere pädiatrische Krankenhausabteilungen und Krankenhäuser aus der Versorgung gedrängt. Betroffen sind davon eher die dezentralen und kleineren Krankenhäuser. Mit weiteren Nachteilen für die Kinderabteilungen und Kinderkliniken ist zu rechnen.⁸¹

Hauptziel der Finanzierung von Krankenhausleistungen durch das DRG – System ist, die Krankenhäuser in die Rolle von Konkurrenz- und Profitunternehmen zu zwingen. Die zur Wirtschaftlichkeit bzw. Gewinnerzielung genutzten Instrumente und Methoden wie radikaler Pfl-

Umsätze	Gesundheitseinkäufe außerhalb der GKV und PKV
Umsatzträger	EUR
Privathaushalte	95,0 Mrd.
Kinder in Hartz-VI-Bedarfsgemeinschaften	0,2 Mrd. ¹

Tabelle 1: Armutskinder sind keine interessante Kundschaft für die Gesundheitswirtschaft in Deutschland (2008)

1) Regelsätze des Arbeitslosengeldes II bzw. Sozialgeldes für Gesundheitskäufe von Kindern außerhalb der GKV und PKV

Quelle: Studiengruppe für Sozialforschung e.V.: Regionales steuerfinanziertes Kinderbudget. Nachhaltige Gesundheitsversorgung der Kinderbevölkerung. Erstellt im Auftrag von AKIK-Aktionskomitee Kind im Krankenhaus e.V., Marquartstein 2009, S. 17

Fachbetten	Betten für Kinderheilkunde je 10.000 Einwohner		
	Standortraum	1990	1995
Kreisfreie Städte	7,3	5,5	-24,7
Landkreise	2,9	1,8	-37,9

Tab. 2: Bettenabbau in der Kinderheilkunde in den Landkreisen und Großstädten in Deutschland 1990 bis 1995

Quelle: Studiengruppe für Sozialforschung e.V.: Zentrum für Kindergesundheit: Arbeitsvorschlag, Marquartstein Januar 2003

gepersonalabbau, Frühentlassung (sog. „blutige Entlassung“ nach OP), Belegungsverdichtung, Fallselektion oder Standortzentralisierung, sind aber bei einer bedarfsgerechten Krankenhausbehandlung von Früh- und Neugeborenen, Kleinkindern und Schulkindern nicht anwendbar.⁸²

Krankenhausinvestitionen: Verschrottung von Kinderbetten

Die stationären Behandlungskosten von Kindern bezahlen die Gesetzlichen Krankenversicherungen, d.h. also deren Beitragszahler. Hingegen sollen nach Vorgaben der Krankenhausgesetzgebung die Investitionskosten der Krankenhäuser aus den Haushalten der Länder, d.h. von den Steuerzahlern finanziert werden. Allerdings haben sich die Länder in den zurückliegenden Jahrzehnten immer weiter aus der Finanzierung der Krankenhausinvestitionen zurückgezogen und das Feld privaten Klinikkonzernen überlassen. Die derzeitige Bundesregierung ist darüber hinaus bestrebt, mit Hilfe eines hunderte von Millionen Euro umfassenden „Abwrackfonds“ die Desinvestition, d.h. die Schließung ganzer Krankenhäuser oder zumindest von Krankenhausabteilungen, zu erreichen.⁸³

Angesichts der Unterfinanzierung von stationär behandelten Pädiatriepatienten über das DRG – Entgeltsystem werden vorrangig die verlustbringenden Kinderabteilungen der Krankenhäuser weiter und beschleunigt geschlossen werden. Insbesondere die Mindestmengenvorgaben, nach denen bestimmte Operationen und spezielle Erkrankungen nur noch in größeren Kliniken erlaubt sind, die hierbei bestimmte Mindestzahlen erreichen, d.h. zentral gelegen sind, stehen einer wohnortnahen Behandlung im Wege. Die Eltern haben größere Anfahrten zur Kinderklinik und häufigere Abwesenheiten von ihrem Kind in Kauf zu nehmen. Andererseits wird dies den bereits bestehenden Trend zur Behandlung von Kindern in Erwachsenenabteilungen verstärken. Eine Verkleinerung

oder Schließung von Kinderabteilungen oder Kinderkliniken rückt damit insbesondere in der Fläche immer näher⁸⁴ (Tab. 2).

Kranken- und Altenpflege absorbieren Kinderkrankenpflege

Die Pflege ist nach Einführung der DRG-Fallpauschalen zu einem wesentlichen Zielbereich für Kostensenkung und Gewinnsteigerung in der Krankenhauswirtschaft geworden.⁸⁵ Mittlerweile weist Deutschland zusammen mit Spanien im europäischen Vergleich die geringste Zahl von Pflegekräften je Patient auf.⁸⁶ Die gegenwärtige Regierungskoalition beabsichtigt zudem, Krankenhäuser mit höherem Personaleinsatz, gemessen an den Krankenhäusern mit dem niedrigsten Personaleinsatz, mit Vergütungsabschlägen (sog. „Produktivitätskürzungen“) zu sanktionieren.⁸⁷ Kinderabteilungen und -kliniken wären mit ihrem unvermeidlich höheren Personaleinsatz von dieser Politik besonders hart betroffen. Zwar hat der „Gemeinsame Bundesausschuss“ (GBA) die Personalanforderungen für Frühgeborenenabteilungen deutlich erhöht – gleichzeitig aber kein Förderprogramm für die Gewinnung und Weiterbildung von Pflegekräften für die intensive Frühgeborenenbetreuung eingeleitet.⁸⁸

Die an sich schon prekäre Lage der aufwendigen Krankenpflegeversorgung von Kindern im stationären Bereich wird nun zusätzlich durch die geplante Neuordnung der Pflegeausbildung gefährdet. Die spezielle Kinderkrankenpflegeausbildung soll in einer generellen Kranken- und Altenpflegeausbildung untergehen. Die Auszubildenden sollen nur noch „Pädiatrische Pflichteinsätze“ absolvieren. Dafür werden dann sämtliche vorhandenen Ausbildungskapazitäten für die bislang 6300 Auszubildenden in der Kinderkrankenpflege durch die 126 000 Auszubildenden in der Kranken- und Altenpflege absorbiert.⁸⁹ Diese normative und faktische Eliminierung der Ausbildung von Fachkräften in der Kinderkrankenpflege wird die Versorgungsprobleme in der Pädiatrie erheblich steigern.

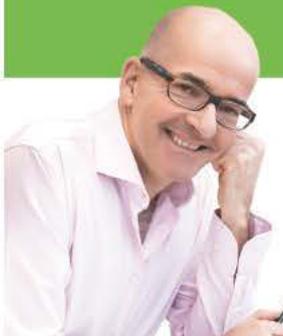
Werden die Asylkinder zur Durchsetzung einer Minimalpädiatrie benutzt?

Der Gebrauch der anhaltenden Flüchtlingswelle als Mittel zum weiteren Umbau des deutschen Sozialstaats und seiner Kindergesundheitsversorgung in ein System konkurrierender Parallelwelten⁹¹ ist mittlerweile in Konturen deutlich sichtbar. Es ist zu befürchten, dass die politisch Verantwortlichen und die Kassen die Kinderbevölkerung in ein ähnliches Parallelsystem unterfinanzierter Grundversorgung abschieben, wie sie es bereits bei der Pflegeversorgung der Senioren erreicht haben. Die Wegmarken auf diesem Pfad sind bekannt.

Belastung der Kommunen

Zunächst sind es wieder die Kommunen, auf die sich die finanziellen und organisatorischen Lasten der von der Bundesregierung ausgelöst und von der

Dr. Roland Uphoff
Fachanwälte für Medizinrecht



Kanzlei für Geburtsschadensrecht und Arzthaftungsrecht

Heinrich-von-Kleist-Str. 4
53113 Bonn

Telefon: (0228) 53 89 488
E-Mail: mail@uphoff.de

www.uphoff.de

Besuchen Sie auch den Blog: www.recht-geburtsschaden.de

Wirtschaft zunächst begrüßten Flüchtlingswelle zuwälzen. Nach dem Asylbewerberleistungsgesetz sind für die Kosten einer zunächst nur eingeschränkten und zudem genehmigungsbedürftigen medizinischen Behandlung auch minderjähriger Flüchtlinge die Kommunen zuständig. Erst nach Anerkennung der Asylanträge tragen dann die Gesetzlichen Krankenversicherungen die Kosten der Behandlung. Diese werden aus dem Bundeshaushalt nur teilweise erstattet.⁹²

Die Tendenz der Politik, Sozial- und Gesundheitslasten einkommensschwacher Bevölkerungsgruppen ohne entsprechende Gegenfinanzierung bei den Kommunen zu belassen oder auf diese zu verlagern hat in Deutschland eine lange ungute Tradition.⁹³ Der Aufbau einer sehr präsenten, insbesondere auch gesundheitlichen Parallelwelt durch die Zusammenlegung von Arbeitslosen- und Sozialhilfe (sog. Hartz IV-Reform) betrifft in Deutschland Millionen Menschen, insbesondere Kinder.⁹⁴ An der Finanzierung dieser Parallelwelt sind die Kommunen mit einem wesentlichen Teil der Kosten beteiligt.

Nicht einmal als parlamentarisches Reformgesetz, sondern als politisch-administrativer Willkürakt wurden seit Herbst 2015 die Grenzen Deutschlands für viele Hunderttausende Zuflüchter, darunter viele Minderjährige geöffnet. Auch hier tragen in erster Linie die Kommunen die Kosten. Einige kleinere Bundesländer unterstützen ihre Kommunen in dieser Situation, wenn auch nur unzureichend. Entsprechend weigern sich einige der anhaltend finanziell notleidenden Großstädte, z.B. im Ruhrgebiet, an der von den Landesregierungen und der Bundesregierung empfohlenen und angebotenen Gesundheitskarte für Asylbewerber teilzunehmen weil sie befürchten, auf einem Teil der Behandlungskosten sitzen zu bleiben.⁹⁵

Belastung der Krankenhäuser

In der Politik besteht generell die Tendenz, die angestrebte Beitragsdämpfung durch Abbau von Gesundheitsleistungen insbesondere durch eine finanzielle Schlechterstellung der Krankenhäuser zu erreichen. In diese Tendenz fügt sich der Umstand, dass vor allem die Notaufnahmen der Krankenhäuser unter dem Druck stehen, auch minderjährige Asylbewerber zu behandeln, insbesondere wenn größere Flüchtlingsunterkünfte in der Nähe sind. Für die Krankenhäuser ergibt sich dabei neben dem Risiko von Zahlungsausfällen

seitens der Kommunen⁹⁶ auch das Risiko von Vergütungsabzügen seitens der Krankenkassen, wenn sie mehr als die mit den Kassen vereinbarten Fälle behandeln.⁹⁷

Der Bund trägt aktiv zum Entstehen einer Parallelwelt unterfinanzierter und qualitätsgeminderter Gesundheitsversorgung gerade auch bei Asylkindern bei, indem er den Kommunen und den Ländern im Jahre 2016 lediglich drei Milliarden Euro für die Unterbringung und Versorgung, d.h. auch Gesundheitsversorgung der Flüchtlinge, zuschießen will.⁹⁸

Belastung der Krankenkassen

Eine lange und ungute Tradition der Politik in Deutschland besteht auch darin, Aufgaben der Gesamtgesellschaft und die entsprechenden Kosten auf die Sozialversicherungszweige, d.h. die Gesetzliche Arbeitslosen-, Kranken- und Rentenversicherung zu übertragen und diese nur unzureichend zu refinanzieren. Unter dem Begriff der „Versicherungsfremden Leistungen“ wird diese Politik seit Jahren und Jahrzehnten kritisiert.⁹⁹ Eben diese Politik wird nun bei der seit Herbst 2015 anhaltenden Flüchtlingswelle bezüglich der Kosten für die erforderlichen Gesundheitsversorgung erneut praktiziert. Anerkannte, aber arbeitslose Asylbewerber, die in den kommenden Jahren die Mehrheit stellen werden, sind gemäß SGB II („Hartz IV“) wie migrantische oder deutsche Langzeitarbeitslose in der Gesetzlichen Krankenversicherung versichert. Die Beitragszahler haben zum großen Teil die Gesundheitskosten der Asylbewerber, Migranten und Deutschen, soweit sie Bedarfsgemeinschaften nach SGB II angehören, mit zu tragen. Die Ursache liegt darin, dass der Bund pro gesetzlich versichertem SGB II-Bezieher deutlich zu niedrige Beiträge an die Gesetzliche Krankenversicherung erstattet.¹⁰⁰ Die Bundesregierung bezeichnet es ausdrücklich als Pflicht der Sozialversicherten, die Zuflüchter mit ihren Beiträgen zu finanzieren und dadurch eventuelle Beitragserhöhungen hinzunehmen.¹⁰¹ Dementsprechend wird eine eingeschränkte und nach 15 Monaten angeglichene Gesundheitsversorgung der Asylkinder derzeit von den Kommunen und teilweise von den Krankenhäusern finanziert. In den beiden kommenden Jahren, nach Abarbeitung der Asylanträge, werden die Kosten einer dann angelegenen Gesundheitsversorgung der Asylkinder zu einem erheblichen Teil die Krankenkassen und damit ihre Beitragszahler erheblich belasten, da der Bund für



Foto: © belamy - Fotolia.com

noch nicht erwerbsfähige Hartz IV-Empfänger überhaupt keine Beiträge an die Kassen erstattet. Bereits jetzt beträgt der Fehlbetrag für die 1,7 Millionen Armutskinder unter 15 Jahren etwa 1,8 Milliarden Euro.¹⁰² Dieser Betrag wird sich durch die schon vorhandenen, nachziehenden und durch die Geburten weiterer Asylkinder in Deutschland deutlich erhöhen.

Ohne Zweifel wird es daher insbesondere durch die Gesundheitskosten für Asylkinder zu Ausgabensteigerungen kommen, die die Kassen durch Leistungskürzungen und Beitragserhöhungen auffangen werden. Beitragserhöhungen werden nach der letzten Krankenversicherungsreform dabei nur noch von den sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten, aber nicht mehr auch anteilmäßig von ihren Arbeitgebern übernommen. Nach den üblichen Verfahren im deutschen Sozialstaat werden diese Mehrkosten zunächst durch einen Mix aus zeitlichen Verzögerungen, Unübersichtlichkeiten, Leistungseinschränkungen und Selbstbeteiligung „verdünnt“.

Vorbild Pflegeversicherung und Pflegeversicherung?

Angetrieben durch die ungedeckten Gesundheitskosten der Asylkinder wird sich der Verfall der allgemeinen Gesundheitsversorgung der Kinder beschleunigen. Es könnte hier für die Kinderbevölkerung das gleiche eintreten, was bereits für die

Senioren seit den 1990er Jahren praktiziert wird: Die Pflegeversicherung und Pflegeversicherung in einen Bereich minimaler und nur noch teilweise solidarfinanzierter Gesundheitsversorgung schleichend auszugliedern.¹⁰³

Die von Institutionen wie der Bertelsmann-Stiftung und der Robert Bosch Stiftung propagierte bundeseinheitliche gesundheitliche Mindestversorgung von Flüchtlingen bzw. Flüchtlingskindern¹⁰⁴ sowie eine bundeseinheitliche Gesundheitskarte für diesen Personenkreis¹⁰⁵ haben im gesundheitspolitischen Interessenspiel vor allem legitimatorische Funktion. Spätestens wenn die unterfinanzierte Behandlung von Asylkindern bei den Krankenkassen ankommt, wird dort der Druck in Richtung Leistungserschwerung und -abbau zunehmen. Schon jetzt wollen Krankenkassen keine „Flüchtlingskassen“ sein.¹⁰⁶ Obwohl eine Vergleichsstudie belegt hat, dass eine frühzeitige Einbeziehung der Flüchtlinge in die Regelversorgung zu Kosteneinsparungen führt, wurden bisher von politischer Seite keine entsprechenden Schritte eingeleitet. Vielmehr richtet sich die Politik weiterhin gegen eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung der Kinderbevölkerung.¹⁰⁷ Das Risiko besteht, dass die Gesundheitsversorgung der Asylkinder zum Anlass und Auslöser einer schon mit mehreren Schritten begonnenen weitergehenden Sonderfinanzierung der Kinderbehandlung durch Bundeszuschüsse und Kinderabteilungszuschläge wird, bei der dann zugleich die gesamte Kindergesundheitsversorgung im Niveau abgesenkt wird, wie das bei der gesonderten Pflegeversicherung und Pflegeversicherung schon der Fall ist.

Das regionale steuerfinanzierte Gesundheitsbudget als Lösung

Die anhaltende Flüchtlingswelle wird in Deutschland den Anteil der steuerfinanzierten Gesundheitsversorgung der Kinderbevölkerung noch einmal drastisch erhöhen. Die zunächst bestehende Vollfinanzierung der Gesundheitskosten für die Asylkinder aus Steuermitteln der Kommunen wird später nur vordergründig durch eine Vollfinanzierung aus den Beitragsbudgets der Kassen abgelöst. Die Krankenkassen bzw. der Zentrale Gesundheitsfonds erhalten als Ausgleich für die Gesundheitskosten aller mitversicherten Kinder einen letztlich der Willkür der Bundesregierung unterliegenden Milliardenzuschuss. Damit ist die Kindergesundheitsversorgung ähnlich wie die Alten-

pflegeversorgung schon jetzt weitgehend aus dem Beitragsfinanzierungssystem der Gesetzlichen Krankenversicherung ausgegliedert – auch wenn sie noch über deren Institutionen finanzorganisatorisch abgewickelt wird.

Damit nun die Flüchtlingswelle nicht wie die (angebliche) Überalterung der Versicherten dafür ausgenutzt werden kann, wie im Falle der Pflegeversicherung und Pflegeversicherung ein unterfinanziertes und minimalisiertes Sondersystem der Gesundheitsversorgung für die Asyl-, Migrations- und Armutskinder zu etablieren, muss eine strategische Alternative für die Kindergesundheitsfinanzierung und für die Kindergesundheitsversorgung konzipiert und diskutiert werden. Dazu liegt bereits ein im Jahr 2009 für das Aktionskomitee Kind im Krankenhaus (AKiK) entwickeltes Konzept vor: Das regionale steuerfinanzierte Kindergesundheitsbudget mit solidarischem Finanzausgleich.¹⁰⁸ Erst auf der Grundlage eines transparenten und regionalen, d.h. politisch überprüfbaren und beeinflussbaren Kindergesundheitsbudgets sind dann Forderungen nach kindgerechten Modifikationen in der ambulanten und stationären Kinderbehandlung und der -pflege sinnvoll. Im deutschen Gesundheitswesen folgt nach wie vor nicht das Geld der Leistung, sondern die Leistung dem Geld.

Auch die dramatische Zunahme von Asylsuchenden¹⁰⁹ spricht für eine solche, möglichst rasche Konzipierung von regionalen steuerfinanzierten Budgets für die Gesundheitsversorgung der Kinderbevölkerung. Besonders die Herausbildung von Problemregionen und Ghettoquartieren durch die konzentrierte Ansammlung von Asylbewerbern, Migranten und Hartz IV – Empfängern in den Großstadtreionen der alten Bundesländer zwingt zu regionalen Lösungen.

Die Literaturangaben liegen bei den Autoren.

AUTOREN

Prof. Albrecht Goeschel
(Gast)

Markus Steinmetz

Dipl. Geogr. M. Eng.

Michael Teumer

Dipl. Soz.

Akademie u. Institut f. Sozialforschung e.V.

-Verona-

e-mail: mail@accademiaistituto.com



Entspannung fürs Bäuchlein

Bei Bauchweh wirkt eine liebevolle Bauchmassage Wunder.



- ✓ **Anregung der Verdauung durch die Bauchmassage mit ätherischen Ölen aus Anis und Kümmel**
- ✓ **Die regelmäßige Bauchmassage fördert die Eltern-Kind-Bindung**
- ✓ **Hautverträglichkeit dermatologisch bestätigt, ohne Konservierungsstoffe**



und für Babys Po



- ✓ **Zuverlässige, rasche Heilung bei Windeldermatitis**
- ✓ **Zur Unterstützung der Wundheilung auch bei nässenden und juckenden Wunden**
- ✓ **Besonders hohe Verträglichkeit, ohne Konservierungsstoffe**

Gratisproben senden wir Ihnen auf Wunsch gerne zu.

Zinksalbe Dentinox gegen Windeldermatitis. Wirkstoff: Zinkoxid.
Anwendungsgebiete: Zinksalbe Dentinox gegen Windeldermatitis wird auf der Haut angewendet: Zur Unterstützung der Wundheilung, auch bei nässenden oder juckenden Wunden, Schründen; Verwendung als Decksalbe. Zu Risiken und Nebenwirkungen lesen Sie die Packungsbeilage und fragen Sie Ihren Arzt oder Apotheker. Stand 02/2016

Dentinox Gesellschaft für pharmazeutische Präparate Lenk & Schuppan KG · Nunsdorfer Ring 19 · 12277 Berlin · www.dentinox.de

Dentinox